

# **Trabalho de Conclusão de Curso**

**Interdisciplinaridade no ensino de graduação  
na área da saúde: percepção de estudantes**

**Roberta Pires Bazzo**



**Universidade Federal de Santa Catarina  
Curso de Graduação em Odontologia**

\_\_\_\_\_

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA**

Roberta Pires Bazzo

**INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DE GRADUAÇÃO NA  
ÁREA DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES**

Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Odontologia  
Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daniela Lemos  
Carcereri

Florianópolis

2012

\_\_\_\_\_

Roberta Pires Bazzo

**INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DE GRADUAÇÃO NA  
ÁREA DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS ESTUDANTES**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado, adequado para obtenção do título de cirurgião-dentista e aprovado em sua forma final pelo Departamento de Odontologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de abril de 2012

**Banca Examinadora:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Lemos Carcereri  
Orientadora  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti Pires  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vânia Marli Schubert Backes  
Universidade Federal de Santa Catarina



Aos meus pais, Arli e Nandajara, por  
todo amor e dedicação.





## AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina e ao Curso de Odontologia pela oportunidade de uma graduação de ótima qualidade,

Aos meus pais por me proporcionarem a oportunidade de fazer o curso que tanto almejei, que apesar das dificuldades sempre me incentivaram seja com um telefonema, uma palavra de conforto ou um “tudo vai dar certo filha”, Com certeza, tudo o que eu sou e conquistei eu devo a vocês.

Ao meu irmão pelo companheirismo e pelo bom humor. À minha irmã, minha outra metade, por estar sempre ao meu lado vivenciando todos os meus passos, por dividir suas alegrias e o seu bom coração.

Ao meu namorado, pelo amor, paciência e compreensão em minhas ausências.

À minha professora, orientadora e amiga Daniela Lemos Carcereri por toda a dedicação e apoio. Obrigada por mostrar-me um caminho tão bonito da Odontologia, cheio de desafios mas encantador, espero que consiga chegar perto de que você é, um grande exemplo. Esse trabalho somente foi possível graças a sua contribuição.

Aos meus queridos amigos do Movimento Estudantil, por me inspirarem e fazer acreditar que o trabalho interdisciplinar é possível, por tornar-me mais crítica e questionadora. E o mais importante, acreditar que juntos podemos construir um sistema de saúde melhor.

Aos meus amigos distantes, agradeço pelas palavras amigas nos momentos de fraqueza, pela cumplicidade e companheirismo.

Aos meus colegas de graduação, por todos esses anos de alegrias e crescimento. Por todos os momentos de angústia e felicidade, jamais os esquecerei.

Aos participantes da pesquisa pela gentileza e boa vontade, vocês foram fundamentais nesse processo.

Aos coordenadores dos cursos, por proporcionar o contato com os participantes.

À banca examinadora, por aceitar o convite para julgar esse trabalho que foi feito com todo carinho e pelas contribuições feitas a ele, muito obrigada.



“Não há saber mais, nem saber menos, há  
saberes diferentes”

(Paulo Freire)



## RESUMO

Com a implementação do SUS, surge um novo paradigma de saúde no país, baseado em atendimento integral, na promoção e na prevenção da saúde. Dessa forma, houve uma demanda para que os profissionais que compõem esse novo sistema se adequassem a este novo perfil. Para que isso se tornasse possível diversas políticas para formação de recursos humanos foram implementadas, dentre elas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, em 2001. Este estudo tem como objetivo estudar a percepção sobre a interdisciplinaridade segundo o olhar de estudantes de diferentes cursos de graduação da área da saúde que vivenciaram o processo de mudança curricular à luz das novas Diretrizes Curriculares Nacionais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas em grupo. Os dados foram analisados pela técnica de Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin. Dos resultados emergiram dois eixos, o contemporâneo e o clássico, que envolvem três categorias: Dificuldade de implantação da Interdisciplinaridade – Estrutura Curricular; Ausência de interdisciplinaridade – modelo biomédico clássico e Presença da Interdisciplinaridade – modelo híbrido. Conclui-se que os participantes compreendem o significado de ações interdisciplinares e sua importância nas atividades desse novo cenário. Por outro lado, relatam uma dificuldade de mudança principalmente pela presença muito forte ainda do modelo biomédico e soberania do modelo baseado na disciplina.

**Palavras-chave:** Interdisciplinaridade. Diretrizes Curriculares Nacionais. Multiprofissionalidade.



## ABSTRACT

With the implementation of SUS, arises a new paradigm of health in the country, based on comprehensive care, promotion and health prevention. Thus, there was a demand of adaptation and acquisition of a new profile by the professionals who make up this new system. For this to become possible several programs for training human resources have been implemented, including the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Health Courses in 2001. This study aims to study the perception of interdisciplinarity from the students points of view from different undergraduate programs in the health area that experienced the process of curriculum changes in the light of the new National Curriculum Guidelines. The research was conducted through qualitative research through focus groups, data were analyzed using thematic content analysis according to Bardin. The results emerged from two axes, the contemporary and the classic, involving three categories: Difficulty of Interdisciplinarity implementation - Curriculum structure; Absence of interdisciplinary - classic biomedical model and Presence of Interdisciplinarity - hybrid model. We conclude that participants understand the meaning of interdisciplinary actions and its importance to the new scenario of health courses. On the other hand, a difficulty of changing is reported by the students, mainly because of a still strong presence of the biomedical model and sovereignty of the model based on discipline.

**Keywords:** interdisciplinarity. National curriculum guidelines. Multiprofessionalism.





## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA.1</b>	Interdisciplinaridade: um conceito em construção.....	31
<b>TABELA.2</b>	Processo de análise e categorias do estudo.....	36



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS - Sistema Único de Saúde  
PSF – Programa de Saúde da Família  
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais  
MS – Ministério da Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
EP – Educação Permanente  
PP – Projeto Pedagógico  
LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional  
DC – Diretrizes Curriculares  
MEC - Ministério da Educação  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina  
IES – Instituição de Ensino Superior  
CCS – Centro de Ciências da Saúde  
CFH – Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
CDS – Centro de Desportos  
CEPESH - Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos  
MIP – Departamento de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia  
BEG – Departamento de Biologia Celular, Embriologia e Genética  
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio  
Teixeira  
PET-SAÚDE – Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde  
CAIS – Coletivo Interdisciplinar de Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família



## SUMÁRIO

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	21
2. ARTIGO.....	29
REFERÊNCIAS .....	53
APÊNDICE A - Roteiro das Entrevistas.....	58
APÊNDICE B - Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60
ANEXO A -Certificado de aprovação do CEPESH.....	62

|



## 1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

### 1.1 Formação em saúde : histórico e contexto atual

Nas décadas de oitenta e noventa o setor de saúde no Brasil passou por grandes mudanças, principalmente pela criação de um novo sistema nacional de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo amparado pela Constituição de 1988 e pelas Leis orgânicas, o SUS ainda enfrenta grandes dificuldades para sua consolidação plena, visto que trabalha com diretrizes e conceitos que são contra hegemônicos dentro da sociedade brasileira. O sistema caminha em direção a interesses econômicos e corporativistas, baseado em práticas assistencialistas, curativa, hospitalar e super especializada. (GONZÁLEZ; ALMEIDA 2010).

Segundo Feuerwerker (1998) e Almeida et al (2007) apud Gonzalez; Almeida (2010):

[...]a substituição desse sistema pelo sistema universal, que busca modelos de atenção que valorizem a integralidade, o cuidado humanizado e a promoção da saúde depende do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde[...].(FEUERWERLER (1998), ALMEIDA et.al (2007 apud GONZÁLEZ; ALMEIDA p. 758, 2010)

Surgiu a necessidade da mudança desse quadro, deixando a formação profissional baseada em metodologias conservadoras, caracterizadas nas lógicas cartesiana-newtoniana, fragmentada e reducionista (ANDRADE, 2010). Tanto na Medicina como nas demais áreas da saúde houve uma despreocupação com a abordagem de um cuidado e atenção integral, refletindo uma crescente divisão do trabalho onde surgem as inúmeras especialidades e profissões de saúde. A fragmentação ocorre mesmo na forma organizacional do serviço, em departamentos, enfermarias, setores administrativos, laboratórios etc. Esses setores são compostos por uma equipe multiprofissional, porém, com baixo grau de integração, coordenação e comunicação criando um obstáculo estrutural para a prática do trabalho interdisciplinar tal como a visão de uma clínica ampliada (CAMPOS; DOMITTI 2007).

Com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, o Ministério da Saúde procura uma nova concepção da atenção básica através de uma nova definição do processo de trabalho baseado em articulação e integração dos vários profissionais da área da saúde, pressupondo o trabalho interdisciplinar. A equipe deve estar capacitada a compreender o processo saúde – doença e, através dos múltiplos conhecimentos, serem aptos a responder os problemas de saúde e conseqüentemente agir sobre eles. Inevitavelmente, essa prática multiprofissional deve ser estruturada com base na interdisciplinaridade e intersetorialidade (SCHERER; PIRES, 2009).

As mudanças curriculares dos cursos de graduação em saúde propostas pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) no ano de 2001 sugerem uma nova idéia de ensino e formação para que ocorra a quebra ao modelo tradicional que até então era o modelo vigente. As diretrizes estimularam a superação das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, muitas vezes, meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e procuraram garantir uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL 2001).

As DCN definem como seu objetivo:

[...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a “aprender a aprender” que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. [...] (BRASIL, Diário Oficial da União, 2001. Seção 1. p. 4)

Colocam ainda como competências e habilidades do profissional a atuação multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética. (BRASIL 2001)

A prática interdisciplinar entre os profissionais da saúde ainda encontra grandes dificuldades para se estabelecer, reflexo de uma formação que prioriza o conhecimento técnico e privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo. O que é percebido no sistema de saúde são encontros multiprofissionais, distanciando-se no trabalho



interdisciplinar. O trabalho interdisciplinar não é necessário somente na atenção primária, mas sim em todos os níveis de atenção à saúde, uma vez que esse se torna fundamental para alcançar os objetivos de uma atenção integral e resolutiva. A partir dessa visão almeja-se atingir maiores níveis de eficiência e eficácia das ações e programas de saúde que são oferecidos para a população.(LOCH-NECKEL et al 2009).

Segundo Campos; Domitti (2007):

O trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado. (CAMPOS; DOMITTI, p.404, 2007)

Nota-se, que não é vigente o comportamento subjetivo ainda mais nas instituições contemporâneas caracterizadas por ambientes extremamente competitivos, onde surge espaço para a desconfiança como modo de defesa a concorrência alheia. Torna-se, muito mais confortável ao profissional uma atitude “especialista”, criando uma identidade e segurança que obliteram ainda mais o caminho para a prática interdisciplinar. (CAMPOS; DOMITTI 2007)

O interesse crescente pelo problema da interdisciplinaridade manifesta-se, em nossos dias, em numerosos trabalhos tendo por preocupação fundamental o confronto dos especialistas de diversas disciplinas para que seja desencadeado um processo de reorganização do saber, com vista, na prática, a um planejamento dos recursos humanos (JAPIASSU 1976). Para que seja possível que ocorra o trabalho em equipe interdisciplinar e este seja efetivo é fundamental a comunicação entre os profissionais envolvidos tal como compartilhamento de responsabilidades pelos casos e ações conforme cada projeto. Seguindo uma lógica que integre os vários serviços, departamentos e profissionais.(CAMPOS; DOMITTI 2007).

Segundo Gusdorf (1976) apud Gattás (2006), a interdisciplinaridade obrigatoriamente necessita que as especialidades ultrapassem suas próprias áreas, conhecendo seus limites e incorporando as contribuições das outras disciplinas.

## 1.2 Fundamentos sobre interdisciplinaridade

O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX e, só a partir da década de 60, começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido, em maior ou menor medida, uma certa aspiração à unidade do saber. (MINAYO 1991 apud VILELA; MENDES 2003). Segundo Japiassu (1976), a interdisciplinaridade ainda não possui um sentido epistemológico único e estável. Trata-se de um neologismo cuja significação nem sempre é a mesma e cujo papel nem sempre é compreendido da mesma forma.

Para melhor compreensão sobre o tema Japiassu (1976) sugere discernimento entre disciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e interdisciplinaridade. “Disciplinaridade” significa a exploração científica especializada de determinado domínio homogêneo de estudo, isto é, o conjunto sistemático e organizado de conhecimento que apresenta 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 antigos. Já a “multidisciplinaridade” seria uma justaposição, num trabalho determinado, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente um trabalho de equipe e coordenação, 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. A “pluridisciplinaridade” seria a justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico agrupados de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas. E por fim, “interdisciplinaridade”, define-se e se elabora por uma crítica das fronteiras das disciplinas, de sua compartimentação proporcionando uma grande esperança de renovação e de mudança. É caracterizada pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real entre as disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. Piaget (1970) apud Japiassu (1976), ainda completa com mais um termo, a “transdisciplinaridade”, sendo a etapa superior a interdisciplinaridade, que não se contentaria em atingir interações ou reciprocidade entre as pesquisas especializadas, mas que situaria essas ligações no interior de

um sistema total, sem fronteiras estabelecidas entre as disciplinas (JAPIASSU 1976).

### 1.3 Relação entre interdisciplinaridade e formação em saúde

O desafio está na ruptura dessa persistente estrutura fragmentada da formação e na inclusão de fatores essenciais como a integralidade e a humanização (GONZALEZ; ALMEIDA 2010).

Os serviços de saúde são palcos de ação de uma equipe de saúde, com atores distintos que desempenham funções, ações e idéias distintas. As instituições de ensino superior formadoras desses novos profissionais, que serão membros de futuras equipes, devem considerar esse cenário complexo e extremamente heterogêneo e, durante toda a formação, deve ter o foco no usuário do sistema. (GONZALEZ; ALMEIDA, p. 758, 2010).

Para que seja possível estabelecer conexões entre todas as áreas e consequentemente se alcance o trabalho interdisciplinar efetivo na equipe de saúde, torna-se necessário que cada profissão ou especialidade ultrapasse a sua própria área de formação e competência. Os próprios limites devem ser evidenciados e a busca para contribuir com as demais áreas deve ser constante, sempre respeitando cada território e campo de conhecimento, de modo que se distingam os pontos que os unem e os que os diferenciam. (LOCK-NECKEL 2009).

Algumas condições parecem influenciar a ocorrência da interdisciplinaridade: complexidade dos problemas; compatibilidade de paradigmas; atitude do sujeito de abertura ao novo, de engajamento ético e político, de valorização de outros saberes, reconhecimento da própria incompetência; diálogo, cooperação, articulação, afinidades pessoais, objeto e projeto comum; estrutura institucional favorável; desenvolvimento de competências para lidar com problemas novos, e com soluções por vezes parciais e provisórias; a existência de equipe multiprofissional; e processo

de produção e reprodução do conhecimento com a participação dos diversos sujeitos que produzem saberes a respeito do objeto de estudo (SCHERER; PIRES, p. 40, 2009).

Cabe tanto ao SUS quanto às instituições formadoras a tarefa de constatar a realidade, questionando-a. De forma a sistematizar, analisar e interpretar informações provenientes da mesma, com o objetivo de problematizar o trabalho e as organizações de saúde e ensino para que construam significados e atividades de fins sociais, procurando sempre a participação ativa dos gestores, formadores, usuários e estudantes (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As instituições formadoras devem prover os meios adequados à formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS e a sua melhor consecução, permeáveis o suficiente ao controle da sociedade no setor, para que expressem qualidade e relevância social coerentes com os valores de implementação da reforma sanitária brasileira (CECCIM; FEUERWERKER, p. 48, 2004).

Torna-se fundamental que as mudanças ocorridas nas instituições formadoras visem o caráter social, qualificando e promovendo ações que supram as necessidades da população. A produção de conhecimento deve ser norteada pelo SUS, que possa envolver e compreender as diferentes áreas e comunidades pertencentes ao serviço e conseqüentemente formando profissionais da saúde conscientes e capacitados para o sistema. Porém, essas mudanças somente serão efetivas se articuladas com políticas de educação e saúde, sendo protagonistas as ações, o trabalho conjunto entre as instituições de ensino, os sistemas de saúde e o controle social (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010).

O objetivo da interdisciplinaridade é o de promover a superação da visão parcelar de mundo e facilitar a compreensão da complexidade da realidade e, desse modo, resgatar a centralidade do homem, compreendendo-o como ser determinante e determinado. (GATTÁS; FUREGATO, p. 325, 2006).

Em relação ao ensino, nota-se que o conceito de interdisciplinaridade caracteriza-se pela integração e engajamento dos educadores em um trabalho conjunto, onde é vista a interação entre as disciplinas pertencentes ao currículo entre si mas também com a realidade. Objetiva-se, a formação integral dos estudantes para que possam exercer criticamente sua profissão sendo capazes de compreender e enfrentar problemas complexos da realidade atual, superando a fragmentação do ensino (GATTÁS; FUREGATO, 2006).

A interdisciplinaridade didática tem como objetivo articular o que está proposto pelo currículo e inserir no aprendizado, onde deverão ser feitas reflexões sobre as atividades pedagógicas bem como dever-se-á rever estratégias para que essa seja concretizada, sendo que muitas vezes essas ações ainda são insuficientes para sua total efetivação. Propõe-se um diálogo entre as disciplinas e não a extinção delas, procurando diferentes maneiras de organização metodológica, procurando dessa forma, a quebra das barreiras entre elas. Na prática interdisciplinar de ensino o estudante deve se tornar o protagonista do processo ensino-aprendizado, sendo incentivado a questionar, pesquisar, entender que existem diversas respostas para uma pergunta, é através desse exercício de “pensar” que o aluno se torna capaz de refletir, argumentar, ser crítico e questionar sobre determinada realidade (JOSÉ, FAZENDA, 2008).

A atualidade já mostrou o quanto o trabalho interdisciplinar é importante e essencial na sociedade, sendo a universidade a responsável pelo campo do ensino, cabe a ela estar preparada e promover essa experiência, criando novos mecanismos que favoreçam a compreensão desse fenômeno. A quebra de estruturas rígidas e convencionais também deve ser enfrentada, de modo que as divisões em faculdades, departamentos e disciplinas, sejam substituídas por cursos mais interdisciplinares, flexíveis, onde o próprio estudante seja responsável por encontrar seu caminho no interior de sua carreira profissional (GATTÁS; FUREGATO 2006).



## 2. ARTIGO

### INTRODUÇÃO

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL 1988) define que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, e o acesso aos bens e serviços essenciais. O SUS busca superar o modelo biomédico e dar lugar ao atendimento integral por intermédio de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Também, torna-se encargo do SUS a formação profissional de recursos humanos através de métodos e estratégias de formação e educação continuada, garantida pela Lei Orgânica de 1990 lei nº 8.080 (BRASIL 1990).

No ano de 1994 foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de orientar e organizar a Atenção básica, no sentido de consolidar um processo de trabalho no SUS centrado em elementos tais como a territorialização, longitudinalidade do cuidado, intersetorialidade, descentralização, coresponsabilidade e equidade. (BRASIL 2008). Através do PSF foi pensado um mecanismo de ruptura em relação às ações pontuais que vinham sendo desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Inicia-se o processo de mudança de paradigma no atendimento à saúde, deslocando o foco do indivíduo para a família e a comunidade, deslocando o olhar de práticas assistencialistas curativistas e sem vínculo com a realidade social para um olhar mais abrangente privilegiando ações de promoção e prevenção (SANTOS, 2004).

A consolidação do SUS depende tanto do sucesso de estratégias como o PSF e da implementação de processos de Educação Permanente (EP), ambos sob responsabilidade do MS quanto da reestruturação dos Projetos Pedagógicos (PP) dos cursos de graduação, baseados na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares (DC) sob atribuição do Ministério da Educação (MEC) (SAUPE 2005).

Neste processo surge uma nova concepção de trabalho, que procura estabelecer uma outra relação entre os profissionais de saúde envolvidos, distanciando-se do modelo biomédico tradicional e

possibilitando maior diversidade das ações com a busca pelo consenso da equipe.

Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade, associada à não aceitação do refúgio da assistência no positivismo biológico, requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe. (Costa Neto, p. 9, 2000).

Segundo SOUZA (2011) o saber interdisciplinar proporciona ao profissional de saúde condições de perceber o homem como um ser integral, sendo necessária uma visão do profissional que ultrapasse o seu saber específico, baseado na excessiva especialização e distanciando o profissional do preparo para o cuidado resolutivo e contínuo à população.

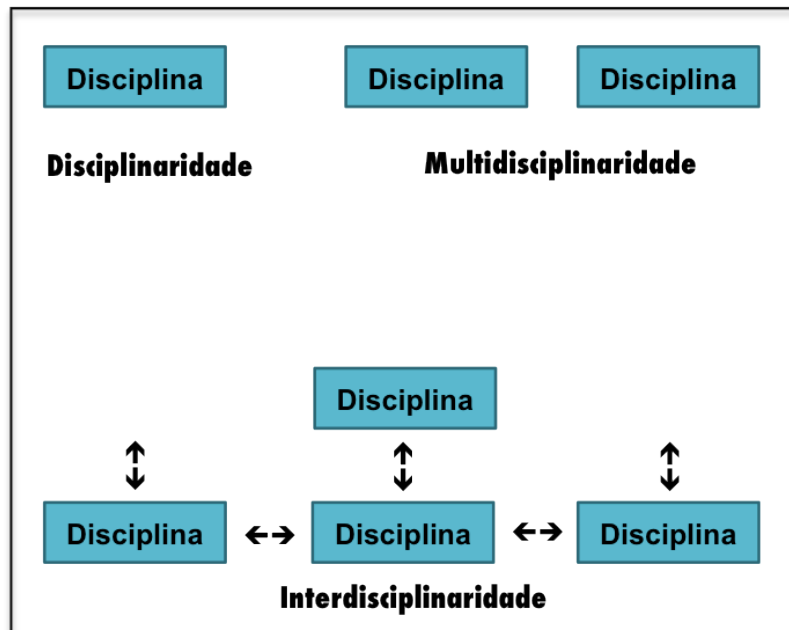
As Novas Diretrizes Curriculares Nacionais aprovadas no ano de 2001 pelo MEC, apontam alternativa para mudar o cenário da formação dos profissionais da saúde, objetivam a formação geral e específica dos profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade. E ainda, atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética (BRASIL 2005).

Para melhor compreensão do tema alguns conceitos devem ser elucidados, como disciplinaridade, multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Segundo Japiassu (1976), a disciplinaridade é centrada na disciplina, ou seja, um conhecimento específico e especializado sobre determinado campo do saber tendo suas características próprias tais como metodologia, plano de ensino, matérias, etc. A disciplinaridade procura explorar ao máximo o conhecimento para que assim surja um novo saber e esse substitua o antigo. Já na multidisciplinaridade possui a participação de mais de uma disciplina no processo, porém, sem ocorre necessariamente a interação entre elas. Em um problema localizado em um nível multidisciplinar, sua resolução será baseada em utilizar de empréstimo algumas informações dessas disciplinas, sem haja um trabalho coordenado ou de equipe. E por fim, a interdisciplinaridade, que surge como uma crítica as fronteiras entre as disciplinas, seu objetivo a troca máxima entre as



especialidades e a interação real entre as disciplinas em prol de um objetivo comum

Esses conceitos estão ilustrados no esquema a seguir.



A Tabela 1, a seguir, exemplifica os diferentes olhares sobre o conceito de interdisciplinaridade.

Tabela 1. Interdisciplinaridade: um conceito em construção.

AUTORES	CONCEITOS
Japiassu (1976)	A interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real entre as disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa.
Vilela; Mendes (2003)	A interdisciplinaridade surge na saúde como maneira de quebrar com o modelo tradicional e biologicista, de forma a desfragmentar os saberes

	para que seja alcançado o conceito ampliado de saúde.
Gattás; Furegato (2006)	O objetivo da interdisciplinaridade é o de promover a superação da visão parcelar de mundo e facilitar a compreensão da complexidade da realidade e, desse modo, resgatar a centralidade do homem, compreendendo-o como ser determinante e determinado.
Campos; Domitti (2007)	O trabalho interdisciplinar depende de uma certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para a tomada de decisão de modo compartilhado.
José; Fazenda (2008)	A interdisciplinaridade propõe um diálogo entre as disciplinas e não a extinção delas, procurando diferentes maneiras de organização metodológica, procurando a quebra das barreiras entre elas.
Lock –Neckel (2009)	Na interdisciplinaridade os próprios limites devem ser evidenciados e a busca para contribuir com os demais deve ser constante, sempre respeitando cada território e campo do conhecimento, de modo que se distinguem os pontos que os unem e os que os diferenciam.
Souza (2011)	O saber interdisciplinar proporciona ao profissional de saúde condições de perceber o homem como um ser integral, sendo uma visão do profissional que ultrapasse o saber específico.

O presente trabalho tem como objetivo estudar a percepção sobre interdisciplinaridade segundo o olhar de estudantes dos cursos de graduação em saúde da UFSC, em processo de mudança curricular, com foco nos cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia.

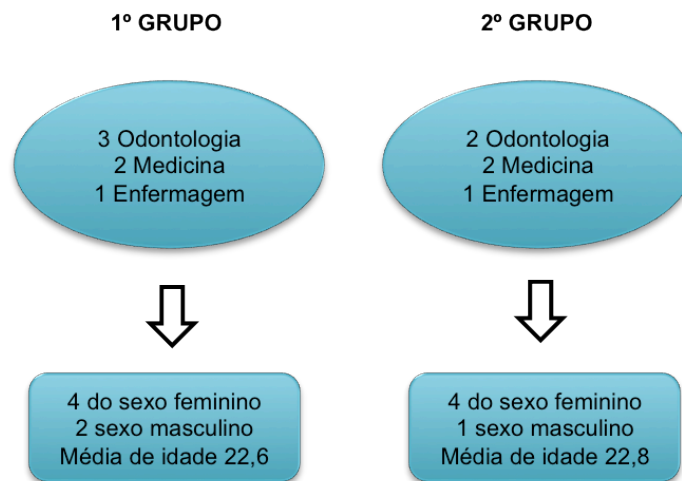
## **METODOLOGIA**

A pesquisa é de abordagem qualitativa que, segundo Minayo et al (2004), se preocupa com o nível de realidade, trabalha com motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes.

Nesta perspectiva destaca-se como importante metodologia para a avaliação de reformas e mudanças organizacionais para a oferta dos serviços de saúde, sob o ponto de vista de pacientes, profissionais de saúde e administradores (SOUZA 2011).

O estudo foi realizado em uma Instituição de Ensino Superior (IES), localizada em um município ao sul do Brasil. A IES possui 9 cursos de graduação em saúde, 6 destes localizados no Centro de Ciências da Saúde (CCS), Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição e Odontologia. O curso de Psicologia localizado no Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFH), Serviço Social no Centro de Ciências Sócio-Econômicas (CSE) e Educação Física no Centro de Desporto (CDS).

Foram incluídos nesse estudo, acadêmicos que já haviam cursado 70% do Curso de Graduação no currículo proposto pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e que estivessem inseridos diretamente no serviço. Desta forma, foram entrevistados estudantes dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Odontologia. O esquema a seguir caracteriza os grupos realizados.



A coleta foi realizada através de grupo focal envolvendo estudantes dos três diferentes cursos. O grupo foi formado mediante sorteio de nomes da lista de chamada e aceitação para participação da pesquisa. A pesquisa teve sua aprovação junto ao Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEPESH) sob parecer de número 1188 (Anexo A).

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde receberam informações e esclarecimentos sobre o estudo, e por livre e espontânea vontade concordaram em participar ou não (Apêndice B). A assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi requisito básico para inclusão do sujeito na pesquisa. Este estudo foi realizado em observância a norma 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

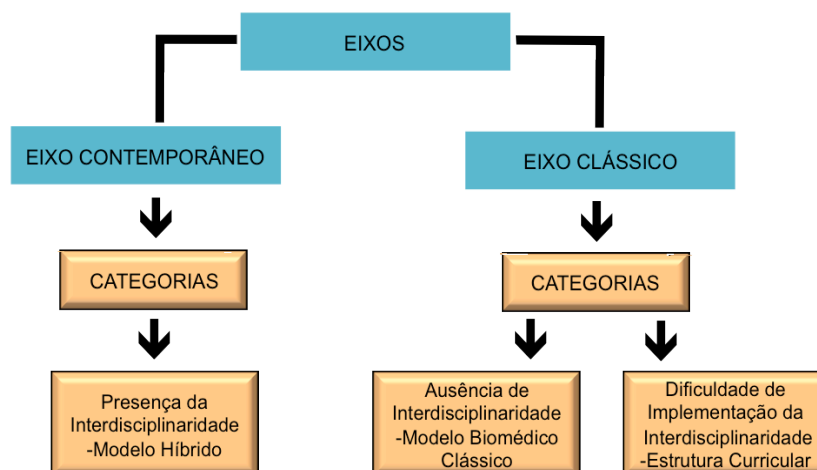
O grupo foi realizado com um tempo estimado de 40 a 60 minutos de duração, nas instalações do Centro de Ciências da Saúde. O roteiro de perguntas foi do tipo semi-estruturado, com perguntas abertas. e (Apêndice A). As falas foram gravadas através de gravador simples, do tipo mp3 da marca Phillips e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. Após a realização do grupo foram realizadas anotações de campo destacando alguns pontos que geraram discussão.

O material resultante foi analisado através da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1979) que organiza-se em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o

tratamento dos resultados com a inferência e a interpretação. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita, tem como objetivo tornar operacionais e sistematizar as idéias iniciais. A segunda fase, a exploração do material, consiste basicamente nas codificações do material pré-analisado. E por último, o tratamento dos resultados obtidos, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significados e válidos para que posteriormente sejam feitas sua interpretação e discussão sobre o tema.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise dos dados coletados foi possível organizar os resultados em dois grandes eixos. O eixo contemporâneo, que reflete o caráter de integração das práticas pedagógicas com temas sugeridos com as DCN, como a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e integração ensino-serviço. E o eixo clássico, correspondente as práticas curriculares vigentes como soberania do modelo biomédico, soberania das disciplinas e a estrutura curricular. Os eixos estão representados na figura a seguir:



A tabela 2, a seguir exemplifica o processo de análise e apresenta as categorias do estudo.

Tabela 2: Processo de análise e categorias do estudo. Florianópolis, 2012.

<b>CONTEÚDOS DAS ENTREVISTAS</b>	<b>CODIFICAÇÃO</b>	<b>CATEGORIAS</b>
“ [...] na prática ainda essa coisa de módulos é bem problemática bem complicado de levar justamente porque não existe contato entre os professores,[...] a básica não sabe o que é importante para clínica, a clínica não sabe o que foi dado na básica e... isso é muito ruim.[...]”	Divisão do Currículo – ciclo básico, ciclo profissionalizante  Separação em módulos, eixos e disciplinas	Dificuldade de implementação da Interdisciplinaridade Estrutura Curricular
“[...] infelizmente acho que os cursos da saúde deixam muito a desejar, a parte de trabalho em equipe, interdisciplinaridade.., é muito fraco dentro da graduação” “o que eu sinto muitas vezes é uma soberania e aí principalmente dentro da Medicina eu acho há uma subestimação das outras profissões”.	Ausência da interdisciplinaridade dentro da IES  Soberania do modelo Biomédico	Ausência de interdisciplinaridade – modelo biomédico clássico
“acabei procurando o interdisciplinar fora da...fora o curso que foi por exemplo	Algumas iniciativas interdisciplinares – coletivos, PET-Saúde etc	Presença de interdisciplinaridade

<p>conversando com os Centros Acadêmicos e percebendo que neles também existia uma vontade de entender de como ocorriam os outros cursos e talvez de trabalhar junto e foi aí que eu comecei trabalhar mais no interdisciplinar e também, como todo mundo falou, que o PET foi essencial porque a partir do PET eu consegui me inserir em uma Unidade que tivesse esses acadêmicos que já era uma falta que a gente sentia de não ter acadêmicos  “Eu também, na minha Unidade de Saúde tive bastante interação com toda a equipe”</p>	<p>Interdisciplinaridade forte dentro da Unidades Básicas de Saúde</p>	<p>– modelo híbrido</p>
--	--	-------------------------

Os resultados e a discussão serão apresentados em conjunto considerando-se as categorias do estudo.

### **DIFICULDADE DE IMPLEMENTAÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE - ESTRUTURA CURRICULAR**

As entrevistas mostraram que os participantes relacionam a forma curricular atual como uma das responsáveis pela dificuldade de interação e aplicação da interdisciplinaridade.

“Acho que nas primeiras fases, até a 3ª fase não tem nenhum contato entre as disciplinas, eu entendo que seja difícil porque [...], são departamento diferentes, então realmente é difícil o contato, mas quando chega na 4ª fase que a gente espera que os professores sejam diferentes, continua a mesma coisa [...]” (ENTREVISTADO 8)

O currículo pode ser visto como um projeto orientador para organizar as tarefas pedagógicas, que abrange objetivos e temas da educação formal considerando costumes e valores da sociedade na qual está inserida (ALONSO; ANTONIAZZI 2010). Dessa forma, a proposta de mudança curricular dos cursos da saúde previstas pelas DCN propõe modificações para que os novos profissionais da saúde adquiram o novo perfil, de caráter generalista e subsidiados por ações de promoção e prevenção da saúde.

Por outro lado, a pesquisa mostra uma forte conexão com o modelo curricular tradicional, baseado em Flexner.

“[...] então tem ainda esse defeito que há uma separação entre as disciplinas eles não se comunicam, até agora dentro da clínica a gente vê essa separação [...]” (ENTREVISTADO 8)

“[...] e o processo de aprendizagem não sei né, é aquele modelo de ensino sentado em uma cadeira durante horas ouvindo o professor falar, passando um monte de slide depois a gente vai estudar pelo caderno da menininha que anotou e eu acho terrível [...]” (ENTREVISTADO 9)

Esse modelo, estrutura-se em uma base fragmentada dos conteúdos de formação fechada com foco na disciplina sem que essas interajam entre si. O ensino é centralizado na figura do professor, com pouca reflexão do estudante e sem participação direta no processo de ensino-aprendizado, “aprende-se” através do método de memorização. As aulas ainda são predominantemente magistrais que segundo Goffman apud Alonso; Antoniazzi (2010), remetem a seguinte descrição

[...] aula magistral consiste em uma ocupação oficial e prolongada de um palco, onde o professor expõe seus pontos de vista sobre um determinado assunto. [...] O papel do professor é ativo (é uma autoridade indisputável, possuidor de verdades, que expõe e demonstra) e a do estudante é



passivo, recebe conhecimento, prioriza a memorização, resolve exercícios por reiteração mecânica e segue modelos ou procedimentos resolutivos fornecidos pelo professor. (ALONSO; ANTONIAZZI, p. 103, 2010)

Constata-se ainda, pelos estudantes, a divisão do currículo em ciclos básicos e profissionalizantes, que segundo eles, quebram o raciocínio de modelo desejado, que preconiza o envolvimento das disciplinas para que se concretize a interdisciplinaridade.

“[...] mesmo na parte clínica a gente sente muita falta do contato entre essas áreas de conhecimento então...aulas repetidas, aulas que não tem sentido justamente porque a básica não sabe o que tem que ser dado então assim...é um processo que ainda está acontecendo [...]” (ENTREVISTADO 1).

“[...] as disciplinas básicas são divididas entre o MIP, o BEG então elas ficam mais isoladas, a gente vê que esses professores não conversam muito entre si porque são de departamentos diferentes, mas a partir da 3ª fase ele volta para o departamento [...] tanto que quando o aluno entra na 3ª fase do curso parece que ele mudou totalmente de curso, porque mudam os professores, as metodologias, tu sai de todos os centros só fica no CCS [...]” (ENTREVISTADO 10)

A estruturação do currículo baseado em Flexner segue a lógica do seu conceito, particularmente em cursos de graduação em saúde o currículo é dividido em ciclo básico, que acontece nas primeiras fases de cada curso, onde incorpora disciplinas de conteúdo biomédico básico e o segundo ciclo caracterizado pela inserção de disciplinas e conteúdos mais específicos de cada curso (ALONSO; ANTONIAZZI 2010). Esse fator quebra a idéia de um currículo integrado e interdisciplinar, ganham força os modelos segmentados em que o saber especializado se sobressai diante dos demais.

Esse cenário encontrado mostra a contradição do que se espera do novo currículo que incentiva uma nova visão formativa que tem como objeto:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com

competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS)[...] (BRASIL, seção 1, p. 25, 2001)

E segue ainda com objetivos ampliados, o estudante se torna protagonista das ações por meio de práticas promotoras como “aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento”, e que possam garantir a sociedade atendimento integral e humanizado (BRASIL, 2001).

Evidencia-se, ainda, pelos participantes a deficiência da estruturação do novo currículo na presente Universidade e sobre a falta de engajamento e compreensão dos professores envolvidos no processo de mudança, fato citado em praticamente todas as falas.

“ [...]então o que falta realmente é que os professores sentem para conversar.[...]” (ENTREVISTADO 2)

“ [...] professor está aqui para isso para o aluno aprender só que parece que às vezes falta vontade de integrar. [...]” (ENTREVISTADO 4)

“ [...] e parece assim que falta os professores quererem fazer isso porque todo mundo fala do currículo, do currículo, mas todo mundo só quer puxar para o seu lado sabe , ninguém quer abrir mão de dar essa aula porque já deu lá...todo mundo quer puxar para o seu lado e não entra de cabeça no que tinha que ser feito esse é um problema bem grande [...]” (ENTREVISTADO 5)

Observa-se que, apesar da aprovação das DCN em 2002 a sua implementação não é compreendida em sua totalidade, principalmente por agentes essenciais dentro do projeto, grande número de coordenadores, professores, dirigentes e os próprios alunos. (HADDAD, 2006). Esse fator tem influenciado diretamente no atraso na implementação dos novos currículos, conseqüentemente nas suas avaliações e reestruturações para que cumpra o papel formativo

espelhado em profissionais compatíveis com a demanda da sociedade (MORITA; KRIGER 2005).

Em estudo de avaliação ocorrido no ano de 2002 a 2006, realizado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) que pesquisou a aderência das DCN nos cursos de odontologia, HADDAD et al (2006) refere pontos consensuais aos encontrados nos resultados dessa pesquisa. Temos como consequência da má adesão do currículo pontos semelhantes, como a forte presença do currículo tradicional baseado em disciplinas isoladas e a falta de integração entre as disciplinas do ciclo básico, pré-clínico e clínico. Por outro lado, existem também semelhanças em pontos referidos quando apontado como iniciativas de sucesso para a implantação do novo currículo, recebem destaque as atividades de integração curricular, presença de temas integradores e diversidade de cenários de ensino. Mesmo que o estudo tenha sido realizado pela autora somente com o curso de odontologia, os mesmos pontos se apresentaram nas demais profissões da saúde que este trabalho aborda.

### **AUSÊNCIA DE INTERDISCIPLINARIDADE - MODELO BIOMÉDICO CLÁSSICO**

Os cursos da saúde juntamente com as suas mudanças curriculares procuram a quebra do paradigma por meio do rompimento com o modelo biomédico, através da formação de profissionais capacitados a atender a realidade social vigente.

Porém, o que foi referido pelos participantes da pesquisa é que esse modelo ainda é muito forte e enraizado dentro da Instituição de Ensino Superior, principalmente em relação a segmentação das disciplinas.

“ [...] uma coisa é o discurso que está no currículo né outra coisa é a prática e na prática o que a gente tem é um curso que se diz integrado, mas é uma integração muitas vezes falsa...as avaliações muitas vezes é um grampo que grampeia várias provas e diz que isso é uma prova né. [...] fica muito claro que não mudou nada e o curso continua sendo de disciplinas [...]” (ENTREVISTADO 2)

O modelo biomédico é baseado em modelos flexnerianos, rígidos, sem que haja articulação entre as disciplinas e conexão com as demandas da sociedade. (SANTOS; CUTOLO, 2004). Essas

contradições também são citadas no trabalho de GONZALEZ; ALMEIDA, 2010

Os novos problemas e necessidades na área da saúde geraram contradições, principalmente entre o paradigma dominante, sob influência flexneriana, que observa a saúde por um olhar biológico, centrado na doença, na hegemonia médica, na atenção individual e na utilização intensiva de tecnologia e o paradigma da construção social da saúde, construção essa apoiada no fortalecimento do cuidado e da promoção à saúde, na ação intersetorial e na crescente autonomia das pessoas e populações em relação à saúde, visando à reorientação das relações entre profissionais de saúde e população. (GONZALEZ; ALMEIDA, p. 758, 2010)

Os alunos compreendem que uma das maneiras de integração e sensibilização para atividades intracursos, consequentemente interdisciplinares, é o pacto de união do ensino-serviço em especial com a atenção básica. Porém, existe muita resistência entre os professores da academia em assimilar esse serviço, isso porque existe uma super valorização da especialidade.

“[...] existe o tempo todo tanto que as nossas aulas são todas voltadas para a prática hospitalar agora se você for pensar no serviço de atenção primária ela praticamente não existe, [...] os professores que dão aula na maioria são especialistas nem sabem o que acontece em uma Unidade de Saúde [...]”(ENTREVISTADO 9)

Essa situação mostra um descompasso entre as mudanças do serviço e da academia, a explicação para esse fato pode ser dada pelo descaso da academia, com uma gestão descomprometida, uma visão periférica em relação à atenção básica e o despreparo dos professores com as novas propostas de aprendizado. (GONZALEZ; ALMEIDA 2010).

Existe ainda uma forte resistência quanto a integração das disciplinas dentro do currículo, as disciplinas são separadas, por consequência formam uma rede de saberes fragmentados, com ênfase nas especialidades. SANTOS e CUTOLO em seu trabalho realizado em

2004 colocam que esses fatores têm função prejudicial para uma formação humanista dos futuros profissionais da saúde, e ainda que o modelo do currículo tradicional leva a formação de profissionais altamente especializados porém com baixa capacidade de lidar com totalidades e realidade complexas.

A fragmentação dentro da área da saúde pode se dar de diversas maneiras como “a separação do pensar e do fazer, fragmentação conceitual, a presença cada vez maior de profissionais especializados, a fragmentação da técnica e as rígidas relações de hierarquia e subordinação” (GONZALEZ; ALMEIDA, 2010). Os mesmos autores afirmam que o grande desafio será a quebra do continuísmo e segmentação, instaurando caminhos que levem a humanização e integralidade da prática.

Outra barreira relatada pelos entrevistados em relação a implementação deficitária das DCN foi a presença do currículo oculto no discurso dos docentes.

“ [...] o que eu sinto muitas vezes é uma soberania e aí principalmente dentro da Medicina eu acho há uma subestimação das outras profissões né...então por exemplo se ouve falar muito mal ...então é aquela história do currículo oculto que os professores colocam como se fosse uma profissão menor ...coisas absurdas né sendo... o que a gente espera de um currículo [...]” (ENTREVISTADO 2)

O currículo oculto não está presente no currículo oficial da instituição, porém influencia de maneira indireta sobre atitudes, valores e comportamentos (SILVA 2002). E ainda o autor segue afirmando que as informações repassadas pelo currículo oculto transmitem para o aluno que ele se enquadre de maneira conveniente ao sistema social dominante instalado. Segundo Zilbovicius (2007), “o currículo oculto transmite elementos que geram conformismo, obediência e individualismo.”, características contrárias as esperadas na formação proposta para o novo currículo como atitudes pró-ativas, criticidade e pensamento coletivo.

Nota-se, que muito do transmitido pelo currículo oculto tem ligação direta com a formação pedagógica do docente, onde sua prática cotidiana e conceitos ideológicos influenciam no discurso da prática. (ZILBOVICIUS 2007).

## **PRESENÇA DE INTERDISCIPLINARIDADE – MODELO HÍBRIDO**

A interdisciplinaridade apesar de estar como uma das metas principais dentro do que se espera da formação acadêmica prevista pelo novo currículo, aparece na pesquisa de maneira muito tímida, em algumas iniciativas isoladas e individuais, e apenas em alguns momentos do Curso de Graduação dos futuros profissionais da saúde.

Apresentou-se no estudo que os estudantes conseguem assimilar a temática da interdisciplinaridade como um todo, porém as atividades em relação ao assunto ainda são muito escassas dentro dos seus cursos e dentro da IES em geral.

“[...] Então especificamente sobre isso...esses pontos assim né infelizmente acho que os cursos da saúde deixam muito a desejar, a parte de trabalho em equipe, interdisciplinaridade é muito fraco dentro da graduação [...]” (ENTREVISTADO 1)

“[...] porque realmente apesar das diretrizes a impressão que eu tenho é que essa interdisciplinaridade é quase escassa quase nula para não dizer que é nula[...]” (ENTREVISTADO 2)

Apesar do termo “interdisciplinaridade” ter um significado amplo e não único, podemos citá-lo como uma intensidade de trocas entre as especialidades e pelo grau de interação real das disciplinas que giram em torno de um projeto comum (JAPIASSU, 1976), longe ainda do que ocorre no cenário de educação dos futuros profissionais da saúde desta IES, que se processa ainda em uma formação fechada e baseada em disciplinas isoladas que não interagem entre si.

[...]“ Quanto...acho que primeiro a interdisciplinaridade aparece mais nesse novo currículo da Odonto, acho que eles tentaram fazer uma coisa interdisciplinar só que ainda aparece muito a separação das disciplinas, eles não conseguiram fazer isso totalmente.[...] (ENTREVISTADO 8)

A interdisciplinaridade surge na saúde como maneira de quebrar com o modelo tradicional e biologicista, de forma a desfragmentar os saberes para que seja alcançado o conceito ampliado de saúde

(VILELA; MENDES, 2003). Porém, o que foi visto é que dentro da IES há uma dificuldade de se desprender do modelo antigo e as poucas cenas interdisciplinares realizam-se graças a iniciativas isoladas e individuais. Vilela e Mendes explicam em estudo realizado em 2003 que, a interdisciplinaridade também é uma questão de atitude,

[...] está também associada ao desenvolvimento de certos traços da personalidade, tais como: flexibilidade, confiança, paciência, intuição, capacidade de adaptação, sensibilidade em relação às demais pessoas, aceitação de riscos, aprender a agir na diversidade, aceitar novo papéis.[...]  
(VILELA; MENDES p. 527, 2003)

No entendimento dos estudantes algumas iniciativas se mostram positivas em relação ao trabalho interdisciplinar, acreditam que muitos fatores já mudaram para melhor e compreendem que esse é um processo gradativo.

“[...] Dentro do nosso curso até acho que esta começando a dar certo entre disciplinas do curso na clínica , que a gente chegou agora, a nova clínica as disciplinas aos pouco estão começando a interagir , esta dando certo, eu acho, é uma mudança e tal, devagar esta indo mas...esta dando certo, que né. tem professores de todas as disciplinas na clínica [...]” (ENTREVISTADO 4)

Os estudantes co-relacionam os poucos episódios de ações interdisciplinares com a dificuldade do corpo docente em assimilar esses novos olhares, justificada pelo modelo aos quais os professores foram formados, o modelo biomédico.

“[...]Agora em relação a nossa comunicação com os outros centros não existe praticamente e os professores mesmo não nos mostram que isso tem que ocorrer porque eles também não vão atrás não acaba sendo o nosso dia-a-dia. E da interdisciplinaridade é assim, não só é pela nossa formação que é segmentada em matérias, separadas e os nossos professores tiveram uma formação muito diferente da nossa, mas simplesmente eles não conseguem se comunicar com outros segmentos de mesmas matérias[...]” (ENTREVISTADO 8)

O trabalho interdisciplinar possui algumas características subjetivas, como capacidade de lidar com incertezas e ainda estar preparado para fazer e receber críticas, juntamente com a tomada de decisão conjunta. Isso leva a uma desconfiança do profissional, de forma que, para se defender e se sentir seguro, acaba se apegando ao núcleo especializado e cria mais uma barreira para a interação com o trabalho interdisciplinar (CAMPOS; DOMITTI, 2007. CARCERERI; AMANTE 2011)

Em contrapartida, os alunos citaram cenários nos quais a interdisciplinaridade se mostra forte e consolidada, que se torna uma alternativa bastante efetiva perante a escassez de tais atividades dentro da IES.

“[...] acabei tendo experiências fora, por exemplo, projeto de extensão e PET- Saúde que a gente acaba tendo contato com os outros cursos e desenvolvendo projetos junto com os outros cursos da saúde [...]” (ENTREVISTADO 1)

“[...]como experiências como PET-Saúde que agora a gente está tendo realmente um momento de entrar em contato com as outras profissões de saúde[...]” (ENTREVISTADO 2)

“[...]eu comecei trabalhar mais no interdisciplinar e também, como todo mundo falou, que o PET foi essencial porque a partir do PET eu consegui me inserir em uma Unidade que tivesse esses acadêmicos que já era uma falta que a gente sentia de não ter acadêmicos...daí tu tem acadêmicos da maioria dos cursos da saúde da odonto, medicina, ...sei lá enfermagem e aí você consegue realmente se inserir interdisciplinarmente com o teu nível de aprendizado[...]” (ENTREVISTADO 7)

Alguns programas criados pelo governo federal mostraram-se como uma boa experiência interdisciplinar, por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET- SAÚDE. O PET-SAÚDE tem como objetivo a integração de ações intersetoriais, em especial do ensino-serviço-comunidade, o programa envolve acadêmicos de diversos cursos da saúde que trabalham de forma conjunta e são inseridos dentro da Atenção Básica, estimula práticas multiprofissionais e interdisciplinares. O programa também fortalece a nova estruturação nas novas práticas de ensino baseadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, através da formação de profissionais de acordo com os



princípios e necessidades do SUS (BRASIL 2010; ESPÍNDOLA et al, 2011).

Foram ainda relatadas as atividades integradoras, principalmente de coletivos, como Centros Acadêmicos, Coletivos Interdisciplinares de saúde, grupos de discussão de Educação em Saúde. Observou-se, que a procura por esse determinado campo de atuação surge de uma demanda própria e individual como maneira de suprir a falta dessas atividades interdisciplinares dentro do currículo atual dos acadêmicos.

“[...] o meu maior contato, sem dúvidas nenhuma, foi fora do curso né, a gente tinha um coletivo chamado Coletivo Acadêmico Interdisciplinar de Saúde, o CAIS[...]” (ENTREVISTADO 2)

“[...]eu acabei procurando o interdisciplinar fora da...fora o curso que foi por exemplo conversando com os Centros Acadêmicos e percebendo que neles também existia uma vontade de entender de como ocorriam os outros cursos e talvez de trabalhar junto[...]” (ENTREVISTADO 6)

“[...]eu ainda estudei um pouco mais apesar de saber pouco porque busquei por fora, participo de grupo de pesquisa, interesse próprio porque se depender o que a gente tem no currículo[...]” (ENTREVISTADO 9)

Além da presença da interdisciplinaridade no currículo os participantes também foram questionados quanto as relações de multiprofissionalidade. Em essência, os participantes concluem que há intenção que essas atividades ocorram, porém muito do que se vê é fora da IES e apresentadas com uma junção de todos os profissionais sem que esses necessariamente interajam entre si.

“ [...]o pouco que a gente tem conhecimento de como é trabalho do enfermeiro, do técnico de enfermagem , de um odontólogo ,de uma nutricionista e pela prática nos postos de saúde né...mas são inserções também né ...vê em alguns momentos a Estratégia da Saúde da Família [...]” (ENTREVISTADO 2)

“[...] o pouco que a gente tem é com certeza na Unidade de Saúde mas assim não é uma interação muito forte, é saber que aqueles profissionais estão ali que você trabalha ou vai trabalhar no mesmo espaço que eles, ah! tem os profissionais do NASF que você pode

encaminhar pode ser matricialmente mas não tem realmente uma interação uma troca de experiência ou uma discussão de caso junto, na verdade a gente fica assim muitas vezes sem saber direito o que é trabalhar multiprofissionalmente.[...]" (ENTREVISTADO 9)

A multiprofissionalidade, enquadra-se entre os pontos de ampliação da formação na estratégia do novo currículo, ela preconiza que os estudantes aprendam a trabalhar em equipe para que posteriormente atendam as demandas do SUS, atuando, por exemplo, em equipes e Estratégia de Saúde da Família. Em contrapartida, a realidade relatada foi contrária a proposta pela mudança. A multiprofissionalidade ainda se encontra muito deficitária dentro da IES, poucas são as suas aparições e quando elas surgem localizam-se em atividades que envolvem o ensino e o serviço.

A pouca expressividade das atividades multiprofissionais é citada como consequência de um modelo centrado na figura de alguns profissionais, em especial do médico.

"[...] você passa quase 6 anos na tua formação aprendendo de forma explícita ou através do currículo oculto que o médico é o cara, que o médico é o que tem que mandar, se ele está em uma equipe ele é o cabeça da equipe e os outros são subordinados.[...]" (ENTREVISTADO 9)

Mais uma vez o modelo biomédico aparece com força, com ações baseadas no curativismo e na doença, essa percepção também foi encontrada em trabalho de MORETTI-PIRES (2009). O mesmo autor descreve

Sobre trabalho em equipe, referem-no, mas sem conceitos concretos de como operacionalizá-lo, ficando à margem da discussão ou, em outra medida, preocupadas em se reafirmar perante a figura do médico. O trabalho em equipe é exclusivamente a justaposição de especialidades, e não processo comum, integrado e interdisciplinar, prevalecendo o talhe flexneriano/biomédico que, reduzindo, fragmenta o indivíduo e o trabalho em saúde. (MORETTI-PIRES, p. 160. 2009)

Os diálogos transcritos levaram, também, a análise de que a prática do trabalho multiprofissional, tanto dentro das unidades

formadoras como no serviço, aparece como sendo a prática de várias profissões que atuam dentro de um mesmo espaço físico porém sem qualquer ou mínima atuação entre si. Segundo LOCH-NECKEL, et al (2009), o que ocorre nos serviços de saúde é um encontro multiprofissional onde cada profissão permanece em suas práticas individuais, distantes do trabalho interdisciplinar e multiprofissional.

O pensamento fragmentado dos profissionais da saúde já inseridos no serviço e dos futuros profissionais pode ser superado através de formação para o trabalho em equipe superando a visão individualista e motivados para o trabalho em equipe. SANTOS; CUTOLO (2004) percebem o problema como uma ineficiência dessa abordagem nos currículos de graduação

Enxergamos essas deficiências como resultado de currículos de graduação que não prevêm, em sua grade disciplinar, um espaço para o trabalho em equipe, onde cada futuro profissional seja capaz de conceber espaços de atuação conjunta, ainda dentro da Universidade. (SANTOS; CUTOLO, p. 69. 2004)

Objetiva-se com esse novo currículo que os acadêmicos tenham capacidade de ter uma visão ampla de seu papel na equipe, como o esperado pela equipe do Programa de Saúde da Família, preocupam-se em promover a saúde integral, identificar problemas de saúde, incentivar ações comunitárias bem como exigir da equipe a aquisição de novos conhecimentos e novas soluções para os problemas da população. E ainda, promover uma organização horizontal dentro das equipes, respeitando as competências de cada um, que procure instaurar suas ações sempre através do diálogo e de forma conjunta sem que haja uma sobreposição entre os integrantes. (LOCK-NECKEL, 2009).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As novas diretrizes curriculares nacionais vêm com uma proposta inovadora para a formação dos novos profissionais da saúde, estabelecem um perfil e uma demanda baseada na realidade social e nas necessidades do SUS. Proposta que desafia as Instituições de Ensino e seu corpo docente, visto o histórico da educação nas áreas da saúde baseada em um modelo biomédico, especializado, curativo, individual e centrado nas disciplinas.

O estudo teve algumas limitações, devido a maioria dos cursos de graduação envolvidos ocorrerem em período integral houve dificuldade em obter um horário comum a todos para a realização dos grupos, dessa forma, o esforço daqueles que participaram já reflete um olhar para o trabalho interdisciplinar.

O discurso interdisciplinar e multiprofissional parece ter sido incorporado pelos participantes desse novo processo de mudança, mas a prática ainda se apresenta da forma tradicional, muito pela resistência de professores ou pela iniciativa isolada e individual dessa percepção que acaba por perder força durante o caminho por falta de apoio e incentivo.

A necessidade da mudança é notável e indiscutível, cabe agora aos protagonistas desse processo se despir de conceitos e saberes individuais e abraçarem o conceito ampliado de saúde e todo o impacto que este causa no sistema de saúde quanto na formação de recursos humanos.

Tais dificuldades relatadas podem ser superadas através de iniciativas de práticas conjuntas entre os cursos, do serviço de saúde, da universidade, do docente e pela mobilização e motivação dos estudantes. (GARCIA, et al. 2006).

A importância das ações interdisciplinares e multiprofissionais para os participantes da pesquisa foram assimiladas de maneira homogênea pelos cursos de graduação em saúde. O desafio está em viabilizar esse processo, em especial está na dificuldade do corpo docente em entender o processo de mudança e romper com paradigmas incorporados em todos os seus anos de profissão, seja como educador ou como profissional de saúde. Visto que, sem essa nova perspectiva fica muito difícil para o estudante por si só conseguir concretizar o que prevê as novas curriculares, em consequência, ao invés da formação de um profissional generalista se terá a formação do profissional especialista.

Dessa forma, o atendimento integral fica cada vez mais distante reflexo da formação fragmentada e individualista, baseada na doença em detrimento do conceito ampliado de saúde tanto defendido pelo Sistema Único de Saúde.

O desafio está em que a interdisciplinaridade permeie toda a formação, desde as disciplinas básicas através de atividades integradoras e das clínicas através de um campo de atuação conjuntos. Deixar os preconceitos de lado e compreender que antes de tudo somos todos profissionais de saúde, sendo que o sistema só irá funcionar se, apesar das nossas especificidades, trabalharmos de forma igualitária.



**REFERÊNCIAS**

ANDRADE, Peterson Marco de Oliveira, **Avaliação das Diretrizes Curriculares conforme a perspectiva biopsicossocial da Organização Mundial de Saúde**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 15, n.2, p. 121-130, jul. 2010

ALONSO. Mariana Sanz; ANTONIAZZI. João Humberto. **Livro do Projeto Latino-Americano de Convergência em Educação Odontológica (PLACEO)**. Ed. Artes Médicas. São Paulo, 2010

BARDIN. Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Ed. 70, 1979

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

BRASIL. **Lei nº. 8080/90**. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-9, 20 set. 1990, seção I.

BRASIL, Ministério da Saúde e Educação. **PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 421, DE 3 DE MARÇO DE 2010**. Disponível em <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/interministerial/103143-421.html> acesso em 17 de novembro de 2011.

BRASIL. **Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde., 2ª Edição, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. **CNE Conselho Nacional de Educação, Parecer nº CNE/CES 1300/01**, de 06/11/2001 Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. Diário Oficial da União, Brasília 07/12/2001. Seção 1. pag 25

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, fev. 2007. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso)

CARCERERI, D.L. ; AMANTE, C.J. ; REIBNITZ M.T. ; MATTEVI, G. S. ; SILVA, G.G. ; PADILHA, A.C.L. ; RATH, I. B. da S. .  
**Formação em Odontologia e interdisciplinaridade: o Pró-Saúde da UFSC.** Revista da ABENO, v. 11, p. 62-70, 2011

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social.** PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004

COSTA NETO, M. M. (Org.) **A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

ESPÍNDOLA, J.; SCHMIDT, L.; MARTINI, D.; GORONZI, T.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D.L. **O Trabalho Interdisciplinar : Desafios e Conquistas do PET-Saúde da Prainha sob olhar da Odontologia .** Revista da ABENO, v. 11, p. 80, 2011.

GARCIA, Maria Alice et al. **Interdisciplinaridade e Integralidade no Ensino em Saúde.** Revista Ciências Médicas, Campinas 15(6):473-485, nov./dez.,2006

GATTÁS, Maria Lúcia Borges, FUREGATO Antonia Regina Ferreira. **Interdisciplinaridade: uma contextualização.** Acta Paul Enferm. 2006; 19 (3): 323-27.

GONZALEZ, Alberto Durán and ALMEIDA, Marcio José de. **Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais.** Ciênc. saúde coletiva [online]. 2010, vol.15, n.3, pp. 757-762. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>.

HADDAD, A. E.; et al. **Contribuição das avaliações do MEC na identificação da coerência dos projetos pedagógicas do curso de**

**graduação em odontologia às diretrizes curriculares nacionais.**

Brasília: INEP/MEC, p.119-152

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

JOSÉ. Mariana Aranha Moreira; FAZENDA. Ivani. **O que é interdisciplinaridade?** Cortez Ed, São Paulo. cap 6 pag.85. 2008

LOCH-NECKEL, Gecioni et al. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, suppl.1, pp. 1463-1472. ISSN 1413-8123.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800019>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza . **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo; Hucitec, 2004. 269p

MORETTI-PIRES, Rodrigo. Otávio. **Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional da saúde**. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, n.30, p.153-66, jul/set 2009

MORITA, M. C.; KRIGER, L. **Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS**. *Revista da ABENO*, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família**. *Arquivos Catarinenses de Medicina* V. 32. Nº 4 .Florianópolis. 2004

SAUPE, Rosita et al . **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 18, dez. 2005 .

SCHERER, Magda; PIRES, Denise. **A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde**. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*, vol. 3, n. 2, p. 30-42, abr./jun. 2009.



SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo**. 2002. 2 ed. Belo Horizonte, Autêntica.

SOUZA, Ana Luiza de; CARCERERI, Daniela Lemos. Estudo qualitativo da integração ensino-serviço em um curso de graduação em Odontologia. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, 2011 .

VILELA, Elaine Morelato; MENDES Iranilde José Messias. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto;11(4):525-31.

ZILBOVICIUS, C. **Implantação das Diretrizes Curriculares para Cursos de Graduação em Odontologia no Brasil: Contradições e Perspectivas**. 2007. 214 f. Tese de Doutorado em Odontologia Social. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2007

|

**APÊNDICE A - Roteiro das Entrevistas**

- Considerando as diretrizes para reforma curricular, como por exemplo, trabalho em equipe, integralidade, interdisciplinaridade, comente como elas se apresentam no transcorrer da sua formação.
- Fale livremente sobre seu processo de formação em relação às disciplinas do seu curso.
- Como foi a vivência em sua formação em relação a atividades multiprofissionais?
- Comente sobre a estratégia de integração ensino-serviço no âmbito da sua formação
- Quais são os desafios para a consolidação da interdisciplinaridade na formação em saúde?



**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Meu nome é Roberta Pires Bazzo, estou realizando a pesquisa “Interdisciplinaridade no ensino de Graduação na Área da Saúde: Percepção de Estudantes”, orientada pela Professora Dra. Daniela Lemos Carcereri. Através deste estudo buscaremos estudar a presença da interdisciplinaridade segundo a percepção de estudantes de diferentes cursos de graduação da área da saúde da que vivenciam o processo de mudança curricular. Para que isso seja possível, será feita uma entrevista em grupo, onde você apresentará junto aos demais membros do grupo a sua opinião sobre o programa, através de uma entrevista. A entrevista será registrada, com o auxílio de um gravador. Este procedimento não prevê desconforto e riscos, apenas tomará parte de seu tempo. Caso você tenha alguma dúvida ou não queira mais participar do estudo e deseje retirar seu consentimento, entre em contato com: Roberta Pires Bazzo (pesquisadora principal), pelos telefones (48) 3206 2350 e (49) 9142 6887 ou com Dra. Daniela Lemos Carcereri (pesquisadora responsável), através dos telefones (48) 3238 1420 e (48) 91025328. Se você concordar em participar, as informações coletadas serão confidenciais e utilizadas somente para este estudo.

**CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO**

Eu discuti com a pesquisadora Roberta Pires Bazzo sobre a minha decisão de participar do estudo. Ficaram claros para mim quais os objetivos do estudo, os procedimentos que serão realizados, a garantia de confidencialidade e de esclarecimento permanente. A minha participação é isenta de despesas. A minha assinatura neste Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores responsáveis pelo estudo de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando a minha privacidade.


Florianópolis, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

\_\_\_\_\_  
(nome do participante)

\_\_\_\_\_  
(assinatura da pesquisadora principal)

\_\_\_\_\_  
(assinatura da pesquisadora responsável)





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 1188

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 1188      **FR:** 391530

**TÍTULO:** INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO DE GRADUAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE: PERCEPÇÃO DE ESTUDANTES

**AUTOR:** Daniela Lemos Canceneri, Roberta Pires Bazzo

**FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2010.**

