

UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAÍ
CENTRO DE EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESPAÇOS POTENCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DA
INTERDISCIPLINARIDADE NO CURSO DE ODONTOLOGIA**

Mestranda: Simone Felippetto
Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

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 EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONALIZANTE EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: SAÚDE DA FAMÍLIA

**ESPAÇOS POTENCIAIS PARA O DESENVOLVIMENTO DA
INTERDISCIPLINARIDADE NO CURSO DE ODONTOLOGIA**

Mestranda: Simone Felippetto
Orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

Dissertação apresentada à
Universidade do Vale do Itajaí
como requisito parcial à obtenção
do título de Mestre em Saúde.

Itajaí (SC), Abril de 2005

AGRADECIMENTOS

À pessoa que dividiu momentos de alegria e de dor enquanto nossos caminhos se cruzavam e descruzavam até que o destino nos provou que pertencemos um ao outro, obrigada por existir meu grande amor, Carlos Eduardo.

Aos meus pais pelo incentivo e pela preocupação com a conclusão da minha dissertação.

A toda a equipe que trabalho na unidade de saúde que se adaptou às minhas ausências e aos colegas que me substituíram nos dias de aula do mestrado.

Ao Secretário Municipal de Saúde de Curitiba, Michele Caputo Neto, que acreditou na minha qualificação.

Ao meu querido e saudoso amigo e mestre, Sylvio Gevaerd, que sempre tinha uma visão otimista da vida.

Ao Cutolo, meu orientador e mestre na arte de escrever, sempre paciente acreditou em mim, mesmo quando eu duvidei. Obrigada pelos conselhos e pela tolerância da minha enorme ansiedade e por compartilhar deste passo tão importante da minha vida, muito obrigada!

A todos que contribuíram de alguma forma na conclusão desta dissertação.

À vida, por me fazer acreditar que é possível.

RESUMO

Partindo do pressuposto que se a formação dos alunos de graduação ocorrer sob práticas desenvolvidas de forma interdisciplinar este profissional estará mais apto a atender as novas demandas políticas e sociais, foi realizado um estudo de caso – ‘Espaços potenciais para o desenvolvimento da interdisciplinaridade no curso de odontologia’ – visando identificar dentro das práticas curriculares do curso de odontologia objetos fronteirios/espaços interdisciplinares aonde os vários cursos da área da saúde possam contribuir na formação de profissionais que saibam trabalhar interdisciplinarmente. A investigação foi do tipo qualitativa e como método utilizado a análise documental, que foi realizada em documentos técnicos (do curso de odontologia da Universidade do Vale do Itajaí, Campus I) e oficiais (Organização Pan-Americana de Saúde, Diretrizes curriculares, Constituição Brasileira de 1988, Programa de Saúde da Família) sob o estudo de análise de conteúdo temático. O resultado apontou objetos fronteirios dentro do curso de odontologia aonde já ocorre prática interdisciplinar e outros espaços potenciais onde a interdisciplinaridade pode vir a acontecer. Mostrou também que o curso de odontologia está bem avançado no entendimento e nas práticas exigidas pelas Diretrizes Curriculares. A identificação da ausência da conceitualização/categorização da interdisciplinaridade nos documentos oficiais sinalizou a necessidade de instrumentalizá-la como foi a intenção desta dissertação.

ABSTRACT

A study of case – Boundary objects for development of interdisciplinarity in te Dentistry School – was purposed based on the suposition of a better formation for graduation students when interdisciplinarity practice occurs. This idea probably would make a more efficient professional when asked for politics and social discussion. The research looks inside the curriculum practice of dentistry course for boundary objetcts where many others health courses could improve the Dentistry graduation level. The investigation was made in technical documents (from Dentistry School of UNIVALI – Campus I) and Government protocols (OPAS. Curriculum Aim – Constitution of 1988, PSF). The results bring boundary objetcts inside Dentistry School where already exist the interdisciplinarity practice. The study showed too that Dentistry Course is very updated when we think about knowledge and practice asks for ofical curriculum definitions. What this study intent to do is to identify a failure in the interdisciplinarity concept from government documents showing the necessity of be created some new and modern rules for.

SUMÁRIO

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 <u>Dos Pesquisadores</u>	5
---	---

2 APRESENTAÇÃO

2.1 <u>Considerações Profissionais</u>	9
2.2 <u>O mestrado em saúde</u>	10
2.3 <u>Programa de Saúde da Família</u>	11
2.3.1 A odontologia no Programa de saúde da Família	12

Capítulo I

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NECESSIDADE DE MUDANÇAS

I.1 <u>O modelo de atenção hegemônico</u>	14
I.2 <u>A odontologia e o modelo flexneriano</u>	16
I.3 <u>Modelo hegemônico tendências e limitações</u>	19
I.4 <u>Necessidade de modelo alternativo</u>	21
I.5 <u>Princípios e documentos que sustentam a interdisciplinaridade</u>	22
I.6 <u>Contradição histórica e distância entre formação e assistência</u>	24
I.7 <u>A interdisciplinaridade em pauta</u>	26
I.8 <u>Categorias</u>	30
I.9 <u>Limpando o termo interdisciplinaridade</u>	33
I.10 <u>Procedimento de pesquisa</u>	39

Capítulo II

ENCONTRANDO OBJETOS FRONTEIRIÇOS

II.1 <u>Avaliação das práticas curriculares do curso de odontologia</u>	45
II.1.1 Apoio didático pedagógico institucional.....	47
II.1.2 Referenciais do projeto pedagógico.....	48
II.1.3 Organização curricular.....	50
II.1.3.1 Estrutura da grade curricular.....	50

II.1.3.2 A matriz curricular.....	51
II.1.3.3 Planos de ensino.....	53
II.1.3.4 Projetos integrados e inovações didático pedagógicas.....	61
II.1.3.5 Atividade de conclusão de curso.....	62
II.1.3.6 Estágio supervisionado.....	63
II.1.3.7 Projeto de pesquisa em andamento.....	63
II.2 <u>Síntese ou conclusão</u>	67

Capítulo III

DOCUMENTOS OFICIAIS E SUA RELAÇÃO COM A INTERDISCIPLINARIDADE – COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

III.1 <u>O que as Diretrizes Curriculares dizem a respeito da interdisciplinaridade</u>	68
III.2 <u>O que os documentos da OPAS referem sobre a interdisciplinaridade</u>	70
III.3 <u>O que a Constituição de 88 diz a respeito da interdisciplinaridade</u>	77
III.4 <u>O que o PSF diz a respeito da interdisciplinaridade</u>	77

Capítulo IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

IV.1 <u>Considerações finais</u>	79
IV.2 <u>Limitações e possibilidades da pesquisa</u>	82
IV.3 <u>Pesquisas que podem ser desdobradas a partir desta</u>	83
IV.4 <u>Retorno ao curso de odontologia</u>	83
IV.5 <u>Retorno para a sociedade</u>	84
IV.6 <u>As modificações de práticas pluri em interdisciplinares</u>	84

REFERÊNCIAS.....	85
------------------	----

ANEXOS.....	92
-------------	----

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

1.1 Dos pesquisadores

1.2.1 Nome da mestranda: Simone Felippetto

1.2.2 Curso: mestrado em saúde – turma I

1.2.3 Telefone e/ ou e-mail para contato: – sfelippetto@aol.com

Fone (41) 3737107 residencial

(41) 2243988 comercial

(41) 99771900 celular

1.2.4 Nome do orientador: Prof. Dr. Luiz Roberto Agea Cutolo

1.2.5 Telefone e/ou e-mail para contato: – cutolo@univali.br

Fone: (47) 3417932 mestrado

(48) 2326272 residencial

(48) 99606338 celular

2 APRESENTAÇÃO

Os movimentos político-social, educacional e da saúde têm caminhado com objetivos comuns no que tange a um melhor entendimento do processo saúde/doença dos cidadãos. Saúde deveria ser extensiva a todos, como prevê a Constituição Brasileira de 1988, deveria incluir o estilo de vida e garantir moradia, trabalho, educação e lazer a todos os membros de uma família. O maior questionamento reside na forma para se chegar a estes resultados. De que forma nós, profissionais da área da saúde, podemos contribuir para a melhoria da saúde neste contexto?

Os profissionais da área da saúde que têm claro o compromisso não só com a ausência da doença ou com diagnósticos embasados na alta tecnologia, mas sim comprometidos com a pessoa, podem contribuir nesse processo multifacetado. Os profissionais, que olham além do que lhes foi ensinado dentro dos currículos engessados e segmentados em disciplinas e especialidades, em ciclo básico e profissionalizante, tornam-se membros ativos no processo de desenvolvimento da comunidade a que assistem. São esses atores que em atendimento ambulatorial, em atenção primária, conseguem perceber o quanto o meio em que as pessoas vivem influencia sua saúde, o quanto a falta de perspectiva e de trabalho adoce esta comunidade e o quanto é importante seu papel na percepção disto, no auxílio do auto-desenvolvimento, da co-responsabilidade e da informação desta população pode fazer para o crescimento da cidadania.

Partimos da premissa de que se houver profissionais prontos para atender as novas demandas políticas e sociais, este cenário pode ser sim realidade. E isto está relacionado, também, com a formação que é vivenciada no contexto histórico desses futuros profissionais durante toda a graduação, isto é, se a formação for voltada para uma visão da pessoa atendida como um todo, do trabalho em equipe, da importância do conhecimento aprendido diariamente e da troca e experiências, que traduz-se no espírito da interdisciplinaridade. Se os alunos tiverem espaços, dentro das universidades, que lhes permitam praticar **a interdisciplinaridade** muito provavelmente eles sairão melhor qualificados para atender as novas demandas da nossa sociedade.

Por isso se faz necessário o estudo de espaços ou núcleos articuladores (objetos fronteiriços segundo Star e Griesemer em 1989), dentro dos cursos da área de saúde, principalmente, que tenham potencial para a construção da interdisciplinaridade visando o trabalho em equipe e um profissional com perfil diferenciado.

O desenvolvimento da dissertação ocorreu da seguinte forma:

- na apresentação: situo minha trajetória profissional, o interesse pelo mestrado;
- no capítulo I: revisão da literatura na área de formação dos cursos da saúde, identificação da necessidade de um modelo alternativo baseado na interdisciplinaridade, apresentação do referencial teórico e dos procedimentos de pesquisa;
- no capítulo II: identificação dos objetos fronteiriços nos documentos técnicos do curso de odontologia da UNIVALI (Campus I) através da análise de conteúdo temático com uma breve síntese;
- no capítulo III: identificação de palavras/expressões que indicassem práticas interdisciplinares nos documentos oficiais.
- no capítulo IV: considerações finais.

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

2.1 Considerações profissionais

A minha formação em odontologia, numa Universidade Federal, no final da década de 80 e começo dos anos 90 seguiu o modelo hegemônico biologicista (CUTOLO,2001). O mercado de trabalho ditava regras de estabilidade profissional aliadas ao sonho do consultório próprio. A saída era ter pelo menos um período de vínculo empregatício em serviço público. Em 1994 ingressei na Prefeitura Municipal de Curitiba e um ano depois fui aprovada em concurso interno para fazer parte de um projeto pioneiro e inovador no município, o Programa de Saúde da Família (PSF). Os princípios e diretrizes deste programa coincidiram com algo que não era da minha formação, mas da minha personalidade – a afinidade pelo princípio da determinação social, a conscientização da importância da educação em saúde, o trabalho em equipe, a vontade de contribuir para uma

odontologia de “cara” nova - impulsionaram-me a aderir e acreditar com motivação neste programa.

Na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS), como odontóloga do PSF, nestes últimos dez anos, cresci pessoal e profissionalmente, já que o trabalho em equipe é uma rica escola de relacionamento interpessoal, diferente da realidade das quatro paredes de um consultório particular. O trabalho em serviço público contribuiu também para o meu crescimento na maneira de abordagem dos problemas na profissão, o qual proporcionou-me uma visão mais humanizada, global e voltada na questão do território, sua área de abrangência e a sua coletividade, repercutiu também no atendimento da clientela de serviço privado que mantenho desde que me formei em 1992. A experiência que adquiri nesses anos mostrou que independente do tipo de clientela – pública ou privada – o que elas desejam de um profissional de saúde é: o comprometimento com o que elas têm a dizer, respostas às suas indagações e competência na resolução dos problemas.

2.2 O Mestrado em Saúde

Baseada na minha história profissional e pessoal achei propício o momento de fazer um mestrado multiprofissional na área de saúde da família. O contexto conspirava a favor, minha experiência trazia perguntas que precisavam de respostas, a prática precisava de teoria e de pesquisa científica e eu tinha a sede de conhecimento, de novas perspectivas e da troca de experiências com outros profissionais de interesses afins. A Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS) também incentiva a qualificação profissional de seus funcionários e tem interesse em multiplicar o conhecimento dentro da rede, por isso concedeu a liberação para eu freqüentar este mestrado.

Recém ingressa num mestrado em saúde da família multiprofissional, com enfoque na interdisciplinaridade, cuja distribuição de orientadores e orientandos colocou-me num grupo composto por um médico, uma fisioterapeuta, duas enfermeiras e, eu, uma odontóloga. Decidimos utilizar esta riqueza de profissionais distintos da área da saúde, juntamente com a proposta do mestrado e desenvolver um projeto interdisciplinar. A idéia da pesquisa surgiu de uma roda de conversa sobre os temas individuais e acabamos nos

perguntando porque não poderíamos fazer um projeto-mãe e dele as pesquisas-satélites envolvendo a interdisciplinaridade e as diferentes profissões? O momento histórico mostrava ser propícia uma reflexão sobre o assunto. A pesquisa-mãe nascida da calorosa discussão sobre interdisciplinaridade foi intitulada “Práticas curriculares interdisciplinares dos cursos de graduação em saúde” que se desmembra em pesquisas-satélites. Cada um dos cinco mestrados desenvolve o seu projeto no curso de sua formação profissional, no meu caso, no curso de odontologia da UNIVALI Campus I.

2.3 Programa de Saúde da Família

Como estou inserida no PSF há mais de dez anos, faço uma breve recordação de sua implantação e de suas características. Sendo o Programa de Saúde da Família (PSF) uma estratégia do Ministério da Saúde cabe aqui fazer algumas considerações sobre o PSF, pois ele não é apenas um programa, na verdade é uma mudança no modelo de atenção à saúde da comunidade. O PSF tem como premissa – manter os indivíduos sadios e co-responsáveis pela manutenção de sua própria saúde. O Projeto sai da anacrônica discussão de preventivo-curativo e entra pela ação integral da atenção à saúde. Primeiro transforma o paciente em cidadão pela educação continuada sobre cuidados básicos de saúde. Segundo amplia e democratiza o acesso aos meios de prevenção das doenças. Terceiro permite uma atenção integrada e hierarquizada ao cidadão adoentado sob supervisão da equipe de saúde da família, que orienta o tratamento, o encaminhamento e faz o controle domiciliar das patologias de maior complexidade. Quarto profissionaliza o trabalhador da saúde valorizando o seu envolvimento e promovendo o seu aperfeiçoamento continuado (BRASIL,1994).

O sistema baseou-se em modelos de países como: Inglaterra, Cuba e Canadá criando seu próprio modelo, que poderíamos chamar de modelo “híbrido” por se adequar à nossa realidade. O modelo brasileiro também estabeleceu o funcionamento de uma **equipe interdisciplinar**, envolvendo os diversos atores da promoção social, com uma equipe de

ponta capaz de resolver, na própria comunidade, as questões afetas à saúde. O perfil desta equipe deve ser o comprometimento com a saúde pública, dedicado a sua comunidade alvo e com disposição para a educação continuada. Só que o problema da constituição das equipes, privilegiando os profissionais comprometidos com a comunidade, esbarra na falta de profissionais qualificados para tal tipo de atenção, o que se pretende sanar com programas de educação permanente em saúde comunitária, melhorando a capacidade de comunicação das equipes de saúde com a comunidade e incrementando o seu poder de solucionar, na origem, as causas de doenças. É necessário romper os entraves tradicionais provocados por cursos de formação profissional desvinculados da realidade da sociedade.

A **formação interdisciplinar** permite a absorção, por toda a equipe, de soluções racionais e de baixo custo o que aumentaria sua eficiência e resolutividade.

O objetivo geral do projeto é melhorar o estado de saúde da população, mediante o desenvolvimento de práticas de atenção baseadas na promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS de equidade, integralidade e universalidade das ações de saúde, dirigidas às pessoas e famílias da comunidade (BRASIL, 1995).

2.3.1 A Odontologia no Programa de Saúde da Família

Desde a implantação do PSF, no município de Curitiba, a Equipe de Saúde Bucal esteve presente e incluída na Equipe de Saúde da Família, porém a teoria sobre equipe interdisciplinar enfrentou algumas questões históricas na sua implantação. Pois a odontologia era vista com menor importância no serviço, tanto pela comunidade como pelos profissionais colegas da área médica-enfermagem e pelas próprias autoridades sanitárias locais (ASL).

Esta importância relegada a segundo plano, da odontologia, dentro das práticas de saúde, quer pelo fator cultural, quer pela falta da devida atenção de responsabilidade social dos odontólogos ou pelas políticas de saúde até então instituídas, sempre incomodaram a nossa categoria. Como odontóloga sempre quis contribuir para mudar este padrão, mostrar

que um profissional de saúde é mais do que um simples técnico e mais do que uma pessoa fechada dentro do seu próprio conhecimento. Sempre valorizei a troca de experiências, o diálogo e o aprimoramento entre profissionais.

O PSF parece ter vindo com a conotação de preencher esta lacuna, de abrir portas, e derrubar este estigma quando refere à importância do trabalho em equipe interdisciplinar. Com mais de 10 anos de PSF, na mesma unidade de saúde, acompanhei vários fluxos de entrada e saída de pessoas na equipe. Com isso percebi com clareza que o que faz uma equipe trabalhar integrada, de forma interdisciplinar, é muito do perfil do profissional e de sua personalidade. Houve, como exemplo, situações em que a equipe médica-enfermagem-odontologia estava em harmonia, desenvolvendo o PSF como tinha sido idealizado e percebeu-se o quanto se consegue avançar na qualidade do atendimento e na qualidade de vida da comunidade em que você trabalha. Porém, houve também momentos em que a equipe alterou alguns de seus membros e passou a compor apenas um aglomerado de profissionais que dividiam o mesmo espaço físico, sem comprometimento a proposta alguma, sendo apenas uma equipe multiprofissional.

CAPÍTULO I

FORMAÇÃO PROFISSIONAL E NECESSIDADE DE MUDANÇAS

I.1 O MODELO DE ATENÇÃO HEGEMÔNICO

No início do século passado a medicina passava por algumas transformações, entre elas, a incorporação da visão científica das enfermidades aonde os currículos passaram por adaptações a começar pelas escolas européias. Com isso o momento histórico favoreceu à utilização de um documento (Relatório Flexner) escrito na época que discorria sobre a necessidade de reconstrução do modelo de ensino médico (Mendes, 1985).

Gerações têm sido formadas através do modelo hegemônico Flexneriano, adotado desde 1910 pelos Estados Unidos e Canadá, cujos currículos das profissões da área da saúde, em princípio a medicina, tinham como diretrizes o modelo cartesiano-newtoniano aceito pela ciência moderna. O modelo apresentava um currículo mínimo de quatro anos de estudos com rígida formação em ciências básicas – dividida em dois ciclos distintos (básico e profissionalizante). O primeiro ciclo compreendia as disciplinas de anatomia, bacteriologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia, histoembriologia, microbiologia e patologia. No ciclo profissionalizante, os estudos deveriam ser realizados dentro de hospitais, com corpo docente formado por especialistas. O treinamento, apoiado na observação empírica, seria substituído por rigorosos métodos científicos, as escolas médicas deveriam estar afiliadas a instituições universitárias e a pesquisa deveria ser incorporada aos projetos pedagógicos dos cursos (FONTES, 2001; MEIRELLES et al, 2003).

A adoção das diretrizes do Relatório Flexner pelas escolas médicas trouxe muitos impactos na área da saúde. A visão fragmentada da ciência tem tido repercussões até hoje, pois tem-se mostrado incapaz de resolver algumas questões básicas que envolvem o processo saúde/doença, que fogem das ciências biológicas e permeiam as ciências sociais, humanas, e outras (MEIRELLES,et all,2003). Não há como negar o grande avanço científico e tecnológico deixado por este modelo, nem tampouco o interesse de grandes corporações americanas em fomentar a pesquisa de novas tecnologias e medicamentos no intuito de estabelecer uma forte ligação entre a medicina e as indústrias de equipamentos

médico-hospitalares e farmacêuticas. A influência ocorreu tanto na padronização dos atos médicos, onde a alta tecnologia era utilizada, como nos procedimentos terapêuticos e cirúrgicos, e na indicação dos medicamentos. Houve pouca ênfase para a prevenção, atenção ambulatorial preventiva e atenção coletiva, em oposição à acentuada supervalorização da medicina curativa e abordagem hospitalar individual. Este ensino fragmentado, biologicista e mecanicista tende a formar profissionais com a mesma visão, deixando para trás a importância de ver a pessoa como “um todo”, inserida num contexto familiar, profissional e social, deixando de lado o objeto real, dinâmico e interativo que é o ser humano (FAZENDA, 2002; JAPIASSU, 1976). Concordo com Bottan (2001) quando refere que a visão de currículo fragmentado associa-se a uma série de frascos hermeticamente fechados.

A partir da década de 70 o modelo em vigência, biologicista, fragmentado, disciplinar ou no máximo pluridisciplinar e hospitalocêntrico, começa a mostrar a sua inadequação frente à necessidade de mudanças reivindicadas pelo Movimento da Reforma Sanitária no Brasil que surgiu nessa época. O currículo, até então, não contemplava nenhuma disciplina que inserisse o homem na sociedade (CUTOLO, 2001). Tão somente a concepção biologicista que não dá conta do processo saúde/doença, pois deixa de lado as determinações sociais, as questões preventivas entre outros condicionantes e agravos. A mudança no perfil das doenças e as conseqüentes ações políticas de saúde; o alto custo operacional do modelo de assistência biomédico, centrado em práticas curativas de recuperação e reabilitação à saúde, também contribuíram para o questionamento de um novo modelo assistencial. O aumento na expectativa de vida e a confirmação de que o aumento no número de profissionais não é garantia de aumento na qualidade de saúde da população, só vem corroborar com a necessidade de um modelo assistencial contra-hegemônico (BRASIL,2000).

A concretização dessas mudanças aconteceu a partir da Constituição de 1988, que no art. 196 faz a seguinte afirmação: “ *saúde é um direito de todos e um dever do Estado*”(p.47) que parece ser uma cópia da Medicina Social do século XIX.

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. Várias têm sido as iniciativas para que os

princípios do SUS – integralidade, universalidade, equidade, regionalização, hierarquização, descentralização e participação social – ganhem força (BRASIL, 2003 a).

I.2 A odontologia e o modelo flexneriano

Segundo Mendes (1985) a situação das Escolas Médicas nos E.U.A., no final do século XIX, era caótica, não havia regulamentação e muitas delas não seguiam nenhuma fundamentação teórica/científica. O Relatório Flexner, citado no item I.1, entra na história da saúde como um divisor de águas e impõe como modelo o currículo mínimo que até hoje é utilizado, onde o divide em dois ciclos: básico e profissionalizante. Isto ocorreu como protótipo nas escolas de medicina e acabou norteando a formação dos demais cursos da área da saúde, entre eles a odontologia.

A odontologia, assim como a medicina, mantém o mesmo modelo hegemônico focado no biologicismo e centrado na importância de procedimentos (alta tecnologia) e não na prevenção e promoção da saúde. Com o avanço das pesquisas direcionadas aos tratamentos odontológicos houve, ao mesmo tempo, avanço no desenvolvimento tecnológico dando sustentação a este modelo. Porém, esta odontologia elitista baseada em alta tecnologia e em desenvolvimento de técnicas, materiais e equipamentos, que necessita para isto de um profissional especializado, não mantém correlação com o perfil do profissional esperado pelos princípios e diretrizes do SUS, nem atende a demanda da maioria da população, que não tem acesso ao tipo de odontologia vigente. Pois, não responde à solução em níveis significativos dos problemas de saúde bucal da população, já que tem alto custo e baixo rendimento e cobertura, além de apresentar enfoque curativo e reabilitador.

Narvai (1994) afirma que a odontologia ficou caracterizada por uma prática centrada na assistência individual, realizada com exclusividade pela figura do cirurgião-dentista e em ambiente restrito.

Garrafa (1993) ainda conclui que esta odontologia seria tecnicamente elogiável pelo nível de qualidade e sofisticação inegavelmente alcançado nas diversas especialidades, senão fosse cientificamente discutível por não ceder espaço para a expansão desta qualidade para a maioria da população e socialmente caótica pela ausência e impacto social nos programas públicos implementados.

O fomento ocasionado pela indústria de materiais e equipamentos odontológicos ao mercado seduz com facilidade os profissionais em consumir tecnologia de ponta, já o desenvolvimento de insumos para a questão preventiva ou de educação em odontologia se mostra pouco rentável e atrativo.

Em oposição à odontologia elitista várias propostas e ações vêm sendo implementadas no Brasil no sentido de buscar maior aproximação dos determinantes do processo saúde-doença como as políticas econômicas (emprego, renda, salários) e as políticas sociais (saúde e educação). São práticas que envolvem projetos com relevância pública, pois atendem às necessidades da sociedade visando a diminuição e o controle sobre os processos de morbidade. Não significa que seja contrária ao avanço tecnológico, mas que ele também seja voltado às medidas de prevenção e promoção de saúde bucal, visando melhorias na qualidade de saúde, de maneira coletiva, da nossa sociedade.

Garrafa (1993) descreve o sistema de fluoretação das águas de abastecimento público, dos dentifrícios e da associação de métodos preventivos como os bochechos semanais em instituições, como exemplo disto, pois até a década de 70 a maioria das ações coletivas realizadas era descontínua e esporádica mais como forma de campanhas do que de programas.

Botazzo (1989) afirma que hoje podemos constatar que as ações executadas desde os anos 70 contribuíram para a melhoria da saúde bucal no país todo. Dentre elas podemos citar a fluoretação das águas de abastecimento, que tornou-se obrigatória a partir de 1974, mais tarde a fluoretação dos dentifrícios (1988); e as ações coletivas de prevenção e de educação em saúde realizadas em escolas, creches e outros espaços sociais. Outro fator contribuinte para aumentar o rendimento dos procedimentos clínicos, principalmente em saúde pública, foi a mudança na assistência odontológica: requereu a incorporação de pessoal auxiliar e técnicos em sistema de módulo trabalhando num mesmo espaço físico, juntamente com os cirurgiões-dentistas. É comprovado que o rendimento *per capita* de um profissional pode aumentar em 53% quando trabalha com equipe auxiliar em nível ambulatorial (FRAZÃO,1995). Todavia, esta prática não foi identificada nas clínicas particulares até o final dos anos 90, o que reafirma o caráter da odontologia de centralizar os procedimentos no odontólogo.

Como exemplo selecionei uma pesquisa realizada pelo INBRAPE¹ (2003) que mostra as características de 614 profissionais, distribuídos nas cinco regiões do Brasil, com relação à formação profissional.

Tabela 1: Perfil da atuação profissional em odontologia.

Pós-graduação	60 %	
Sem pós-graduação	40 %	Pelo alto custo
Trabalham sem auxiliar	56 %	Pelo custo dos encargos
Graduação em faculdade privada	52 %	
Atuam como generalista	75 %	Mesmo com especialização
Participaram de congressos nos dois últimos anos	75 %	

Fonte: INBRAPE.

Tabela 2: Especialidades predominantes.

Ortodontia Preventiva e Interceptiva	22,8%
Dentística	18,6%
Endodontia	16,4%
Total	57,8%

Podemos concluir que, apesar da pesquisa ter sido realizada em 2003, o modelo continua sendo o hegemônico, biologicista, especializado e centrado em procedimentos (curativos/reabilitadores) visto o grande percentual (57,8%) de procura dentro de especialidades técnicas e não da área de saúde coletiva.

¹ Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas.

I.3 Modelo hegemônico: tendências e limitações

A odontologia enfrenta hoje uma crise dentro deste modelo hegemônico, pois ele preconiza a valorização das super especializações que, para serem desenvolvidas, dependem de alta tecnologia e com alto custo tanto para o profissional como para a clientela que utiliza os serviços. Portanto, não é uma odontologia acessível à grande maioria da população somado a isto tem-se as condições bucais precárias (BRASIL,2004). O mercado está formando profissionais altamente capacitados para atender apenas de 5 a 10 % da população brasileira (CFO,2004).

O Projeto SB Brasil – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira (2004) estudou 250 municípios das cinco regiões do país, envolvendo quase 109.000 pessoas examinadas e a participação de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Conselho Federal de Odontologia e Associação Brasileira de Odontologia.

Os resultados obtidos em relação às metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Federação Dentária Internacional (FDI) para o ano 2000 ficou aquém do esperado. A única meta atingida foi o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) na faixa etária dos doze anos de idade, ainda que influenciada pelos resultados encontrados nas crianças da região sul e sudeste. Na tabela 3 apresentamos estes resultados:

Tabela 3: Indicadores obtidos no Projeto SB Brasil e metas propostas pela OMS/FDI para o ano 2000. Brasil, 2003.

	Crianças cárie zero (5anos)	CPO-D nas crianças (12 anos)	Adolescentes com todos os dentes %	Adultos com 20 ou mais dentes %	Idosos com 20 ou mais dentes %
Metas OMS	50	Menor que 3	80	75	50
Brasil	40,6	2,8	55,1	53,9	10,2
Norte	35,0	3,1	39,1	46,3	8,6
Nordeste	34,9	3,2	45,1	50,0	11,1
Sudeste	44,9	2,3	66,5	62,3	9,3
Sul	43,3	2,3	66,5	55,1	10,4
Centro-oeste	41,7	3,1	65,7	58,4	11,2

Fonte: BRASIL.(2004). Projeto SB Brasil: resultados principais.

As várias facetas da odontologia só tem a mostrar que algo precisa ser modificado. O mercado está supersaturado de profissionais, conseqüentemente a remuneração é baixa. Por outro lado, 100% dos profissionais almejam cursos de pós-graduação, o custo para manter e montar consultório próprio muitas vezes acaba inviabilizado, o custo para manter-se atualizado é alto, as tecnologias envolvidas para o exercício da odontologia também são de alto custo (INBRAPE,2003). A maioria dos profissionais foi formada para atender em consultórios privados e com uma especialização já pré-definida. O desenvolvimento de tecnologia avançada e moderna tem crescido muito no Brasil, mas não consegue impactar epidemiologicamente no coletivo. Outro enfrentamento profissional é a forma de garantir segurança e estabilidade num mercado tão flutuante, é aonde muitos colegas procuram ingressar em serviço público, porém a capacidade instalada de recursos humanos é reduzida, não absorvendo muitos profissionais.

A outra questão que envolve a odontologia é a adequação desses profissionais às necessidades e demandas requeridas pelo sistema de saúde do país, que está voltado às necessidades sociais e epidemiológicas da maioria da população.

Atualmente a pressão sobre o modelo de formação dos profissionais tem sido

grande, as escolas precisam se adequar e adequar os alunos para responder às necessidades da sociedade. Os movimentos que vem ocorrendo no Ministério da Educação e da Saúde no esforço de garantir e fazer valer a universalização do direito à saúde, a integralidade das ações, a democratização e a participação popular.

Não há mais como retroceder, o caminho é a mudança do padrão vigente porque ele não consegue suprir às novas demandas políticas e sociais.

I.4 Necessidade de modelo alternativo

O modelo atual deixa claro que é falho por não cobrir as demandas da sociedade como um todo, sendo que neste modelo existe uma cobertura aquém do esperado para a maioria da população.

A luta pela mudança na estruturação do modelo biomédico teve início quando um grupo de profissionais da saúde que, baseados em vários estudos realizados por intelectuais ligados à área da saúde, passaram a criticar o modelo vigente e estavam dispostos a propor alternativas para sua reestruturação. A esse movimento chamou-se Movimento pela Reforma Sanitária. O movimento foi ganhando força com o incremento de lideranças políticas, sindicais e populares e ainda de alguns parlamentares (BRASIL,1987).

O Movimento pela Reforma Sanitária surge como oposição ao complexo médico-hospitalar e coloca em pauta a democratização da saúde.

Em 1979, ocorreu o primeiro marco desse movimento, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, realizado pela comissão de saúde da Câmara dos Deputados. Na ocasião, O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) era o legítimo representante do movimento sanitário e apresentou, pela primeira vez, uma proposta de organização do sistema de saúde; cuja denominação era Sistema Único de Saúde e contemplava conceitos de outros países que tiveram experiências bem sucedidas. Entre os conceitos estavam: a universalização do direito à saúde, a racionalização e integralidade das ações, participação popular, incremento na atenção primária e a extensão de cobertura em áreas rurais.

As propostas a princípio foram ignoradas pelo governo, mas o movimento continuava ganhando força através dos movimentos populares, pela atuação de militantes,

parlamentares e algumas instituições de saúde.

Houve uma eclosão de planos, ações e propostas tentando por em prática os conceitos que deveriam impactar a saúde do país. O movimento político era propício, pois era o fim do regime militar e era necessária a eleição da Assembléia Nacional Constituinte que elaboraria a nova Constituição Brasileira. Foi, então, convocada a 8ª Conferência Nacional de Saúde para discutir a nova proposta de estrutura e de política de saúde do país. Ela é considerada o marco divisório no Movimento Sanitário, pois seu relatório serviu de base para a proposta de reestruturação do sistema de saúde brasileiro e que foi incorporado pela Constituição Brasileira de 1988. Entre as propostas defendidas no relatório estão o princípio da integralidade e o trabalho em equipe, que muito nos interessa, além do conceito ampliado de saúde que é entendido como resultante das condições de vida, alimentação, moradia, lazer, emprego e transporte (BRASIL,1987).

I.5 Princípios e documentos que sustentam a interdisciplinaridade

A Reforma Sanitária engloba muito mais do que concepções no âmbito da saúde, mas o recorte desta pesquisa toma como base a questão da integralidade das ações e do trabalho em equipe. Pois, o princípio da integralidade prevê a defesa da responsabilidade por um território definido, com autonomia das equipes de saúde para programar as atividades adequadas ao perfil das necessidades sociais na saúde da população atendida. Além da garantia de cuidados contínuos e resolutivos, com a constituição de redes de serviço de saúde e fluxos de referência e contra-referência em todos os níveis do sistema de saúde; articulação dos serviços de urgência e emergência. Para poder proporcionar o que prevê este princípio necessitamos de profissionais que saibam trabalhar em equipe, portanto precisamos de profissionais que carreguem dentro de si um perfil interdisciplinar, porque a complexidade dessas ações exige um profissional diferenciado do que atende o modelo biomédico puro, exige um profissional que saiba: trabalhar em equipe e gerenciar a saúde da comunidade com todos os recursos existentes naquele território (BRASIL,1994).

A importância da troca de conhecimentos e saberes entre a equipe de saúde e outros

setores, é vital para a saúde da comunidade atendida e é o que denominamos de interdisciplinaridade. Ela é peça fundamental nas ações promovidas por profissionais de uma mesma equipe na execução da atenção integral ao indivíduo. Pois, ações integradas necessitam de profissionais integrados. Entendo o trabalho em equipe, sob o ponto de vista do profissional, como um desdobramento do princípio da integralidade. Embora, esta ainda não seja a realidade encontrada na maioria dos serviços de saúde.

Além desses documentos: a Constituição Federal Brasileira de 1988; a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde n° 8080 de 19/09/1990; da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n° 9.394 de 20/12/1996; 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 à saúde da grande maioria da população. No aperfeiçoamento dessas propostas foram incorporados aspectos fundamentais, expressos nos documentos citados, para todas as áreas de conhecimento que integram a saúde como:

- perfil do profissional;
- competências;
- conteúdos curriculares;
- estágios e atividades complementares;
- organização do curso.
- acompanhamento e avaliação

Complementando estes movimentos o SUS, na última década, tem enfrentado o desafio de mudanças na tentativa de alterar os modelos hegemônicos de formação e cuidado à saúde, bem como tem se preocupado com a saturação do mercado especializado e as exigências sociais. O modelo centrado no hospital vem sendo, progressivamente, substituído pelo modelo baseado no território e na sua população, onde cerca de 50% dos gastos médico-assistenciais correspondem a procedimentos ambulatoriais. As políticas de saúde, tentando minimizar esta condição, criaram uma estratégia - O Programa de Saúde da Família (PSF) - no sentido de reorganização do modelo de atenção primária. Este modelo exige um profissional com perfil diferente daquele que o formou e que seguiu o modelo

Flexneriano. Esta mudança depende, fundamentalmente, da Escola Médica na transformação de conduta destes atores através da formação de profissionais com competências² diferentes. Todas essas iniciativas propõem processos cooperativos entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, porém ainda distante da prática (BRASIL, 2003a).

Existe o esforço de vários segmentos no sentido de convergir para a formação de profissionais aptos a dar conta dos problemas mais comumente encontrados pela sociedade que formar superespecialistas sem visão do todo. Os movimentos são crescentes e dinâmicos e são movimentos que continuam seu caminho desde o final dos anos 70 com o Movimento Pela Reforma Sanitária, ou seja, cada ação contemporânea que visa a mudança do modelo faz parte da reforma.

I.6 Contradição histórica e distância entre formação e assistência

Como visto nos itens anteriores, existe contradição entre o modelo biologicista, flexneriano, centrado na doença e o modelo que vem sendo preconizado desde a reforma sanitária, aliás, eles chegam a ser antagônicos em alguns pontos.

Se a prática hegemônica do exercício das profissões da área da saúde se mostra ainda vinculada à formação de superespecialistas, fruto da formação destes profissionais, e a construção do SUS visa a formação de profissionais para atender a demanda da atenção básica (que corresponde a cerca de 80% dos problemas), existe uma contradição que precisa ser trabalhada e moldada para poder atender ao mercado que está em constante mudança.

Fazendo uma correlação entre as concepções de saúde/doença do SUS, como núcleo de assistência e os modelos de escolas médicas, como núcleo de formação, teríamos o seguinte aproximação :

- a promoção à saúde corresponde à determinação social;
- a proteção corresponde ao higienismo/preventivismo e a
- recuperação e reabilitação à saúde corresponde ao biologicismo

² Entenda-se competência como o conjunto de : habilidade. atitude e conhecimento.

Isto significa que o SUS prevê o processo saúde/doença como um todo e propõe ações em todas as suas esferas.

O Ministério da Saúde (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde), em documento de 16 de setembro de 2003, redimensiona a importância da reestruturação na formação e educação dos profissionais de saúde, na capacitação de profissionais de outras áreas e na capacitação da população, isto é, em apoio às políticas públicas de saúde (BRASIL, 2003a).

O Ministério da Educação coloca 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, 2003 b).

O tripé: saúde, educação e políticas públicas estão convergindo forças no sentido de fazer valer a Constituição de 88, que redefine saúde como um direito de cidadania e um dever do Estado e que visa equidade, acesso e saúde para todos.

O SUS sugere o processo descentralizador, ao mesmo tempo em que 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, 1994).

A partir dessa perspectiva estariam aptos, os profissionais que se formam, a cumprirem as propostas citadas? Estariam aptos a entender saúde/ doença a partir de suas múltiplas perspectivas dentro da visão higienista/preventivista, da determinação social e biologicista (promoção, proteção, recuperação e reabilitação)? Estariam aptos a atender a demanda nosológica baseada nos perfis epidemiológicos? Entenderiam a rede de conhecimentos ampliadores do conceito de saúde, engendrado pelas políticas públicas desencadeadas a partir deste novo Estilo de Pensamento? Estariam aptos a trabalhar em equipe, entendendo, investigando, interferindo através do diálogo intercoletivo?

A adoção do Relatório Flexner pelas universidades, quando surgiu, organizou e contribuiu muito para a medicina, mas acabou deixando, assim como o currículo, a assistência à saúde compartimentalizada, segmentada. Já o Movimento pela Reforma Sanitária busca constantemente garantir a toda sociedade uma assistência à saúde completa, integral, não compartimentalizada e de qualidade.

I.7 A Interdisciplinaridade em Pauta

A busca pela harmonia e resolutibilidade do trabalho em equipe e de profissionais aptos para atender às novas demandas da saúde traduz a importância que tem sido atribuída à interdisciplinaridade. Acredito que a formação interdisciplinar é fonte integrante e fundamental na construção de um modelo alternativo.

Fleck (1986) fez referências sobre a impossibilidade de uma consideração unitária dentro das ciências da saúde, mas questionamos: como entender as patologias de uma sociedade sem ter o entendimento das ciências sociais e antropológicas, do meio, da cultura e do momento histórico em que ocorrem os fatos ?

Cutolo (2001) questiona como efetivar práticas em saúde, dentro das novas demandas sociais e políticas públicas de saúde, sem a interação dialógica entre a medicina, nutrição, enfermagem, fisioterapia, odontologia, enfim com outras identidades profissionais.

Lobo (1981) afirma que, se a intenção é colocar nossos alunos diante dos enfrentamentos dos problemas de saúde, devemos, em primeira instância, admitir que estes problemas são necessariamente interdisciplinares e que a realidade que permeia estes problemas são realidades interdisciplinares.

A OPS/FEPAFEM (1994) sugere que o eixo articulador fundamental da educação médica (extensivo aos cursos da área da saúde) deve ser a interdisciplinaridade, com desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem em um contexto assistencial investigativo, baseado na produção do conhecimento; visto que o rumo do ensino médico nesses últimos anos teve sua escola baseada no Relatório Flexner (1910) centrado na doença, na tecnologia excessiva, sem compromisso com a sociedade, sem se preocupar com o acesso aos serviços e com a qualidade de vida das pessoas.

Mendes (1985) sustenta que o desvio positivo da centralização da figura do médico para a equipe de saúde pode reforçar o papel do trabalhador coletivo em saúde, sempre respeitando suas identidades, mas construindo projetos que favoreçam uma atitude

interdisciplinar. Não devem se constituir, por consequência, em esforços que diluam o saber, mas que incorporem saberes e práticas.

Ainda segundo Mendes (1985), este novo modelo exige mudanças na formação e capacitação de recursos humanos e estratégias de práticas educacionais que superem os limites da disciplinaridade. A formação interdisciplinar possibilita um tratamento da explicação técnica e científica de forma mais integral e profunda (OPS/FEPAFEM, 1994), viabilizando soluções criativas para os problemas de saúde.

Somente categorias interdisciplinares de investigação, com produções coletivas, podem gerar aproximações do entendimento da complexidade do objeto saúde/doença (CUTOLO, 2001).

Rees (2000), citando uma pesquisa realizada no setor de emergência de um hospital, mostrou a importância do trabalho cooperativo no sentido de redução de erros cometidos pela equipe prestadora de serviços assistenciais.

Motta (2001) sustenta, também a necessidade de requalificação da força de trabalho, revisão dos modelos de formação até então adotados, tendo como princípios e pressupostos do SUS e a necessidade de construção de novos modelos de ensino.

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

Lembramos que condicionamentos sociais, econômicos, culturais e históricos sobrepõem-se sobre saberes, práticas e ensino (MINAYO, 1994 ; FEUERWERKER,1998; CUTOLO, 2001). Esses condicionantes interferem no modo de perceber e de explicar saúde/doença. Schreiber (apud FERREIRA, 1992) afirma que estão fadadas ao insucesso reformulações educativas que não correspondam, reflexamente, a rearranjos efetivos da prática médica. Reconhecemos as limitações da parte propositiva de nossa pesquisa, mas apropriamo-nos do ideário de Testa (1992), que entende que estas limitações de dependência não são suficientes para que nada se faça. Mudanças devem ser realizadas e

elas têm de ser urgentes. Nossa atuação no âmbito universitário deve ter o compromisso e a responsabilidade ética de tomá-las pelas mãos.

Ainda sobre a parte propositiva desta pesquisa, estive atenta para que não se repetissem erros comuns em reformas curriculares, como simples remanejamento e reloteamento de grade e, sobretudo, implementação de projetos verticais que desconsiderem a possibilidade do diálogo entre os atores envolvidos na formação e as condições materiais e estruturais da instituição.

Devemos ter clareza que mudança curricular é um empreendimento muito maior que mudança de grade curricular. Implica em processo que contextualize e historicize a formação e a prática (...); implica em planificar e refazer prioridades educacionais; estabelecer objetivos claros; e, aí então, estabelecer estratégias (CUTOLO, 2001, p. 135).

A interdisciplinaridade tem sido descrita nos documentos do Ministério da Educação, inclusive logo após a publicação do Edital MEC/SeSu 04/97, a Rede UNIDA acelerou as análises e discussões sobre as diretrizes curriculares para os cursos da área da saúde. Dentre outros perfis esperados dos graduandos as diretrizes definem a habilidade de trabalhar como membro de uma equipe, além de atuar multiprofissional, **interdisciplinar** e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde, baseado na convicção científica, de cidadania e de ética. Reforça também que o profissional deve trabalhar em **equipes interdisciplinares** e atuar como agente de promoção à saúde.

No capítulo referente à odontologia, o artigo 13 cita que a estrutura do Curso de Graduação em Odontologia deverá estabelecer com clareza aquilo que se deseja obter como um perfil do profissional integral; na sua elaboração, substituir a decisão pessoal pela coletiva (Rede UNIDA, 2003).

O Ministério da Saúde (2003) cita que o processo descentralizador da gestão em curso, o esgotamento do mercado (especializado) e as exigências sociais impõem novos desafios ao aparelho formador. Entre estes desafios está o estabelecimento de novas diretrizes curriculares, tendo como premissa a **interdisciplinaridade** entre outras.

A grande questão é: como desenvolver uma prática interdisciplinar em saúde coletiva ? Se para isto necessitamos de um profissional que tenha competência em clínica geral sendo que a formação dos bancos escolares tem sido extremamente especializada em serviços complexos, em hospitais e clínicas, longe da realidade da comunidade?

O atual contexto mostra a importância que tem sido atribuída à interdisciplinaridade na formação do futuro profissional, por isso o problema de pesquisa foi elaborado sob o seguinte enfoque: **quais são os objetos fronteiriços³ encontrados dentro das práticas curriculares onde a interdisciplinaridade pode acontecer?** Entendemos por práticas curriculares qualquer prática que vise a formação (formal, informal ou oculta).

Outro questionamento que surgiu quando li os documentos oficiais (OPAS/FEPAFEM, MS, ME, Diretrizes Curriculares) é a falta de clareza na conceitualização, concepção ou categorização⁴ da interdisciplinaridade. Esses documentos não expressam claramente o tema, não explicitam e nem oferecem caminhos pragmáticos de execução interdisciplinar, foi a ausência de instrumentalização da interdisciplinaridade nos referidos documentos que me remeteu a esta reflexão: **qual é a concepção de interdisciplinaridade dos documentos oficiais?**

O recorte da investigação do projeto-mãe, dentro das práticas curriculares dos cursos de graduação, é identificar espaços curriculares, núcleos articuladores ou objetos fronteiriços conforme STAR (apud Cutolo, 2001) potenciais na construção da interdisciplinaridade, visando trabalho em equipe.

A interdisciplinaridade é uma categoria pouco investigada na área da saúde. Estes espaços potenciais de mudança das práticas em saúde podem se dar através das novas diretrizes curriculares, dos pólos de educação permanente, de fóruns organizados pelas instituições de ensino, dos projetos de extensão universitária, dos estágios em serviços públicos, do núcleo de desenvolvimento de trabalhadores, das escolas de saúde pública ou outros (BRASIL, 2003b).

Acredito que nesses espaços podemos unir conhecimento, vontade e perfil, para que a interdisciplinaridade possa ser exercida; são nesses espaços que se concentram docentes, discentes e a população.

³ A categoria Objeto Fronteiriço será melhor abordada no item 1.8.

⁴ Categorizar é dizer qual é o recorte utilizado para o tema.

O **pressuposto básico** é que a dificuldade de execução de práticas interdisciplinares, no cotidiano da equipe de saúde, está relacionada com a formação que estes profissionais receberam em seus ambientes de graduação universitária, que por consequência, é reflexo do perfil dos docentes. Em seu sentido mais amplo, são as práticas interdisciplinares que determinam o perfil do profissional de saúde e sua consequente intervenção. Entendemos também que as práticas curriculares não podem ser separadas de condicionamentos sociais, devem ser historicamente situadas e culturalmente determinadas (CUTOLO, 2001).

Dentro de todo o contexto exposto a complexidade do objeto saúde/doença não possibilita uma visão disciplinar, fragmentada, parcial. A malha complexa de interações que permitem o entendimento da saúde/doença exige um olhar plural. (CUTOLO, 2001 ,p.11)

O **outro pressuposto** dessa pesquisa é que o objeto fronteiroço tem potencial de ser o núcleo articulador entre os cursos da área da saúde.

I.8 Categorias

Para o entendimento genético das relações disciplinares utilizei uma análise epistemológica referenciada, sobretudo, nas categorias de FLECK (1986): a teoria de Estilo de Pensamento e Coletivo de Pensamento. Utilizei também uma categoria epistemológica derivada chamada Objeto Fronteiroço desenvolvida por STAR & GRIESEMER (1998).

Entendo, como Cutolo (2001), que a categoria estilo de pensamento e coletivo de pensamento deve ser recortada de acordo com o objeto de estudo. A opção de recorte desta pesquisa pressupõe que as **diferentes profissões da área da saúde** sejam entendidas como **coletivos de pensamento**, com formação específica, marco conceitual identificado e

escolhas de problemas e suas resoluções bem delimitadas, de acordo com seu **estilo de pensamento** particularizado.

O mais interessante é que Fleck consegue se colocar em relação aos seus conceitos sem conceituá-los, ele se faz entender através somente de exemplificações. DA ROS (2000) também afirma que o Estilo de Pensamento pode ser melhor entendido dentro do contexto do objeto de estudo.

Cutolo (2001) teceu uma definição para estilo de pensamento como:

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 conhecimentos e práticas;
5. compartilhado por um coletivo com formação específica.

(CUTOLO,1999, p.57).

Já a categoria **Objeto Fronteiriço/Limítrofe** (*boundary object*) não foi desenvolvida por Fleck, mas pelos sociólogos de tradição sócio-interacionista (CUTOLO, 2001). Segundo Cutolo (2001) objeto fronteiriço poderia ser entendido como conceitos, técnicas, materiais de domínio de uma área (ou de um coletivo de pensamento) que possui compatibilidade com outros coletivos. Ou, como prefere Löwy (apud CUTOLO, 2001) uma área de domínio comum, que sofre cooperação de mais coletivos de pensamento para sua compreensão. Parece-nos tentador imaginar que talvez esta possa ser a chave na busca de espaços potenciais ao desenvolvimento da interdisciplinaridade. Usaremos esta categoria tanto na busca e análise das práticas curriculares como na elaboração de estratégias que as vislumbrem.

Poderíamos exemplificar o seguinte: os diferentes cursos da área da saúde odontologia, medicina, enfermagem, fisioterapia seriam os diferentes Coletivos de Pensamento e cada qual engendra o seu próprio Estilo de Pensamento (olhar) diante de um problema.

Suponhamos que uma criança chega a um odontólogo (coletivo de pensamento) e este identifica que ela tem um problema de má-oclusão dentária causada pelo uso prolongado de chupeta. Este profissional vai avaliar o caso e dar um plano de tratamento conforme sua formação (estilo de pensamento). Porém, além do problema odontológico existe outras implicações. A respiração desta criança pode, também, ter obstrução física (adenóides) por exemplo, esta obstrução faz com que a criança respire pela boca e tenha de fazer um esforço maior ao respirar. Isto faz com que ela tenha um sono agitado e durante o dia fique mais sonolenta. O rendimento escolar fica comprometido, assim como a taxa de oxigênio e a criança apresenta dificuldade de concentração. Além de existir a presença de alterações na postura (cifose) da criança respiradora bucal e a cabeça tende a pender para a frente, com isso o ponto de equilíbrio do corpo muda e ela tende a cair com mais facilidade.

Neste exemplo, a criança precisa de uma avaliação com um otorrino para verificar a presença ou não de hipertrofia das adenóides, um fisioterapeuta para corrigir a postura, e de um fonoaudiólogo para exercícios da flacidez perioral. Cada profissão é um Coletivo de Pensamento e age segundo o seu Estilo de Pensamento. Isto já seria um bom exemplo de multidisciplinaridade, mas o que se quer é um passo a frente da multi e passar a interdisciplinaridade.

Pois, existem conhecimentos que permeiam o conhecimento de outra profissão, sem invadir a área de atuação do outro, mas que permitem que o conhecimento de outras áreas, acrescentado ao seu, crie um conhecimento mais rico a ambos, podendo oferecer um melhor cuidado à pessoa que necessita de tratamento global.

A este espaço potencial de permeabilidade de um ou mais coletivos de pensamento (profissões) é o que podemos chamar de **objeto fronteiroço**. O Objeto Fronteiroço/Limítrofe passa a ser núcleo potencial da facilitação do diálogo inter-coletivo⁵ dos Coletivos de Pensamento. Como afirma FLECK(1986):

... não existe realidade absoluta, por que a medida que o conhecer avança, transforma a realidade. Pois o conhecimento se transforma ao passar a outra pessoa (FLECK,1986, p.21).

⁵ inter-coletivo refere-se ao diálogo entre as diferentes profissões.

A proposta é identificar nas práticas curriculares espaços que tenham potencial para ser estes objetos fronteiriços, onde possam ocorrer as práticas interdisciplinares. Aonde cada profissional tem uma visão do objeto em estudo e contribui para agregar conhecimento, habilidade e atitude no final do processo a todos os sujeitos, modificando assim o conhecimento inicial.

I.9 Limpando o termo Interdisciplinares

A base conceitual que permitirá um recorte e categorização de interdisciplinaridade será a obra de Japiassu (1976) e Fazenda (1979/1994/2001). Para podermos ‘limpar’ o tema interdisciplinaridade faremos uma breve contextualização histórica e uma conceitualização dos prefixos que são utilizados com a disciplinaridade - multi, pluri, inter e trans. Esta clarificação se faz necessária a partir do momento que possa existir ambigüidade das palavras – chave que utilizaremos em nosso trabalho.

Segundo Japiassu (1976), é necessário ter clara a origem da palavra para compreender as derivações que dela possam existir. No nosso caso, começáramos pela “disciplina”, que nós utilizaremos com o mesmo sentido de “ciência”, então disciplinaridade significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimentos que apresentam características próprias nos planos de ensino, da formação, dos métodos e das matérias; esta exploração consiste em fazer surgir novos conhecimentos que se substituem aos antigos⁶.

Japiassu ainda refere que a interdisciplinaridade :

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

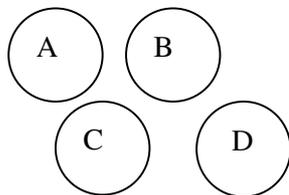
(JAPIASSU,1976,p.72)

⁶ Japiassu quando refere disciplina não utiliza o mesmo recorte utilizado nesta pesquisa. A categoria disciplina desta pesquisa refere-se aos cursos na área da saúde (medicina, odontologia, fisioterapia, enfermagem, fonoaudiologia,etc)

Ele ainda conceitualiza as derivações da disciplinaridade.

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 contribuir 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. E é considerado como um sistema disciplinar de apenas um só nível e com diversos objetivos, nenhuma cooperação. Poderia ser esquematizado da maneira abaixo:

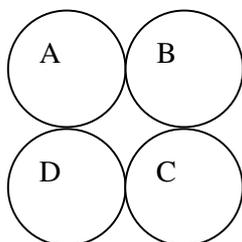
FIGURA 1:



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

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 o diagrama abaixo:

FIGURA 2:

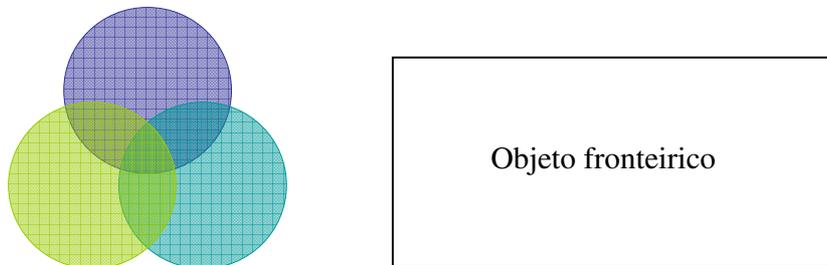


Fonte: Cutolo,(2004). Anais XVIII Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem.

O caráter do multi e do pluridisciplinar de uma pesquisa não implica outra coisa senão o apelo aos especialistas de duas ou mais disciplinas : basta que se justaponham os resultados de seus trabalhos, não havendo integração conceitual, metodológica ou outra.

A interdisciplinaridade (ID) se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração **real** das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa ou do trabalho. A interdisciplinaridade vai além do simples monólogo de especialistas ou do diálogo paralelo entre dois dentre eles, pertencendo a disciplinas vizinhas. O espaço interdisciplinar não pode ser outro senão o campo unitário do conhecimento. O fundamento deste espaço deverá ser procurado na negação e na superação das fronteiras disciplinares. No nível interdisciplinar existe a colaboração, que no multi e no pluri não ocorre, entre as disciplinas heterogêneas de uma mesma ciência, isto é, existe um intercâmbio de saberes, de modo que, no final do processo interativo, cada disciplina, setor ou faculdade saia enriquecida, por ter incorporado os resultados de várias especialidades, assegurando a cada uma seu caráter propriamente positivo, segundo modos particulares e com resultados específicos, como no exemplo abaixo:

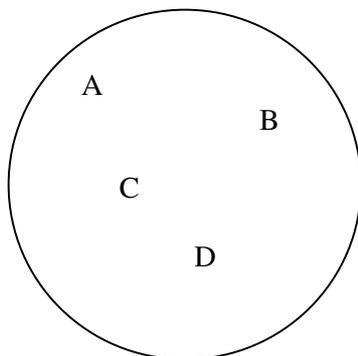
FIGURA 3:



Fonte: Cutolo.(2004). Anais XVIII Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem.

Piaget (1972) apud Japiassu (1976) criou um novo termo o 'transdisciplinar', 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.

FIGURA 4:



Fonte: Cutolo.(2004). Anais XVIII Fórum Catarinense das Escolas de Enfermagem

Japiassu (1976), conclui que ainda está por ser criada uma definição de ID, pois ela não é apenas um conceito teórico. Cada vez mais parece impor-se como uma prática, que inicia como prática individual

...é fundamentalmente uma **atitude** de espírito, feita de curiosidade, de abertura, de sentido de descoberta, de desejo de enriquecer-se com novos enfoques, de gosto pelas combinações de perspectivas e de convicção levando ao desejo de superar os caminhos já batidos (JAPIASSU,1976, p.131).

A interdisciplinaridade como prática coletiva, em especial na pesquisa, não deve haver nenhum confronto entre as disciplinas (Coletivos de Pensamento) e deve-se ter representantes altamente qualificados de cada uma delas. Todos devem estar abertos ao diálogo, devem ser capazes de reconhecer aquilo que lhes falta e que podem ou devem receber dos outros. Só se adquire essa atitude de abertura no decorrer do trabalho em equipe interdisciplinar.

Heckhausen, apud Japiassu (1976), propõe uma classificação das diferentes formas de interdisciplinaridade. O recorte do nosso estudo se enquadra sobre o que ele denominou “interdisciplinaridade estrutural”, que é definida como: quando duas ou mais disciplinas ingressam num processo interativo, ao mesmo tempo, num diálogo em pé de igualdade. Não há supremacia de uma sobre as demais. As trocas são recíprocas. O enriquecimento é mútuo. São colocados em comum os próprios métodos. Entre elas há uma espécie de fecundação recíproca. A ID se efetua pela combinação das disciplinas, e não por simples adição ou mistura, correspondendo ao estudo e novos campos de problemas, cuja solução exige a convergência de várias disciplinas, tendo em vista levar a efeito uma ação informada e eficaz.

Fazenda (1991) faz alusão a interdisciplinaridade como sinônimo de parceria, como o compartilhamento de falas, espaços, presenças, ausências e cumplicidade, ou seja, como atitude possível diante do conhecimento. O que queremos dizer é que o pensar interdisciplinar parte da premissa de que:

nenhuma forma de conhecimento é em si mesma exaustiva. Tenta o diálogo com outras fontes do saber, deixando-se irrigar por elas...O que caracteriza a atitude interdisciplinar é a ousadia da busca, da pesquisa, é a transformação da insegurança num exercício do pensar, num construir. Exige a passagem da subjetividade para a interdisciplinaridade (FAZENDA,1991,p.15).

A execução de um projeto interdisciplinar na universidade pode ser entendida como uma pesquisa coletiva onde exista uma pesquisa nuclear, que catalise as preocupações dos diferentes pesquisadores e pesquisas-satélites, em que cada uma possa ter seu pensar individual e solitário, ou seja, é a busca da construção coletiva de um novo conhecimento em parceria. Fazenda (1991), acrescenta ainda que :

a academia, em certos casos, passa a ser camisa-de-força, pois ela estrutura, formaliza, rotula e direciona em uma única direção. Impede o alcance de um olhar mais penetrante, tornando-o segmentar, covarde e limitado (FAZENDA,1991, p.19).

Utilizaremos como referencial teórico o significado de:

- disciplina - como profissão da área de saúde, ou seja, coletivo de pensamento;
- pluridisciplinar – justaposição de dois ou mais coletivos de pensamento que se tangenciam em alguns momentos, mas cada um mantém a sua característica e seu estilo de pensamento;
- multidisciplinar – agrupamento de coletivos de pensamento que não chegam a se tangenciar, apenas dividem um espaço;
- transdisciplinar - eles perdem os contornos e permeiam entre si;
- 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/Limítrofes.

I.10 Procedimento de pesquisa

I.10.1 Procedimento Ético

O projeto “Práticas Curriculares Interdisciplinares dos Cursos de Graduação em Saúde”, pesquisa nuclear da qual este sub-projeto é parte, foi submetido ao Colegiado do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho – 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 Odontologia da UNIVALI Campus 1, autorização para utilização dos documentos do Curso, referentes ao segundo semestre de 2003, 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.

I.10.2 Base Teórica

Propus 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 que desejo analisar 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.

I.10.3 Coleta de dados

A técnica de coleta dos dados se deu através da análise documental. Embora pouco explorada na área da educação, a análise documental é ótima técnica de abordagem exploratória de dados qualitativos sejam 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).

A análise documental busca identificar informações nos documentos a partir da questão de interesse do 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 fontes poderosas de onde podem ser retiradas evidências 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 (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Este trabalho é um sub - projeto da pesquisa intitulada “ Práticas Curriculares Interdisciplinares dos Cursos de Graduação em Saúde”. O grupo de pesquisadores é composto por cinco mestrados que estudaram os cursos de graduação em odontologia, fisioterapia, enfermagem e medicina. Em todos os cursos foram colhidos dados de documentos sobre o tema interdisciplinaridade. ⁷Este trabalho foi voltado à análise dos documentos pedagógicos do Curso de Odontologia.

⁷ A análise da fala de docentes destes cursos será realizada apenas por uma pesquisadora dos cinco envolvidos.

I.10.4 Amostragem

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 como do tipo oficial. Realizei uma leitura crítica e reflexiva destes textos com o objetivo de contextualizar a situação de ensino que é encontrada no país, bem como na construção da revisão de literatura.

Também utilizei documentos técnicos do Curso de Odontologia da UNIVALI (campus 1) disponíveis no acervo da UNIVALI e relativos ao segundo semestre de 2004. Estes foram os documentos de sustentação para atingir o objetivo geral desta pesquisa. Os selecionados foram:

- Projeto Pedagógico do Curso de Odontologia;
- Grade Curricular
- Planos de ensino
- Projetos de pesquisa

Como fonte de análise comparativa a pesquisa empírica documental incluiu documentos do Ministério da Saúde relativos às Políticas Públicas de Saúde, sobretudo do SUS tendo como recorte o PSF e documentos do Ministério da Educação relativos às diretrizes curriculares foram analisados também. Documentos da OPAS/FEPAFEM, Constituição de 88, entre outros foram avaliados da mesma forma aonde procurei identificar expressões que sugeriam trabalho em equipe e/ou interdisciplinaridade.

I.10.5 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, e posteriormente por Minayo.

Adotei essa forma de analisar os dados, pois ele se presta ao estudo “*das motivações, atitudes, valores, crenças, tendências*” que podem existir nos dispositivos legais, princípios, diretrizes, dentre outros, que a simples vista não se apresentam com a devida clareza (BARDIN apud TRIVIÑOS, 1987,p.159).

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. Triviños parece ter aperfeiçoado a técnica de Bardin e se encaixa melhor às nossas idéias. 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 em conhecimento experiencial onde estão envolvidas sensações, percepções, impressões e intuições.

Ainda em Triviños (1987), é citado Bardin (1977) 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 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, além do manifesto, 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). O modelo que me interessa é o dialético, que vê as duas perspectivas: latente e manifesto.

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 realizei neste estudo (LÜDKE, ANDRÉ, 1986).

Procurei expressões e/ou palavras que indicassem interdisciplinaridade, que foi o tema estudado. Tratou-se, portanto, de uma pesquisa de análise temática de conteúdo. Previamente selecionei algumas expressões que procurei identificar de forma separada ou agrupada nos documentos, que chamei de categorias:

- interdisciplinaridade;
- trabalho em equipe;
- equipe;
- mutiprofissional;
- multidisciplinar;
- pluridisciplinar;
- transdisciplinar;
- abordagem integral.

A construção de categorias não se esgota na fase inicial do estudo, mas vai sendo

enriquecida à medida que se vai realizando a análise temática do conteúdo dos documentos. Durante a leitura do material, pode-se estabelecer ligações entre as categorias e expressões encontradas, podendo combiná-las, separá-las ou reorganizá-las (LÜDKE, ANDRÉ, 1986).

Por fim, após entender a essência e o conteúdo dos documentos pedagógicos do Curso de Odontologia, identifiquei espaços curriculares que poderiam possibilitar implementação de abordagens interdisciplinares entre a odontologia e os diversos cursos da área da saúde. Com a fase de seleção de objetos fronteiriços da área de saúde (locais ideais para a atuação de diferentes saberes) realizada, terminei por propor formas de inclusão de práticas curriculares interdisciplinares no referido utilizando estes espaços ditos “objetos fronteiriços”.

CAPÍTULO II

ENCONTRANDO OBJETOS FRONTEIRIÇOS

II.1 AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS CURRICULARES DO CURSO DE ODONTOLOGIA DA UNIVALI 2004/II

No intuito de situar o leitor faço uma breve colocação da definição/recorte de currículo que utilizei. A discussão sobre currículo escolar tomou maior relevância a partir das conceitualizações ocorridas na década de 1980, onde muitos autores definem currículo simplesmente como um documento escrito tipo grade curricular e outros definem currículo não só como documento, mas também com visão interativa do todo educativo. Esses dois pontos de vista representam apenas os extremos do conceito de currículo onde entre eles permeiam várias nuances. Mas o que importa são as conseqüências políticas associadas a identificar um currículo com um dos dois pólos identificados (KOIFMAN,1998).

Considerando a primeira sugestão, de ser somente um documento escrito, a política curricular incide na modificação dos textos escritos e/ou na reorganização de carga horária o que limita as possibilidades operativas das políticas curriculares. Na segunda consideração, se o currículo é tudo que ocorre na universidade, significa que a tarefa apresentada às políticas curriculares inclui a multiplicação ao infinito das transformações sobre as escolas, agindo sobre todas as variáveis, o que pode estar fadado ao insucesso se não for bem planejado e estruturado, ou ser a grande descoberta da “nova era escolar” e promover a verdadeira formação de profissionais habilitados, conscientes e prontos para os enfrentamentos reais da sua profissão.

Em 1968 foi descrito por Philip Jackson uma obra intitulada “ Life in Classroom” onde surge o termo “Currículo Oculto”, no intuito de revelar que os documentos não conseguem carregar em si as práticas em sala de aula, nem o contexto histórico em que estão inseridos, nem a que fatores sociais, econômicos, culturais, ideológicos e políticos estão alinhados. Portanto o conhecimento adquirido na sala de aula não é neutro nem objetivo e nem meramente técnico, pois passou a incluir questões sociológicas, políticas e epistemológicas no meio de determinações sociais, históricas e de seu contexto. A educação e o currículo não agem apenas como transmissores de uma cultura, são partes integrantes e

ativas do processo de produção e criação de sentidos, significações e sujeitos (KOIFMAN,1998).

Outros dois autores também redefiniram a concepção de currículo, Henry Giroux (1983) e Michael Apple (1982), em seus conceitos incorporaram ao currículo a necessidade de atitude e dinamismo aos documentos como ocorre na interatividade em sala de aula.

Normas, valores e crenças imbricadas e transmitidas aos alunos através de regras subjacentes que estruturam as rotinas e relações sociais na escola e na vida da sala de aula (GIROUX,1983,p.71).

Nada melhor do que Fleck (1986) para determinar que a relação sujeito-objeto modifica ambos no processo do conhecimento, e este por sua vez, sendo o terceiro componente da relação é modificado conforme a história de cada um. É o que Fleck chama de **estilo de pensamento**. Dentro de um saber existe uma inter-relação entre o conhecido e o conhecer, onde o conhecido condiciona a forma e a maneira do novo conhecimento, este se expende renova e dá sentido ao conhecido.

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).

Currículo é um conjunto de práticas, e essas práticas são organizadas através de instrumentos (projeto pedagógico, grade curricular, planos de ensino, projetos integrados de extensão, estágio supervisionado e projetos de pesquisa), que foram as ferramentas de trabalho desta pesquisa. O currículo é carregado implicitamente de valores e valores estão ligados a um contexto determinado socialmente. Este é o conceito de currículo que utilizei.

O objetivo desta pesquisa foi identificar, dentro das práticas curriculares do projeto pedagógico⁸, no curso de odontologia da UNIVALI Campus I, espaços potenciais (objetos fronteiriços) para a construção da interdisciplinaridade entre os cursos da área da saúde (coletivos de pensamento), verificando os documentos, que dentro de si carregam concepções sobre as determinações sociais, históricas e o contexto.

O projeto pedagógico do curso de odontologia da UNIVALI é parte integrante do Projeto Pedagógico Institucional. O Projeto Pedagógico original da Odontologia foi autorizado em 16 de novembro de 1989 através da Resolução de 05/89/CUN pelo parecer nº 05/CEPE/89, cuja implantação ocorreu em março de 1990. Desde seu início passou por duas alterações curriculares em 1994 e a segunda em 1999/2000, com carga horária de 4.050 horas/aula e com duração de quatro anos e meio. A versão do projeto analisada compreende o período de 2003/2004II.

Por questões didáticas verifiquei o conteúdo de cada documento seguindo a ordenação contida no projeto pedagógico do curso de odontologia. A primeira citação do projeto refere o apoio didático pedagógico institucional como segue:

II.1.1. Apoio didático pedagógico institucional

A rede estrutural montada como suporte aos docentes parece ter sido planejada com muito empenho e na dedicação de ver concretizadas as novas Diretrizes Curriculares, a trama inclui, desde Conselho de Classe, Câmara da Matriz Curricular, Articulador Pedagógico, Programa de Formação Continuada, incluindo Seminários de Integração Interdisciplinar, Seção de Ensino abrindo espaço para uma universidade de cara nova. Para que a prática vingue é necessário o envolvimento de todos, docentes, discentes e funcionários, mas fica quase impossível que isto não ocorra tamanho é o esforço depositado no planejamento do documento. Existe inclusive o PADEF (Programa de Atenção aos Discentes, Egressos e Funcionários) que oferece apoio psico-pedagógico, mas parece estar sendo subutilizado por não atender às especificidades do desenvolvimento das habilidades mais prementes aos alunos. O interessante é a constante reavaliação do planejamento e

⁸ O Projeto Pedagógico do curso de odontologia da UNIVALI Campus I, ago/2004, na análise inclui o apoio didático pedagógico institucional e o projeto pedagógico propriamente dito: referenciais do projeto pedagógico, contexto do curso, organização curricular (estrutura do currículo, grade curricular, atividades acadêmicas articuladas ao ensino e pesquisa e extensão).

conseqüente adaptação às necessidades, que demonstra o cuidado em fazer valer o conteúdo do projeto na prática e não só no papel.

II.1.2. Referenciais do Projeto Pedagógico

É interessante observar na descrição dos referenciais do projeto pedagógico a preocupação e o interesse do processo ensino/aprendizagem ao aluno, não somente do conhecimento científico, mas também do comportamento ético, das práticas sociais, atividades em grupo dirigindo o aluno a uma postura do saber e do fazer como atitude de conhecimento. E é exatamente essa postura que procurei identificar nos documentos técnicos. Apesar de estar trabalhando com “papéis”, teoricamente inertes, é clara a concepção de ensino-aprendizagem fundamentada nas novas demandas sociais e políticas da e para a saúde, formando profissionais socialmente comprometidos, críticos e éticos.

Um dos objetivos específicos do projeto pedagógico da odontologia refere:

sensibilizar o acadêmico para questões que envolvam as condições de vida das pessoas e suas implicações na saúde (UNIVALI, 2004, p.8).

Porém, os planos de ensino da maioria das disciplinas não abrigam carga horária suficiente para que essa sensibilização ocorra de maneira natural e espontânea na rotina de um universitário. Pela questão da carga horária nas dependências das universidades ser muito grande, a formação acaba dissociada da prática clínica e o aluno, por conseguinte, não se apropria dos conhecimentos por não conseguir contextualizá-los. Dentro das universidades, os alunos estão fora do *habitat* natural da pessoa, fora do contexto: casa, família, comunidade e trabalho, ambientes aonde as pessoas são elas mesmas, aonde elas se expressam no seu íntimo como cidadão único. Essa rotina acontece, de fato, nas Equipes de Saúde da Família o que reforça a necessidade de formar profissionais prontos a essas demandas, muito embora os profissionais hoje atuantes tenham sido capacitados para tal dentro dos próprios locais de serviço. Na tentativa de romper esta lacuna o atual projeto descreve:

estimular para o comprometimento do acadêmico enquanto cidadão consciente e participante nas questões sociais e capacitar para o trabalho conjunto em equipes multidisciplinares e interdisciplinares (UNIVALI, 2004, p.8) (meu grifo).

Ao mesmo tempo observa-se nova tendência das aulas através do estudo de casos clínicos, incentivos aos trabalhos de conclusão de curso (TCC); seja obrigatório ou facultativo; às pesquisas, seminários e a participação em eventos; são todas formas de fazer do aluno sujeito da produção do conhecimento, como prevê as novas diretrizes curriculares e as demandas da área da saúde.

Mesmo sabendo que estamos no começo de uma grande caminhada, temos a consciência que nem tudo que se espera de um egresso pode ser aprendido em um ambiente universitário, como:

Formação generalista, humanista e ética; que possa atuar em todos os níveis de atenção à saúde bucal, buscando a melhoria da qualidade de vida da população (UNIVALI, 2004, p. 9).

Mas sabemos que pode ser lapidado aos que estiverem em consonância com este perfil, pois existe o esforço em direcionar professores e alunos neste sentido, conforme os documentos técnicos do curso em questão, sendo de grande ajuda avaliar a distribuição da carga horária necessária para que isto ocorra.

A postura do docente é de vital importância na formação do aluno/profissional, o que comumente acontecia era o convite das universidades a profissionais expoentes em suas especialidades a darem aula. O profissional, muitas vezes, não tinha perfil para a docência, nem formação pedagógica e acabava por formar futuros colegas com visão estritamente especializada e baseada em alta tecnologia. Hoje, analisando o perfil de formação dos professores de odontologia da UNIVALI encontramos 89,8% com nível *stricto sensu* e 56,5% de docentes com atividade paralela ao magistério, favorecendo a articulação teoria-prática. Demonstrando assim mudança no perfil dos docentes com a devida qualificação para a docência.

II.1.3. ORGANIZAÇÃO CURRICULAR

II.1.3.1 ESTRUTURA DA GRADE CURRICULAR

A estrutura do currículo, do curso de Odontologia da UNIVALI, foi montada seguindo as Diretrizes Curriculares dos cursos de Odontologia, elaborada pela Comissão de Especialistas de Ensino de Odontologia (SESu/MEC), 1998. Cujo relatório informa:

... não são outras as razões pelas quais documentos mais autorizados acerca da educação médica⁹, antigos e recentes, nacionais e estrangeiros, insistem na necessidade da formação geral humanística, no apreço da relação médico-paciente, na responsabilidade do ensino médico perante a sociedade, na valorização do dever ético da profissão (UNIVALI, 2004, p.16).

As disciplinas do curso, distribuídas ao longo de nove semestres, somam um total de 65 aonde são classificadas em disciplinas básicas/sociais e profissionalizantes. Elas estão divididas em número, de matérias, praticamente iguais entre ciclo básico e profissionalizante. O conteúdo expresso no projeto pedagógico do curso enfatiza, ainda, a importância da presença da promoção de saúde, da bioética e da biossegurança nas diferentes disciplinas e atividades do curso de odontologia. Embora, em muitos planos de ensino, isto não esteja explícito ou implícito. Principalmente nas disciplinas do ciclo profissionalizante, que enfocam as especificidades da sua área, esquecendo de fazer este resgate no ementário, conteúdos ou nas avaliações.

⁹ Educação médica leia-se cursos da área da saúde.

II.1.3.2 A matriz ou grade curricular¹⁰ mostra somente as disciplinas divididas em nove períodos (semestres) cuja organização ainda segue o modelo hegemônico flexneriano bem delimitado e dividido em ciclo básico e profissionalizante.

O curso de odontologia da UNIVALI foi implantado de acordo com a Resolução nº 04/CFE – de 03/07/1982 e Parecer nº 370/82/CFE – de 09/07/1982. Reformulada e aprovada pela Resolução nº 011/CEPE/94, cuja grade curricular sofreu alterações aprovadas pelo Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão da Universidade, através das Resoluções: nº 060, 066, 089, 090, 104, 106/CONSEPE/99 e nº 068/CONSEPE/00.

Do total das disciplinas encontramos algumas que estão presentes em 8 semestres como a disciplina de Odontologia Social e Preventiva, outras em 3 semestres como as disciplinas de Metodologia Científica, Dentística e Endodontia e muitas com dois semestres como Histologia, Ética e Cidadania, Microbiologia e Imunologia, Radiologia, Oclusão, Anestesiologia e Cirurgia, Prótese Parcial Removível, Periodontia, Prótese Fixa, Odontopediatria, Ortodontia, Clínica Integrada, Odontologia para Pacientes Especiais, além de disciplinas como Trauma e Oclusão que são disponibilizadas como programa de extensão não integrado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS). Totalizando 65 planos de ensino. A tabela 4 mostra a divisão da carga horária entre ciclo básico e profissionalizante:

Tabela 4 : Distribuição da carga horária das disciplinas do curso de odontologia da UNIVALI.

CICLO	Disciplinas	horas/aula	%	
Básico	Biologia	1140	28,6	31,2%
	Social	105	2,6	
Profissionalizante	Clínica	2250	56,4	68,8%
	Odontol. Social	495	12,4	
Total		3990	100%	

Observando a tabela 4 existe uma grande diferença, tanto no ciclo básico como no profissionalizante, na carga horária das disciplinas sociais em relação às disciplinas biológicas e clínicas. Se é sabido que as determinações sociais são importantes na definição da qualidade de vida e da saúde da população, isto sugere que seja dada maior atenção às questões (disciplinas) sociais dentro das universidades. Pois, a interdisciplinaridade para ser

¹⁰ A matriz curricular do curso de odontologia se encontra nos anexos.

exercida necessita de situações concretas, reais e exige um olhar não apenas biologicista, mas também relacionado aos determinantes sociais como, por exemplo, na discussão de um caso clínico, pois no âmbito da saúde coletiva a interdisciplinaridade coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho (a saúde e a doença no seu âmbito social) envolve relações sociais, expressões emotivas e afetivas e repercussões biológicas. Ou seja, se o homem é entendido em sua estrutura, dentro de uma visão biologicista, de base mecanicista no ciclo básico; ele não pode ser entendido em seu processo de adoecer e ser saudável dentro da dimensão social no ciclo profissionalizante e mais tarde no exercício da profissão.

Observando a estrutura do currículo e da matriz curricular, ambos, foram desenvolvidos em fase anterior às novas demandas profissionais e diretrizes curriculares (maio 2003) das quais tomei como base no início desta pesquisa. Embora as propostas de reformulação curricular venham acontecendo desde a década de 80 com maior êxito, buscando soluções por intermédio de um processo crítico e criativo, baseado na realidade e nas exigências da sociedade. Não se pode negar que houve avanços no currículo, pois o Relatório Flexner (1910) que dividia as disciplinas em ciclo básico e profissionalizante não contemplava nenhuma disciplina social. Porém, é notória a necessidade de se avançar ainda mais no lado social da formação profissional.

A Constituição Brasileira de 1988, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8080 de 19/09/1990 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9.394 de 20/12/1996, entre outros documentos, também referem questionamentos relacionados com o perfil dos profissionais em relação às necessidades do mercado de trabalho, ao perfil das doenças, à realidade das demandas à saúde da grande maioria da população, no intuito de incorporar esta prática nas universidades.

Apontei nos documentos do curso de odontologia espaços potenciais, que chamei de objetos fronteiriços ou espaços interdisciplinares, aonde pode ser exercida a interdisciplinaridade entre os cursos da área da saúde. Lembrando que Objetos Fronteiriços são zonas de interface entre diferentes Coletivos de Pensamento que engendram cada qual o seu um Estilo de Pensar próprio, podendo ser: uma área do conhecimento¹¹, um problema geral de saúde¹², uma ação¹³, uma estratégia gerenciada¹⁴, um problema da odontologia¹⁵.

Como por exemplo:

II.1.3.3 PLANOS DE ENSINO

Após analisar os 65 planos de ensino, agrupei-os por período fazendo apontamentos em relação ao objeto de estudo - identificar espaços potenciais para a interdisciplinaridade ocorrer entre os cursos da área da saúde. Sendo este o foco descrevi aspectos que continham informações interessantes do ponto de vista construtivo para a interdisciplinaridade acontecer, pontos onde já percebia estar acontecendo e pontos mais específicos aonde seria inviável a interdisciplinaridade ocorrer. A divisão descritiva do texto, de semestre a semestre, ficou didaticamente cansativa. Então reorganizei em tabelas os resultados e reagruei as disciplinas, não mais pelos nove períodos, mas em três grandes grupos :

- a) disciplinas que engendram espaços interdisciplinares;
- b) disciplinas com potencial para fomentar espaços para a interdisciplinaridade;
- c) disciplinas sem perfil para a prática interdisciplinar.

Vale salientar que esta divisão refere-se ao conteúdo contido nos planos de ensino do curso de odontologia, que abrem espaços ou não para que a interdisciplinaridade aconteça entre os cursos da área da saúde, este foi o recorte utilizado nesta pesquisa. Não foi considerada a possibilidade de interdisciplinaridade entre outras áreas como engenharia, artes, física, etc, mas se entendermos interdisciplinaridade entre todas as áreas sempre terá uma oportunidade de interseção entre elas.

a) As disciplinas que pude observar como Objetos Fronteiriços foram: Odontologia Social e Preventiva I por conseguir reunir a questão social, política e técnica, dando ênfase à promoção e a prevenção da saúde com base no contexto real; e a Ortodontia II que explana a importância da inter-relação entre a odontologia e a fonoaudiologia, que poderia ser extensivo aos outros cursos pelo comprometimento sistêmico que distúrbios nesta área acarretam, como alteração postural, alteração no sono, concentração, queda na oxigenação cerebral, etc. Poderia unir outro coletivo de pensamento como a fisioterapia, a fonoaudiologia, a pediatria nesse caso, por isso o movimento ainda é tímido e subutilizado,

¹¹ Saúde do bebê, da criança, do adolescente, da gestante, do adulto, do trabalhador, do idoso.

¹² Diabetes, hipertensão, AIDS, C.A., gestação, etc

¹³ Promoção e educação em saúde, educação sanitária, prevenção

¹⁴ Programa de saúde da Família (PSF)

¹⁵ Respirador bucal, C.A. bucal, etc.

pois a parceria com os outros estilos de pensamento (cursos da área da saúde) enriqueceria muito essas duas disciplinas, que parecem estar esperando uma simples articulação entre os cursos para que a interdisciplinaridade que estou procurando aflore.

b) As disciplinas com potenciais para fomentar zonas de interface entre Coletivos de Pensamento são: antropologia e sociologia, genética, odontologia social e preventiva II e IV, ética, patologia geral e aplicada, oclusão, pediatria, ortodontia I, cirurgia e traumatologia e odontologia para pacientes especiais. Acredito que em disciplinas como a antropologia poder-se-ia plantar uma “semente” de interdisciplinaridade nos recém ingressos nas universidades, mas infelizmente falta uma ligação pragmática da disciplina com a prática diária para tornar mais interessante ao aluno a matéria, aonde ele enxergue a prática. A grande dificuldade, em muitas situações, é que a formação do docente está dissociada da prática clínica. Como um antropólogo pode fazer um aluno entender um exemplo clínico da odontologia se ele não tem conhecimento suficiente na área para fazer uma ligação com a prática para seus alunos? Como ele pode tornar sua aula interessante para um grupo de futuros dentistas? Ele não conseguirá mostrar a importância da sua profissão na profissão desses alunos, sem este entendimento não existe a interdisciplinaridade. Como, por exemplo, um dente cariado pertence a uma boca, de alguém que é membro de uma família, que vive em uma sociedade banhada por situação econômica, histórica, cultural. Como entender o homem e seus processos e negligenciar sua cultura? Esse apoio teórico a antropologia pode fornecer. Como fazer educação em saúde sem conhecer e respeitar a cultura do outro? Sem conhecer a representação social da comunidade em questão? O diferencial deles no mercado de trabalho, quando estiverem realizando aquela restauração, em uma boca que pertence a uma pessoa, que tem problemas, que mora em tal condição e tem “X” expectativas, depende também de disciplinas do ciclo básico. E o ciclo básico só faz sentido se contextualizado e projetado para uma prática profissional.

Já as disciplinas que tratam de temas por áreas do conhecimento¹⁶ como a pediatria, ortodontia ou que das disciplinas que tratam de problemas de ordem geral¹⁷ como a

¹⁶ Saúde da criança, do adolescente, do idoso, da mulher, do bebê, do trabalhador.

¹⁷ Diabetes, AIDS, hipertensão, gestante, síndromes, etc.

genética, a OSP, patologia geral e aplicada, oclusão ,cirurgia e traumatologia engendram no contexto conhecimentos inerentes aos diferentes Coletivos de Pensamento através da discussão de casos clínicos, de seminários interdisciplinares entre os cursos. Entendo que estas disciplinas se forem bem trabalhadas podem se transformar em espaços construtores da interdisciplinaridade. Acredito que ao se trabalhar a saúde da criança, do adolescente, etc todos os coletivos de pensamento podem trabalhar interdisciplinarmente com uma visão mais completa da pessoa ou comunidade que está sendo assistida.

c) Identifiquei disciplinas que por sua especificidade não engendram zonas de interface com outros Coletivos de Pensamentos como: desenho e escultura dental, radiologia, materiais dentários, dentística, endodontia, prótese fixa e removível, clínica integrada. São disciplinas de domínio muito específico, que exigem técnica, habilidade e conhecimento específicos odontológicos, onde pouco se pode trabalhar no âmbito interdisciplinar entre diferentes Coletivos de Pensamento, embora possa manifestar Zonas de interface de caráter interdisciplinar dentro do próprio Coletivo de Pensamento (odontologia), mas não entre Coletivos de Pensamento (cursos da área da saúde) que é nosso interesse.

Considerações referentes aos planos de ensino:

A forma de avaliação de algumas matérias mostraram-se interessantes porque avaliam a produção individual de textos a partir de vídeos, filmes, textos indicados como o caso da ética. Essa característica de avaliação contempla o que as Diretrizes Curriculares pedem como requisito o desenvolvimento de habilidades;

A disciplina de Ética apresenta o seguinte texto na avaliação:

- participação qualitativa (individual e em grupo) nas discussões em sala de aula
- elaboração de pequenos textos a partir da temática desenvolvida em aula;
- aproveitamento de leituras complementares e produção de ensaios e pequenos textos a partir da temática desenvolvida em aula. (UNIVALI,2004) (meu grifo).

Outras matérias chegam a escrever multi, inter ou transdisciplinar sem ser na concepção escolhida no marco referencial desta pesquisa, como o caso da ergonomia;

Nos objetivos de aprendizagem da disciplina de ergonomia encontramos:

- *reconhecer o caráter inter e multidisciplinar da ergonomia...(UNIVALI, 2004) (meu grifo)*

Sendo que não existe outra citação nem na ementa, no objetivo geral ou avaliação que refira a inter ou a multidisciplinaridade no conteúdo do plano de ensino.

Apenas um plano de ensino contempla a questão da importância de se trabalhar com a família como na odontologia para pacientes especiais;

A disciplina de Odontologia para Pacientes Especiais contempla em seu conteúdo:

- a complexidade de um ambiente destinado ao paciente com necessidade especial, os profissionais envolvidos, familiares e o cuidado domiciliar (UNIVALI,2004) (meu grifo).

Neste exemplo podemos entender que no tratamento e cuidado de um paciente especial, como por exemplo, um paciente com paralisia cerebral necessita de profissionais que se envolvam interdisciplinarmente, pois a complexidade do problema exige atenção de um fonoaudiólogo, de um fisioterapeuta, de um dentista, de um médico durante toda sua vida. Esses profissionais se relacionam com outros profissionais, com o paciente, com os familiares, com os cuidadores, apontando um problema de saúde como um objeto fronteiro de atuação interdisciplinar. Esta disciplina ainda sugere debater o conceito, a

complexidade e a transdisciplinaridade do atendimento ao paciente especial. Como poucos planos de ensino, avalia a interação de equipe e como nenhum enfoca o cuidado domiciliar, a família e o ambiente doméstico. Esta disciplina é eminentemente interdisciplinar e está passando despercebida;

No plano de ensino da periodontia foi encontrada a referência dela correlacionar-se com as demais especialidades odontológicas, buscando um tratamento integrado do paciente, mas no plano de ensino isto não está descrito.

A Periodontia apresenta o seguinte objetivo geral:

conhecer diferentes patologias avançadas em periodontia e diferentes possibilidades de tratamento, bem como relacioná-la com as demais especialidades odontológicas buscando um tratamento integrado do paciente.
(UNIVALI, 2004) (meu grifo).

Só que nos itens: objetivos de aprendizagem, conteúdos, estratégias, não aparece nenhuma correlação com as outras especialidades odontológicas.

Aliás, nenhum plano de ensino fala explicitamente o “como” fazer a interdisciplinaridade, nem esclarece a definição entendida como interdisciplinar dentro das práticas curriculares, nem se existe uma padronização da categorização da interdisciplinaridade entre docentes e alunos.

Ao que tudo indica, quanto mais específica é a disciplina no ciclo profissionalizante mais tecnicista e odontocêntrica se parece e menor é a visão de prevenção e promoção de saúde descrita dentro de sua especialidade. Parece existir uma valorização do desempenho da habilidade técnica. Acredito que um procedimento curativo ou reabilitador é um fragmento importante de uma ação odontológica, só que por constituir um fragmento está longe de dar a dimensão da integralidade, que é o princípio nuclear da Reforma Sanitária, porque não incorpora visão da prevenção, promoção e da educação em saúde;

Como exemplo do que descreve o objetivo geral da disciplina de dentística do 7º período:

planejar tratamentos restauradores empregando técnicas aprendidas na pré-

clínica assim como técnicas mais elaboradas. (UNIVALI, 2004) (meu grifo)

Como no exemplo acima, o apelo tecnicista é muito forte, sem desmerecer a importância da técnica na odontologia, mas é necessário não perder a noção do todo, da pessoa no exercício da profissão.

Existe pouca informação, de maneira geral, nos planos de ensino sobre a questão da interdisciplinaridade entre as disciplinas do curso de odontologia e fica ainda mais restrita no âmbito entre os cursos da área da saúde, somente a ortodontia refere trabalho conjunto com a fonoaudiologia.

A disciplina de Ortodontia do 8º período em seu conteúdo cita: *inter-relação entre odontologia e fonoaudiologia...* (UNIVALI,2004)(meu grifo)

Embora existam comprometimentos sistêmicos como alteração postural, sono, estado de vigília, etc, que poderia abranger outros profissionais como um fisioterapeuta, um dentista, um pediatra no cuidado de uma pessoa como um respirador bucal.

O Relatório Flexner, datado de 1910, parece ainda prevalecer no cotidiano dos especialistas, mas já mostra tendências de mudanças pelo perfil dos novos profissionais. Muitos profissionais expoentes em suas especialidades eram convidados a dar aula nas universidades, mas não dispunham da devida formação didático-pedagógica (qualificação) para a docência, hoje a realidade mostra que a maioria dos professores tem formação *Strictu Sensu* nas diversas especialidades. De acordo com o Relatório CINAEM,1997 os professores com dedicação de 40 horas/semanais e com pós-graduação estão relacionados a um maior comprometimento com a docência.

A questão hospitalar da cirurgia e traumatologia não descreve em seu plano de ensino pormenores, mas pelo descritivo atende a portadores de doenças sistêmicas e poderia aproveitar e aumentar contato com os familiares e com alunos dos outros cursos da saúde, sendo um bom Objeto Fronteiriço, porém este espaço, no plano de ensino, não é aproveitado.

Nos objetivos de aprendizagem da disciplina de cirurgia e traumatologia temos:

reconhecer os pacientes portadores de doenças sistêmicas que serão submetidos à procedimentos cirúrgico – odontológicos e conhecer as rotinas, necessidades, métodos de diagnóstico e os procedimentos executados em ambiente hospitalar.” (UNIVALI, 2004) (meu grifo)

Quando existe um problema de ordem sistêmica, existe também a necessidade de um olhar plural, interdisciplinar deste problema, a disciplina teria um bom objeto fronteiro para ser trabalhado.

A Clínica Integrada possui grande carga horária e deixa claro que o aluno deve mostrar o máximo de habilidade e conhecimento no desempenho de atividades especializadas, promovendo e restabelecendo a saúde bucal dos pacientes de forma interdisciplinar e com consciência humanística. Eu me pergunto como numa clínica integrada posso promover e restabelecer a saúde bucal de forma interdisciplinar se cada aluno atende em sua cadeira e os professores atendem individualmente esses alunos. O conhecimento no planejamento do aluno pode ser interdisciplinar, mas a prática não concebe assim;

Embora apareça nos objetivos de aprendizagem desta disciplina a seguinte referência:

“apresentar e discutir casos clínicos que durante o 1º bimestre, foi observado como dificuldades por parte dos alunos...” (UNIVALI, 2004)

...cujos conteúdos são enfocados através de seminários, mas que se restringe a disciplinas técnicas e biológicas e nenhuma social como a seguinte citação:

Seminários- realizar estudo de casos clínicos dentro das especialidades de prótese, endodontia, periodontia, dentística e cirurgia.”(UNIVALI, 2004).
(meu grifo)

Achei interessante a iniciativa extra-muro que busca apresentar ao aluno um cenário real de trabalho através do conhecimento da rotina de uma unidade de saúde do município, porém acredito ser insuficiente a carga horária. Sugiro que ter esta atividade no último

período é muito tarde para eles se depararem com a realidade do nosso país e da nossa profissão. Muitas vezes quem recepciona esses alunos, nas unidades de saúde, não são profissionais dispostos a fazê-lo. Ou pelo perfil e ou pelo alto fluxo e demanda do serviço. A grande maioria dos alunos chega no serviço público e diz que não queria nem vir ao campo de estágio porque sabe que vai fazer a especialidade “X”. Eles parecem estar distante da realidade de hoje do serviço público, onde a maioria dos profissionais tem nível de pós-graduação, além de ter o serviço público como fonte principal de renda e não um aporte como era há duas décadas atrás.

Nos objetivos de aprendizagem da disciplina de Clínica Integrada do 9º período encontram-se descrito:

propiciar ao aluno contato com o atendimento nos postos de saúde do município de Itajaí viabilizando um cenário real de trabalho. (UNIVALI, 2004)

Como estratégias, continua:

com trabalho sob supervisão dos professores porém acompanhadas pelos profissionais,...criando-se a possibilidade de confrontar outras condutas clínicas (UNIVALI,2004).

Odontologia para Pacientes Especiais possui apenas quatro horas/aula num hospital para os alunos realizarem um relatório do estágio. Com tantos cuidados de ordem sistêmica o futuro profissional poderia ser aproveitado para fazer uma pesquisa dos cuidados bucais em pacientes acamados, ou orientar a família da importância deste cuidado ou mesmo informar de maneira interdisciplinar a profissionais de outras áreas a importância da odontologia nessas situações. Poderá ser mais um objeto fronteiro.

II.1.3.4 Projetos Integrados e inovações didático-pedagógicas estão inseridos nas atividades acadêmicas articuladas ao ensino aonde a interdisciplinaridade é marcada pela realização de projetos conjuntos de pesquisa e extensão com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Itajaí e de forma integrada com os demais cursos do CCS (fonoaudiologia, enfermagem, psicologia e farmácia) motivados pelas recomendações da ABENO¹⁸ que desenvolve atividades com a comunidade local. O estágio supervisionado na Rede Pública,

¹⁸ Associação Brasileira de Ensino Odontológico.

desde março/2003, ocorre sob a orientação direta dos profissionais da rede e da supervisão indireta dos professores. Os resultados da avaliação do projeto parecem ter contribuído com ganhos positivos para todos os envolvidos e com alto grau de satisfação. No projeto são desenvolvidos programas que incluem atenção a:

- saúde materno-infantil;
- saúde do escolar;
- saúde da família;
- acompanhamento nutricional e odontológico de pré-escolares.

Os Projetos Integrados de Extensão foram desenvolvidos por área do conhecimento, o que proporciona práticas interdisciplinares entre os vários cursos da saúde (BRASIL, 1994).

Com relação ao estágio supervisionado eu faria algumas considerações no que diz respeito à orientação dos profissionais da rede, inclusive porque tive experiência de orientar alunos durante cinco anos em meu município (Curitiba-Pr) e considero pontos de entrave que não detectei nos documentos, mas que podem aparecer na prática de uma Unidade de Saúde:

- disponibilidade de um profissional e de horário para orientar este aluno considerando a demanda do serviço público;
- encontrar um profissional que goste de orientar alunos considerando que a maioria dos profissionais não são professores e não dispõem, muitas vezes, de capacitação para tal.

A parceria entre universidade e a rede pública pode oferecer retorno para ambas as instituições (ABENO, 2004).

A relação entre núcleo formador e núcleo de assistência tem sido abordada, refletida e sugerida pelo PEPE. O ideal seria o núcleo de assistência se responsabilizar pela atuação prática do graduando e a universidade se responsabilizar pela educação permanente do profissional que receberia o aluno, tanto na formação técnica como na pedagógica ('ECOLE DE RIOM,1996).

II.1.3.5 Atividade de conclusão de curso

Esta atividade também está inserida nas atividades acadêmicas articuladas ao ensino, portanto os trabalhos de conclusão de curso (TCC) mantêm a preocupação de serem orientados por professores do básico e do profissionalizante, focando a integração, assim como os cursos de atualização e de especialização (UNIVALI,2004).

O curso de odontologia integra-se ao serviço público através de atividades de extensão e educação de docentes e discentes que demonstra a valorização da integração e da multidisciplinaridade. Nos documentos a forma de como ocorre a integração não é explicitada, mas ela pode acontecer por afinidade pessoal, por afinidade de área de especialização ou ao acaso. Mas implicitamente esbarra numa das formas de se criar **Objetos Fronteiriços** nos quais a verdadeira troca de conhecimento e reconhecimento entre os diversos Estilos de Pensamento acontece, que nada mais é que o estudo de casos clínicos. O curso promove experiências inovadoras de integração interdisciplinar através de caso clínico, congregando algumas áreas do básico e profissionalizante, onde procuram relacionar todos os aspectos envolvidos no atendimento clínico ao paciente, tendo como objetivo proporcionar aos alunos dos primeiros períodos uma visão contextualizada destacando a importância da relação entre os conteúdos. Isto é muito importante para começar a mudar a formação dos futuros profissionais, mas é o início apenas de uma longa caminhada. O grande “xeque-mate” para que a interdisciplinaridade possa acontecer entre os cursos da área da saúde é fazer o que já está sendo feito entre disciplinas de um mesmo curso, só que entre os cursos. Por que não estudar as repercussões sistêmicas de um respirador bucal com o ortodontista pelas alterações ósseas presentes; com o pediatra e otorrinolaringologista por causa das implicações nas vias aéreas, com a fonoaudióloga pelos danos na dicção e deglutição; e com a fisioterapeuta por causa das alterações posturais desta criança? É isto que se espera encontrar como a verdadeira interdisciplinaridade. Os primeiros passos já foram dados e estão em ótima direção, pelo menos nos achados do curso de odontologia.

II.1.3.6 Estágio supervisionado a disciplina de Clínica Integrada proporciona aos alunos a experiência de integrar todos os conhecimentos repassados de forma fragmentada até então, a partir de uma visão global do ser humano e da possibilidade de planejar todo o tratamento a ser realizado, desde os aspectos educativo-preventivos, até os tratamentos reabilitadores. As notas são atribuídas aos alunos conforme o planejamento e o tratamento realizado e aonde são apontados os aspectos positivos e negativos dos procedimentos executados. O corpo docente é composto por pessoas das diversas especialidades, de forma integrada, onde conteúdos teóricos vinculam-se aos práticos pelo estudo de casos clínicos, assim como os alunos abordam cada caso de forma integral (UNIVALI, 2004). Pelo que os documentos referem parece estar com ótima integração.

II.1.3.7 projetos de pesquisa em andamento

No curso de odontologia as pesquisas realizadas estão vinculadas à atividade de conclusão de curso. Os temas estão organizados em 4 grupos conforme a linha de pesquisa:

- grupo 1 – clínica odontológica;
- grupo 2 – básica em odontologia;
- grupo 3 – materiais odontológicos;
- grupo 4 – estudos epidemiológicos e comportamentais em odontologia.

Embora a classificação que utilizei tenha sido a mesma utilizada na composição da grade curricular que seguem as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Odontologia (SESu/MEC, 1998), que são divididas por área do conhecimento em :

- ciências morfológicas;
- ciências sociais;
- ciências patológicas;
- ciências fisiológicas;
- formação específica .

Dos 50 projetos de pesquisa em andamento pelo curso de odontologia da UNIVALI campus I, analisados em agosto de 2004, a maioria foi desenvolvido por alunos do 7º período em diante, com raras exceções (1 do terceiro período, 1 do quinto e 3 do sexto período).

Mesmo com 35 docentes distribuídos nas mais diversas especialidades encontramos apenas um projeto de pesquisa que, explicitamente, sugeriu caráter interdisciplinar entre medicina e odontologia¹⁹. Isto significa que necessitamos de mudanças no perfil das pesquisas. Embora devo lembrar que estamos avaliando a parte documental, ou seja, apenas os títulos das pesquisas e não o seu conteúdo. O objetivo é verificar se as pesquisas caminham ao encontro das novas diretrizes curriculares que é a formação de profissionais que saibam trabalhar em equipe.

A quantidade de trabalhos em formação específica ficou em torno de 70% contra 30% das disciplinas básicas/sociais. O que ainda mostra a influência do tecnicismo e da especificidade no curso de odontologia, demonstrando a preferência dos futuros profissionais no mercado tendendo à especificidade e não ao atendimento clínico geral. A tabela 5 mostra as subdivisões:

Tabela 5 : Projetos de pesquisa em andamento ago/2004
50 títulos

ÁREA DE CONHECIMENTO	Nº pesquisas	%
Ciências Morfológicas	2	4
Ciências Sociais	7	14
Ciências Patológicas	6	12
Ciências Fisiológicas	0	0
Formação Específica	35	70
TOTAL	50	100

Tabela 6 : Divisão entre disciplinas básicas/sociais e profissionais

Básicas Sociais	15	30%
Biológica/Clínica	35	70%
	50	100%

Fonte: UNIVALI,2004.

¹⁹ Relação entre doença periodontal e doenças cardiovasculares: estudo de casos no hospital Marieta Konder Bornhausen no município de Itajaí.

Vinte e dois dos cinquenta títulos são pesquisas realizadas pela integração de duas ou mais disciplinas²⁰ dentro do curso de odontologia, porém, somente uma pesquisa aponta caráter interdisciplinar entre cursos da área da saúde (medicina e odontologia), isto sugere que pode ser investido na formação para que o número de pesquisas com caráter interdisciplinar seja aumentado como produto de mudanças desta formação.

Tabela 7 : Pesquisas com integração de duas ou mais disciplinas/cursos

Básica/Social	C. Patológicas	6	27,3%	54,5%
	C. Sociais	5	22,7%	
	C. Morfológicas	1	4,5%	
Profissionalizante	F. Específica	10	45,4%	45,4%
Total		22	99,9%	99,9%

Fonte: UNIVALI,2004.

As diferentes formas como a interdisciplinaridade acontece nesses trabalhos é muito peculiar, por exemplo:

- na pesquisa – Estudo do padrão oclusal em pacientes com cefaléia - a interdisciplinaridade acontece para o aluno que utiliza conhecimento da disciplina de oclusão e de anatomia e poderia ainda se tornar interdisciplinar agregando conhecimento da neurologia, otorrinolaringologia, ortodontia, oclusão, fisioterapia, fonoaudiologia.

- Já na pesquisa – Prevalência de carcinoma basocelular e espinocelular de face em pescadores do município de Penha (SC) - a interdisciplinaridade ocorre pelo contato entre os professores da odontologia e da medicina (entre os cursos) por afinidade de área do conhecimento, portanto, é um espaço interdisciplinar já constituído.

²⁰ As informações quanto às disciplinas envolvidas foi adquirida pela coordenação de pesquisa do curso de odontologia.

- Na pesquisa – Prevalência das lesões inflamatórias periapicais crônicas de pacientes atendidos nas clínicas do curso de odontologia da UNIVALI - e em outras pesquisas desenvolvidas pela Patologia Geral e pela Patologia Bucal existe uma parceria muito grande, tanto pela afinidade de conteúdo como pela afinidade pessoal. Outras disciplinas também carregam esse perfil como a Histologia, Patologia, Cirurgia e a Microbiologia com a Histologia.

- Na pesquisa – Estudo experimental da influencia do óleo de *Melaleuca* sobre o processo de reparo em alvéolo dental infectado - a interdisciplinaridade se dá entre os cursos de farmácia e odontologia.

Segundo informações obtidas junto à coordenação de pesquisa do curso de odontologia houve redução no número de pesquisas no último ano em decorrência do corte financeiro destinado às cargas horárias dos docentes na orientação dos projetos de pesquisa. Ainda assim, alguns docentes continuam a orientar alunos em suas pesquisas, embora sem remuneração para tal. Por isso muitos trabalhos que estão em andamento acabam não aparecendo nos projetos, ficando assim sub-notificados.

Outras pesquisas que não estão integradas com outras áreas, mas que poderiam agregar conhecimentos são as seguintes:

- Avaliação da dor e do desconforto dos alunos de odontologia, poderia carregar conhecimento da odontologia com a fisioterapia.

- Avaliação do potencial erosivo do vômito em pacientes submetidos à quimioterapia, além da odontologia poderia ter grande contribuição de várias áreas da medicina.

Síntese ou conclusões:

Com exceção de algumas informações omitidas no plano de ensino, que se esclarecem nas pesquisas em andamento ou em outros instrumentos do currículo, pude concluir que o curso de odontologia está sincronizando quase em tempo real muitas das novas demandas políticas e sociais requeridas pelas atuais Diretrizes Curriculares. Confesso que fiquei surpresa com o resultado de tamanha mudança nas práticas desenvolvidas sobre casos clínicos e pelo entendimento do que é a interdisciplinaridade pelas pessoas que desenvolveram esses documentos.

Analisando os **Espaços Interdisciplinares** mais adequados aos propósitos desta pesquisa indicaria as disciplinas que trabalham por **área do conhecimento** ou com **problemas de ordem geral** porque necessitam, na resolução das questões de saúde, do conhecimento global daquele indivíduo, e o conhecimento amplo se expressa também através dos diferentes saberes contidos nos diferentes Coletivos de Pensamento.

CAPÍTULO III

DOCUMENTOS OFICIAIS E SUA RELAÇÃO COM A INTERDISCIPLINARIDADE – DISCUSSÃO E COMENTÁRIOS DA PESQUISA.

III.1 O QUE AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DIZEM A RESPEITO DA INTERDISCIPLINARIDADE CNE 19/02/2002

Quando no art. 4º - I descreve sobre a formação do cirurgião-dentista²¹ como no trecho:

cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde(p.17)
(meu grifo).

No mesmo artigo no inciso-IV a referência:

...no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança (p.17) (meu grifo).

Se o trabalho em uma equipe interdisciplinar deve ser também baseado na troca de experiências entre profissionais, uma vez que lutam por um bem comum que é o bem estar da comunidade, os trechos acima podem sugerir trabalho em equipe interdisciplinar, pois se preocupam com a pratica de forma integrada e com aptidões que não se encerram apenas na parte técnica dos profissionais e que demandam competências em todos os níveis do sistema de saúde, assim como no trabalho em equipe.

No art. V inciso III onde cita as competências e habilidades requeridas ao profissional de odontologia encontramos: “*atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarente e transdisciplinarmente*” (p.17) (meu grifo).

²¹ As informações quanto às disciplinas envolvidas foi adquirida pela coordenação de pesquisa do curso de odontologia.

Ainda no art. 5º inciso IX faz a seguinte citação:

Comunicar e trabalhar efetivamente com pacientes, trabalhadores da área da saúde e outros indivíduos relevantes, grupos e organizações (p.18) (meu grifo).

Aqui caberia o significado de trabalho interdisciplinar, porque sugere trabalho conjunto afim de trocar conhecimentos e fazer educação e promoção em saúde.

Inciso XVII e XVIII na citação:

comunicar-se com pacientes, com profissionais da saúde e com comunidade em geral; trabalhar em equipes interdisciplinares e atuar como agente de promoção de saúde (p.19) (meu grifo).

As Diretrizes Curriculares nortearam as mudanças necessárias na formação dos futuros profissionais sendo um importante passo, entretanto não verbalizou instrumentos que viabilizassem a interdisciplinaridade. Agora é preciso avançar um pouco mais, pois as diretrizes não esclarecem: primeiro a conceitualização (não existe a categorização da interdisciplinaridade); segundo elas não explicam “o como” fazer a interdisciplinaridade. A ausência de um conteúdo mais pragmático nos documentos parece favorecer a falta de compreensão da interdisciplinaridade como prática. O próximo passo seria a identificação de ferramentas necessárias para se exercer a interdisciplinaridade de forma mais pragmática e utilitária visando sempre a construção da integralidade da nossa sociedade.

III.2 O QUE OS DOCUMENTOS DA OPAS REFEREM SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE

Desde o início do Movimento da Reforma Sanitária o mundo tem processado muito rápido conceitos, preceitos e atitudes, como resposta ao processo de globalização e tem colocado desafios no tangente a área da saúde mundial. Os conceitos, preceitos e atitudes vem sendo modificados tão rapidamente como a velocidade das informações e dos problemas nesta área. Como melhorar o estado de saúde de todos os povos já foi definido, o ideal é trabalharmos com condições que nem cheguem a produzir doença, ou de reduzi-las aos máximo, cujo tema é discutido amplamente desde a Declaração da Alma-Ata em 1978.

Numa pequena retrospectiva histórica, pude visitar documentos base que norteiam a Promoção e Proteção à Saúde segundo os critérios da Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde. Nestes documentos havia Conferências Internacionais e Latino-Americanas com o principal objetivo de construir políticas públicas saudáveis, com reorientação dos serviços de saúde, além de criar ambientes favoráveis à saúde com apoio e reforço da ação comunitária, sempre na tentativa de desenvolver habilidades dos profissionais envolvidos, da população e dos visionários desse processo todo. O que também tem ponto em comum com o princípio da integralidade. O Marco Conceitual relacionado com a Promoção da Saúde possui as seguintes Cartas:

- Declaração de Alma-Ata, 1978 URSS
- Carta de Ottawa, 1986 Canadá
- Declaração de Adelaide, 1988 Austrália
- Declaração de Sunsvall, 1991 Suécia
- Declaração de Santafé de Bogotá, 1992 Colômbia
- Declaração de Jacarta, 1997 Indonésia
- Rede de Megapaíses, 1998 Suíça
- Declaração do México, 2000 México
- Carta de São Paulo, 2002 Brasil

A **Declaração de Alma-Ata (1978)** expressa a necessidade urgente da promoção à saúde do mundo envolvendo o tripé: governo, profissionais da área da saúde e a comunidade. Estabelece, ainda, o desafio de mudança das Políticas Públicas de Saúde que incluam justiça social e a equidade; remete a inclusão de outros setores²² que não só a saúde como o social e o econômico.

A **Carta de Otawa (1986)** foi a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, esta conferência foi uma resposta às crescentes expectativas por uma nova saúde pública, necessidade esta mundial. O documento apresenta pré-requisitos para a saúde como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Já que esses fatores podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As discussões basearam-se nos progressos alcançados com a Declaração de Alma-Ata para os cuidados primários em saúde, com o documento da OMS sobre Saúde para Todos, assim como com o debate ocorrido na Assembléia Mundial da Saúde sobre as ações intersetoriais necessárias para o setor. (OPAS,2004)

A **Declaração de Adelaide (1988)** segue a mesma direção da Conferência de Alma-Ata e da Carta de Otawa onde o tema central são as políticas voltadas à saúde, ou seja, políticas saudáveis. Teve uma representação expressiva no número de participantes (220) no número de países envolvidos (42), onde compartilharam experiências sobre como formular e implementar políticas públicas saudáveis. As estratégias para a ação em prol de políticas públicas voltadas para a saúde refletem o consenso alcançado na Conferência de Adelaide. Após dez anos da Declaração de Alma-Ata a importância do valor da saúde permanece fortalecida. A Declaração cita que *a saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um investimento social*, pois ao ter uma população sadia a sociedade é quem ganha indivíduos mais saudáveis, felizes, produtivos contribuindo com a economia do país. A Conferência enfatiza a necessidade de avaliação constante do impacto das políticas públicas e para isto necessita de um bom sistema de informação para que este processo possa ser sustentado através da solicitação comprovada de recursos. O documento reforça ainda a importância das organizações não governamentais e das organizações

²² Aqui emerge a categoria que contemporaneamente chamamos de Intersetorialidade.

comunitárias²³ (sindicatos, comércio, indústria, associações acadêmicas, lideranças religiosas, etc) como papel importante na melhoria da saúde da população como um todo. A Conferência de Adelaide identificou quatro áreas prioritárias para promover ações em políticas públicas saudáveis :

- apoio à saúde da mulher – considerando a mulher como 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 , se vive 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 responder 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,2004)

A Declaração de Sunsvall (1991) como a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde com participantes de 81 países pede para todos os povos a se engajarem ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde. Ao examinar a situação atual da saúde e do meio ambiente, a Conferência aponta para a situação de milhões de pessoas que vivem em extrema privação e pobreza, em um ambiente altamente degradado que ameaça cada vez mais sua saúde, fazendo com que a

²³ Aqui emerge a categoria que contemporaneamente chamamos de Intersetorialidade.

meta Saúde Para Todos Ano 2000 torne-se extremamente difícil de ser atingida. Ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis por isso deve ser a meta das políticas governamentais. O termo “ambientes favoráveis” neste contexto refere-se os espaços nos quais as pessoas vivem seu lar, trabalho, comunidade e lazer. As ações possíveis para a criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde têm diferentes dimensões que se interrelacionam como a: física, social, espiritual, econômica e política. Ambientes favoráveis capacitam pessoas a expandirem suas capacidades e desenvolverem a autoconfiança. Por outro lado as comunidades precisam saber como cuidar melhor dos recursos naturais sem prejudicar o planeta nem a curto nem a longo prazo, assim como o desenvolvimento industrial deve se guiar. A conferência reconhece que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde. (OPAS,2004)

Declaração de Santafé de Bogotá (1992) reuniu 550 participantes de 21 países da América Latina para definir o significado da Promoção da Saúde e debater princípios, estratégias e compromissos para a saúde da população em questão. As conclusões da Conferência respondem aos problemas específicos das nações latino-americanas e incorporam significativamente resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências na promoção de saúde de outras nações do mundo. Os problemas específicos da região em geral são: iniquidade agravada pela crise econômica prolongada e pelos programas de políticas de ajuste macroeconômico, que acabou pela deterioração das condições de vida da maioria da população, acarretando agravos na saúde e redução dos recursos para enfrentá-lo. Um desafio grande é a missão de impulsionar a cultura da saúde, modificando valores, crença atitudes e relações que permitam chegar tanto à produção quanto ao usufruto de bens e da saúde. (OPAS,2004)

A Declaração de Jacarta (1997) foi a quarta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, quase vinte anos da Declaração de Alma-Ata e quase dez da Carta de Ottawa os desafios continuam e esta conferência é a primeira a dar lugar à inclusão do setor privado no apoio à promoção de saúde e a ser realizada num país em desenvolvimento, a Indonésia. A conferência ressalta que a promoção da saúde é um desafio valioso para que

as pessoas possuam maior controle sobre sua saúde, com autonomia, para melhorá-la. Dentre todos os determinantes do estado de saúde, já citado nas conferências anteriores, nesta ela ressalta a pobreza como a maior ameaça à saúde, além do aumento da densidade demográfica, aumento do número de pessoas idosas e a prevalência de doenças crônicas, assim como, comportamento sedentário, resistência a antibióticos, uso abusivo de drogas, violência civil e doméstica entre outros agravos, também ameaçam a saúde e o bem-estar de todas as pessoas do mundo. O padrão existente nas civilizações atuais mostra que essas mudanças envolvem valores, estilo de vida, condições de vida, por isso a importância da promoção da saúde atuar melhorando esse quadro, já que esta mais do que comprovado que a promoção da saúde é veículo para a obtenção de maior equidade em saúde. A Declaração de Jacarta coloca como prioridades para o século XXI para a promoção da saúde :

- a promover a responsabilidade social para com a saúde;
- aumentar os investimentos para fomentar a saúde;
- consolidar e expandir parcerias²⁴ em prol da saúde;
- aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo;
- conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde

Esta conferência ofereceu ocasião para refletir sobre o que foi aprendido sobre promoção da saúde, bem como reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI. (OPAS,2004)

Rede de Megapaíses (1998) para a promoção da saúde da OMS, nasceu do reconhecimento da necessidade e do potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, através de aliança entre os países mais populosos num total de onze, compreendendo juntos o equivalente a 60% da população mundial. Entre os países existe uma diversidade dos níveis de desenvolvimento o que enriquece as experiências e mostra padrões de morbidade e mortalidade bem desiguais. A Rede tem a missão de fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos nacional e mundial, construindo infra-estruturas mais fortes dentro de cada país. Os Megapaíses podem conseguir força, se

²⁴ Aqui emerge a categoria que contemporaneamente chamamos de Intersetorialidade.

unirem interesses, na concretização de políticas de promoção da saúde na agenda mundial.(OPAS,2004)

Declaração do México (2000) foi a quinta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde onde foi declarado o reconhecimento da melhoria da saúde nos últimos anos através

dos esforços sustentados pelos governos e sociedades em conjunto, muito embora, persistam vários outros problemas de saúde que prejudicam o desenvolvimento social e econômico. Sabe-se da necessidade de continuar trabalhando com os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. As ações continuam dando prioridade fundamental às políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais. A participação ativa de todos os setores e da sociedade civil na implementação das ações de promoção da saúde que fortaleçam e ampliem as parcerias²⁵ na área da saúde. (OPAS,2004)

Carta de São Paulo (2002) descrita durante a III Conferência Regional Latino-Americana de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde contou com a participação de 1500 pessoas, de 18 países.Cujo tema foi: *Visão crítica da promoção da saúde e educação para a saúde : situação atual e perspectivas*. O objetivo foi de estimular e desenvolver estratégias de promoção da qualidade de vida e da saúde e educação para a saúde na América Latina. As conclusões da Conferência respondem aos desafios dos povos latino-americanos e incorporam significativamente resultados de reuniões internacionais anteriores e experiências na promoção da saúde de muitas nações.Dentre elas a conferência destacou a importância de fortalecer os sistemas públicos e universais de saúde nacionais, a pactuação de agendas integrais comprometidas com o desenvolvimento humano e com a equidade, que se assegurem maiores investimentos na formação e na qualificação dos profissionais para atuarem na perspectiva da promoção da saúde, que fomentem redes sociais e a participação popular; que a saúde dialogue com outros setores pautando sempre a qualidade de vida e de saúde no processo emancipatório de todas as nações.

²⁵ Intersetorialidade

Síntese:

A leitura destes documentos nos remete a um histórico muito interessante aonde pude identificar claramente a evolução e o amadurecimento das propostas. Pude identificar que as ações iniciaram tímidas e circunscritas a alguns setores, depois, no seu crescimento mostraram recomendações intersetoriais, com participação popular, com a participação de setores privados e de organizações não governamentais. Sutilmente passou por uma sugestão, na Carta de São Paulo e na Declaração de Adelaide a necessidade das instituições educacionais responderem às demandas da nova saúde pública, sobre a formação de profissionais aptos a enfrentar as novas demandas, sem deixar em momento algum de acreditar e comprovar a importância da Promoção da Saúde como forma de diminuir as desigualdades e proporcionar uma vida com qualidade e mais saudável. Apenas dois documentos mostraram uma citação mais explícita sobre a formação profissional, mas sem incluir a questão da interdisciplinaridade, da abordagem integral ou do trabalho em equipes multiprofissionais ou interdisciplinares. A Declaração de Adelaide cita a necessidade das instituições educacionais a responderem às demandas da nova saúde pública. Isto mostra que os documentos apresentavam caráter muito mais político do que educacional.

A categoria, intersetorialidade, que surgiu nos documentos analisados diz respeito às instituições, organizações não governamentais e serve para fazermos uma correlação com a categoria interdisciplinaridade, utilizada neste trabalho. A intersetorialidade seria a interdisciplinaridade das instituições. O novo conceito de saúde, na sua complexidade, encerra a interdisciplinaridade da atenção à saúde prestada pelos profissionais de saúde e a intersetorialidade na agenda interinstitucional.

III.3 O QUE A CONSTITUIÇÃO DE 88 DIZ A RESPEITO DA INTERDISCIPLINARIDADE

Conforme Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da saúde (artigos 196 a 200).
Artigo 198 – II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.(meu grifo,p.48)

Atendimento integral significa em todos os âmbitos da saúde e para isto acontecer na prática fica mais fácil se este atendimento for assistido por um trabalho em equipe ou por equipes multiprofissionais onde a interdisciplinaridade exista.(BRASIL,1994)

III.4 O QUE O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIZ A RESPEITO DA INTERDISCIPLINARIDADE

O Plano Operacional (1994), do Ministério da Saúde, do Programa de Saúde da Família (PSF), refere dentro do objetivo geral, a preocupação em melhorar o estado de saúde da população mediante, a construção de um modelo assistencial de atenção, baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em atendimento aos princípios e diretrizes do SUS de equidade, integralidade e universalidade das ações de saúde, dirigida às pessoas, à família e à comunidade (BRASIL,1994)p.4.

No item capacitação de profissionais refere que as equipes do PSF terão:

As equipes do PSF terão capacitação para atender famílias, dentro de uma concepção epidemiológica e biopsicosocial permitindo atenção integral à saúde do indivíduo e da família, dentro de seu contexto comunitário. Além, de promover um intercâmbio de experiências e maior visão interdisciplinar (BRASIL,1994, p.9) (meu grifo).

O Protocolo Integrado de Atenção à Saúde Bucal, coloca entre os princípios a serem considerados pela equipe de saúde bucal o:

reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições sócio-culturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade social local possibilitam a compreensão da causalidade das doenças e a proposição, de maneira multidisciplinar e multiprofissional, da atenção adequada à comunidade (CURITIBA,2004 p.27). meu grifo

Nas citações inter e multidisciplinar é referido às equipes multiprofissionais o caráter interdisciplinar, pois estudo de casos com a presença de toda a equipe é realizada rotineiramente. (CURITIBA, 2004)

CAPITULO IV

IV.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fazendo uma síntese geral pude averiguar que dentre as práticas curriculares existem espaços que oferecem objetos fronteiriços aonde a interdisciplinaridade pode ser desenvolvida. O momento histórico favorece o apoio didático-pedagógico institucional para que a interdisciplinaridade seja praticada dentro do curso de odontologia, assim como nos projetos integrados, nos trabalhos de conclusão de curso, no estágio supervisionado e nos projetos de pesquisa.

Como a estrutura do currículo segue o modelo disciplinar separei situações em que a interdisciplinaridade possa ser exercida neste contexto. A interdisciplinaridade pode acontecer entre os diferentes cursos da área da saúde através de:

1. Disciplinas;
2. Área do conhecimento;
3. Problema geral de saúde;
4. Uma ação;
5. Uma estratégia gerenciada;
6. Um problema odontológico.

1. DISCIPLINAS

Foram selecionadas disciplinas que expressaram características em comum como:

- 1.1 disciplinas que já executam práticas interdisciplinares – OSP I e Ortodontia II;
- 1.2 disciplinas com potencial para desenvolver práticas interdisciplinares –
Antropologia;
Sociologia;
Genética;
OSP I;
OSP IV;
Ética;
Patologia geral e aplicada;
Oclusão;

Pediatria;

Ortodontia I;

Cirurgia e traumatologia;

Odontologia para pacientes especiais.

1.3 disciplinas que não têm características para desenvolver a interdisciplinaridade -

Desenho e escultura dental;

Radiologia;

Materiais dentários;

Dentística;

Endodontia;

Prótese fixa e removível;

Clinica integrada.

2. ÁREA DO CONHECIMENTO

Uma segunda sugestão para trabalhar a interdisciplinaridade seria por área do conhecimento que pode ser:

2.1 saúde do bebe;

2.2 saúde da criança;

2.3 saúde do adolescente;

2.4 da gestante;

2.5 do adulto;

2.6 do trabalhador;

2.7 do idoso.

3. PROBLEMA GERAL DE SAÚDE

Um problema de ordem sistêmica que pode ser: diabetes, hipertensão arterial, AIDS, câncer, etc.

4. UMA AÇÃO

Que poderia ser: promoção e educação em saúde, educação sanitária, prevenção.

5. UMA ESTRATÉGIA GERENCIADA

Programa de Saúde da Família.

6. UM PROBLEMA ODONTOLÓGICO

Respirador bucal, câncer bucal, doença periodontal.

7. DOCUMENTOS OFICIAIS

Com relação às Diretrizes Curriculares, documentos da OPAS e a Constituição de 88, elas não contemplam :

- a categorização da interdisciplinaridade;
- e o como fazer;

E a categorização é uma possibilidade de execução, porque como instrumento de ação as atuais diretrizes não foram prescritivas e deixam “em aberto” as práticas curriculares, porém, dificulta o entendimento e sua conseqüente prática. Outro fator importante foi a contribuição das diretrizes como instrumento norteador da formação.

Esta pesquisa oferece uma base de dados, que pode ajudar numa próxima etapa das

Diretrizes, como uma ferramenta possível na prática para que a interdisciplinaridade seja exercida. Segundo, o recorte que utilizei nesta pesquisa da interdisciplinaridade mostra um elemento que pode intervir na formação profissional, uma vez que o Ministério da Saúde e da Educação, assim como as Diretrizes Curriculares, não instrumentalizam a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade está em pauta no âmbito da prática assistencial e no campo epistemológico (campo conceitual), muito embora as pessoas não saibam fazer ou dizer o como fazer, o que justifica que a interdisciplinaridade só pode ser realizada sobre coisas concretas. Esta é a minha crença, transpor a fase epistemológica e passar à fase pragmática da interdisciplinaridade, vamos aprender interdisciplinaridade fazendo interdisciplinaridade e o que dá ferramentas para a interdisciplinaridade é a realidade, é a necessidade social, o problema, a situação.

Os únicos documentos que chegam mais próximos de práticas interdisciplinares são os do Programa de Saúde da Família que representam práticas de assistência que contemplam a interdisciplinaridade na rotina das equipes de saúde.

IV.2 LIMITAÇÕES E POSSIBILIDADES DA PESQUISA

A pretensão da pesquisa nunca foi esgotar o assunto, mas proporcionar reflexões sobre o mundo que nos cerca, sobre a profissão que escolhemos e exercemos e sobre a contribuição que cada um poderia fazer para um mundo melhor.

Uma limitação desta pesquisa foi o tempo que pareceu curto para aprofundá-la mais. Sendo uma pesquisa do tipo documental, ela não engloba o ponto de vista dos sujeitos envolvidos, embora valha lembrar que esta é uma pesquisa-satélite de um projeto-mãe, que previu a divisão de pesquisadores. Três pesquisadores desenvolveram a pesquisa documental, cada um no seu curso de formação específica e uma pesquisadora realizou as entrevistas com docentes dos cursos de medicina, odontologia, fisioterapia e enfermagem

da UNIVALI. Portanto, esta pesquisa contém informações que servem de base de dados para uma construção coletiva da interdisciplinaridade.

Algo que poderia ser uma limitação, mas que na UNIVALI parece que não terá problemas, é quanto a adesão às mudanças que vem sendo propostas, pois ela deixa claro que a política interna é caminhar para a educação no contexto real da sociedade e de suas demandas.

A possibilidade de outras pesquisas serem desenvolvidas a partir desta me agrada muito, pois acredito estar apenas começando nesta linha de pesquisa. Acredito também que estas novas gerações terão formação diferenciada da qual eu tive, ainda sob o modelo Flexneriano e que elas sairão melhor preparadas para o mercado de trabalho. Se os futuros profissionais saírem melhor preparados para o mercado a sociedade será beneficiada também.

IV.3 PESQUISAS QUE PODEM SER DESDOBRADAS A PARTIR DESTA

Inúmeras são as pesquisas que podem ser desdobradas a partir desta. A começar por compilar dados desta com a realizada pela mestranda que fez as entrevistas com os professores de odontologia. Em seqüência realizar pesquisa mais aprofundada investigando se as disciplinas que identifiquei como potenciais para a interdisciplinaridade ocorrer são factíveis mesmo. Iniciar fóruns de debates através de casos clínicos-comunitários envolvendo docentes de todos os cursos, treinando assim para eles reproduzirem em sala de aula com os alunos.

IV.4 RETORNO AO CURSO DE ODONTOLOGIA

O curso de odontologia foi uma surpresa para mim. Tanto no sentido de perceber o esforço e a “paixão” que move a coordenação dos projetos de pesquisa em querer fazer a cada semestre um curso melhor e a todo o corpo de profissionais do curso, principalmente com quem tive contato. Foi em pequenas conversas que percebi que o sujeito é pedra

fundamental para que os projetos se tornem realidade, como exemplo, o esforço de cumprir as exigências das novas Diretrizes Curriculares.

Espero contribuir através desta pesquisa com os objetos fronteiriços na construção da interdisciplinaridade, que é um importante passo na construção da integralidade do ser humano.

IV.5 RETORNO PARA A SOCIEDADE

A formação dos profissionais com vistas a atender as novas demandas políticas e sociais, baseada em princípios como a integralidade, o trabalho em equipe, com visão interdisciplinar, entre outros tem como um dos objetivos poder atender a nossa sociedade valorizando cada ser humano dentro da sua essência, possibilitando qualidade de vida e de saúde.

IV.6 AS MODIFICAÇÕES DE PRÁTICAS PLURIDISCIPLINARES EM INTERDISCIPLINARES

Acredito que onde ocorre práticas pluridisciplinares possam sofrer modificações e dar espaço às práticas interdisciplinares, porque quando se experimenta a vivência interdisciplinar, por ser um processo tão gostoso, o conhecimento adquirido torna-se tão construtivo que os sujeitos não conseguem somente exercer a pluridisciplinaridade, nem somente a multidisciplinaridade. Essas práticas interdisciplinares, a meu ver, podem tornar-se realidade dentro das instituições de ensino quando encontrarmos os ingredientes : perfil, conhecimento, perspicácia, vontade de mudança. Mas sem esquecer que existe a necessidade de uma melhor atenção às disciplinas básicas e sociais como descrito no capítulo II.

REFERÊNCIAS:

ABENO. Diretrizes da ABENO para os cursos de graduação de odontologia. Disponível em: [http:// www.abeno.org.br](http://www.abeno.org.br). Acessado em 06/03/2004.

ARAÚJO, R.C.L.C. – Doenças: Construção e realidade na formação dos médicos. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em educação, CED/UFSC, 2002.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa. Edições 70. 1977.

BOTAZZO, C. A saúde bucal nas práticas coletivas de saúde. São Paulo, 1989.

BOTTAN, E.R. Programas de extensão universitária: a reflexão dos cursos da área da saúde da UNIVALI. Alcance. CCS – Extensão. Itajaí, ano VIII. n.2 . maio 2001.

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

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

_____ - Programa de Saúde da Família. Plano Operacional para 1994. Brasília, 1994.

_____ - Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília, 1987.

_____ - SB Brasil, 2000. Disponível em: [http://: www.saude.gov.br/](http://www.saude.gov.br/) acessado em 06/03/2004.

_____ - Portaria 198. Ed. 32 de 16/02/2004. Disponível em <file://A/portaria.xml>. Acessado em 17/02/2004.

CINAEM (COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO) Relacionando os resultados do projeto CINAEM. Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica. Vol.25,n 2,p.5,6.1997.

COMISSÃO DE ESPECIALISTAS DO ENSINO – MEC/SESu. Divulgação para Debate em Saúde. Cebes,5:19-25,1991.

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

CURITIBA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Protocolo Integrado de Atenção à Saúde bucal.SMS, 2004.

CUTOLO, L. R. A. – 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.

_____ - Interdisciplinaridade e ciências da saúde. Anais XVIII fórum Catarinense de Escolas de Enfermagem. CD ROM, 2004.

DA ROS, M. A. – Estilo de Pensamento em Saúde Pública – Um Estudo da Produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ entre 1948 e 1994, a partir da Epistemologia de Ludwik Fleck. Tese de Doutorado em Educação e Ciência.CED, UFSC, 2000.

ÈCOLE DE RIOM – Formation em M`edicine Gen`erale - `a I Enseignement, `a la Pratique, a la Recherche.Paris, programme1996.

FAZENDA, I. C. A. – Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro. São Paulo, Ed Loyola, 1979.

_____. – Interdisciplinaridade – História, Teoria e Pesquisa. Campinas, Papirus, 1994.

_____. – Interdisciplinaridade – Um Projeto em Parceria. São Paulo, Loyola, 2002.

FERREIRA, J. R. – A Educação Médica na América Latina 20 Anos após o Estudo de Juan César Garcia. Revista Brasileira de Educação Médica. Rio de Janeiro, 16 (1/3): 11-15, 1992.

FEUERWERKER, L.C.M. – Mudanças na Educação Médica e Residência Médica no Brasil. São Paulo. Hucitec, 1998.

FLECK, L. - La Génesis y el Desarrollo de un Hecho Científico. Madrid, Alianza Editorial, 1986.

FONTES, O. L. Educação nas ciências da saúde e Novas configurações epistêmicas. Saúde em Revista – Educação em saúde. v. 3, n° 5/6, p. 15-22. 2001.

FRAZÃO, P. A participação do pessoal auxiliar odontológico em dez sistemas locais de saúde de cinco municípios no estado de São Paulo, 1994. São Paulo, 1995. Dissertação de mestrado – faculdade de saúde Pública da USP.

GARRAFA, V. Saúde bucal e cidadania. Saúde em debate. 41:50-57, 1993.

GIROUX, H. Teoria e resistência em educação: para além das teorias da reprodução. Petrópolis. Vozes, 1983.

INBRAPE (Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicas). Perfil do cirurgião-dentista no Brasil. Disponível em : [http://: www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado em 04/02/2004.

ITO, A. M. Y. – Peppin: Uma Inovação no Ensino das Profissões de Saúde. Semina. V.15, p. 06-10, junho, 1994.

JACKSON,P. Life in Classrooms.New York:Holt,Rinehart e Winston.,1968.

JAPIASSU. H. – Interdisciplinaridade e Patologia do Saber. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

KOIFMAN, LÍlian. A teoria de currículo e a discussão do currículo médico. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 22, (2/3):3747,set./dez.1998

LOBO, L. C. G. – Ensino das Matérias Básicas. Revista Brasileira de Educação Médica. RJ, Vol. 5 (2): 83-130, maio/agosto, 1981.

MEIRELLES, S.B.M.; DIAS, S.L.A.; FELIPPETTO, S.; CUTOLO, L.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.

MENGA, L.; ANDRÉ, M. E. Pesquisa em Educação. São Paulo: EPU, 1986. p. 38-44.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S.F.; NETO, O.C.;GOMES, R. – Pesquisa Social – Teoria,método e criatividade. Petrópolis.2ed.Vozes,1994.

MOTTA, J.I.J. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos em saúde. Revista Olho Mágico. Vol. 8 – nº 3 . set./dez. 2001.

NARVAI, P.C. Odontologia e Saúde Coletiva. São Paulo, Ed.Hicitec, 1994.

NUNES, R. R. Produção científica dos acadêmicos de odontologia da UNIVALI: análise do período 194-2002. Trabalho de conclusão e curso da UNIVALI-Itajaí, 2003.

OPAS/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. Vol. 28, número I, pp. 125-138, 1994.

_____ - Promoção e proteção à saúde: marco conceitual. Documentos que norteiam a promoção da saúde. Cartas. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/carta.cfm>. Acessado em 20/10/2004.

PERINI, E.; PAIXÃO, H. H.; MODENA, C. M. & RODRIGUES, R. N. – O Indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e da medicina social. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 5, n. 8, p. 101-118, 2001.

PRÒ SAÚDE I. Programa paranaense de estímulo às mudanças nos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e farmácia. Resolução conjunta nº 04/2002 – SESA/SETI. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/prosaude1.asp>

REDE UNIDA. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

REES, L. H. – Medical Education in the new Millennium. Journal of Internal Medicine. Vol. 248 (2), pp. 95-101, 2000.

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. Vol. 19: 387-420, 1989.

TESTA, M. – Pensar em Saúde. Porto Alegre. Ed. Artes Médicas, 1992.

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). Projeto pedagógico: curso de odontologia. Itajaí (SC): UNIVALI, ago.2004.

ANEXOS

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](#)