

**MEIRY AKIKO FURUSATO**

**A INTERDISCIPLINARIDADE E A PROPOSTA DO *CAMPUS*  
BAIXADA SANTISTA DA UNIFESP: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina,  
para obtenção do título de Mestre em  
Ciências.

**SÃO PAULO  
2008**

**MEIRY AKIKO FURUSATO**

**A INTERDISCIPLINARIDADE E A PROPOSTA DO *CAMPUS*  
BAIXADA SANTISTA DA UNIFESP: UMA ANÁLISE DOCUMENTAL**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientador: Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Co-orientador: Profa. Dra. Irani Ferreira Gerab

**SÃO PAULO  
2008**

Furusato, Meiry Akiko

A Interdisciplinaridade e a Proposta do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP: uma análise documental / Meiry Akiko Furusato. – 2008.

102 f.

Orientador: Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Tese (mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde.

1. Interdisciplinaridade. 2. Educação interprofissional. 3. Formação em saúde. 4. Projeto político-pedagógico. 5. Análise documental.

## **BANCA EXAMINADORA**

<b>Presidente e Orientadora</b>	Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista
<b>1º Examinador</b>	Profa. Dra. Ecleide Cunicco Furlanetto
<b>2º Examinador</b>	Profa. Dra. Paulete Goldenberg
<b>3º Examinador</b>	Profa. Dra. Ana Alcídia de Araújo Moraes
<b>Examinador Suplente</b>	Profa. Dra. Maria Cecília Sonzogno

## AGRADECIMENTOS

A *Deus*, pela oportunidade de viver.

Aos meus pais, *Chiyoka* e *Yoshiaki Furusato*, por tudo.

A *Paulo Mitsuo Abe*, companheiro em todas as horas, por estar ao meu lado especialmente neste momento da minha caminhada.

Às *nossas famílias*, pelo apoio e torcida constantes.

Aos *meus amigos*, em especial *Massae*, *Joyce* e *Alexina*, por compartilharem comigo todos os bons e maus momentos.

Aos *meus professores*, que me ensinaram “como ser” e “como não ser”.

Aos *meus alunos e ex-alunos*, companheiros de jornada, sem os quais este trabalho não faria o menor sentido.

À *Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista*, pelo carinho e orientação.

À *Profa. Dra. Irani Ferreira Gerab*, pela acolhida desde o momento da especialização.

Ao *Prof. Dr. Nildo Alves Batista*, pela disponibilidade em me atender e por suas contribuições para esta pesquisa.

Às *Profas. Dra. Ecleide Cunicco Furlanetto*, *Dra. Paulete Goldenberg* e *Dra. Ana Alcídia de Araújo Moraes*, pelas valiosas sugestões na conclusão deste trabalho.

Aos *professores do CEDESS*, que tanto me auxiliaram nesta etapa da minha vida.

Aos *colegas do Mestrado*, pela força e incentivo, apesar da distância.

A *Sueli*, *Fátima*, *Renata* e *Marcelo*, pelo apoio técnico.

A *todos* que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a conclusão desta trajetória.

*Quero falar de uma coisa  
Adivinha onde ela anda?  
Deve estar dentro do peito  
Ou caminha pelo ar  
Pode estar aqui do lado  
Bem mais perto que pensamos  
A folha da juventude  
É o nome certo desse amor*

*Já podaram seus momentos  
Desviaram seu destino  
Seu sorriso de menino  
Quantas vezes se escondeu  
Mas renova-se a esperança  
Nova aurora a cada dia  
E há que se cuidar do broto  
Pra que a vida nos dê flor e fruto*

*Coração de estudante  
Há que se cuidar da vida  
Há que se cuidar do mundo  
Tomar conta da amizade  
Alegria e muitos sonhos  
Espalhados no caminho  
Verdes plantas e sentimentos  
Folhas, coração, juventude e fé*

*“Coração de Estudante”*

Milton Nascimento & Wagner Tiso

## RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivos identificar e mapear as concepções de interdisciplinaridade presentes no Projeto Pedagógico do *Campus* Baixada Santista/UNIFESP e nos projetos pedagógicos dos cursos que o compõem (Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física), bem como discutir as potencialidades e os desafios da interdisciplinaridade na graduação em saúde, a partir da perspectiva da educação interprofissional. O referencial teórico abrangeu as bases da organização do ensino de matriz disciplinar e as atuais perspectivas no trabalho em saúde, as principais concepções sobre interdisciplinaridade, bem como incursões teóricas sobre a educação interprofissional e o processo de construção do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP. A análise documental do projeto político-pedagógico do *campus* constituiu a opção metodológica privilegiada. O processo de análise de dados foi empreendido, inicialmente, a partir de categorias selecionadas *a priori*, formuladas por referência aos estudos de Pombo (2006), Fazenda (2003) e Japiassu (2006). As categorias foram denominadas: “integração”, “atitude”, “ação/prática”, “diálogo”, “troca”, “escolha”. Em um segundo momento, após a identificação das concepções presentes no documento, empreendeu-se movimentos analíticos que configuraram sentidos – epistemológico, político ou organizacional – às concepções de interdisciplinaridade. Tendo por referência a ênfase no trabalho em equipe e a integralidade do cuidado, dimensões fundamentais da Educação Interprofissional, estas concepções foram reagrupadas e constituíram as categorias selecionadas *a posteriori*. Tendo como sentido principal a integração de disciplinas, bem como a interação de profissionais de diferentes áreas em projetos comuns, a interdisciplinaridade emerge, no documento analisado, como alicerce, perspectiva, instrumento e interface, representando, respectivamente, um modo diferente de ser, conhecer, fazer e viver junto. A assunção da educação interprofissional como pressuposto teórico e metodológico comporta importantes desafios: a organização da gestão acadêmica, o processo de construção e replanejamento permanente do projeto político-pedagógico, a superação de modelos formativos estigmatizantes que implicam mudanças de atitudes entre estudantes, docentes, profissionais e serviços, bem como a avaliação das iniciativas inovadoras. A análise documental do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP revela que a interdisciplinaridade como princípio formativo na graduação em saúde pauta-se na assunção de atitudes e escolhas que perpassam toda a proposta político-acadêmica, não se restringindo à mera integração de conteúdos, mas constituindo-se de práticas construídas coletivamente.

**Palavras-chaves:** Interdisciplinaridade. Educação interprofissional. Formação em saúde. Projeto político-pedagógico. Análise documental.

## ABSTRACT

This research has as a scope both to identify and to map the conceptions of interdisciplinarity disclosed both by the Pedagogic Project of the *Campus* Baixada Santista / UNIFESP and by the pedagogical projects of the courses which compose them (Nutrition, Psychology, Physiotherapy, Occupational Therapy and Physical Education) as well as to discuss both the potentialities and the defiances of the interdisciplinarity on the health graduation, to start from the perspective of the interprofessional education. The theoretical reference covered the basis of the organization of the disciplinary source teaching and, the present perspectives on the health work, the main conceptions on interdisciplinarity, as well as the theoretical incursions both on the interprofessional education and the process of construction of the *Campus* Baixada Santista of the UNIFESP. The documentary analysis of the political-pedagogic project of the *Campus* formed the privileged methodological option. The data analysis process was initially started from the categories selected *a priori* that were formulated by reference to the studies of Pombo (2006), Fazenda (2003) and Japiassu (2006). The categories were denominated as “integration”, “attitude”, “action/practice”, “dialogue”, “change” and “choice”. Afterwards, upon the identification of the conceptions appearing on the document, analytical actions were started that represented directions – epistemological, political or organizational – to the interdisciplinarity conceptions. By having as a reference the emphasis on the team work as well as the responsible integrity, fundamental dimensions of the Interprofessional Education, such conceptions have been regrouped and constituted the categories selected *a posteriori* having the integration of the disciplines as main sense, as well as the interaction of professionals of different areas on common projects, the interdisciplinarity appears – on the document analyzed – as foundation, perspective, instruments and interface respectively representing a different way of being, of knowing, of doing and of living together. The assumption of the interprofessional education, as a theoretical and methodological presupposition contain important defiances: the organization of the academic administration the enduring process of replanning of the political-pedagogic project, the overcoming of the stigmatizing forming models which imply changes of attitudes among the students, the teaching staff, professionals and servants as well as the evaluation of the innovating initiatives. The documentary analysis of the Political-Pedagogic Project of the *Campus* Baixada Santista of UNIFESP discloses that the interdisciplinarity as a forming principle on the health graduation is based on the assumption of attitudes and choices failed to appoint all the political academic proposal and does not restrict to the mere integration of contents, but constituting itself of practices collectively constructed.

**Keywords:** Interdisciplinarity. Interprofessional education. Graduation in health. Political-pedagogic project. Documentary analysis.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Multi, pluri, inter e transdisciplinaridade.....	29
<b>Figura 2.</b> Modelo conceitual de educação interprofissional para o cuidado colaborativo centrado no paciente.....	33
<b>Figura 3.</b> Proposta curricular do <i>Campus</i> Baixada Santista .....	42

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Descrição dos componentes dos projetos político-pedagógicos dos cursos do <i>Campus</i> Baixada Santista.....	60
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

- Aprender-SUS** - Programa “O SUS e os Cursos de Graduação na Área da Saúde”
- CAIPE** - Center for the Advancement of Interprofessional Education (UK)
- CAP** - Caixa de Aposentadorias e Pensões
- CEDESS** - Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
- CGAPP** - Comissão de Gestão Acadêmica do Projeto Pedagógico
- DCN** - Diretrizes Curriculares Nacionais
- DNS** - Departamento Nacional de Saúde
- EPM** - Escola Paulista de Medicina
- EUA** - Estados Unidos da América
- FIOCRUZ** - Fundação Instituto Oswaldo Cruz
- IAP** - Instituto de Aposentadorias e Pensões
- IDA** - Programa “Integração Docente-Assistencial”
- IFES** - Instituições Federais de Ensino Superior
- LDB** - Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional
- MEC** - Ministério da Educação e Cultura
- MS** - Ministério da Saúde
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- OPAS** - Organização Pan-americana da Saúde
- PIDA-Embu** - Programa de Integração Docente Assistencial – Embu (UNIFESP)
- PPI** - Projeto Político-Institucional
- PPP** - Projeto Político-Pedagógico
- PROMED** - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Educação Médica
- PRÓ-SAÚDE** - Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
- PUC/Campinas** - Pontifícia Universidade Católica de Campinas
- RIPLS** - Readiness for Interprofessional Learning Scale
- SENAC** - Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
- SENAI** - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- UNI** - Programa “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade”

**UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo

**URL** - Uniform Resource Locator

**URSS** - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

**USAID** - Agency for International Development (United States)

**USP** - Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO .....	15
1.1 Bases da organização do ensino de matriz disciplinar e as atuais perspectivas no ensino em saúde .....	17
1.2 A reorganização do trabalho e da formação em saúde: a busca pela efetivação da integralidade do cuidado e a incorporação dos discursos sobre interdisciplinaridade.....	24
1.3 A educação interprofissional e a ênfase no trabalho colaborativo: incursões teóricas.....	35
1.4 A construção do <i>Campus</i> Baixada Santista da UNIFESP .....	40
1.5 As questões orientadoras da pesquisa .....	47
II. OBJETIVOS .....	48
III. CAMINHO METODOLÓGICO.....	51
3.1 Delineamento da pesquisa .....	53
3.2 Análise documental: privilegiando as vozes dos documentos.....	53
3.3 O processo de coleta de dados.....	55
3.4 Analisando os documentos .....	56
3.5 Procedimentos éticos .....	57
IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	58
4.1 Os Projetos Político-Pedagógicos do <i>Campus</i> Baixada Santista .....	60
4.2 A interdisciplinaridade nos projetos político-pedagógicos: explorando os achados a partir das categorias <i>a priori</i> .....	64
4.3 Compreendendo a interdisciplinaridade no Projeto Pedagógico do <i>Campus</i> Baixada Santista a partir das categorias <i>a posteriori</i> .....	66
4.3.1 A interdisciplinaridade como perspectiva .....	66
4.3.2 A interdisciplinaridade como instrumento.....	69
4.3.3 A interdisciplinaridade como interface.....	72
4.3.4 A interdisciplinaridade como alicerce .....	74
4.4 Discutindo potencialidades e desafios .....	77
V. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	82

VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
VII. ANEXOS.....	97
7.1 Anexo I.....	98
7.2 Anexo II.....	99
7.3 Anexo III.....	101

## **APRESENTAÇÃO**

Graduei-me em Ortóptica na antiga Escola Paulista de Medicina (atual UNIFESP), em 1993, e desde o início de minha carreira estive envolvida com a formação profissional.

Sou colaboradora do Programa de Integração Docente Assistencial PIDA-Embu desde 1994, no qual exerço diversas funções, como atendimento de crianças com alterações oculares, supervisão de estágios de estudantes de graduação, além de planejamento e execução de projetos interdisciplinares e intersetoriais no município.

Em 2003, fui escolhida para fazer parte do corpo de preceptores do Curso de Tecnologia Oftálmica, inicialmente como bolsista. Hoje sou servidora técnico-administrativa, tendo assumido o cargo permanente no início de 2005.

Participei das oficinas para discussão do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares no Ensino Médico (PROMED) da UNIFESP, o que me levou a procurar o Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde - CEDESS, onde fiz o Curso de Especialização "Educação em Saúde".

Pela minha inserção neste centro, fui designada para fazer parte da Comissão Especial para elaboração do Projeto Político-Pedagógico do Curso de Tecnologia Oftálmica em 2005.

Nesta trajetória, o interesse pelo tema foi se configurando e esta pesquisa surge como uma oportunidade de aprofundar, sistematizar e construir conhecimento no campo das propostas inovadoras em saúde.

## **I. INTRODUÇÃO**



*O mundo não vai superar sua crise atual  
usando o mesmo pensamento que criou essa situação.*

Albert Einstein (1879-1955)

## **1.1 Bases da organização do ensino de matriz disciplinar e as atuais perspectivas no ensino em saúde**

A formação profissional, em particular a formação em saúde, inclusive no Brasil, tem-se caracterizado pelo ensino de matriz disciplinar. Este modelo de formação assenta-se no paradigma da ciência moderna e tem suas bases determinadas historicamente no início da Idade Moderna, inseridas no contexto político, econômico e social da época. Segundo Thomas Khun (1997, p.13), paradigmas podem ser definidos como “as realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”, representando assim uma macroteoria, um marco ou perspectiva que se aceita de forma geral por toda a comunidade científica visando à transformação e ampliação do conhecimento.

Até o fim da Idade Média, predominava a visão de mundo baseada no teocentrismo, ou seja, a realidade era determinada por Deus, e ao homem cabia a sua contemplação e compreensão, a fim de se ajustar à ordem natural, na busca pela salvação da alma (MORAES, 2004).

O movimento renascentista e a Reforma, que marcam o início da Idade Moderna no século XVI, dão suporte à substituição do teocentrismo pelo antropocentrismo e pelo racionalismo científico, após a assunção do heliocentrismo por Copérnico e Galileu, e pela descrição da teoria indutiva de Francis Bacon.

Porém, é Descartes quem conclui a formulação daquela que seria a base do paradigma disciplinar: a idéia de decomposição da “verdade” em partes menores, baseada na mensuração e na análise objetiva da “realidade”, segundo a lógica matemática e a dedução (MORAES, 2004).

Neste mesmo período, Ignácio de Loyola funda a Companhia de Jesus, no movimento conhecido como Contra-Reforma. Os jesuítas, com a missão de salvaguardar o cristianismo, empreendem uma nova “cruzada”, agora no continente americano. Em 1549, aportam no Brasil e são responsáveis pela instituição das primeiras escolas, seguindo o método escolástico, baseados na *Ratio Studiorum*, e pela fundação dos primeiros hospitais, as Santas Casas de Misericórdia.

Sobre o método escolástico, Anastasiou (2004) afirma:

O método adotado visava obter maior eficácia na aprendizagem no sentido processual e cíclico, uma vez que não se podia passar a uma etapa mais avançada sem que a anterior estivesse totalmente dominada. A base estava na unidade e na hierarquia da organização dos estudos, na divisão e na graduação das classes e dos programas, em extensão e dificuldade. O conhecimento é tomado como algo posto, indiscutível, pronto e acabado e, conseqüentemente, deve ser assim repassado, usando-se a memorização como operação essencial do processo de aprendizagem e recurso básico do ensino. Destacam-se: a figura do professor repassador desse conteúdo indiscutível, [...] um aluno passivo que memoriza o conteúdo para avaliação, [...] a preleção docente, a memorização, a avaliação, a emulação e o castigo, [...] condicionado a um currículo fixo, determinado e organizado por justaposição de disciplinas (p. 60).

O processo de especialização das ciências e da fragmentação do conhecimento em disciplinas deu-se à luz da lógica cartesiana, expressão maior do paradigma moderno, o que permitiu o surgimento de outras áreas e profissões em geral, e de saúde em particular, à medida que as diferentes práticas se instituíram e foram posteriormente reconhecidas.

Juntamente com a valorização da técnica, o ideário cartesiano-newtoniano serviu de base para a Revolução Industrial no século XVIII, aumentando o poder de manipulação da natureza pelo homem. A aplicação do conhecimento técnico-científico na indústria deu origem à automatização do trabalho humano, incrementando o processo de industrialização, bem como o processo de transformação da sociedade e da própria ciência (MORAES, 2004).

Sob influência iluminista, os estudos de Comte no campo das Ciências Sociais apregoavam a ênfase na busca por um conhecimento objetivo, neutro e livre de juízo de valor, assentado na razão (MINAYO, 2004). Durkheim propôs a “divisão social do trabalho”. Estas vertentes sociológicas foram as que mais contribuíram para o coroamento do paradigma moderno e a aceção do racionalismo capitalista industrial.

Em 1755 o Marquês de Pombal assume a tarefa de soerguer o Estado português, ante a profunda crise que se instalou no país durante o reinado de Dom João V. Baseadas nas premissas das Luzes, as inúmeras reformas instituídas fortaleceram os poderes do monarca e da burguesia, ao mesmo tempo em que destituíram de poder a nobreza e o clero.

Fugindo da perseguição de Napoleão Bonaparte na Europa, a família real portuguesa se instala no Brasil em 1808, o que fomenta o desenvolvimento das cidades no plano da cultura, das ciências e das artes. Neste contexto, são fundados, entre outros importantes institutos, o Colégio Médico-Cirúrgico no Real Hospital Militar, em Salvador, e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro (POLIGNANO, 2001), que darão origem, posteriormente, aos cursos de Medicina e de Odontologia.

Além do modelo jesuítico, estas instituições também sofreram influência do modelo de ensino francês-napoleônico, que se caracterizava por uma organização não-universitária, com cursos ou faculdades isolados e de caráter profissionalizante (ANASTASIOU, 2004).

Em 1822, é proclamada a Independência do Brasil. A mudança do lastro econômico da extração de minérios para a monocultura do café, a insurreição de numerosas revoltas e a promulgação da Lei Áurea marcam o período imperial, abrindo espaço para a instituição da República, em 1889 (HILSDORF, 2003).

Na Europa, os avanços científicos e tecnológicos alcançados por meio do paradigma cartesiano começam a demonstrar sua fragilidade já no final do século XIX e início do século XX, principalmente na área da física moderna. No entanto, as teorias que representam sua ruptura são resgatadas e o impacto produzido por ela é sentido somente após a década de 1970, ante o progressivo processo de globalização.

No Brasil, a economia agroexportadora assentada na monocultura do café e o comércio exterior no período compreendido entre o fim do Império e início da República possibilitaram o início do processo de industrialização e urbanização crescentes, principalmente das cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo, bem como o incentivo à imigração, especialmente de europeus, para utilização de sua mão-de-obra nas fazendas cafeeiras e nas indústrias emergentes (POLIGNANO, 2001). No entanto, este processo foi acompanhado do aumento de condições de vida insalubres para a população que crescia.

A idéia de que o progresso econômico estava intimamente associado ao modo de vida da população dá suporte aos movimentos higienista e sanitarista da época (LIMA et al., 2005). Assim, na tentativa de combate àquelas condições, o governo federal recém-instaurado toma as seguintes iniciativas: cria o Conselho de Saúde

Pública em 1890; regulamenta o Laboratório de Bacteriologia em 1892; cria o Instituto Sanitário Federal em 1894 e a Diretoria Geral de Saúde Pública em 1897 (BENCHIMOL, 2000).

Pode-se destacar a influência da Patologia e da Microbiologia nas ações sanitárias implementadas para o combate de epidemias de peste bubônica, febre amarela e varíola em algumas cidades brasileiras, bem como na criação dos Institutos Butantã, em São Paulo, e Instituto Soroterápico Federal (atual Fundação Instituto Oswaldo Cruz – FIOCRUZ), no Rio de Janeiro, em 1900. Encabeçadas por Oswaldo Cruz, algumas destas ações não foram bem compreendidas pela população, gerando inclusive reações violentas, como a Revolta da Vacina, em 1904 (BENCHIMOL, 2000).

Estas duas importantes áreas são citadas também no Relatório “Educação Médica nos Estados Unidos e Canadá”, escrito por Abraham Flexner em 1910, que representou um marco na instituição de um modelo que visava balizar a formação médica e permitiu que a Medicina desse um salto de qualidade em relação àquilo que existia até então (RODRÍGUEZ et al., 2004).

Financiado pelo The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, este relatório traça o panorama das escolas médicas na América do Norte no início do século XX, onde coexistiam instituições de renome, como o College of Philadelphia, e outras escolas médicas de qualidade questionável.

Esse questionamento se devia em grande parte à ausência constante de um preceptor para acompanhar os estudantes, que se misturavam em grupos, independente do seu grau de experiência; ao empirismo das técnicas utilizadas para o exame físico, remontando às práticas da Idade Média, em contraponto ao avanço científico da época, notadamente no campo da Microbiologia, com as descobertas de Pasteur e Koch; à ênfase dada para o estudo teórico e o atendimento de demanda espontânea, em localidades que nem sempre permitiam ao futuro médico a experiência necessária para a sua prática (levando, inclusive, à idéia de que essas escolas teriam sido abertas única e exclusivamente com o propósito de gerar lucros).

Como forma de melhorar a educação médica, Flexner (1910) sugeriu que as escolas mantivessem laboratórios (de anatomia, química e patologia) bem equipados e fossem ligados a um hospital, de maneira que os estudantes pudessem ter, inicialmente, uma sólida formação nas ditas ciências básicas, e depois ter acesso a um contingente de pacientes que lhes permitisse o conhecimento de doenças de complexidade variável.

Estas sugestões levaram à implantação do modelo de formação caracterizado pela divisão do período de aprendizagem em ciclos, a distinção entre as ciências básicas e clínicas e a ênfase na prática em hospitais, que, juntamente com os modelos jesuítico-napoleônico e alemão, marcam a metodologia universitária da graduação em saúde em vigor até os dias atuais: o processo ensino-aprendizagem centrado no professor, a pouca ou nenhuma relação entre os diversos departamentos ou disciplinas de uma mesma instituição, a pesquisa como função prioritária da pós-graduação (CASTANHO, 2004).

As descobertas no campo das doenças infecto-contagiosas auxiliaram os exércitos durante a Primeira Grande Guerra, no que tange à preocupação com a saúde dos soldados no *front* (1914-1918), porém não foram suficientes para impedir que uma grave epidemia de gripe espanhola assolasse o Rio de Janeiro, em 1918. Após este incidente, inúmeras discussões políticas levaram à criação do Departamento Nacional de Saúde (DNS), em 1920. Sob a coordenação de Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz na direção do órgão, importantes ações foram realizadas: a introdução da propaganda e da educação sanitária; a criação de órgãos especializados na luta contra outras doenças, como lepra e tuberculose; o aumento da assistência hospitalar e infantil; a instituição da higiene industrial e a expansão de ações de saneamento para outras cidades (BENCHIMOL, 2000).

Em 1922, com a cooperação da Fundação Rockefeller é fundada a Escola de Enfermeiras, ligada ao DNS. Esta se constitui na atual escola Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (criada em 1920).

É promulgada a Lei Elói Chaves, em 1923, que cria as Caixas de Aposentarias e Pensões (CAPs), marco inicial da Previdência Social no Brasil, em resposta à industrialização acelerada e ao crescente processo de urbanização das cidades (COHN, 1991), fruto da conquista dos operários urbanos que reivindicavam

melhores condições de trabalho. A partir da década seguinte, as CAPs são substituídas pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), congregando os operários por categoria profissional, e não mais por empresas (POLIGNANO, 2001).

Em 1930, Getúlio Vargas lidera uma revolução que rompe com a política do café-com-leite e institui uma nova estrutura política, econômica e social, marcada pela ênfase no crescimento industrial e pela centralidade do poder estatal. O Ministério de Saúde, assim como o Ministério de Educação, criados em 1953, constituíram-se do desmembramento do Ministério de Educação e Saúde Pública, criado durante o Estado Novo (POLIGNANO, 2001).

Esta nova realidade brasileira passa a exigir mão-de-obra especializada e, neste sentido, são sancionados decretos que organizam o ensino secundário e as universidades públicas. A Universidade de São Paulo, fundada em 1934, é a primeira instituição criada sob os moldes do Estatuto das Universidades Brasileiras, de 1931. Este estatuto enfatiza a disposição das faculdades como ilhas dependentes da administração superior, a assunção da cátedra como unidade operativa, entregue a um professor com cargo vitalício, e a relativa autonomia administrativa (HILSDORF, 2003).

O Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, lançado em 1932 e assinado por educadores de renome, transparece como crítica à estrutura educacional vigente e propõe o ensino público, laico, gratuito, obrigatório e universal (AZEVEDO, 1932). No entanto, estas disposições não alcançam o plano legislativo.

No campo da saúde, vale ressaltar, neste período, as pesquisas realizadas pelos especialistas do Instituto Oswaldo Cruz no combate à malária, que permitiram maior conhecimento da região amazônica durante o ciclo da borracha (BENCHIMOL, 2000).

A Constituição de 1937 enfatiza a orientação político-educacional para o mundo capitalista, ao sugerir a preparação de um maior contingente de mão-de-obra para as novas atividades abertas pelo mercado. Denota-se a distinção entre o trabalho intelectual, voltado às classes mais favorecidas, e o trabalho manual, com a ênfase no ensino profissional (HILSDORF, 2003). Esta concepção se explicita na promulgação dos decretos-lei que criam o Serviço Nacional de Aprendizagem

Industrial (SENAI), em 1942 e o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), em 1946.

A partir da década de 1950, no período de reorganização do pós-guerra, acelera-se o ritmo de desenvolvimento do país, com o incremento da industrialização e o crescimento econômico. Neste contexto, dois importantes processos ocorrem concomitantemente: a tramitação da Lei Orgânica da Previdência Social, sancionada em 1960, que institui a unificação dos IAPs, e as discussões sobre o anteprojeto de reforma educacional brasileira, que culminaria com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional (LDB), em 1961 (BRASIL, 1961).

O primeiro movimento, que se efetiva em 1967, concorre para a valorização do atendimento médico-hospitalar individualizado e privado (POLIGNANO, 2001); o segundo abre as portas para o processo paulatino de privatização do ensino visto nos dias atuais, assim como dá suporte legal à interferência norte-americana na política educacional.

Esta influência se dá por meio da instituição de acordos entre o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e a Agency for International Development (USAID); a partir daí, a estrutura escolar no período nacional-desenvolvimentista passa a se caracterizar pela vertente tecnicista, pela supervalorização das especialidades e pela busca pela produtividade, que se coadunam com a racionalidade fordista de organização do trabalho. Complementando estes princípios, a reforma universitária de 1968 estabelece a organização departamental, o vestibular unificado e classificatório, o ciclo básico e o currículo mínimo. Como avanço, é preconizado o ensino indissociável da pesquisa que, no entanto, fica a cargo da pós-graduação (HILSDORF, 2003).

As mudanças ocorridas no mundo contemporâneo a partir da década de 1970, expressas pelo movimento de globalização na economia informacional, das inovações dos aparatos tecnológicos e do surgimento de novas formas de trabalho (CASTELLS, 1992; RÉGNIER, 1997), ampliam os sucessivos questionamentos sobre os fundamentos e as funções da ciência, iniciados na segunda metade do século XX, abrindo espaço para o resgate das teorias que rompem com o paradigma moderno no limiar do século XXI (SANTOS, 2006). Elas revelaram ainda que o modelo pautado no ensino de matriz disciplinar, hoje chamado tradicional, não é



mais capaz de contribuir para a formação de profissionais que atendam às demandas da sociedade, principalmente de educação e saúde (BOELEN, 2002).

Essas demandas incluem: a valorização do sujeito e do coletivo, bem como do contexto sócio-histórico em que se inserem; a integralidade do cuidado; a importância do afeto e da criatividade; a atenção às políticas públicas, o comprometimento ético-político-social para a resolutividade dos problemas concretos, dentre várias outras (LAMPERT, 2002; ALMEIDA et al., 1999; CECCIM & FEUERWERKER, 2004; BUCHABQUI et al., 2006).

Nesse sentido, o modelo de formação tradicional e a estrutura acadêmica tradicional, que se ancoram na separação dos diferentes departamentos e disciplinas, sofrem significativos questionamentos, por referência às possibilidades de sua superação. Estes questionamentos, no campo da formação em saúde, irão tender à busca pela efetivação do cuidado integral, à incorporação dos discursos sobre interdisciplinaridade, à assunção da ênfase no preparo para o trabalho em equipe e à busca por inovação nos modelos de formação (ALMEIDA et al., 1999; CECCIM & FEUERWERKER, 2004), dentre eles o modelo baseado na educação interprofissional (MCNAIR, 2005).

Em 2001, o Ministério da Educação, em consonância com o Ministério da Saúde, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde, cujos profissionais formados devem apresentar um perfil fundado na ética e na criticidade, com sua trajetória de formação assentada na ênfase do preparo para o trabalho em equipe/interdisciplinar, com vistas à efetividade do cuidado integral (BRASIL, 2001).

## **1.2 A reorganização do trabalho e da formação em saúde: a busca pela efetivação da integralidade do cuidado e a incorporação dos discursos sobre interdisciplinaridade**

No final do século XIX, Darwin abala o conceito determinista newtoniano ao propor a teoria de evolução das espécies. Ao estudar o desenvolvimento de animais na ilha de Galápagos e compará-los com as espécies do continente africano, Darwin conclui

que o ambiente interfere na forma como cada uma delas se desenvolve, preservando determinadas características e fazendo surgir outras, mais adaptadas, o que contraria a idéia anterior de Newton, em que tudo na natureza era pré-estabelecido (MORAES, 2004).

Pouco tempo depois, no início do século XX, Planck e Einstein, ao lançarem as bases de suas teorias (quântica e da relatividade, respectivamente), revolucionam os conhecimentos científicos, que são repensados a partir da ótica da complexidade (MORIN, 2003) e do interacionismo, cujos estudos mais significativos no campo da Psicologia foram realizados por Piaget, Vygotsky e Wallon (LA TAILLE et al., 1992).

Estas duas teorias demonstram a inter-relação existente entre sujeito e objeto de investigação: ao se tentar determinar a posição de uma partícula, Planck descobriu que sua posição como observador interferia na mensuração. Do mesmo modo, Einstein relatou, na sua Teoria da Relatividade, que as medidas de espaço e tempo são observador-dependentes, contrariando o conceito de “objetividade” de Comte.

No entanto, elas só passam a ser aceitas após a segunda metade do século XX, quando o avanço tecnológico permite que estas descobertas sejam testadas em laboratórios e comprovadas pela observação experimental.

O processo de especialização das ciências começa a sofrer críticas, como expõe Ortega y Gasset em 1929, no seu texto *A rebelião das massas*:

Dantes os homens podiam facilmente dividir-se em ignorantes e sábios, em mais ou menos sábios e mais ou menos ignorantes. Mas o especialista não pode ser subsumido por nenhuma destas duas categorias. Não é um sábio porque ignora formalmente tudo quanto não entra na sua especialidade; mas também não é um ignorante porque é um 'homem de ciência' e conhece muito bem a sua pequeníssima parcela do universo. Temos que dizer que é um “sábio-ignorante”, coisa extremamente grave, pois significa que é um senhor que se comporta em todas as questões que ignora, não como um ignorante, mas com toda a petulância de quem, na sua especialidade, é um sábio (p. 55).

Ao fim da Segunda Guerra Mundial, a utilização do conhecimento científico para subsidiar os conflitos e a dominação entre os povos começa a ser questionada, ante as conseqüências nefastas do lançamento da bomba atômica nas cidades japonesas de Hiroshima e Nagasaki (LEITE LOPES, 1996; MARTINS, 2001) e da descoberta das experiências atrozes realizadas com judeus nos campos de concentração alemães, que culminou com a divulgação do Código de Nuremberg

(determinando normas éticas para a participação de seres humanos em pesquisas científicas), em 1947 (GOLDIM, 1997) e a Declaração Universal dos Direitos Humanos pela ONU, em 1948 (LAFER, 2008). Da mesma maneira, a corrida armamentista e a conquista da Lua, que alavancam e retro-alimentam o desenvolvimento tecnológico e aprofundam o processo de disputa pelo poderio político-econômico entre os EUA e a URSS durante a Guerra Fria, também passam a ser contestadas (FARIA & MIRANDA, 2003).

Estes questionamentos fomentam movimentos ideológicos que darão suporte aos acontecimentos vistos a partir da década de 1960. As lutas pelos direitos civis, contra a opressão e a favor da paz, lideradas por Mahatma Ghandi, Martin Luther King Jr. e Nelson Mandela inspiram uma nova perspectiva, menos separatista e discriminatória. Neste mesmo período, os primeiros escritos sobre interdisciplinaridade começam a surgir na Europa e nos Estados Unidos, num movimento de crítica à fragmentação dos saberes em decorrência da especialização das ciências (VILELA & MENDES, 2003).

É neste contexto que novas teorias, como a Teoria dos Sistemas e a Teoria do Caos, alicerçadas nesta nova visão de mundo, em que o todo é formado por numerosas partes que se relacionam, se interconectam e se auto-regulam (CAPRA, 1988), são lançadas. Para Morin, parafraseando Blaise Pascal, “não se é possível conhecer o todo sem conhecer as partes, nem conhecer as partes sem conhecer o todo” (MORIN, 2003, p. 33).

A partir da década de 1970, a falência do modelo econômico implantado pelos governos ditatoriais, que transparece na cada vez maior desigual distribuição de renda, no aumento do desemprego e da marginalidade dos países periféricos, fomenta discussões em torno dos conceitos de trabalho, saúde e educação.

Após a publicação da declaração de Alma-Ata pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, o conceito de saúde é ampliado e lança um novo olhar sobre as necessidades das comunidades. Paralelamente, o processo de globalização da economia na era do conhecimento informacional gera uma nova racionalidade do trabalho, baseada na flexibilidade e na aquisição de competências profissionais (CASTELLS, 1992; RÉGNIER, 1999; ZARAFIAN, 2003).

No âmbito educacional, questionam-se a crescente fragmentação do conhecimento – que impede a visão de totalidade do ser humano, as metodologias de ensino-aprendizagem que implicam excessiva passividade do aluno e centralidade no professor – visto como “detentor do saber e do poder”, bem como a incapacidade de atuação profissional frente às necessidades sociais, condicionadas por múltiplas variáveis e que exigem ações de diferentes setores (FEUERWERKER, 2003).

No plano filosófico, Hilton Japiassu (1976), sob influência de autores franceses, lança *Interdisciplinaridade e patologia do saber*, e Ivani Fazenda inicia suas pesquisas sobre interdisciplinaridade no campo da educação (2002).

No Brasil, a ineficiência das políticas públicas que se acentua durante este período dá suporte aos movimentos de resistência e luta dos diferentes setores sociais, em busca de mudanças estruturais. São lançados os programas “Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde: União com a Comunidade” – UNI e “Integração Docente-Assistencial” – IDA (ALMEIDA et al., 1999), cujos atores participam ativamente das discussões acerca do sistema de saúde brasileiro.

Estes movimentos resultam na almejada abertura democrática em meados da década de 1980 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, bem como a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

A Carta Magna institui a educação e a saúde como direito de todos e dever do Estado. O SUS, seguindo os preceitos constitucionais, tem como princípios doutrinários: a universalidade, a integralidade e a equidade e como princípios organizacionais: a descentralização, hierarquização e regionalização das ações de saúde, procurando garantir a sua resolubilidade, a participação da comunidade na formulação e controle das políticas públicas para o setor e, de forma complementar, a participação de instituições privadas.

A compreensão de que os problemas de saúde necessitam de intervenções articuladas entre as diferentes instâncias governamentais, seus diversos setores e da comunidade passa a exigir também uma nova formação em saúde, pautada na ética, na criticidade e na integralidade do cuidado.

A integralidade do cuidado pode ser entendida como um princípio orientador das práticas profissionais, da organização do trabalho ou das políticas para a saúde,

além de bandeira de luta contra as condições vigentes de desigualdade. Qualquer que seja o sentido utilizado, busca-se uma recusa ao reducionismo – do ser humano à doença, do serviço ao atendimento assistencial, das políticas à prática uniformizadora de ações – e à objetivação dos sujeitos, sejam eles profissionais, usuários, gestores ou dirigentes.

Assim, tomar a integralidade do cuidado como princípio de formação implica ampliar os escopos das abordagens e práticas em medicina e saúde, com a inclusão de outros campos de conhecimento, uma vez que não é possível apreender as necessidades de saúde de forma ampliada, considerando seus condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais, e organizar as suas intervenções baseando-se exclusivamente nos determinantes biológicos do processo de adoecimento (PINHEIRO & MATTOS, 2006).

Esta formação deve ter como objetivo também desenvolver o sentido de autonomia do futuro profissional em situação real de trabalho, a partir dos estudos, do manejo de técnicas e da interação com pacientes e assim incentivar ou aperfeiçoar a responsabilidade profissional (RODRIGUES, 2000). Nesse sentido, é necessária sólida integração teoria-prática, de modo que ele aprenda a agir, pautado na reflexão que se dá durante o ato de praticar, ou seja, “aprender fazendo” (FREIRE & SHOR, 1996). No entanto, o graduando não deve ser visto apenas como mão-de-obra complementar para o serviço, mas ser capaz de refletir a sua formação profissional à luz do sistema de saúde em que se insere, caso contrário, esta se tornará sem sentido (WERNECK, 1996).

A partir destas disposições, o debate sobre a reformulação do modelo de formação profissional incorpora os discursos sobre interdisciplinaridade. Estes estão inseridos nos movimentos de reformulação curricular e nos processos de construção dos projetos político-pedagógicos para os cursos de diferentes instituições de nível superior, alicerçadas na promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1996, que institui sua obrigatoriedade (BRASIL, 1996).

A propósito, importa aqui ressaltar os conceitos no plano teórico sobre interdisciplinaridade, muito embora se reconheça o seu caráter polissêmico (BATISTA, 2006). Considerando disciplina um saber organizado, constituído de um conjunto de teorias, conceitos e métodos voltados para melhor compreensão de

fenômenos e que, por isso, implica objetos e formas específicas de concebê-los e deles se aproximar, os prefixos “multi”, “pluri”, “inter” e “trans” representariam graus variados de interação e troca entre os universos disciplinares. No sentido pedagógico, disciplina representaria o conjunto de conhecimentos a serem abordados por meio de matérias específicas (FURTADO, 2007).

Pombo (2003, 2006) define interdisciplinaridade como um conjunto de disciplinas que, num *continuum*, se conjugam, se interpõem, num processo de troca dialógica, mas que só pode ser compreendida na prática. A partir da análise do significado dos prefixos, esta autora sugere que a multi e a pluridisciplinaridade poderiam representar disciplinas colocadas em conjunto, sem necessidade de articulação maior: a primeira representando a justaposição pura e simples, a segunda, uma coordenação entre elas; a interdisciplinaridade consistiria na convergência de perspectivas, em que as disciplinas se complementam, visando a um único ponto de vista; e a transdisciplinaridade representaria a unificação, a fusão de perspectivas. A figura 1 ilustra esta proposição:

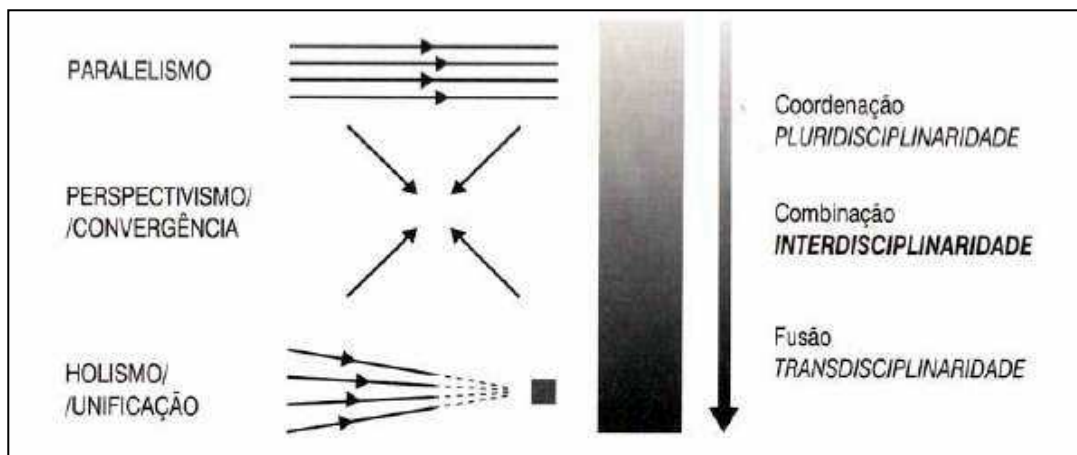


Figura 1. Multi, pluri, inter e transdisciplinaridade  
Fonte: POMBO, 2003. p.1.

Para além desta organização dos saberes, que é compreendida como um amplo espectro que parte da simples comunicação de idéias à integração total de métodos e conteúdos, Fourez (2001) entende que a complexidade das situações concretas ultrapassa os limites das disciplinas que, sozinhas, são incapazes de explicá-las adequadamente. Assim, é necessária a criação de espaços constituídos de um corpo de conhecimento capaz de atender à construção de representação de uma dada realidade complexa, por meio da troca entre os saberes de diversas disciplinas que concorrem para isso. Estes espaços constituiriam as chamadas “ilhas de racionalidade”.

Furlanetto (2004) nos chama a atenção para as zonas fronteiriças “entre” as disciplinas, reconhecidas por esta autora como o espaço onde a interdisciplinaridade pode ser realmente vivida, pois o contato entre as margens provoca diálogos que geram interações transformadoras.

Vale ressaltar, no entanto, que nenhum dos autores rejeita ou nega a importância dos especialistas, ao contrário: preconizam que é a existência de campos disciplinares distintos, cientificamente relevantes e interdependentes, que permitem a construção da interdisciplinaridade (LENOIR, 1998).

Fazenda (2003) sugere que a interdisciplinaridade ainda deva ser compreendida como uma questão de atitude:

...atitude diante de alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera ante fatos consumados, atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo – ao diálogo com pares idênticos, com pares anônimos ou consigo mesmo – atitude de humildade diante da limitação do próprio saber; atitude de perplexidade ante a possibilidade de desvendar novos saberes, atitude de desafio – desafio perante o novo, desafio em redimensionar o velho – atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas, atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível, atitude de responsabilidade, mas sobretudo, de alegria, de revelação, de encontro, de vida (p. 82).

Neste sentido, a integração dos saberes viria em decorrência dela, possibilitando melhores condições de formação geral, profissional e de pesquisadores, na tentativa de superação das dicotomias, em especial entre ensino-pesquisa (FAZENDA, 2002).

Em concordância com a autora, Japiassu (2006) chama a atenção para o fato de a interdisciplinaridade estar intimamente relacionada à ação, o que inclui a

necessidade de escolhas e negociações de ordem política em várias instâncias, principalmente institucionais.

Para Bordoni (2002), a interdisciplinaridade seria fruto do movimento de questionamento constante do ser humano quanto às próprias posições assumidas frente ao conhecimento, do respeito à individualidade e da abertura à investigação, procurando o estabelecimento de relações entre as disciplinas e convergindo para a ação realizada entre estudantes e professores, num trabalho cooperativo e reflexivo.

Nesse sentido, a perspectiva de atualização do currículo se inscreve na ótica da incorporação da interdisciplinaridade. De acordo com Fazenda (2002):

Se a insatisfação com a educação ministrada nas escolas é um fato, a solução não estaria na recuperação da idéia primeira de cultura (formação do homem total), no papel da escola (formação do homem inserido em sua realidade) e no papel do homem (agente das mudanças no mundo)? Conseqüentemente, uma reformulação em termos de modificação na atitude de conhecer, que pressuporia uma formação pedagógica adequada que estivesse baseada na dialogicidade e cujo princípio fosse o engajamento? Admiti-la [a efetivação da interdisciplinaridade] é admitir-se a exigência de reformulação da educação [...]. Menos drástico que uma modificação radical, talvez fosse um replanejamento curricular em função das necessidades e expectativas dos educandos e da sociedade [...] (p.99).

Especificamente no contexto da formação em saúde, outros autores contribuem para a discussão sobre a interdisciplinaridade.

Chaterjee (2002) afirma que a interdisciplinaridade deve ser tratada como a postura adequada, o devido comprometimento para com a formação de profissionais mais preparados, o que acarreta mudanças curriculares profundas, e não apenas intervenções estanques em determinadas áreas da graduação. Comparando as iniciativas de inovações dos cursos de formação médica nos Estados Unidos, o autor denomina de “vitaminas” quando as inovações caracterizam-se apenas pela criação de atividades “suplementares”, sem alteração substancial da estrutura acadêmica, ou de “vacinas” àquelas realizadas em todos os âmbitos institucionais.

Para Orchard et al. (2005), Lattuca (2002), Pimenta (2005) e Rattner (2003), mudanças estruturais na universidade são necessárias para que a interdisciplinaridade se efetive, principalmente no que concerne ao compartilhamento do poder entre dirigentes, docentes, pesquisadores, gestores, discentes e comunidade.



Um modelo conceitual foi concebido por D'Amour e Oandasan (2004) para o relatório final sobre educação interdisciplinar para o cuidado colaborativo centrado no paciente, preparado a pedido do Ministério da Saúde do Canadá, conforme ilustra a figura 2. Percebe-se que a interdisciplinaridade requer mudanças em diferentes domínios (educacionais e de prática de saúde) e em diferentes níveis do sistema (individual, organizacional e político).

MODELO CONCEITUAL DE EDUCAÇÃO INTERDISCIPLINAR PARA O CUIDADO COLABORATIVO CENTRADO NO PACIENTE

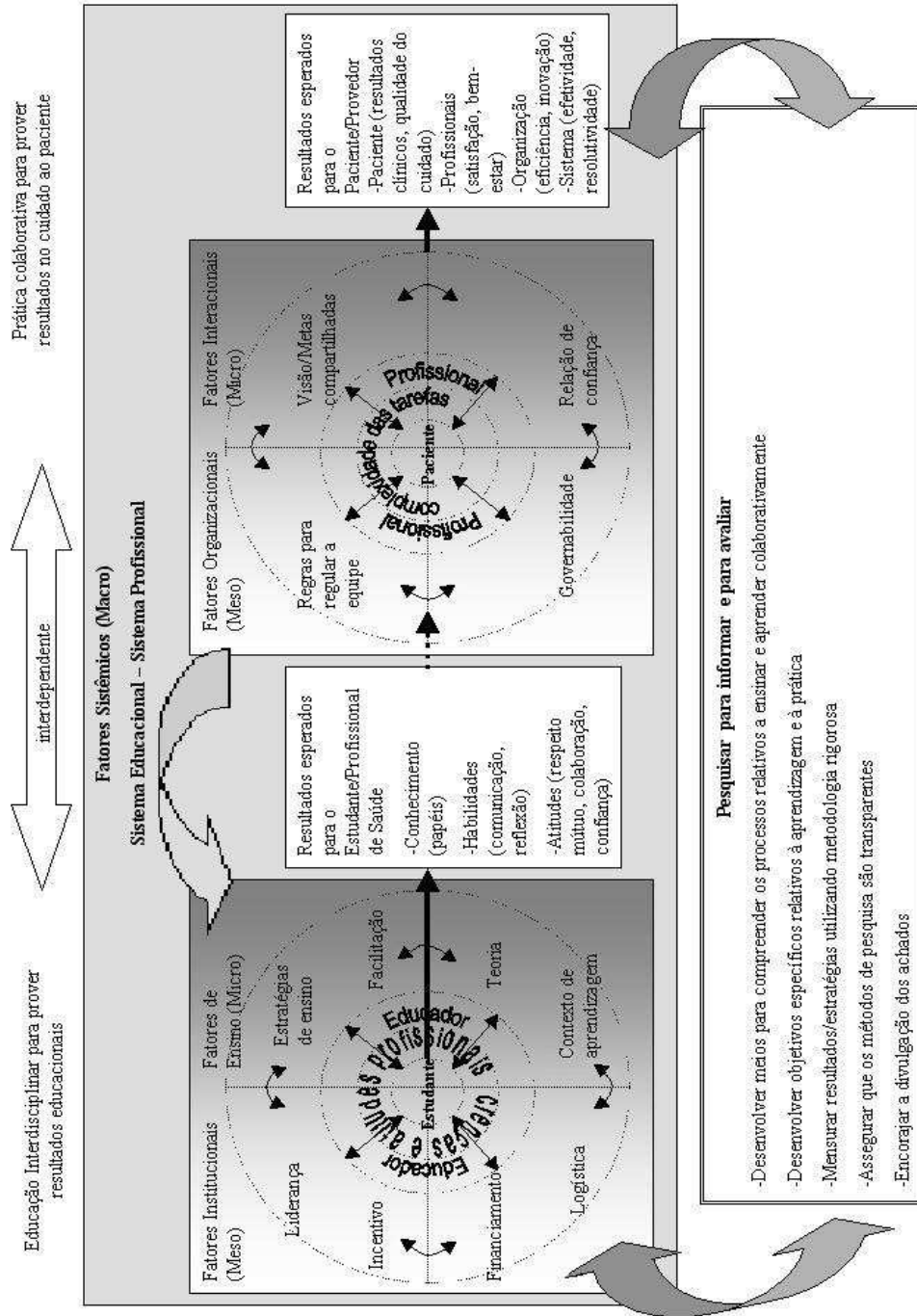


Figura 2. Modelo conceitual de educação interprofissional para o cuidado colaborativo centrado no paciente  
 Fonte: D'Amour & Oadansan, 2004, p.250.

Os autores afirmam a necessidade de se desenvolver atividades interdisciplinares nas intervenções de atenção primária e de cuidados ambulatoriais.

Saupe et al. (2005) descrevem em seu trabalho características importantes que os profissionais de saúde devem apresentar para o trabalho interdisciplinar, tais como: o conhecimento sobre o que é interdisciplinaridade, o papel de cada área disciplinar, conceitos ampliados de educação e saúde, bem como conhecimento das políticas para ambos os setores, além de habilidade para comunicar-se adequadamente, identificar problemas e dificuldades e propor soluções para as situações vivenciadas durante o trabalho em equipe. Isso tudo implica que estes profissionais apresentem atitudes como respeito, tolerância, comprometimento, ética, humildade, criticismo e reflexão.

Buchabqui et al. (2006) nos colocam que as práticas interdisciplinares seriam o indicador para um “fazer saúde” mais verdadeiro e democrático, uma vez que num trabalho interdisciplinar a *expertise* de cada membro do grupo é adicionada, discutida e avaliada conjuntamente no processo de tomada de decisões, num ambiente de compartilhamento e respeito. No entanto, Gomes & Deslandes (1994), Raynut (2002), Geller et al. (2002), Sena et al. (2003), Porto & Almeida (2002), Garcia et al. (2007), dentre outros autores, mostram que não existe um único modelo a ser seguido quando se pensa nessas práticas.

A necessidade de mudança nos rumos da formação em saúde, objetivando a superação dos problemas detectados no modelo tradicional, de caráter disciplinar/biomédico/tecnicista e a concretização do SUS motivam a busca por soluções. São lançados, então, o “Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares na Educação Médica”/PROMED (BRASIL, 2002), bem como o Programa “O SUS e os Cursos de Graduações na Área da Saúde – Aprender-SUS” (BRASIL, 2004), visando à formulação de propostas inovadoras e, em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005), com a participação de algumas instituições federais de ensino superior (IFES), dentre elas a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Em 2005, no contexto de incentivo à expansão das IFES por parte do governo federal, a UNIFESP inicia as atividades do *Campus* Baixada Santista, cujos cursos se baseiam nos princípios da educação interprofissional, coadunados com as

políticas públicas, visando à formação de profissionais preparados para o trabalho em equipe e para o cuidado integral.

### **1.3 A educação interprofissional e a ênfase no trabalho colaborativo: incursões teóricas**

“Aprender junto para trabalhar junto” (*learning together for work together*): com esse lema, o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional do Reino Unido (CAIPE), criado em 1987, instituiu os requisitos para a educação interprofissional. Atualmente, ela é conceituada como sendo aquela em que o estudante de uma determinada área aprende “com, de e sobre o outro”. Tem na perspectiva do cuidado integral e na definição de ações com, na e para a comunidade, seus principais pilares (CAIPE, 2007) e utiliza os princípios da aprendizagem de adultos e da aprendizagem colaborativa.

As primeiras iniciativas para a implantação da educação interprofissional começaram na Universidade de Washington, no início da década de 1950. Na ocasião, um grupo multiprofissional, composto por médicos, enfermeiros, dentista, nutricionista, entre outros, atendia à comunidade ao mesmo tempo em que educava estudantes dessas profissões em um ambulatório (MITCHELL et al., 2006).

No Reino Unido, o movimento pela educação interprofissional teve início na década de 1960, de forma tímida e não-sistemática. Os programas variavam da implementação de disciplinas acadêmicas (ex: gerontologia) a modelos de atenção (ex: cuidados para a saúde mental). No entanto, essas iniciativas eram realizadas principalmente por entidades ligadas ao Serviço Social e à Enfermagem, enquanto profissionais das áreas de Medicina, Odontologia e Farmácia buscavam se especializar em seus próprios campos de atuação, distanciando-os dos demais profissionais da saúde. Com o passar dos anos, novas estratégias para a educação interdisciplinar e interprofissional vêm sendo testadas em âmbito internacional, o que requereu a criação de “forças-tarefa” para sua pesquisa e avaliação (LAVIN et al., 2001).

No “Chamado à Ação de Toronto”, esta modalidade aparece como destaque para a mobilização de recursos humanos e resolução de problemas da saúde em âmbito nacional e internacional na próxima década (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/OPAS, 2005).

A propósito, cabe aqui ressaltar a diferenciação entre os termos “interdisciplinar” e “interprofissional”. Isto se deve ao fato de ser comum encontrar, na literatura, trabalhos que utilizam indiscriminadamente estes termos como sinônimos. D’Amour & Oandasan (2004) utilizam o termo “disciplinar” quando se referem ao plano epistemológico ou ao campo dos saberes, e “profissional”, quando se referem ao plano prático, de conformação das equipes de saúde. Isto permite identificar uma experiência que congrega geriatras, cardiologistas e pneumologistas como sendo um exemplo de atividade interdisciplinar (porém, apenas com profissionais de mesma formação, provenientes de um único campo disciplinar – Medicina), e outra em que temos psicólogos, médicos, enfermeiros e fisioterapeutas como exemplo de uma atividade interprofissional (portanto, com profissionais de diferentes formações e campos disciplinares).

Segundo o CAIPE, o termo “educação interprofissional” abrange a educação interdisciplinar e inclui todos os tipos de modelos de aprendizagem, tanto no plano acadêmico quanto no plano do trabalho, antes e após a qualificação, com uma perspectiva inclusiva do termo “profissional”.

Do mesmo modo, importa diferenciar equipes multiprofissionais e interprofissionais. Sobre as equipes multiprofissionais de saúde, Peduzzi (2001) propõe o seguinte conceito: estas consistiriam uma modalidade de trabalho coletivo, que se configura na relação recíproca entre múltiplas intervenções técnicas e na integração dos agentes de diferentes áreas profissionais, mediada pela comunicação, através da qual se dá a cooperação das ações multiprofissionais. A partir deste enfoque, dois tipos principais de equipes podem ser determinados: a equipe “agrupamento” e a equipe “integração”.

A equipe “agrupamento” se caracteriza pela justaposição de ações, realizadas por um agrupamento de agentes e que privilegia a especificidade de cada um dos componentes que a compõem. Por outro lado, a equipe “integração” é caracterizada pela articulação das ações e interação dos agentes, que apresentam maior

flexibilidade na divisão do trabalho, implicando maior colaboração e interdependência técnica. Embora se encontrem presentes as diferenças técnicas e a desigualdade de valoração dada a cada um dos trabalhos específicos em ambas as equipes, a maneira como se equacionam essas tensões entre seus membros determinará o reconhecimento de uma e de outra.

A constituição deste segundo tipo (“integração”) assemelha-se à equipe de referência citada por Furtado (2007) como exemplo de equipe interprofissional, a qual se organiza sob os pilares do vínculo terapêutico, interdisciplinaridade e gestão colegiada. Nesta proposta, a partir de um determinado problema de saúde a ser enfrentado são selecionados os profissionais das diferentes categorias que integrarão a equipe e que, conseqüentemente, terão uma clientela predefinida. Desta maneira, o trabalho em equipe se volta para a resolução do problema do usuário do serviço, e não se restringe à atuação técnica isolada de cada profissional, reforçando o poder de co-gestão, apontando para a superação dos conflitos inerentes ao trabalho em saúde e o *modus operandi* existente atualmente.

A ênfase no trabalho em equipe multiprofissional e a capacidade de comunicação, bem como a formação para a tomada de decisões têm sido largamente discutidas em âmbito internacional (DELOURS, 2003; HOWARTH et al., 2006; MCNAIR, 2005) e são tópicos presentes nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001). Segundo Ponzer et al. (2004) e Goelen et al. (2006), a educação interprofissional enfatiza a visão de diferentes áreas em torno de um mesmo problema, com respeito às especificidades de cada uma, objetivando sua solução. Pollard et al. (2006) sugere que a formação pautada neste modelo permite ao futuro profissional uma percepção mais acurada do seu papel no trabalho em equipe, em comparação com graduandos no modelo tradicional (unicurricular), na ótica dos autores.

Revisões da literatura apontam como efeitos positivos que houve maior aquisição de conhecimentos e habilidades, bem como modificação de atitudes e crenças entre os participantes das experiências interprofissionais. No entanto, elas também indicam que existem controvérsias quanto ao momento mais adequado para implantação do modelo, se durante ou após a formação profissional, bem como o tempo destinado às atividades uni, multi ou interprofissionais. Isso se explica pela necessidade de clareza do papel de cada profissional dentro de uma equipe, o que implica a

superação de preconceitos ou visões estereotipadas sobre a finalidade de cada membro dentro dela, que se instalam ou se aprofundam durante o processo formativo (BARR, 1998; ZWARENSTEIN et al., 2007).

Estas revisões também não demonstraram evidências de que a formação pautada na educação interprofissional garanta melhor qualidade no atendimento dos pacientes, o que não significa que isso não ocorra.

Alguns entraves puderam ser percebidos nas experiências de formação interprofissional avaliadas: o número desigual de estudantes de diferentes áreas dentro dos grupos, o trabalho em grandes grupos e o tempo limitado para a aprendizagem conjunta, que dificultam supor a validade destas iniciativas.

A rígida demarcação das áreas profissionais e hierarquicamente delimitadas no ambiente hospitalar deve ceder espaço para relações mais flexíveis no trabalho em comunidade, o que pode gerar também conflitos e disputas, assim como rivalidades e falta de comunicação, em detrimento do aprendizado compartilhado e da confiança mútua, que se refletem na dificuldade de se instaurar equipes interprofissionais, como citado anteriormente.

Trabalhos como os de Luecht et al. (1990), Parsell & Bligh (1999) e Reid et al. (2006) apresentam instrumentos utilizados para se avaliar a validade de iniciativas de educação interprofissional e questionários sobre o preparo de estudantes de graduação e profissionais já formados para a aceitação desta iniciativa.

O primeiro descreve o processo de validação e normatização de um questionário, denominado Escala de Percepção da Educação Interdisciplinar, composto por 18 sentenças. Utilizando a escala de Likert, com 6 níveis de variação de concordância, foi aplicado em uma amostra de 143 sujeitos, entre estudantes e profissionais da área da saúde. Este instrumento foi desenhado visando medir quatro componentes considerados cruciais para a educação interdisciplinar: 1) competência profissional e autonomia; 2) necessidades perceptíveis para a cooperação interprofissional; 3) percepção da cooperação e troca entre profissionais de uma mesma área e de diferentes profissões; 4) compreensão do valor e da contribuição de outros profissionais para o seu campo de conhecimento.

O segundo relata o desenvolvimento da escala de prontidão para a aprendizagem interprofissional (*Readiness for Interprofessional Learning Scale – RIPLS*), que contém 19 sentenças, subdivididas em três subescalas: 1) trabalho em equipe e colaboração; 2) identidade profissional; 3) papel profissional e responsabilidades. Foi aplicado em 120 estudantes de graduação, dentre os cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Ortóptica e Radiologia. “Aprender com estudantes de outras profissões ajudará a me tornar um membro mais efetivo numa equipe de saúde”, “a aprendizagem compartilhada ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e com outros profissionais”, “eu tenho de adquirir mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras áreas da saúde” são algumas das questões deste questionário, baseado na escala de Likert, com 5 níveis de variação de resposta.

O terceiro trabalho apresenta modificações sugeridas para que o RIPLS seja aplicado em profissionais já formados: utiliza 29 questões (dez a mais que o questionário original), denomina a terceira subescala de “cuidado paciente-centrado” e compreende questões como: “pensar no paciente como sujeito é importante para indicar o tratamento correto”.

Ficou demonstrado, neste estudo, que, embora haja indícios de que ambos os grupos – de estudantes e de profissionais egressos – aceitem a educação interprofissional, ainda existem barreiras a serem superadas na aplicação deste modelo, que envolve mudança de atitudes e crenças acerca dos papéis e responsabilidades de cada profissional dentro do trabalho em equipe.

As mencionadas revisões sinalizam que, para que a educação interprofissional tenha sucesso, são necessárias mudanças em diferentes instâncias: desde os pressupostos epistemológicos do papel da universidade, passando pelas concepções que embasam o processo ensino-aprendizagem, que se refletirão tanto na organização curricular, quanto na necessidade de infra-estrutura adequada (MITCHELL et al., 2006; MCNAIR, 2005). Elas ainda devem ser apoiadas por iniciativas governamentais, que garantam a educação continuada, a pesquisa e a avaliação sistemática dos cursos de formação, integradas à rede de serviços que absorverão estes profissionais (BARR, 1998).



Estes dados parecem reforçar a compreensão de que a universidade ancora-se na tríade ensino, pesquisa e extensão, com uma perspectiva crítica e reflexiva tanto nos cursos de graduação e de pós-graduação, *lato* e *stricto sensu*. Nesse sentido, o processo ensino-aprendizagem valoriza diferentes centralidades, enfatizando o processo de construção de conhecimento. Para tanto, privilegiam-se os enfoques problematizadores, em detrimento das aulas eminentemente expositivas; a avaliação deve ser utilizada como recurso para balizar a construção do conhecimento, e não com função meramente punitiva ou classificatória; o desenho curricular exige flexibilidade e integração, o que resulta muitas vezes na escolha da estruturação modular (BATISTA, 2005; MASETTO, 1998, 2003; DEMO, 2004; LUCKESI, 1991; BLIGH, 1999). Tudo isso requer a ressignificação do papel do docente e sua necessária preparação pedagógica para os novos modelos que surgem (BARRETO, 2004; BATISTA & SILVA, 1998; PIMENTA & ANASTASIOU, 2002; TARDIF, 2002).

#### **1.4 A construção do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP**

Os princípios da educação interprofissional foram assumidos para a implantação do *Campus* Baixada Santista, em 2005, como primeiro *campus* de expansão da UNIFESP.

A Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP/EPM é uma instituição oficial de ensino superior, tendo sido criada pela Lei nº 8.957, de dezembro de 1994, resultado da transformação da Escola Paulista de Medicina. Essa transformação, de Escola Federal isolada para universidade, surge como fruto do reconhecimento da qualidade e abrangência da produção científica e do investimento na titulação do corpo docente.

O *Campus* Baixada Santista situa-se como o primeiro espaço de sua expansão, singularizando-se pelo espaço geográfico em que se insere (uma região que não contava com o ensino superior público) e pela proposta pedagógica inovadora no campo da graduação em saúde. Nesse sentido, assumem-se como princípios direcionadores dos cursos: formação de um profissional da área da saúde apto para o trabalho em equipe multiprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado ao paciente; formação técnico-científica e humana de excelência em uma área

específica de atuação profissional de saúde; integração entre conteúdos e disciplinas; concepção modular do currículo; adoção de metodologias problematizadoras para o ensino; inserção de novas tecnologias de informação e comunicação; estímulo a uma postura ativa do aluno na construção do conhecimento; estímulo à iniciação científica e à incorporação do método científico na graduação (UNIFESP, 2007).

Estes princípios estão organizados por 4 eixos e módulos (comuns e de aprofundamento):

a) O eixo *Trabalho em saúde* abrange, de forma integrada entre os 5 cursos, temáticas e práticas comuns aos diferentes profissionais de saúde. Compromete-se com uma formação em saúde que propicie ao estudante a compreensão das múltiplas dimensões envolvidas nos processos de saúde e de adoecimento, a partir do desenvolvimento da capacidade de análise crítica dos problemas de saúde na sociedade. Funda-se em uma perspectiva da produção da saúde, desvelando os modos de construção do conhecimento em saúde e das profissões de saúde enquanto práticas técnicas e sociais. Alguns dos temas abordados são: concepções de saúde e doença, situação de saúde, raciocínio epidemiológico, intervenções em saúde pública, políticas de saúde, modelos de atenção, gestão e planejamento, vigilância em saúde, integralidade, trabalho em equipe;

b) O eixo *O ser humano e sua inserção social*, constituído pelas áreas do conhecimento vinculadas à Antropologia, Sociologia, Psicologia, Educação, Filosofia, Ética/Bioética, Epistemologia e Construção do Conhecimento, desenvolve-se de forma integrada com o eixo *Aproximação a uma prática específica em saúde*. Os compromissos assumidos com a formação em saúde ancoram-se em uma compreensão das Ciências Humanas e Sociais em uma perspectiva que rompe com um caráter instrumental e/ou acessório dos conteúdos e metodologias próprios desses campos científicos, envolvendo-se na construção de novas possibilidades de desenvolver as práticas em saúde a partir do olhar do cuidado, do trabalho, das relações sociais e das condições de produção de vida nas sociedades;

c) O eixo *O ser humano em sua dimensão biológica* se constitui de dois núcleos: um núcleo comum de conhecimentos necessários para todos os cursos propostos (o conhecimento biológico necessário a um profissional para atuação na área da

saúde) e um núcleo específico de aprofundamento a partir das necessidades de cada curso. Os temas são apresentados de forma integrada e crescente em complexidade. As áreas básicas foram organizadas em módulos, procurando unir elementos teóricos com discussão de temas específicos, reunindo turmas mistas, com estudantes dos cinco cursos. Nos anos posteriores, as temáticas se referem ao processo de adoecimento, farmacologia e discussão de situações práticas relacionadas ao atendimento, com a presença de professores deste eixo e das áreas específicas de formação profissional;

d) O eixo *Aproximação a uma prática específica em saúde*, desenvolvido desde o início do curso, de maneira progressiva e respeitando a autonomia do aluno, aborda as questões específicas de cada uma das 5 profissões dos cursos propostos.

A figura abaixo ilustra a proposta curricular do *Campus Baixada Santista*:

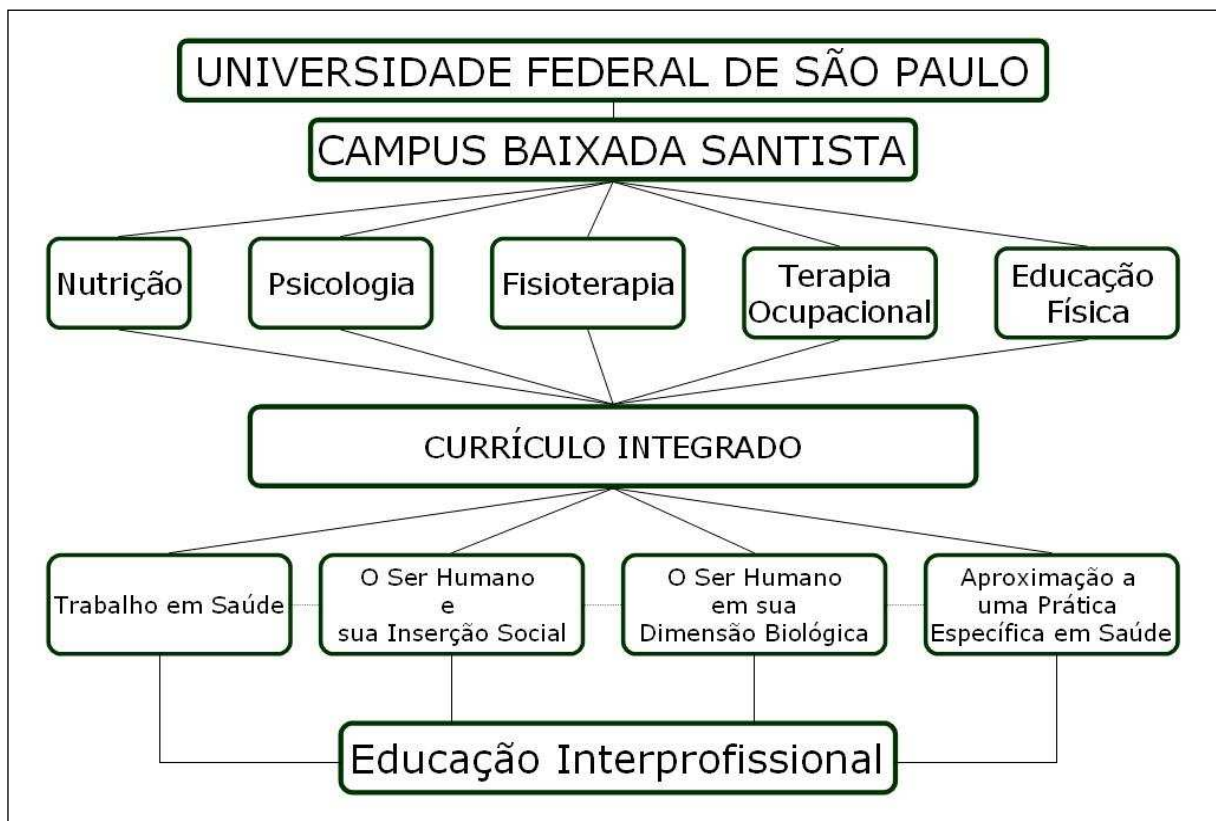


Figura 3. Proposta curricular do *Campus Baixada Santista*.  
Fonte: UNIFESP, 2007. p. 52.

O projeto pedagógico do *campus* foi sendo construído a partir de uma formulação inicial do Prof. Dr. Nildo Alves Batista, atual diretor acadêmico do referido *campus*.

Em seu depoimento<sup>1</sup>, o mencionado professor relatou que, ao assumir a coordenação da criação e implantação do *Campus* Baixada Santista, já com a proposição dos cinco cursos que integrariam este novo *campus* (Educação Física, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia), algumas questões mobilizaram sua reflexão: *como poderia ser um campus novo que, no mínimo, propusesse caminhos aos problemas hoje diagnosticados no ensino superior em saúde? Como romper com a estrutura disciplinar e implantar um programa interdisciplinar? Como romper com a visão única de uma profissão e, conseqüentemente, o não-preparo do aluno para saber trabalhar em equipe? Como mudar as funções ou os papéis tanto de professor, quanto de aluno, de forma a romper com o papel transmissivo do primeiro e a postura passiva do segundo?*

Considerando suas próprias experiências como docente e pesquisador no campo do ensino médico e do ensino em saúde, as disposições já explicitadas nas Diretrizes Curriculares Nacionais, as produções científicas sobre o processo de formação de profissionais em saúde, o Prof. Dr. Nildo Alves Batista investiu em um processo de elaboração coletiva: juntamente com profissionais vinculados às áreas dos novos cursos propostos, contatados inicialmente pela Pró-Reitoria de Graduação, foram empreendidos movimentos de discussão e aprofundamento de um desenho curricular que partia da concepção de quatro eixos articulados, esboçando uma rede entre os conhecimentos específicos dos cursos, os campos das ciências biológicas e ciências humanas e sociais, e os saberes da esfera do trabalho em saúde.

Iniciava-se, assim, um delicado processo de análise e estudo deste desenho curricular entre os Departamentos, Setores e Centros do *Campus* São Paulo/UNIFESP, investindo em uma construção em parceria, problematizando os conteúdos disciplinares privilegiados, as possibilidades de diálogo e trabalho conjunto, além de reconhecer os pontos do desenho curricular que se mostravam frágeis ou destoantes dos pressupostos de integralidade do cuidado e interdisciplinaridade.

Este processo envolveu oito comissões que foram constituídas para o aprofundamento do desenho inicial, aglutinando os trabalhos em torno dos eixos

---

<sup>1</sup> A partir de sugestões por ocasião do Exame de Qualificação, a mestranda realizou uma entrevista com o Prof. Dr. Nildo Alves Batista, tendo como foco principal a construção do projeto pedagógico do *Campus* Baixada Santista.

comuns (uma comissão para cada eixo, a saber: *O ser humano em sua dimensão biológica*, *O ser humano e sua inserção social* e *Trabalho em saúde*) e dos cinco eixos específicos de cada curso (estas comissões contaram com profissionais atuantes na Universidade, interessados em participar da elaboração do projeto pedagógico dos cursos).

Para a construção do projeto, partiu-se da idéia central relativa aos 4 eixos, fundamentando o currículo a partir da educação interprofissional, tendo na pesquisa, na interdisciplinaridade, no trabalho em equipe e na integralidade do cuidado âncoras teórico-metodológicas fundamentais. Foram assumidos, ainda, como pressupostos:

- a estrutura de módulos e não disciplinas, buscando não fazer do eixo *um conjunto de disciplinas*. Os módulos poderiam ter dois momentos, sendo um comum e outro de aprofundamento, procurando uma articulação e integração entre conteúdos disciplinares;
- as ciências sociais e humanas que seriam privilegiadas abrangeriam as áreas científicas da Sociologia, da Antropologia, da Educação, da Psicologia, da Epistemologia;
- o campo da saúde Coletiva seria um pilar fundamental no eixo *Trabalho em saúde*, mas este não se restringiria a este campo disciplinar;
- que os eixos teriam uma inserção curricular em níveis crescentes de complexidade e aproximação com o campo do trabalho em saúde e com o campo específico relativo a cada curso, com os eixos comuns ocupando 80% da carga horária do primeiro ano e os eixos específicos ficando com os 20% restantes, abordando a história das profissões e seus campos de trabalho. No segundo ano, a carga horária seguiria uma proporção de aproximadamente 50% para os eixos comuns e 40%-50% para o eixo específico. O terceiro ano prevê uma distribuição da carga horária de 80% para a área específica e 20% para os eixos comuns. A idéia de integração que orienta a articulação entre os eixos tem o sentido de uma visão interdisciplinar: um mesmo objeto analisado a partir das diferentes profissões e óticas disciplinares, possibilitando que alunos e professores se reconheçam e projetem atuações comuns como profissionais da saúde;

- na construção da semana-padrão dos alunos, assume-se um período, chamado de *área verde*, no qual os alunos possam vivenciar experiências não curriculares;
- concurso para seleção dos docentes do novo *campus* consideraria a inserção nos módulos temáticos, e não a formação do professor por área disciplinar - foram selecionados, em 2005, 13 docentes para o eixo *O ser humano em sua dimensão biológica* (cinco para o módulo “Do átomo à célula” e oito para “Dos tecidos aos sistemas”), 4 docentes para o eixo *O ser humano e sua inserção social*, 2 docentes para o eixo *Trabalho em saúde*, 2 docentes para a área do ensino superior em saúde e 2 professores para cada eixo de *Aproximação a uma prática específica em saúde*.

Estes pressupostos foram sendo postos em prática e com a chegada dos 32 primeiros professores do *Campus* Baixada Santista, todo o trabalho de elaboração do projeto pedagógico dos cursos foi ampliado, partindo-se de um documento geral para o detalhamento coletivo e contando com o envolvimento ativo dos docentes construtores do primeiro ano de implantação dos cursos.

Esta dinâmica de co-autoria dos projetos pedagógicos foi sendo tecida a partir de uma política de desenvolvimento docente estabelecida desde a chegada do primeiro grupo de docentes que, durante cinco meses (de outubro de 2005 a fevereiro de 2006), realizou uma formação docente, detalhando os planos de ensino dos módulos no primeiro ano, a partir da proposta inicialmente apresentada pelas comissões, e participando do planejamento coletivo do segundo ano. Desta maneira, o currículo foi sendo construído no decorrer do ano pelo grupo de trinta e dois professores, juntamente com o diretor acadêmico do *campus*.

Esta trajetória de escrita e re-escrita dos projetos pedagógicos do *campus* e dos cursos conhece, em fevereiro de 2007, uma importante fase de conclusão, com a publicação do Projeto Pedagógico do *Campus* Baixada Santista em sua versão completa (disponível por meio da URL [www.unifesp.br](http://www.unifesp.br)) e, em março de 2008, são disponibilizados os projetos pedagógicos dos cursos (no mesmo endereço eletrônico).

A partir do entendimento de que o planejamento curricular é um processo em permanente recriação, o desenho dos eixos e seus módulos, bem como a proposta

de inserção no trabalho em saúde e na especificidade de cada curso continuam a ser objeto de discussão e elaboração por parte dos professores (atualmente, o *campus* conta com 65 docentes). Nesta direção, os caminhos curriculares para as turmas apresentam diferenças respondendo ao dinamismo próprio de cursos em implantação, corrigindo rumos, investindo em direções ainda não descortinadas em um primeiro momento, reforçando opções delineadas.

A proposta do *Campus Baixada Santista* assume a idéia de projeto inacabado, em constante construção, em que cada tijolo acrescentado é festejado. Ainda, assume-se que não se tem um plano isolado de cada curso, mas um plano comum do *campus*, pois ele se baseia na lógica da classe, de futuros profissionais trabalhando juntos.

Um desafio que se esboçou desde o primeiro momento de implantação do *campus* refere-se à gestão acadêmica. Para enfrentá-lo vem se construindo uma dinâmica de organização do *campus* que parte de uma compreensão de gestão colegiada, investindo-se em fóruns com representações de todos os eixos, setores, departamentos e sujeitos.

O *campus* conta com um colegiado em que têm assento todos os segmentos da comunidade acadêmica, além do diretor acadêmico, coordenadores de cursos, chefes de departamento, coordenadores de órgãos complementares e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu*. Este colegiado é assessorado por três comissões: de Graduação, de Pesquisa e de Extensão.

Um espaço privilegiado para o acompanhamento, avaliação e proposição de intervenções no projeto pedagógico é a Comissão de Gestão Acadêmica do Projeto Pedagógico (CGAPP), formada pelos cinco coordenadores dos cursos, pelos três coordenadores de eixos e pela diretoria acadêmica, como instância deliberativa dos projetos. Propostas específicas são desenhadas dentro dos cursos e levadas para esta comissão, e propostas globais são trabalhadas no seu âmbito. Esta comissão atua, ainda, na gestão de normas internas, o que é essencial para o andamento do projeto pedagógico.

Outro cenário de gestão abrange os departamentos acadêmicos existentes no *campus*, os quais não foram organizados sob a lógica disciplinar, mas sim a partir

dos interesses comuns de objetos de ensino e pesquisa: uma lógica híbrida que procura manter coerência com o próprio projeto pedagógico.

Nas palavras do diretor acadêmico todo “*esse processo é um grande desafio...*”.

Assim, no encontro entre uma proposta concreta de formação superior em saúde e os apontamentos teórico-conceituais é que o objeto de estudo proposto para essa pesquisa delinea-se: a interdisciplinaridade como princípio formativo no âmbito do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP.

### **1.5 As questões orientadoras da pesquisa**

Considerando o caráter inovador da proposta acadêmica deste novo *campus* da UNIFESP, centrado na perspectiva da educação interprofissional e reconhecendo o caráter polissêmico da interdisciplinaridade, questionam-se:

1. Quais as concepções de interdisciplinaridade que estão presentes nos projetos pedagógicos do *campus* e dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional?
2. Como a interdisciplinaridade, enquanto princípio formativo, emerge nos projetos pedagógicos do *Campus* Baixada Santista/UNIFESP?
3. Quais as potencialidades e desafios da interdisciplinaridade na graduação em saúde, a partir da perspectiva da educação interprofissional?



## **II. OBJETIVOS**

*Se um homem não sabe a que porto se dirige,  
nenhum vento lhe será favorável.*

Lucius Annaeus Seneca (4 a.C.-65 d.C.)

- ❖ Identificar as concepções de interdisciplinaridade presentes no Projeto Pedagógico do *Campus* Baixada Santista/UNIFESP e nos projetos pedagógicos dos cursos de Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física;
- ❖ Mapear as concepções de interdisciplinaridade presentes no Projeto Pedagógico do *Campus* Baixada Santista/UNIFESP e nos projetos pedagógicos dos cursos de Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física;
- ❖ Discutir as potencialidades e os desafios da interdisciplinaridade na graduação em saúde, a partir da perspectiva da educação interprofissional.

### **III. CAMINHO METODOLÓGICO**

*Caminhante, não há caminho.  
O caminho faz-se ao caminhar.*

Antônio Machado (1875-1939)

### **3.1 Delineamento da pesquisa**

O presente estudo comporta um levantamento em caráter exploratório, de natureza descritiva, que se apóia numa abordagem qualitativa, na perspectiva de que esta é capaz de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais” (MINAYO, 2004, p. 10).

Considerando que um projeto pode ser entendido como “a sistematização, nunca definitiva, de um processo de planejamento que se aperfeiçoa e se concretiza na caminhada que define claramente o tipo de ação educativa que se quer realizar” (VASCONCELLOS, 1995, p. 143), a análise documental do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP, enquanto reflexo das disposições institucionais, foi escolhida como instrumento metodológico para atingir os objetivos desta pesquisa.

### **3.2 Análise documental: privilegiando as vozes dos documentos**

Documentos podem ser definidos como o conjunto de informações registradas num suporte; são materiais escritos que se constituem em práticas discursivas, com representação de idéias, valores, saberes e fazeres diferentes, e que explicitam diferentes comportamentos humanos, num determinado momento sócio-histórico (SPINK, 2004; MAY, 2004).

A análise documental, nesse sentido, é considerada uma técnica exploratória bastante valiosa, por permitir desvelar aspectos novos de um tema ou problema, utilizando os materiais escritos para se obter fontes de informações sobre o comportamento humano (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNADJER, 2002; LÜDKE & ANDRÉ, 1986; BOGDAN & BLIKEN, 1994; CHIZZOTTI, 1995).

Ela é bastante utilizada em estudos do tipo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, pois procura analisar a realidade segundo a visão de seus sujeitos, em face de suas condições sociais, históricas, com suas classes, valores e significados (MINAYO, 2004).

Em geral, a análise documental é utilizada como instrumento complementar a outras estratégias metodológicas, como, por exemplo, para a validação de dados obtidos por meio de entrevistas ou observações (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNADJER, 2002). Isso se deve ao fato de as Ciências Sociais valorizarem mais os registros “falados”, do que os “escritos” ou os “não-verbais”, dando a estes últimos um papel subsidiário, o que justifica o número reduzido de trabalhos utilizando unicamente esta técnica de pesquisa (DENZIN & LINCOLN, 2003; PRIOR, 2003).

Para Spink (2004) e Medrado (2004), quaisquer formas de registro humano, como livros, arquivos, notas autobiográficas, produções de organizações públicas, atas, fitas de vídeo, fotografias, jornais são consideradas documentos.

Já Denzin e Lincoln (2003) diferenciam documentos de registros: os primeiros seriam todos os materiais escritos sem uma finalidade “formal”, enquanto os segundos se referem particularmente àqueles produzidos por entidades oficiais. Essa diferenciação se deve principalmente ao seu acesso pelo pesquisador, uma vez que os registros, assim considerados, podem estar indisponíveis, protegidos por leis, visando à privacidade, confidencialidade e anonimato das fontes.

Para se realizar a análise documental, devem ser levados em consideração durante a etapa de recolha e seleção dos documentos a finalidade da pesquisa, o tempo disponível e a credibilidade dos materiais acessados (CHIZZOTTI, 1995).

É necessário considerar ainda que os escritos nem sempre revelam um significado único: por ser um registro humano, sua análise depende fundamentalmente do contexto em que foi produzido e em que é lido, uma vez que a distância espaço-temporal entre o “escritor” e o “leitor”, no caso o pesquisador, permite múltiplas reinterpretações (DENZIN & LINCOLN, 2003). Nesse sentido, vale ressaltar, durante a análise documental, o objetivo da sua produção, já que o documento é, ao mesmo tempo receptáculo – de comandos, instruções – e agente, pois, por meio dele ações são executadas, o que lhe concede também poder (PRIOR, 2003).

Segundo Spink (2004), documentos de domínio público são produtos sociais tornados públicos, permitindo sua análise aberta. Podem refletir as transformações

lentas em posições e posturas institucionais assumidas pelas mesmas num determinado contexto histórico, político ou social.

No contexto da pesquisa que se apresenta, os documentos privilegiados foram:

- Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista;
- Projeto Político-Pedagógico dos Cursos de Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física.

Estas escolhas documentais respondem aos objetivos propostos para esta pesquisa e assentam-se no entendimento de que o projeto político-pedagógico constitui um documento que apresenta as definições básicas das perspectivas e propostas socioeducacionais e políticas assumidas (PINTO & RANGEL, 2004) pela instituição perante a sociedade.

Foi feito um protocolo de Análise Documental (Anexo I), para categorização dos dados obtidos. Este protocolo foi dividido em duas partes, das quais constaram:

- a) na primeira parte, dados relativos à identificação do documento (tipo de documento, localização, estrutura e conteúdo);
- b) na segunda parte, as concepções de interdisciplinaridade, sua localização e transcrição do documento original.

Foi realizada ainda uma breve entrevista com o diretor acadêmico do *Campus* Baixada Santista, Prof. Dr. Nildo Alves Batista, a fim de se obter um relato sobre o processo de construção dos Projetos Político-Pedagógicos.

### **3.3 O processo de coleta de dados**

Iniciou-se a coleta de dados pela busca do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista. Este se encontra disponível para consulta na internet desde a finalização da sua primeira versão, em fevereiro de 2007.

Pela facilidade de acesso ao documento disponível em meio eletrônico, optou-se por baixar o documento em arquivo .pdf. Utilizando o computador pessoal e seu



provedor de serviços, a pesquisadora acessou o *site* da UNIFESP, através da URL [www.unifesp.br](http://www.unifesp.br).

Buscou-se a página correspondente ao portal da Pró-Reitoria da Graduação, em seguida o *site* do *Campus* Baixada Santista, onde o arquivo está armazenado. Foi então realizado o *download* do documento, posteriormente aberto, utilizando o programa Adobe Reader®, e em seguida impresso.

Os Projetos Político-Pedagógicos dos Cursos de Psicologia, Fisioterapia, Educação Física, Terapia Ocupacional e Nutrição somente ficaram disponíveis em março de 2008. Foram utilizados os mesmos procedimentos já descritos para a coleta do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista.

O relato do Prof. Dr. Nildo Alves Batista foi gravado, utilizando-se um mini-gravador digital, e posteriormente transcrito na íntegra. A transcrição foi então enviada para o entrevistado em arquivo Word for Windows®, para que fosse corrigida e autorizada a ser utilizada como fonte nesta pesquisa.

### **3.4 Analisando os documentos**

Após a coleta do material, procederam-se a organização e a análise dos dados.

Optou-se por utilizar a análise temática, conforme descrito por Minayo (2004), buscando os núcleos de sentido presentes no material analisado. Realizaram-se, assim, as etapas conforme sugeridas pela autora:

- Pré-análise: foram feitas numerosas releituras do material, visando superar o que Bordieu (*apud* MINAYO, 2004, p. 197) chama de “ilusão da transparência” e então determinar as unidades de registro e as de contexto. Desta maneira, buscaram-se no texto todas as referências ao termo interdisciplinaridade ou aos seus correlatos (interdisciplinar, interdisciplinares). Foram transcritos os trechos em que estes termos apareciam para o protocolo de análise documental. As categorias constantes neste protocolo foram selecionadas *a priori*, a partir do referencial teórico. Foram considerados os conceitos de interdisciplinaridade apresentados por Pombo (2006), Fazenda (2003) e Japiassu (2006), quais sejam: interdisciplinaridade como integração (de saberes e/ou práticas); como atitude (de

espera, de humildade, de abertura, de reciprocidade que impele à troca, ao diálogo); como ação intencional, escolha referida ao compartilhamento de poder. Assim, elas foram nomeadas como “integração”, “atitude”, “ação/prática”, “diálogo”, “troca”, “escolha”.

- Exploração do material: procedeu-se à segunda releitura do material coletado. A quantificação da frequência das unidades de contexto permitiu a identificação das concepções de interdisciplinaridade mais presentes no documento.
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: a partir da identificação das concepções sobre interdisciplinaridade, estas foram reagrupadas de acordo com o sentido principal que apresentavam (epistemológico, político ou organizacional), tendo por referência a ênfase no trabalho em equipe e a integralidade do cuidado, tópicos fundamentais da educação interprofissional. Estes novos agrupamentos constituíram as categorias selecionadas *a posteriori*. Foi possível, então, mapear a interdisciplinaridade no documento analisado como um “modo diferente” de conhecer, de fazer, de viver junto. É preciso ressaltar que todos esses agrupamentos se inter-relacionam. Assim sendo, destas inter-relações surge uma nova categoria: um modo diferente de ser, que subsidia a existência das anteriores.

### **3.5 Procedimentos éticos**

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob o parecer de nº 0075/07 (Anexo II).

Foi enviado um Termo de Autorização (Anexo III) à diretoria acadêmica do *Campus* Baixada Santista, para que o estudo fosse realizado e a pesquisadora tivesse acesso aos documentos que, porventura, não estivessem disponíveis para consulta pública.

## **IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

*O mundo não é. Ele está sendo.*

Paulo Freire (1921-1997)

#### 4.1 Os Projetos Político-Pedagógicos do *Campus* Baixada Santista

Conforme já assinalado, o Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo começou a ser organizado em 2005 e sua primeira versão foi finalizada em fevereiro de 2007.

Contendo 128 páginas, o documento se divide em doze partes, que abrangem o histórico da UNIFESP, o processo de expansão da Universidade e a incorporação do *Campus* Baixada Santista, suas áreas de abrangência e de conhecimento, os princípios direcionadores do Projeto Político-Pedagógico, bem como os objetivos da Graduação, o papel da educação interprofissional na formação de profissionais de saúde, o desenho curricular dos cursos, os planos de ensino dos módulos do primeiro ano, a semana-padrão e as áreas disciplinares que compõem cada módulo da 1ª série.

Os projetos político-pedagógicos dos cursos também foram organizados pelo diretor acadêmico, juntamente com os coordenadores dos cursos e responsáveis pelos eixos temáticos. Foram finalizados em março de 2008. O quadro, a seguir, caracteriza os documentos, quanto ao número de páginas e partes que os compõem:

Quadro 1. Descrição dos componentes dos projetos político-pedagógicos dos cursos do *Campus* Baixada Santista

<b>Curso</b>	<b>Páginas</b>	<b>Partes</b>
Psicologia	100	14
Educação Física	142	16
Fisioterapia	116	17
Terapia Ocupacional	125	20
Nutrição	145	18

Fonte: Projetos Político-Pedagógicos dos Cursos do *Campus* Baixada Santista (UNIFESP, 2008a, 2008b, 2008c, 2008d, 2008e).

As seguintes partes são comuns aos projetos do *campus* e dos cinco cursos:

- I. Introdução;
- II. A Unifesp: aspectos históricos, especificidade e abrangência;
- III. A UNIFESP e seu processo de expansão: a incorporação do *Campus Baixada Santista*;
- IV. O *Campus Baixada Santista*: área de abrangência;
- V. O *Campus Baixada Santista*: áreas de conhecimento;
- VI. Os princípios direcionadores do Projeto Político-Pedagógico do *Campus Baixada Santista*:
  - A indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão;
  - A pesquisa como elemento impulsionador do ensino e da extensão;
  - A prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico;
  - A problematização do ensino a partir da prática e da pesquisa;
  - A interdisciplinaridade;
  - A postura ativa do estudante na construção do conhecimento;
  - A postura facilitadora/mediadora do docente no processo ensino/aprendizagem;
  - A integração com a comunidade;
  - A integração entre os diferentes níveis de ensino e pesquisa;
  - A dinamicidade do plano pedagógico: construção e reconstrução permanente;
  - A avaliação formativa como *feedback* do processo;
  - Desenvolvimento docente.
- VII. Objetivos gerais da Graduação;
- VIII. A educação interprofissional na formação de profissionais de saúde: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado;
- IX. O desenho curricular dos cursos;
- X. Organização do curso:
  - Eixo: *O ser humano em sua dimensão biológica*;
  - Eixo: *O ser humano e sua inserção social*;
  - Eixo: *Trabalho em saúde*.

A descrição da história, segundo Pinto e Rangel (2004), possibilita a retomada dos sentidos e valores essenciais, dos motivos, perspectivas, enfim, das “razões de ser” de uma instituição, que sustentam a certeza de algo que se criou, prosseguiu, superou obstáculos e se consolidou, permitindo àqueles que dão continuidade aos seus rumos construir mudanças, um “fazer uma nova história”, reconhecendo, no entanto, que estas não podem ser edificadas sem suas fundações.

Assim, a história da Universidade Federal de São Paulo, cuja trajetória como Escola Paulista de Medicina se inicia em 1933, remonta ao período da reforma social implantada pelo governo Vargas (1930-1937), com vistas à modernização do país. Em 1939, têm início as atividades da Escola Paulista de Enfermagem.

No período de reorganização do pós-guerra, na década de 1950, a instituição é federalizada pela Lei nº 2.712, de 21 de janeiro de 1956. A sua trajetória exprime ainda a influência das disposições no âmbito legislativo da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, de 1961, e do processo de unificação da Previdência, que demarcam a tendência à valorização do ensino tecnicista, com ênfase no modelo hospitalocêntrico, seguindo a orientação flexneriana. Neste contexto, são abertos os Cursos de Ortóptica (atual Curso de Tecnologia Oftálmica), em 1962, e de Ciências Biológicas – Modalidade Médica, em 1966.

Sob as orientações da Reforma Universitária de 1968, são instituídas a organização departamental e a reformulação do currículo, em atendimento às disposições legais. Neste período, iniciam-se as atividades dos cursos de Fonoaudiologia e de pós-graduação na instituição.

Em consonância ao movimento de reforma sanitária das décadas de 1970 e 1980, têm início os programas IDA na Escola Paulista de Medicina e as atividades de extensão, com especial atenção à assistência da população materno-infantil no município de Embu das Artes.

O processo de redemocratização do país e a promulgação da Carta Magna de 1988, bem como a instituição do SUS, que assume a saúde como direito do povo e dever do Estado, indicam novos direcionamentos das políticas públicas para o setor. A tramitação do projeto de Lei 9.394/96 (LDB/1996) fomenta as discussões internas e o anseio pelo fortalecimento institucional, que se consolida com a transformação da

Escola Paulista de Medicina de instituição isolada de ensino superior em universidade, em 1994. Consoante à valorização da educação tecnológica expressa na LDB, é criado o curso de Tecnologia Oftálmica em 1997, pioneiro na proposta de um curso superior de tecnologia médica no país.

No contexto da globalização da economia informacional e da mudança dos processos de produção para o modelo toyotista (CASTELLS, 1992; RÉGNIER, 1997), bem como da complexificação dos problemas sociais em âmbito mundial (SANTOS, 2006), impõe-se a exigência da reformulação do processo formativo em saúde. Neste contexto, são instituídas as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Saúde, em 2001, e são lançados os programas de incentivo à reformulação curricular com vistas à concretização do SUS (PROMED, Aprender - SUS, Pró-Saúde), dos quais a UNIFESP participou.

A criação do *Campus* Baixada Santista se inscreve no movimento de incentivo, por parte do governo, à expansão de vagas do ensino superior público federal.

À parte a contextualização histórica da instituição, a definição do contexto social, com dados históricos, geográficos e demográficos sobre a cidade de Santos, conforme caracterizado no documento, reflete a preocupação dos organizadores com a inserção do *campus* na sociedade, uma vez que a comunidade dos interessados no projeto de uma escola não se limita ao seu interior, ou apenas aos sujeitos imbricados diretamente no seu processo de construção, mas se refere a todos os setores sociais aos quais esta escola se articula (PINTO & RANGEL, 2004).

A Região possui uma situação geográfica privilegiada, com a proximidade de São Paulo, capital do Estado e com o principal porto da América Latina... Entre a população residente estima-se 19,8% de moradores em favelas, moradores de cortiços e moradores de rua... (PPP *Campus* Baixada Santista, UNIFESP, 2007, p. 21, 23).

Existe identidade entre os projetos dos cursos de Psicologia, Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional em relação aos objetivos específicos, ao perfil profissional almejado e às competências e habilidades a serem desenvolvidas no decorrer da graduação. Estas características se reportam ao preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Saúde e para cada profissão específica, qual seja, o compromisso com a formação de um



profissional generalista, pautada em princípios éticos e humanísticos, com ênfase no trabalho em equipe e na perspectiva da integralidade do cuidado (BRASIL, 2001).

As informações referentes ao corpo docente atual, à estrutura física, à biblioteca e ao acervo disponíveis para os estudantes, aos critérios de avaliação e aos programas e ementas das Unidades Curriculares dos eixos mencionados anteriormente são comuns aos projetos dos cinco cursos. Estas últimas revelam o compromisso com a concretização de um projeto de formação assentado no planejamento docente conjunto, em virtude da opção de se trabalhar com eixos comuns, que perpassam todo o percurso formativo em proporção crescente, conforme adiantado no relato do diretor acadêmico.

A obtenção do relato sobre o processo de construção do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista pelo seu diretor acadêmico, sugerida pela banca examinadora durante o momento da qualificação do projeto, foi importante para ampliar a compreensão de que a interdisciplinaridade não foi “incorporada” ao texto do documento, mas subsiste como ação intencional, definida *a priori*, tendo por referência a ênfase no trabalho em equipe e a integralidade do cuidado, tópicos fundamentais da educação interprofissional.

#### **4.2 A interdisciplinaridade nos projetos político-pedagógicos: explorando os achados a partir das categorias *a priori***

O vocábulo “interdisciplinaridade” e seus cognatos aparecem explícitos vinte e quatro vezes no texto do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista, sendo mencionado inicialmente no sumário, como um dos seus princípios direcionadores.

A frequência de aparecimento do termo é diferente no texto dos 5 cursos (Psicologia: 18; Fisioterapia: 24; Terapia Ocupacional: 25; Nutrição: 20; Educação Física: 25). No entanto, é importante lembrar, conforme já relatado pelo Prof. Dr. Nildo Alves Batista, que se assume que não se tem um plano isolado de cada curso, mas um plano comum do *campus*, pois ele se baseia na lógica da classe, de futuros profissionais trabalhando juntos.

Assim, identifica-se que a interdisciplinaridade é utilizada para representar a integração de conteúdos e disciplinas, como proposto por Pombo (2006) a fim de favorecer “[...] o redimensionamento das relações entre diferentes conteúdos [...]” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 40).

Esta integração, dentro do contexto do desenvolvimento da tecnologia e dos avanços científicos, visa à superação da fragmentação do conhecimento.

[Assim] [...] quebra-se a razão puramente informativa das disciplinas, tornando-as pervasivas umas às outras, sem, contudo, abrir mão da formalização científica que tal organização permite e que vem sustentando a geração de conhecimentos (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 19).

Ela poderia, então, consubstanciar a formação de “ilhas de racionalidade” para a resolução de situações do cotidiano, conforme apregoa Fourez (2001). Neste sentido, “a interdisciplinaridade constitui-se em um dos caminhos para que áreas científicas delimitadas e separadas encontrem-se e produzam novas possibilidades” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p.41).

Conforme consta na sessão V do Projeto Político-Pedagógico, integrar

[...] também implica pensar em novas interações no trabalho em equipe multiprofissional, configurando trocas de experiências e saberes numa postura de respeito à diversidade, cooperação para efetivar práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 41).

Depreende-se que o termo interdisciplinaridade também é utilizado para representar a interação de profissionais de diferentes áreas em projetos conjuntos, como descrito na atuação de nutricionistas, fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e psicólogos formados no modelo proposto, baseado na educação interprofissional, conforme exemplo a seguir, “... possibilitará o engajamento destes profissionais [Educador Físico] em equipes interdisciplinares de saúde em hospitais, clínicas, SUS, entre outros” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 34).

Referindo a integração de saberes e práticas, entendida como a configuração de troca e fecundação recíproca de novos conceitos, problemas e métodos entre os diferentes campos disciplinares, ao sentido epistemológico da interdisciplinaridade,

conforme sugerido por Pombo (2006), temos que esta é tomada como um modo diferente de conhecer.

Do mesmo modo, a integração de conteúdos e disciplinas – entendidas aqui como conjunto de conhecimentos a serem abordados por meio de matérias específicas (FURTADO, 2007) – em um percurso pedagógico que se cristaliza no plano do currículo formal, remete à interdisciplinaridade tomada como um modo diferente de fazer.

A interação de profissionais de diferentes áreas em projetos conjuntos – sejam estes no plano das atividades acadêmicas, da atuação em serviços ou da gestão institucional, e que comportam a necessidade de uma postura diferente dos sujeitos envolvidos – reporta à atitude preconizada por Fazenda (2003) e ao sentido político da interdisciplinaridade, conforme exposto por Japiassu (2006), tomada então como um modo diferente de viver junto.

Assim, na análise empreendida, observou-se que a interdisciplinaridade, no Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista e dos cursos de Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Nutrição e Educação Física, é tomada como perspectiva (ou modo diferente de conhecer), instrumento (ou modo diferente de fazer) e interface (ou modo diferente de viver junto). A confluência destas três categorias iniciais implica a caracterização de uma quarta: a interdisciplinaridade tomada como alicerce (ou modo diferente de ser), que integra e dá suporte às três primeiras.

### **4.3 Compreendendo a interdisciplinaridade no Projeto Pedagógico do *Campus* Baixada Santista a partir das categorias *a posteriori***

#### **4.3.1 A interdisciplinaridade como perspectiva**

“Perspectiva: arte de representar os objetos sobre um plano tais como se apresentam à vista” (FERREIRA, 2001, p. 530).

A interdisciplinaridade tomada como perspectiva representa um modo diferente de conhecer. Implica a assunção de outros modos de construir ciência, assim como outros modos de aprender.

“Aprender é, também, poder mudar, agregar, consolidar, romper, manter conceitos e comportamentos que vão sendo (re)construídos nas interações sociais” (UNIFESP, 2007, p. 41).

Revela-se na disposição da universidade de buscar

... alcançar uma estrutura meta-disciplinar na qual o conhecimento, mesmo estando organizado em disciplinas, flui por uma rede de atores que pode utilizá-lo segundo uma lógica específica de certos contextos (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 18).

Procura-se, assim, superar a fragmentação do conhecimento e efetivar um trabalho em equipe voltado para a integralidade, uma vez que

[...] as práticas profissionais predominantes no campo da saúde são centradas em uma lógica de procedimentos técnico-instrumentais, voltadas para identificar e reparar uma alteração/lesão/doença, um “fato objetivo”. Esta busca acrítica de objetividade freqüentemente implica exclusão da subjetividade, compreendida como sendo supérflua ou até mesmo como obstáculo ao agir profissional. Desconsidera-se a história de vida, as condições sociais, a cultura, produzindo visões fragmentadas do sujeito, do adoecer, do processo de trabalho em saúde, e do mundo. Como consequência temos uma percepção reduzida e limitada das necessidades de atenção/cuidado dos indivíduos e populações. O trabalho em equipe, em geral, se resume à somatória de trabalhos parciais e parcelados, com perda da eficácia e dificuldades para escutar, estabelecer vínculos e ofertar uma atenção integral (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 58).

Esta nova perspectiva implica assumir o caráter de autoria dos sujeitos na construção do conhecimento, fruto da realidade histórica e social em que estes mesmos sujeitos se encontram, do movimento de questionamento constante do ser humano quanto às próprias posições assumidas, do respeito à individualidade e da abertura à investigação, procurando o estabelecimento de relações entre as disciplinas e convergindo para a ação realizada entre estudantes e professores, num trabalho cooperativo e reflexivo, conforme nos coloca Bordoni (2002).

Nesse sentido, a interdisciplinaridade como perspectiva se revela

[...] na compreensão da formação em saúde como processo de práticas sociais, permeado pelas concepções de saúde, adoecimento, condicionantes históricos, abrangendo diferentes dimensões da vida

humana (educação, trabalho, condições de vida, subjetividade, relações sociais) (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 55).

O alargamento dos horizontes acadêmicos torna-se imprescindível para a assunção da integralidade do cuidado como princípio norteador da formação, que implica ampliar os escopos das abordagens e práticas em medicina e saúde, com a inclusão de outros campos de conhecimento, uma vez que não é possível apreender as necessidades de saúde de forma ampliada, considerando seus condicionantes sociais, econômicos, políticos e culturais, e organizar as suas intervenções, baseando-se exclusivamente nos determinantes biológicos do processo de adoecimento (PINHEIRO & MATTOS, 2006).

Esta disposição se consolida, no âmbito do projeto político-acadêmico estudado, no processo de construção dos quatro eixos dos cursos – *O ser humano em sua dimensão biológica*, *O ser humano e sua inserção social*, *Trabalho em saúde e Aproximação à uma prática específica em saúde* – bem como nos planos de ensino, ao enfatizar o caráter histórico das diferentes práticas em saúde, sejam elas específicas ou não. Os exemplos a seguir explicitam esta concepção:

Desenvolver conteúdos que favoreçam a reflexão sobre o significado da alimentação humana nos contextos histórico e cultural e aproximar o aluno da profissão, apresentando sua origem, cenário atual e perspectivas futuras. (Módulo: “O nutricionista em seus diferentes cenários”) (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 87).

Reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano (PPP *Educação Física*, UNIFESP, 2008b, p. 53).

Também pode ser apreendida na percepção ampliada de saúde (para além da concepção reducionista de ausência de doença) e de educação (como modo de transmissão de conhecimento), que exigem nova postura de docentes e discentes, instituições e serviços, como preconizam Chatterjee (2006) e Orchard (2006).

Busca superar as concepções reducionistas e suas relações de causalidade linear, e contribuir para a instauração de uma cultura acadêmica que se nutre da dúvida, do diálogo entre diferentes, do alargamento dos caminhos de produção dos conhecimentos científicos e da perspectiva plural dos saberes e experiências humanas (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 59).

Passa pela compreensão que “o organismo funciona como unidade e que os sistemas interagem para garantir a saúde e a qualidade de vida” (Módulo “Do átomo

à célula”, eixo *O ser humano em sua dimensão biológica*, PPP Campus Baixada Santista, UNIFESP, 2007, p. 78).

Esta nova perspectiva implica “articular o conhecimento de forma holística e generalista” (Módulo “Dos tecidos aos sistemas”, eixo *O ser humano em sua dimensão biológica*, PPP Campus Baixada Santista, UNIFESP, 2007, p. 75).

Pretende, assim,

Instrumentalizar os estudantes para identificar necessidades de saúde individuais e coletivas;  
Contribuir para o desenvolvimento no estudante da capacidade de olhar, observar, investigar e dialogar;  
Possibilitar a compreensão da dimensão relacional existente no trabalho em saúde (Módulo: “Saúde como processo: contextos, concepções e práticas”, eixo *O ser humano e sua dimensão social*, PPP Campus Baixada Santista, UNIFESP, 2007, p. 72).

Desta maneira, a interdisciplinaridade tomada como perspectiva aponta para a possibilidade de construção de um percurso formativo mais comprometido com a realidade social, mas que exige um modo diferente de agir, de “fazer saúde”.

#### **4.3.2 A interdisciplinaridade como instrumento**

Instrumento, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2001, p. 393), é o recurso empregado para alcançar um objetivo. Pode ser entendido também como meio, o que nos remete à idéia daquilo que utilizamos para “fazer algo”. A interdisciplinaridade como instrumento nos revela, então, um modo de fazer diferente,

... a ruptura com os modelos disciplinares rígidos e a busca por um projeto de formação em saúde que signifique integração de diferentes conhecimentos e áreas disciplinares e profissionais (PPP Campus Baixada Santista, UNIFESP, 2007, p. 47).

Este modo diferente de fazer implica “a criação de estrutura curricular que preveja a integração progressiva dos currículos [...] e das disciplinas [...]” (PPP Campus Baixada Santista, UNIFESP, 2007, p. 19).

No projeto político-pedagógico, transparece na inversão da lógica disciplinar, da formação profissional pensada em si, abrindo espaço para o interprofissionalismo.

[...] a concretização de propostas de educação interprofissional implica assumir uma nova organização curricular que priorize as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde. Isto significa o desenvolvimento de uma cultura de ensino-aprendizagem caracterizada pelas trocas e saberes partilhados, estabelecendo espaços formativos mais significativos e comprometidos com a prática do trabalho em equipe (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 49).

O documento aponta a disposição para construção de projetos em parceria com os serviços, que visam atender às demandas de saúde da população local, coadunados com os princípios e preceitos do Sistema Único de Saúde. Desta forma, a busca por novos cenários de ensino-aprendizagem potencializadores de encontros interdisciplinares se faz presente, de maneira que

[...] o contato dos estudantes com os serviços de saúde e a integração do projeto pedagógico com a Secretaria de Saúde do município ocupam um papel fundamental na formação dos futuros profissionais (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 51).

Esta preocupação se assenta na percepção de que o estudante deve ser capaz de refletir a sua formação profissional à luz do sistema de saúde em que se insere, caso contrário, ela se torna sem sentido (WERNECK, 1996).

A interdisciplinaridade como instrumento ainda se revela como forma de efetivar práticas transformadoras, desvelando

... itinerários de aprendizagem múltiplos na educação interprofissional, compreendendo os campos da observação, ação, troca, simulação e prática em contextos reais. Configura-se uma rede de situações e relações que envolvem os estudantes em seus processos de expressar pontos de vista, abordar problemas, explorar as diferentes possibilidades de compreender a realidade, apropriar os conteúdos e articular teoria e prática (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 49).

A formação de turmas mistas para participação nas diferentes atividades em três dos quatro eixos, durante todo o período de formação, pretende que o misturar-se implique “criar uma disponibilidade para conviver com o outro, conhecendo-o melhor, respeitando-o em suas singularidades e buscando construir relações interpessoais mais inclusivas” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 50).

Da mesma forma, a aproximação destas turmas mistas aos diferentes contextos e grupos sociais da cidade de Santos (portuários, pescadores, comerciantes, moradores de favelas, cortiços, classe média, idosos entre outros), nas atividades dos eixos *O ser humano e sua inserção social* e *Trabalho em saúde*, visando

reconstruir a história de vida dos moradores e da cidade, permite aos estudantes perceber os diferentes modos de vida: moradia, trabalho, lazer e cultura e desenvolver a capacidade de olhar e dialogar com o “outro”.

A criação do módulo “Clínica Integrada”, no eixo *Trabalho em Saúde*, sinaliza para a tentativa de concretização desta proposta, de modo que os estudantes possam desenvolver “ações educativas comuns à prática dos diversos profissionais de saúde”, ao mesmo tempo que põem em prática “ações de promoção, prevenção e atenção à saúde em suas áreas específicas” (Objetivos específicos do Módulo “Clínica Integrada: a atuação em grupos populacionais”, do eixo *Trabalho em Saúde*, PPP Fisioterapia, PPP Nutrição, UNIFESP, 2008c, 2008e).

No entanto, a interdisciplinaridade como instrumento exige uma nova forma de atuar dos docentes, que devem sair da métrica disciplinar e se abrir para as discussões com os colegas de outras áreas, ou seja, “... considerar ângulos ainda não descortinados e/ou valorizados, revisitar o já conhecido e abrir-se para caminhos novos” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 51).

Devem estar aptos a desenvolver projetos que propiciem situações de aprendizagem mobilizadoras da produção coletiva de conhecimento e participar ativamente da construção e reconstrução do projeto político-pedagógico, tornando-se “... co-responsáveis pelos rumos e rotas da proposta de formação em saúde” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 50).

Em contrapartida, a instituição deve valorizar a prática assistencial e educativa destes docentes e abrir espaços para fomentar a sua participação nas diferentes atividades, projetando

[...] espaços de formação dos professores que sejam norteados pela valorização da prática cotidiana, privilegiando os saberes que os professores já construíram sobre o seu trabalho assistencial e educativo e desenvolvendo possibilidades de refletir sobre a própria prática, identificando avanços, zonas de dificuldades e nós críticos na relação ensino-aprendizagem, bem como formulando, em parceria com outros colegas, caminhos de transformação da docência universitária (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 44).

Identifica-se, deste modo, que a interdisciplinaridade tomada como instrumento possibilita a construção de práticas concretas de aproximação e integração entre os



diferentes atores envolvidos na formação profissional em saúde, mas que demanda um modo diferente de viver junto.

### **4.3.3 A interdisciplinaridade como interface**

Recurso que permite a comunicação ou interação entre dois sistemas ou organismos: assim o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2001, p. 396) define a palavra “interface”. Entendida desta forma, a interdisciplinaridade no projeto político-pedagógico do *Campus* Baixada Santista sinaliza para um modo de viver junto diferente, a fim de que cada indivíduo possa “... participar e cooperar com os outros em todas as atividades humanas...” (PPP *Campus* Baixada Santista, UNIFESP, 2007, p. 37).

Este modo de viver demanda do indivíduo “postura crítica e uma atitude flexível de análise e ajustamento a diferentes contextos e problemas” (PPP Psicologia, UNIFESP, 2008a, p. 30).

Implica, de parte a parte, a assunção do respeito à diferença, à diversidade. Ao mesmo tempo, o movimento de questionamento e dúvida requer abertura para relativização das certezas e implica o reconhecimento da importância das experiências e conhecimentos do outro, “... demandando olhares diferentes, que ora se complementam, ora se confrontam, mas que possibilitam um nível mais ampliado de compreensão da realidade” (PPP *Campus* Baixada Santista, UNIFESP, 2007, p. 49).

Para tanto, é preciso haver o exercício permanente do diálogo, assumindo a cooperação mútua e a parceria na construção dos caminhos de formação profissional, tanto para docentes, quanto para discentes, conforme a concepção de Furlanetto (2004).

Esta parceria possibilitaria a ambos

Atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética (PPP Fisioterapia, PPP Terapia Ocupacional, UNIFESP, 2008c, 2008d, p. 36 e 39).

A interdisciplinaridade como interface se explicita no encontro entre profissionais de áreas básicas e profissionais específicas para discussão de temas, em que

[...] momentos interdisciplinares e interprofissionais de discussão (seminários, casos motivadores e discussão de situações práticas relacionadas ao atendimento ao paciente) reunirão os professores deste eixo [*“O ser humano em sua dimensão biológica”*] com os professores das áreas específicas de formação profissional (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 55).

Também pode ser percebido na articulação dos trabalhos efetuados nos quatro eixos que integram o currículo, este entendido como “... uma construção social que se elabora no cotidiano das relações institucionais...” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 43).

A interdisciplinaridade como interface está presente na disposição de formação de turmas mistas dos cinco cursos de graduação, objetivando

... modificar atitudes e percepções na equipe, melhorar a comunicação entre os profissionais, reforçar a competência colaborativa, contribuir para a satisfação no trabalho, construir relações mais abertas e dialógicas, assim como integrar o especialista na perspectiva da integralidade no cuidado (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 48).

Do mesmo modo, configura-se na aproximação com os diversos grupos que integram a população da zona portuária onde o *campus* se localiza, tencionando “... aproximar a formação do aluno às realidades, nacional e regional, de saúde e de trabalho” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 42).

Esta aproximação se dá na perspectiva de que o cuidado integral demanda

... um trabalho em saúde que transcende os fazeres individualizados de cada profissão, assumindo a importância da equipe. Projeta -se, assim, um profissional de saúde que, não abrindo mão da formação específica, possa estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão, ao interprofissionalismo presente em suas ações (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 47).

Este modo diferente de viver junto se consubstancia na parceria construída entre os serviços e a universidade, numa perspectiva que não apenas

... supera a simples utilização da rede de serviços como campo de ensino, mas supõe uma re-elaboração da articulação teoria-prática, ensino-aprendizagem-trabalho e, fundamentalmente, uma reconfiguração do contrato social da própria universidade (op. cit., p. 42).

Além disso, implica um movimento contínuo de construção e reconstrução do projeto político- pedagógico, subsidiada pela avaliação permanente "... visando à melhoria do processo de construção ativa do conhecimento por parte de gestores, professores, alunos e funcionários técnico-administrativos" (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 44).

Por fim, assenta-se na percepção da necessidade de negociação permanente entre a universidade e as esferas de governo para a valorização do ensino superior e da atenção à saúde de qualidade.

[É uma das disposições institucionais da UNIFESP] [...] a busca por parcerias para execução de projetos que aumentem a capacidade acadêmica do pessoal docente e discente, visando à melhoria das condições de prevenção a doenças endêmicas, negligenciadas e sexualmente transmissíveis no Brasil (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 17).

Desta forma, a interdisciplinaridade tomada como interface possibilita a tentativa de formação de profissionais da saúde mais comprometidos com a saúde da população e com a contribuição para uma vida mais justa e plena (ALMEIDA et al., 1999).

#### **4.3.4 A interdisciplinaridade como alicerce**

Alicerce, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2001, p. 32), significa fundação, base, fundamento. Neste sentido, a interdisciplinaridade, quando tomada como alicerce, representa os princípios que regem uma nova maneira de ser, exigida atualmente pelas transformações sociais contemporâneas e no mundo do trabalho, como o processo de globalização na era da economia informacional e a flexibilização dos modos produtivos (CASTELLS, 1992; RÉGNIER, 1997).

Estas mudanças visam superar as visões dicotômicas (básico-clínica, teoria-prática) e reducionistas (biologicista) que marcam o modelo tradicional e que apostam no sucesso de um novo modelo de formação em saúde.

Este Projeto Pedagógico tem como ênfase a educação interprofissional e interdisciplinar e visa à formação de profissionais de saúde:

- comprometidos com atuações consistentes, críticas e potencialmente transformadoras da realidade social;
- preparados para o trabalho em equipe e para a oferta de cuidado integral (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 58).

Deste modo, a interdisciplinaridade como modo diferente de ser se consolida ao valorizar a reflexão e a criticidade, os contextos sócio-históricos, a trajetória dos sujeitos, princípios educativos da proposta pedagógica de Paulo Freire (2003), assim como ao assumir escolhas políticas que rompem com o modelo tradicional de ensino.

Este modo diferente de ser implica assumir uma nova perspectiva (um modo diferente de conhecer), bem observada na Introdução do Projeto Político-Pedagógico do *Campus Baixada Santista*.

Neste contexto, exigem-se, evidentemente, novos cenários e propostas de ensino, no sentido de fomentar a formação de profissionais fundamentada em práticas que incorporem a reflexão contextual da realidade, mediada por um processo de ensino-aprendizagem interativo através do qual se consolidem atitudes de autonomia, criatividade, cientificidade, auto-aperfeiçoamento, cooperação, negociação entre outras (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 6).

Na mesma direção, a fala do Prof. Dr. Nilton Alves Batista, diretor acadêmico do *campus*, revela o sentido de uma visão interdisciplinar: um mesmo objeto analisado a partir das diferentes profissões e óticas disciplinares, possibilitando que alunos e professores se reconheçam e projetem atuações comuns como profissionais da saúde.

Assim, ao se buscar efetivar a indissociabilidade ensino-pesquisa-extensão, a prática profissional como eixo e a pesquisa como elemento impulsionador, o Projeto Político-Pedagógico sinaliza a disposição para a abertura, uma atitude interdisciplinar para conhecer mais e melhor; de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível (FAZENDA, 2003).

Da mesma forma que o ensino está presente na formação do pesquisador e nas atividades extensionistas da Universidade, a pesquisa encontra na extensão e no próprio ensino campos fecundos de investigação. Por outro lado, as atividades de extensão possibilitam novas dimensões do processo formativo da Universidade, aproximando os estudantes da realidade local e regional da área de abrangência da Universidade e alimentando os projetos de pesquisa e construção de novos conhecimentos (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 38).

Este modo diferente de ser implica assumir o movimento de questionamento e dúvida das próprias certezas, visando superar problemas do cotidiano, de acordo com a concepção de interdisciplinaridade de Bordoni (2002) e Fourez (2001), a fim

de abarcar a complexidade do real, assumindo “[...] princípios que envolvem assunção da realidade como ponto de partida e chegada da produção do conhecimento” (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 40).

A ênfase na parceria (para pensar em novas relações no trabalho em equipe), que implica rever os papéis dos alunos (de depositário para construtor do conhecimento), dos professores (de transmissor para facilitador/mediador do processo ensino-aprendizagem, o que exige desenvolvimento docente), dos serviços e da comunidade (que passam a ser vistos não apenas como receptores da atenção à saúde, mas como organismos de controle social), na perspectiva da integralidade do cuidado, consubstancia um modo diferente de conhecer, de fazer e de viver junto, que possibilita um modo diferente de ser.

A percepção da multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais como coletivos, demanda novos cenários para o ensino-aprendizagem na área da saúde. Neste sentido, a integração do ensino com os serviços visa a uma melhor organização da prática docente assistencial, nos vários níveis de atenção à saúde (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 42).

Assim, um modo diferente de ser, caracterizado pelo exercício permanente do diálogo e pelo respeito à diversidade, exige uma postura de abertura para negociações e novas escolhas (como assumir a integração entre os diferentes níveis de ensino e pesquisa, uma nova dimensão de currículo e a permanente reconstrução do Projeto Político-Pedagógico).

Identifica-se, ainda, a necessidade de que o Projeto Pedagógico seja objeto de estudo pelo docente e pela Instituição, produzindo-se um conhecimento sobre sua importância no desenvolvimento do PPI e construindo alternativas de lidar com as dificuldades e entraves que emergem em todo o processo transformador (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 43).

A Universidade, ao projetar a expansão para outros campos do conhecimento, numa proposta de incorporar, paulatinamente, novas competências institucionais, revela a disposição de se abrir para novos caminhos, sinalizando uma perspectiva plural:

Desta maneira, a UNIFESP já planejou sua expansão para novas áreas do conhecimento. Uma vez que tem consolidada a experiência acumulada nas áreas da saúde, faz sentido pautar a expansão universitária em novos cursos que apresentem íntima relação com ciências biológicas e ambientais, além da educação. Esta estratégia de expansão se mostra especialmente pertinente, permitindo que ocorra um processo contínuo de aprendizagem institucional, à medida que novas competências sejam progressivamente incorporadas. É um modo de crescer e se expandir com segurança, partindo do que já é capaz de fazer, utilizando a plethora de

ativos tangíveis e intangíveis consolidados para lograr, passo a passo, novas competências (PPP *Campus Baixada Santista*, UNIFESP, 2007, p. 8).

Ao entender o processo de expansão como instrumento de fortalecimento do papel institucional, a Universidade aponta para um movimento interdisciplinar, expresso na intencionalidade e na necessidade de escolhas e negociações que a ação interdisciplinar exige (JAPIASSU, 2006). No caso do processo de expansão da UNIFESP, este necessitou de negociações com as três esferas de governo de maneira que estas apoiassem não somente o aumento da área de abrangência geográfica, mas também o aumento do escopo acadêmico para outras áreas do conhecimento, visto que até então a Universidade detinha experiência apenas na área da saúde.

#### **4.4 Discutindo potencialidades e desafios**

A interdisciplinaridade, como princípio formativo, permite-nos pensar num novo caminho para a formação em saúde, ao possibilitar uma visão ampliada dos contextos, dos sujeitos, dos processos de formação profissional e de produção do conhecimento.

A proposta inovadora do Projeto Político-Pedagógico do *Campus Baixada Santista* se inscreve em meio aos diferentes movimentos históricos que perpassam a edificação da Escola Paulista de Medicina em Universidade Federal de São Paulo e possibilitaram sua construção:

- a promulgação da Constituição Federal e a instituição do Sistema Único de Saúde;
- a instauração das Diretrizes Curriculares Nacionais, por meio da parceria entre os Ministérios de Educação e da Saúde;
- o fomento à interiorização das instituições federais de ensino superior pelo governo federal, o que acarretou o processo de expansão da UNIFESP;

- a participação da Universidade em programas visando mudanças na formação profissional em saúde, consoantes com as discussões em âmbito internacional, e o apoio institucional para a sua aprovação.

Para a efetivação desta proposta, o documento aponta ser de fundamental importância a participação e o compromisso dos diversos parceiros da Universidade: a prefeitura do município que recebe o novo *campus*, os docentes contratados, os serviços nos quais os estudantes estagiarão durante a formação profissional.

Um desafio que se esboça refere-se à gestão acadêmica de maneira coletiva. Este movimento de compartilhamento decisório, contando com a representação de todos os setores no colegiado do *campus*, parece responder à necessidade inicial de mudanças estruturais na Universidade para que a interdisciplinaridade se efetive, como sinalizado por Orchard et al. (2005) e Rattner (2003).

No entanto, alguns questionamentos se colocam: como os docentes e os serviços vêm sua participação no processo de implantação dos cursos? Nesta mesma direção, importa a confiança dos candidatos que prestam o vestibular para os cursos neste novo modelo. Seria interessante, então, conhecer qual é a expectativa dos estudantes que ingressam nos cursos do *Campus Baixada Santista* em relação a este modelo de formação.

O Projeto Político-Pedagógico do *Campus Baixada Santista*, ao inovar o modelo de formação, adotando a interdisciplinaridade e a educação interprofissional como princípios fundamentais, pretende superar a ótica disciplinar, a visão dicotômica e reducionista. Ao se assumir que não existe um plano isolado de cada curso, mas um plano comum do *campus*, sinaliza-se que esforços estão sendo envidados para a referida superação.

Poder-se-ia entender que a diferença entre a frequência de utilização do vocábulo “interdisciplinaridade” entre os cursos não implicou maior ou menor importância dada ao tema para cada um deles, porém, ela pode indicar a disposição de abertura para o trabalho interprofissional de cada um dos campos disciplinares constituídos historicamente, de acordo com sua trajetória. Deste modo, a escolha de cursos de áreas disciplinares, cujos profissionais são historicamente reconhecidos como parte

integrante de equipes de saúde, pode sugerir uma facilidade para a implementação do Projeto Político-Pedagógico.

A integração de conteúdos dentro dos eixos e os momentos comuns e de aprofundamento também favorecem o desenvolvimento de uma abordagem interdisciplinar. No entanto, é necessária a compreensão do que efetivamente seja esta referida integração de conteúdos. Pela polissemia que o termo “interdisciplinaridade” comporta, esta integração pode sinalizar, conforme Fourez (2001), desde a comunicação de idéias, sinalizando para a cooperação e articulação disciplinar, até a fusão total de conceitos, métodos e instrumentos, remetendo à transdisciplinaridade.

Esta dificuldade de consenso transparece no Projeto Político-Pedagógico ao se detectar este último vocábulo no texto dos planos dos cursos de Psicologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. O que seria um modo de atuar “transdisciplinarmente”? Esta questão abre um novo espaço de discussão, que não pode se esgotar nesta pesquisa.

Ao aspirar à transformação de práticas sociais, a interdisciplinaridade fundamenta um novo modo de fazer saúde, como ressaltam Buchabqui et al. (2006). No entanto, essa transformação só poderá ocorrer através da compreensão dos papéis de cada ator no cenário social: do profissional, que deve ir além de sua capacidade técnica; da equipe de saúde, que deve superar os fazeres individualizados e justapostos; das instituições, que devem permitir sua abertura para novos modos de produção de ciência; da comunidade, que deve atuar como co-gestora da atenção à saúde.

A ênfase na formação como prática social, a constituição intencional de classes “misturadas” que partilham experiências conjuntas desde o ingresso na Universidade e a permanente articulação teoria-prática neste modelo inovador indicam a possibilidade de que os futuros profissionais entendam a produção de saúde e o processo de adoecimento como culturalmente determinados e estejam mais preparados para a integralidade do cuidado, conforme pontuam Pinheiro e Mattos (2006).

Do mesmo modo, a implantação da clínica integrada aponta para um cenário privilegiado de construção destas práticas e a possibilidade de efetivação de uma



equipe interprofissional, não obstante os desafios que o enfrentamento das tensões internas geradas provoquem, como já revelado por Peduzzi (2001) e Furtado (2007). É necessário que a preocupação com a interdisciplinaridade não esteja centrada no agir de alguns profissionais, como apontam Garcia et al. (2007), uma vez que, como nos alerta Japiassu (2006), não é o fato de especialistas coabitarem harmonicamente que faz desse encontro uma ação interdisciplinar.

Outro objeto de estudo que parece se desvelar são as concepções e percepções da população que será atendida por estes profissionais, neste contexto denominado *Clínica Integrada*: como os usuários percebem o cuidado prestado pelos estagiários?

Estudos demonstram não haver consenso sobre o tempo mais adequado para destinação das atividades interprofissionais. Outro ponto importante abordado na literatura é o tempo destinado às atividades específicas num currículo pautado na educação interprofissional (POLLARD et al., 2006; BARR, 1988; ZWARENSTEIN et al., 2007; PARSELL & BLIGH, 1999; REID et al., 2006). Os estudantes precisam ter clareza de seu papel como profissionais dentro da equipe, para que seus conhecimentos e habilidades possam ser somados aos dos demais membros, melhorando assim a atenção e o cuidado ao paciente.

Neste sentido, a opção de se trabalhar com eixos comuns, que perpassam todo o percurso formativo em proporção crescente, não secundarizando e nem supervalorizando sejam os conteúdos comuns ou os conteúdos específicos, parece buscar uma formação que não negue a excelência das práticas de saúde características de cada profissão, mas que as compreenda como forjadas em meio a práticas coletivas e interprofissionais.

É preciso ainda que se instaure a possibilidade de reflexão sobre a prática profissional nos diferentes contextos de formação, não apenas dentro das instituições formadoras. Refletir sobre a prática implica que todas as instâncias estejam abertas à negociação entre as partes.

Desta maneira, cabem aqui outros questionamentos: estas mudanças estão se efetivando no dia-a-dia? Como avaliar estas mudanças, principalmente de atitude e de prática efetiva?

Segundo alguns autores (BARR, 1988; ZWARENSTEIN et al., 2007), a avaliação é o ponto crucial das iniciativas de educação interprofissional no mundo: estudos, como os Luecht et al. (1990), Parsell & Bligh (1999) e Reid et al. (2006), têm sido realizados para a criação de instrumentos de avaliação quanti e qualitativos, principalmente no que concerne à mudança de atitudes dos estudantes.

Mais uma questão que se levanta ao se pensar sobre isso é: como dar continuidade às mudanças, após o período de formação profissional? A interdisciplinaridade e o interprofissionalismo não podem estar presentes apenas durante a graduação, mas devem ser o modo de constituir equipes de saúde voltadas para o cuidado integral no âmbito hospitalar, ambulatorial e na atenção primária, conforme apontado por D'Amour e Oadansan (2006).

Não obstante, a opção em assumir a interdisciplinaridade como princípio direcionador, e que se revela no texto do Projeto Político-Pedagógico, enquanto alicerce, perspectiva, instrumento e interface, na disposição de conformar um modo diferente de ser, conhecer, fazer e viver junto, parece reportar ao que Chatterjee (2002) denomina “vacina”, uma vez que este movimento importa alterações substanciais na estrutura acadêmica.

## **V. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*A mente que se abre a uma nova idéia  
jamais volta ao seu tamanho original.*

Albert Einstein (1879-1955)

A análise documental (ALVES-MAZZOTTI & GEWANDSZNADJER, 2002) do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP, este compreendido como uma das expressões das disposições institucionais, revelou que a interdisciplinaridade tem como sentido principal a integração de conteúdos e disciplinas, bem como a interação de profissionais de diferentes áreas em projetos conjuntos.

Como princípio formativo, a interdisciplinaridade é tomada como alicerce, perspectiva, instrumento e interface e funda-se no movimento de assumir, conseqüentemente, um modo diferente de ser, de conhecer, de fazer e de viver junto, quando focalizadas a ênfase no trabalho em equipe e a integralidade do cuidado, dimensões fundamentais da educação interprofissional.

A interdisciplinaridade como alicerce traduz princípios que caracterizam uma nova maneira de ser, demandada pelas transformações sociais contemporâneas e no mundo do trabalho.

Estas mudanças, no âmbito da formação em saúde, procuram superar as visões dicotômicas (básico-clínica, teoria-prática) e reducionistas (biologicista) que marcam o modelo tradicional. Deste modo, a interdisciplinaridade como modo diferente de ser valoriza a reflexão e a criticidade, os contextos sócio-históricos, a trajetória dos sujeitos, assumindo escolhas político-acadêmicas que rompam com o modelo tradicional de ensino.

A interdisciplinaridade, como perspectiva, situa-se como um modo diferente de conhecer, o que implica a assunção de outros modos de construir ciência, assim como outros modos de aprender. Observa-se, nas intenções apreendidas no documento, uma busca por construir uma estrutura em que os conteúdos, organizados em eixos e módulos, sejam problematizados, possibilitando a construção de percursos de aprendizagem mais significativos.

Procura-se, assim, superar a sua fragmentação e efetivar um trabalho em equipe voltado para a integralidade, reconhecendo-se a formação em saúde como um processo de práticas sociais historicamente constituídas.

A interdisciplinaridade como instrumento remete à idéia daquilo que utilizamos para “fazer algo”, revelando que a interdisciplinaridade na proposta do *Campus* Baixada

Santista assume um modo de fazer diferente, que busca integração de diferentes conhecimentos e áreas disciplinares e profissionais.

Identifica-se uma inversão da lógica disciplinar (a formação profissional pensada por referência a uma área de conhecimento e de profissão em saúde), abrindo espaço para o interprofissionalismo (a formação profissional pensada por referência ao coletivo das áreas do conhecimento e das profissões em saúde).

A interdisciplinaridade como interface emerge como uma busca de comunicação e interação, sinalizando um modo de viver junto diferente, mais participativo e colaborativo. Implica a assunção do respeito à diferença, à diversidade, ao mesmo tempo que investe nos movimentos de questionamento, abertura para a inovação, relativização das certezas e reconhecimento das experiências e conhecimentos do outro.

Para tanto, é preciso haver o exercício permanente do diálogo, assumindo a cooperação mútua e a parceria na construção dos caminhos de formação profissional, tanto para docentes, quanto para discentes, conforme a concepção de Furlanetto (2004).

A implantação de projetos pedagógicos que assumem a educação interprofissional como pressuposto teórico e metodológico comporta importantes desafios: a organização da gestão acadêmica, o processo de construção e replanejamento permanente do projeto político-pedagógico, a superação de modelos formativos estigmatizantes que implicam mudanças de atitudes entre estudantes, docentes, profissionais e serviços, bem como a avaliação das iniciativas inovadoras.

As possibilidades que se descortinam ao se assumir a interdisciplinaridade como princípio, a partir desta pesquisa, parecem apontar para a necessidade de organizar a gestão por meio de um colegiado que congregue representação de todos os setores da comunidade acadêmica. A criação de uma comissão específica para o planejamento deste projeto político-pedagógico sinaliza um caminho para o enfrentamento das tensões institucionais.

Do mesmo modo, a dedicação de um espaço e de momentos para o desenvolvimento docente na organização curricular transparece como uma possibilidade para efetivação da interdisciplinaridade.

A opção de se criar turmas mistas de estudantes com graduandos dos cinco cursos, a valorização da interação com os serviços e a criação de uma clínica integrada também apontam estratégias e cenários que poderiam subsidiar a concretização de espaços interprofissionais.

No entanto, questões ainda se colocam, demandando novos estudos e o investimento na avaliação do processo de implantação deste projeto pedagógico.

A preocupação com o acesso e a manutenção de um ensino superior e de uma atenção básica de saúde igualitária e de qualidade por todas as parcelas da população, e não apenas por aquelas mais favorecidas, deve ser constante e instigar o compromisso e a busca por caminhos de formação em educação e saúde que promovam um mundo mais justo e uma vida mais plena.

## **VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



1. ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.C.; LLANOS, M. (Orgs.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina*. Teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; Londrina: UEL, 1999.
2. ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNADJER, F. *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 2. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002. p. 165-168.
3. ANASTASIOU, L.G.C. Metodologia de Ensino na Universidade Brasileira: elementos de uma trajetória. In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E. (Orgs.). *Temas e Textos em Metodologia do Ensino Superior*. 3. ed. Campinas: Papirus, 2004. p.57-69.
4. AZEVEDO, F. et al. *O Manifesto dos Pioneiros da Escola Nova*. 1932. Disponível em: <<http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/heb07a.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2008.
5. BARR, H. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow*. A review. 1998. Disponível em: <<http://www.caipe.org.uk/>>. Acesso em: 10 jan. 2007.
6. BARRETO, R.G. Tecnologia e educação: trabalho e formação docente. *Soc. Educ.*, Campinas, v. 2, n. 89, p. 1.181-1.201, set./dez. 2004.
7. BATISTA, N.A.; SILVA, S.H.S. *O professor de medicina*. São Paulo: Loyola, 1998.
8. \_\_\_\_\_ et al. O Enfoque Problematizador na Formação de Profissionais de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 147-161, 2005.
9. BATISTA, S.H.S. A Interdisciplinaridade no Ensino Médico. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 39-46, jan./abr. 2006.
10. BENCHIMOL, J.L. A instituição da microbiologia e a história da saúde pública no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 265-292, 2000.
11. BLIGH, J. Curriculum design revisited. *Med. Educ.*, v. 33, p. 82-85, 1999.
12. BOELEN, C. A new paradigm for medical schools a century after Flexner's report. *Bull. World Health Organ.*, v. 80, n. 7, p. 592-3, 2002.
13. BOGDAN, R.C.; BIKLEN, S.K. *Investigação qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Ed., 1994.
14. BORDIEU, P. Esquisse d'une Théorie de la Pratique. In: MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2004.

15. BORDONI, C.T. *A Prática Interdisciplinar*. Pedagogia e Educação. Patos de Minas, 2002. Disponível em: <[http://www.forumeducao.hpg.ig.com.br/textos/textos\\_7.htm](http://www.forumeducao.hpg.ig.com.br/textos/textos_7.htm)>. Acesso em: 29.10.2007.
16. BRASIL. Ministério da Educação. Lei n. 4.024, de 20 de dezembro de 1961. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 dez. 1961.
17. \_\_\_\_\_. Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988, de 5 de outubro de 1988. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1988.
18. \_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 dez. 1996.
19. \_\_\_\_\_. Ministério da Educação/ Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CSE 1.133/2001. *Diário Oficial da União*, Brasília, 03 out. 2001.
20. \_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde/ Ministério da Saúde. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Saúde e Educação lançam programa para mudar currículo de medicina. *Rev. Saúde Pública*, v.36(3), p. 375-8, 2002.
21. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão na Educação na Saúde. Aprender-SUS: o SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília, 9 ago. 2004.
22. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria n. 2.101/2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde Pró-Saúde para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, 3 nov. 2005. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=22848](http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848)>. Acesso em: 4 nov. 2006.
23. BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. Convivendo com Agentes de Transformação: a Interdisciplinaridade no Processo Ensino/Aprendizagem em Saúde. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v.30(1), p. 32-38, jan./abr. 2006.
24. CAIPE. Uk Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Disponível em: <<http://www.caipe.org.uk/>>. Acesso em: 10 jan. 2007.
25. CAPRA, F. *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix, 1988.
26. CASTANHO, S.; CASTANHO, M.E. (Orgs.). *Temas e Textos em Metodologia do Ensino Superior*. 3. ed. Campinas: Papirus, 2004.
27. CASTELLS, M. A economia informacional, a nova divisão do trabalho e o projeto socialista. *Cadernos C.R.H.*, Salvador, n. 17, p. 5-34, 1992.

28. CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set.-out. 2004.
29. CHATTERJEE, N. Infusing the interdisciplinary into medical/health sciences education: vitamins or vaccines? *Med. Educ. Online*, 2002. Disponível em: <www.med-ed-online.org>. Acesso em: 29 out. 2006.
30. CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.
31. COHN, A. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez, 1991.
32. D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. A conceptual model of Interdisciplinary Education for Collaborative Patient Centred Care. In: OANDASAN, I. et al. (Org.). *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice*. Research and Findings Report. Canada: Health Canada, 2004.
33. DELOURS, J. (Org.). *Educação: um tesouro a descobrir*. 8. ed. São Paulo: Cortez; Brasília: MEC: UNESCO, 2003.
34. DEMO, P. *Universidade, Aprendizagem e Avaliação: Horizontes Reconstitutivos*. Porto Alegre: Mediação, 2004.
35. DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. (Eds.). *Collecting and interpreting qualitative materials*. 2<sup>nd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications Inc, 2003. 682 p.
36. FARIA, R.M.; MIRANDA, M.L. *Da Guerra Fria à nova ordem mundial*. São Paulo: Contexto, 2003.
37. FAZENDA, I.C.A. *Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro – efetividade ou ideologia*. 5. ed. São Paulo: Loyola, 2002.
38. \_\_\_\_\_. *Interdisciplinaridade: qual o sentido?* São Paulo: Paulus, 2003.
39. FERREIRA, A.B.H. *Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.
40. FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas, e as propostas do Ministério da Saúde. *Rev. ABENO*, São Paulo, v.3, n. 1, p. 24-27, 2003.
41. FLEXNER, A. Medical education in the US and Canadá. From the Carnegie Foundation for the advancement of teaching, Bulletin Number Four, 1910. *Bull. World Health Organ.*, v. 80, n. 7, p. 594-602, 2002.
42. FOUREZ, G. Interdisciplinarité et îlots de rationalité. *Revue Canadienne de l'enseignement des sciences, des mathématiques et des technologies*, v.1, n. 3, p. 341-348, 2001.

43. FREIRE, P. *Pedagogia da Esperança*. Um reencontro com a Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
44. \_\_\_\_\_, SHOR, I. *Medo e Ousadia - Cotidiano do Professor*. 5. ed. São Paulo; Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. 226 p.
45. FURLANETTO, E.C. Pesquisa e formação do pesquisador. In: ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICA DE ENSINO (ENDIPE), XII, 2004, Curitiba. *Anais do XII ENDIPE: Conhecimento local e conhecimento universal*, 2004.
46. FURTADO, J. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 11, n. 22, p. 239-55, mai./ago. 2007.
47. GARCIA, M.A.A. et al. A interdisciplinaridade necessária à Educação Médica. *Rev. Bras. Ed. Med.*, v. 31, n. 2, p. 147-155, 2007.
48. GELLER, Z. et al. Interdisciplinarity health profession education in rural New Mexico: 10 years experiences. *Learn Health Soc. Care*, p. 33-46, 2002.
49. GOELEN, G. et al. Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. *Med. Educ.*, v. 40, p. 555-561, 2006.
50. GOLDIM, J.R. *Por que lembrar o Tribunal de Nuremberg?* Porto Alegre: UFRGS, 1997. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/nuretrib.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2008.
51. GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na Saúde Pública: um campo em construção. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, jul. 1994.
52. HILSDORF, M.L.S. *História da educação brasileira: leituras*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
53. HOWARTH, M.; HOLLAND, K.; GRANT, M.J. Education needs for integrated care: a literature review. *J. Adv. Nurs.*, v. 56, n. 2, p. 144-156, feb. 2006.
54. JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.
55. \_\_\_\_\_. *O Sonho Transdisciplinar e as Razões da Filosofia*. Rio de Janeiro: Imago, 2006.
56. KUHN, T. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1997.
57. LAFER, C. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). In: MAGNOLI, D. (Org.). *História da Paz*. São Paulo: Contexto, 2008. p. 297-330.

58. LAMPERT, J.B. *Tendências de Mudanças na Formação Médica no Brasil – tipologia das escolas*. São Paulo: HUCITEC, 2002.
59. LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M.K.; DANTAS, H. *Piaget, Vigotsky, Wallon. Teorias psicogenéticas em discussão*. 18. ed. São Paulo: Summus, 1992.
60. LATTUCA, L.R. Learning interdisciplinarity: sociocultural perspectives on academic work. *Journal of Higher Education*, v. 73, i6, p.711(29), nov.-dec. 2002.
61. LAVIN, M.A. et al. Interdisciplinary Health Professional Education: A Historical Review. *Advances in Health Sciences Education. Netherlands*, v. 6, p. 25-47, 2001.
62. LEITE LOPES, J. *Oppenheimer: contrastes e conflitos de uma nova era*. Rio de Janeiro: CBPF, 1996.
63. LENOIR, Y. De l'interdisciplinarité scolaire à l'interdisciplinarité dans la formation à l'enseignement: un état de la question. *Revue Française de Pédagogie*, Paris, n. 124, p.109-135, juil-aout-sep. 1998.
64. LIMA, N.T.; FONSECA, C.M.O.; HOCHMAN, G. A Saúde na Construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica. In: LIMA, N.T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F.C.; SUÁREZ, J.M. (Orgs.). *Saúde e Democracia: História e Perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
65. LUECHT, R.M.; MADSEN, M.K.; TAUGHER, M.P.; PETTERSON, B.J. Assessing Professional Perceptions: Design and Validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. *Journal of Allied Health*, Spring: v. 19, n. 2, p. 181-91, 1990.
66. LUCKESI, C. *Fazer Universidade: uma proposta metodológica*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1991.
67. LUDKE, M.; ANDRÉ, M. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: \_\_\_\_\_. *Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. p.25-44.
68. MARTINS, J.B. *A história do átomo: de Demócrito aos Quarks*. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2001.
69. MASETTO, M.T. Discutindo o processo ensino-aprendizagem no ensino superior. In: MARCONDES, E.; LIMA-GONÇALVES, E. (Orgs.). *Educação Médica*. São Paulo: Sarvier, 1998. Cap. 2, p. 11-19.
70. \_\_\_\_\_, PRADO, A.S. Processo de avaliação da aprendizagem em curso de Odontologia. *Revista da ABENO*, v. 4, n. 1, p. 48-56, 2003.
71. MAY, T. *Pesquisa Social: questões, métodos e processos*. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

72. McNAIR, R. The case for education health care students in professionalism as the core content of interprofessional education. *Med. Educ.*, v. 39, n. 5, p. 456-464, may 2005.
73. MEDRADO, B. Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. cap. 5, p. 243-271.
74. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2004.
75. MITCHELL, P.H.; BELZA, B.; SCHAAD, D.C. et al. Working across the boundaries of health professions disciplines in education, research, and service: The University of Washington experience. *Acad. Med.*, v. 81, n. 10, p. 891-896, oct. 2006.
76. MORAES, M.C. *O paradigma educacional emergente*. 10. ed. Campinas: Papirus, 2004.
77. MORIN, E.; CIURANA, E.R.; MOTTA, R.D. *Educar na era planetária – o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana*. São Paulo: Cortez; Brasília: UNESCO, 2003.
78. OANDASAN, I. et al. (Org.). *Interdisciplinary Education for Collaborative, Patient-Centred Practice*. Research and Findings Report. Canada: Health Canada, 2004.
79. ORCHARD, C.A.; CURRAN, V.; KABENE, S. Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice. *Med. Educ. Online* [serial online] v.10, n.11, p.1. 2005. Disponível em: <<http://www.med-ed-online.org>>. Acesso em: 29 out. 2006.
80. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12.09.1978. Disponível em: <[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf)>. Acesso em: 25 nov. 2005.
81. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Chamado à Ação de Toronto. 2006-2015. Rumo a uma Década de Recursos Humanos em Saúde. Reunião Regional dos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde. 4-7.10.2005. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/documento/c\\_toronto.pdf](http://www.opas.org.br/gentequefazsaude/documento/c_toronto.pdf)>. Acesso em: 6 nov. 2006.
82. ORTEGA Y GASSET, J. *A Rebelião das Massas (1929)*. Trad.: Herrera Filho. Edição eletrônica: Ridendo Castigat Mores, 1987. Disponível em: <<http://www.cisc.org.br/portal/biblioteca/rebeliaodasmassas.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2008.
83. PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med. Educ.*, v. 33, p. 95-100, 1999.

84. PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.
85. PIMENTA, C. *Interdisciplinaridade e Universidade*. Tópicos de interpretação e acção. 28.11.2005. Disponível em: <<http://www.fep.up.pt/docentes/cpimenta/>>. Acesso em: 29 out. 2006.
86. PIMENTA, S.G.; ANASTASIOU, L.G.C. *Docência no Ensino Superior*. São Paulo: Cortez, 2002.
87. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC – ABRASCO, 2006. 180p.
88. PINTO, L.A.M.; RANGEL, M. Projeto Político-Pedagógico da Escola Médica. *Rev. Bras. Educ. Med.*, Rio de Janeiro, v.28, n.3, set./dez. 2004.
89. POLIGNANO, M.V. História das Políticas Públicas no Brasil – uma pequena revisão. In: CURY, G.C.; POLIGNANO, M.V.; ALVES, A.L. *Cadernos do Internato Rural – Textos de Apoio*. Belo Horizonte: DMPS/UFMG, 2001. Disponível em: <[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 16 jul. 2008.
90. POLLARD, K.C. et al. A comparison of interprofessional perceptions and working relationships among health and social care students: the results of a 3-year intervention. *Health and Social Care in the Community*. Blackwell Publishing, v. 14, n. 6, p. 541-552, may 2006.
91. POMBO, O. Epistemologia da Interdisciplinaridade. In: SEMINÁRIO INTERDISCIPLINARIDADE, HUMANISMO, UNIVERSIDADE, 2003, Porto. *Palestra*. Porto: Faculdade de Letras da Universidade de Porto, Portugal, 12 a 14.11.2003. Disponível em: <[www.humanismolatino.online.pt](http://www.humanismolatino.online.pt)>. Acesso em: 29 out. 2006.
92. \_\_\_\_\_. Práticas interdisciplinares. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 15, p. 208-249, jan./jun. 2006.
93. PONZER, S. et al. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and students' perceptions on clinical education wards. *Med. Educ.*, v. 38, p. 727-736, 2004.
94. PORTO, M.F.S.; ALMEIDA, G.E.S. Significados e limites das estratégias de integração disciplinar: uma reflexão sobre as contribuições da saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 335-347, 2002.
95. PRIOR, L. *Using documents in social research*. 1<sup>st</sup> ed. Thousand Oaks: Sage Publications Inc, 2003. 240p.

96. RATTNER, H. *Saúde e Interdisciplinaridade*. Associação Brasileira para o Desenvolvimento de Lideranças. 31.01.2003. Disponível em: <[www.lead.org.br/article/print/607](http://www.lead.org.br/article/print/607)>. Acesso em: 29 out. 2006.
97. RAYNUT, C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 5, supl. 1, p. 23-27, 2002.
98. RÉGNIER, K.V.D. Educação, trabalho e emprego numa perspectiva global. *Boletim Técnico do SENAC*, v. 23, nº 1, jan./abr. 1997. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/bts/231/boltec231a.htm>>. Acesso em: 3 nov. 2006.
99. REID, R.; BRUCE, D.; ALLSTAFF, K.; McLERNON, D. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL? *Med. Educ.*, v. 40, p. 415-422, 2006.
100. RODRIGUES, M.S.P.; LEITÃO, G.C.M. Estágio curricular supervisionado com ênfase no desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade. *Texto Context Enferm.*, v. 9, n. 3, p. 216-229, ago./dez. 2000.
101. RODRÍGUEZ, C.A.; POLI-NETO, P.; BEHRENS, M.A. Paradigmas educacionais e a formação médica. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, v. 28, n. 3, p. 234-241, set./dez. 2004.
102. SANTOS, B.S. *Um discurso sobre as ciências*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
103. SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface - Comun., Saúde, Educ.*, v. 9, n. 18, p. 521-36, set./dez. 2005.
104. SENA, R.R. et al. Projeto UNI: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da Enfermagem. *Interface – Comun., Saúde, Educ.*, v. 7, n. 13, p. 79-90, ago. 2003.
105. SPINK, P. Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, M.J. (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. cap. 5, p. 123-151.
106. TARDIF, M. *Saberes Docentes e Formação Profissional*. Petrópolis: Vozes, 2002.
107. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. *Campus Baixada Santista. Projeto político-pedagógico*. São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://prograd.unifesp.br/santos/download/2006/projetopedagogico.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2007.
108. \_\_\_\_\_. *Campus Baixada Santista. Projeto político-pedagógico do curso de Psicologia*. São Paulo, 2008a. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/prograd/down/2008/ppc\\_baixada\\_psico\\_2007.pdf](http://www.unifesp.br/prograd/down/2008/ppc_baixada_psico_2007.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2008.



109. \_\_\_\_\_. *Campus Baixada Santista. Projeto político-pedagógico do curso de Educação Física*. São Paulo, 2008b. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/prograd/novo/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=57&Itemid=260](http://www.unifesp.br/prograd/novo/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=57&Itemid=260) >. Acesso em: 17 mar. 2008.
110. \_\_\_\_\_. *Campus Baixada Santista. Projeto político-pedagógico do curso de Fisioterapia*. São Paulo, 2008c. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/prograd/down/2008/ppc\\_baixada\\_fisio\\_2007.pdf](http://www.unifesp.br/prograd/down/2008/ppc_baixada_fisio_2007.pdf) >. Acesso em: 17 mar. 2008.
111. \_\_\_\_\_. *Campus Baixada Santista. Projeto político-pedagógico do curso de Terapia Ocupacional*. São Paulo, 2008d. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/prograd/down/2008/ppc\\_baixada\\_to\\_2007.pdf](http://www.unifesp.br/prograd/down/2008/ppc_baixada_to_2007.pdf) >. Acesso em: 17 mar. 2008.
112. \_\_\_\_\_. *Campus Baixada Santista. Projeto político-pedagógico do curso de Nutrição*. São Paulo, 2008e. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/prograd/down/2008/ppc\\_baixada\\_nutri\\_2007.pdf](http://www.unifesp.br/prograd/down/2008/ppc_baixada_nutri_2007.pdf) >. Acesso em: 17 mar. 2008.
113. VASCONCELLOS, C.S. *Planejamento: plano de ensino-aprendizagem e projeto educativo*. São Paulo: Libertad, 1995.
114. VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-31, jul./ago. 2003.
115. WERNECK, M.A.F.; LUCAS, S.D. Estágio supervisionado em Odontologia: uma experiência da integração ensino/serviço de saúde bucal. *Arq. Centro Estud. Curso Odontol.*, v. 32, n. 2, p. 95-109, 1996.
116. ZARAFIAN, P. *O Modelo da Competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: SENAC São Paulo, 2003.
117. ZWARENSTEIN, M. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.

## **VII. ANEXOS**

## 7.1 Anexo I: Modelo de Protocolo de Análise Documental

### PROTOCOLO


#### 1ª PARTE: Identificação do Documento

- Fonte (Instituição)
- Localização
- Tipo de Documento
- Estrutura
- Conteúdo
  - Nome dos Coordenadores
  - Planos de Ensino
  - Nome dos docentes
  - Carga horária
  - Objetivos (gerais e específicos)
  - Módulos
- Ementa
- Conteúdo programático
- Recursos materiais e humanos
- Estratégias de avaliação

#### 2ª PARTE: Categorização

<b>CONCEPÇÃO DE INTERDISCIPLINARIDADE</b>	<b>TRANSCRIÇÃO</b>	<b>LOCALIZAÇÃO</b>
Integração		
Atitude		
Diálogo		
Troca		
Escolha		
Ação / Prática		

## 7.2 Anexo II: Certificação do Comitê de Ética

	<p>Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina</p>	<p>Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Paulo</p>
<p>São Paulo, 9 de fevereiro de 2007. CEP 0075/07</p>		
<p>Ilmo(a). Sr(a). Pesquisador(a) MEIRY A KIKO FURUSATO Co-Investigadoras: SyMa Helena Souza da Silva Batista (orientadora) Disciplina/Departamento: Cedess da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo Patrocinador: CNPq.</p>		
<p><b><u>PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL</u></b></p>		
<p>Ref: Projeto de pesquisa intitulado: "A Interdisciplinaridade como princípio formativo na graduação em saúde: a proposta do campus batxada santista UNIFESP".</p>		
<p><b>CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: GRUPO III - ESTUDO DESCRITIVO - OBSERVACIONAL.</b></p>		
<p><b>RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco.</b></p>		
<p><b>OBJETIVOS:</b> Analisar a interdisciplinaridade como princípio formativo em uma proposta inovadora na graduação em saúde, a partir das vozes de documentos oficiais.</p>		
<p><b>RESUMO:</b> Nesta pesquisa, serão analisados os seguintes documentos: projeto Político Pedagógico do Campus Batxada Santista, Projeto Político Pedagógico dos Cursos de Nutrição, Psicologia Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física. Planos de Ensino dos módulos desenvolvidos durante o ano de 2006 no Campus de Santos. Será realizado um protocolo de Análise Documental para categorização dos dados obtidos. Os dados serão organizados e descritos por meio de categorias, construídas a partir de núcleos temáticos, para posterior análise e interpretação..</p>		
<p><b>FUNDAMENTOS E RACIONAL:</b> A UNIFESP, sintonizada com a necessidade de mudança, inovou no seu projeto de expansão, na implantação de seu Campus na Batxada Santista, elaborando um desenho curricular baseado na educação interprofissional. O estudo pretende realizar um levantamento desse projeto inovador..</p>		
<p><b>MATERIAL E MÉTODO:</b> Estão descritos todos os procedimentos e descritos os instrumentos que serão utilizados.</p>		
<p><b>TCLE:</b> Não se aplica.</p>		
<p><b>DETALHAMENTO FINANCEIRO:</b> Projeto financiado pelo CNPq.</p>		
<p><b>CRONOGRAMA:</b> 12 meses.</p>		
<p><b>OBJETIVO ACADÊMICO:</b> Mestrado.</p>		
<p><b>ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA:</b> 9/2/2008 e 8/2/2009.</p>		
<p>O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.</p>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.</li> <li>2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.</li> </ol>		
<p>Rua Botucatu, 572- 1º andar- conj. 14 - CEP 04029-062 - São Paulo / Brasil Tel.: (011) 5571-1062- 5599.7162</p>		
<p>1</p>		



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

Recomendação: Encaminhar ao CEP a carta de autorização do Campus Santista assim que for emitida

### 7.3 Anexo III: Modelo de Termo de Autorização para solicitação de autorização do estudo: Diretor Acadêmico do *Campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

Ao

Exmo. Sr.

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Diretor Acadêmico

*Campus* Baixada Santista

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Eu, Meiry Akiko Furusato, mestranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* “Ensino em Ciências da Saúde” – CEDESS/UNIFESP, venho por meio desta solicitar sua autorização para realizar o projeto de pesquisa que estou desenvolvendo, cujo objeto de estudo se constitui na **Interdisciplinaridade como princípio formativo na graduação em Saúde: a proposta do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP** e que objetiva analisar as concepções sobre interdisciplinaridade numa proposta curricular inovadora, a partir das vozes dos documentos oficiais.

Será realizada a análise documental do Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista, bem como dos cursos de Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Educação Física e seus planos de ensino. Este projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.

Este estudo será desenvolvido no decorrer do ano de 2007, sob a orientação da Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista e conta com financiamento do CNPq.

Aguardando parecer favorável, peço deferimento.

Atenciosamente,

Meiry Akiko Furusato  
Mestrado Acadêmico em Ensino em  
Ciências da Saúde  
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS  
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP