

INTERDISCIPLINARIDADE: UMA SAÍDA PARA O ENSINO SUPERIOR DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Sarah Beatriz Coceiro Meirelles¹, Sílvia Luci de Almeida Dias²,
Simone Felippetto³, Luiz Roberto Agea Cutolo⁴**

1 – Mestrado em Saúde – Centro de Ciências da Saúde – UNIVALI - Itajaí – SC – Brasil
Rua 1520, n. 271 - Centro – 88330-000 - Balneário Camboriú – SC - sarah@ccs.univali.br

4 – Mestrado em Saúde - Centro de Ciências da Saúde – UNIVALI - Itajaí – SC – Brasil
Rua Uruguai, n. 458 – Bloco 27 – CEP 88302-202 – Itajaí – SC – cutolo@ccs.univali.br

Palavras-chave: Interdisciplinaridade, Ensino Superior, Educação em Saúde

Área de concentração: IV – Ciências da Saúde

A distância entre a realidade dos profissionais com a população é reflexo dos bancos escolares e da cultura de “status” profissional. Os currículos das profissões da área da saúde foram construídos tendo como base o Relatório Flexner, publicado em 1910, onde o ensino tinha uma visão fragmentada de ser. Professores superespecialistas tendem a formar profissionais com a mesma visão mecanicista e biologicista, estratificando o diagnóstico e o seu paciente, deixando para trás a importância de ver “o todo” inserido num contexto familiar, profissional e social renegando o objeto real, dinâmico e interativo que é o ser humano. Os objetivos deste estudo são relatar a importância da interdisciplinaridade no ensino superior para formar profissionais de saúde preparados para a realidade atual, bem como descrever as conseqüências que o Relatório Flexner trouxe para os currículos na área da saúde. Foram colhidas informações em material disponível em bases de dados eletrônicos e em artigos de jornais, revistas científicas e livros, publicados nos últimos vinte anos. A OPS/FEPAEM sugere que o eixo articulador fundamental da educação médica deve ser a interdisciplinaridade, pois possibilita um tratamento da explicação técnica e científica de forma mais integral e profunda, viabilizando soluções criativas para os problemas de saúde.

INTRODUÇÃO: A formação dos profissionais que hoje atuam em unidades ou centros de saúde foi feita através de treinamento sob a forma estágios em serviços complexos, como clínicas e hospitais universitários, e não em ambientes ligados ao dia a dia da comunidade, situações de realidade. Os currículos das profissões da área da saúde foram construídos tendo como base o Relatório Flexner, publicado em 1910. Esse documento tinha por objetivo fixar diretrizes para o ensino médico nos Estados Unidos e no Canadá de acordo com o modelo cartesiano-newtoniano aceito pela ciência moderna. Apresentava um currículo mínimo

de quatro anos de estudos com rígida formação em ciências básicas – primeiro ciclo (anatomia, bacteriologia, bioquímica, farmacologia, fisiologia, histoembriologia, microbiologia e patologia) e profissionalizantes – segundo ciclo. Neste último, os estudos deveriam ser realizados dentro de hospitais, com corpo docente formado por especialistas. O treinamento apoiado na observação empírica seria substituído por rigorosos métodos científicos, as escolas médicas deveriam estar filiadas a instituições universitárias e a pesquisa deveria ser incorporada aos projetos pedagógicos dos cursos (FONTES, 2001).

Embora a adoção desse modelo pelas ciências da saúde tenha proporcionado

um enorme avanço científico e tecnológico, a visão fragmentada da ciência tem se mostrado incapaz de resolver algumas questões básicas que envolvem o processo saúde/doença.

OBJETIVOS: Os objetivos deste estudo são relatar a importância da interdisciplinaridade no ensino superior para formar profissionais de saúde preparados para a realidade atual, bem como descrever as consequências que o Relatório Flexner trouxe para os currículos na área da saúde.

METODOLOGIA: Foram colhidas informações sobre interdisciplinaridade, ensino superior em ciências da saúde e sobre o Relatório Flexner. Os materiais consultados incluíram estudos publicados em todos os idiomas, que apresentaram algo sobre o assunto acima descrito e estivessem interligados. A pesquisa foi realizada no material disponível em bases de dados eletrônicos como The Cochrane Library, Freemedicaljournals, Medline, LILACS, Scielo e Ovid. Também foram pesquisados em bibliotecas universitárias vários artigos de jornais e revistas científicas, livros nas áreas de medicina, enfermagem, saúde coletiva e fisioterapia, publicados nos últimos vinte anos. Posteriormente tais dados foram analisados e agrupados, sendo apresentados sob a forma de análise crítica.

RESULTADOS: Os principais impactos na área da saúde por conta da adoção das diretrizes do Relatório Flexner pelas escolas médicas forma os seguintes: grandes corporações americanas fizeram doações a fim de fomentar a pesquisa de novas tecnologias e de medicamentos, estabelecendo, assim, uma forte ligação entre a medicina e as indústrias de equipamentos médico-hospitalares e farmacêuticas; a padronização dos atos médicos, onde a alta tecnologia era utilizada tanto nos procedimentos terapêuticos e cirúrgicos como na indicação dos medicamentos; houve pouca ênfase na prevenção e na atenção ambulatorial - preventiva; houve supervalorização da medicina curativa e abordagem hospitalar centrada no individual; a assistência obstétrica era realizada somente dentro dos

hospitais; aconteceu a dissociação das preocupações sociais das práticas médicas; houve o fechamento das escolas médicas que não estavam de acordo com o modelo proposto; a exclusão da totalidade, resultado da fragmentação curricular e da criação das diversas especialidades médicas; a valorização dos especialistas como fonte de maior perícia (FONTES, 2001).

Professores superespecialistas tendem a formar profissionais com a mesma visão mecanicista e biológica, estratificando o diagnóstico e o seu paciente, deixando para trás a importância de ver “o todo” inserido num contexto familiar, profissional e social renegando o objeto real, dinâmico e interativo que é o ser humano (FAZENDA, 2002; JAPIASSU, 1976).

Sem esta abordagem perde-se a hora certa de se fazer promoção, prevenção e proteção da comunidade, sem esta visão não enxergamos o coletivo, a família, o que influi no processo saúde-doença, a influência das relações sócio-culturais e os fatores psicológicos (afetivos) na história de saúde dos membros de uma família, comunidade ou empresa. A tendência de especialidade enfatiza por demais a tecnologia em prol do diagnóstico concreto, de alto-custo, pouco acessível e eletista (LAMPERT, 2002).

Através da Constituição Federal de 1988, da Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde nº 8080 de 19/09/1990, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 10.172 de 09/01/2001 entre outros, houve a abertura para questionamentos relacionados ao perfil dos profissionais em relação às necessidades do mercado de trabalho, às novas legislações, o perfil das doenças, à realidade das demandas à saúde da grande maioria da população. De que adianta termos especialistas, superespecialistas e termos a necessidade de resolução de problemas básicos em 80 % da população e poucos profissionais se preocupando em residências em clínica médica ou medicina familiar? Pois nesse sentido não é possível compreender os fenômenos complexos, como a vida, a saúde e a doença, com base na simplicidade das explicações mecânicas da ciência (ALMEIDA, 2003; FEUERWERKER, 2002; FONTES, 2001).

A distância entre a realidade dos profissionais com a população é reflexo dos

bancos escolares e da cultura de “status” profissional. Além disso, nós estamos na era da informação e as pessoas acabam sendo seduzidas a consumir serviços com tecnologia de ponta como exames, medicamentos e procedimentos cirúrgicos de última geração, serviços estes tão onerosos que, até mesmo as políticas de saúde mais bem planejadas não conseguem disponibilizar à comunidade. Muito se vê na prática que esta população prefere tecnologia a serviços mais humanizados e baseados em evidências científicas.

Frente a estas situações, urge a necessidade de mudanças e reavaliações de conceitos, práticas, atitudes, habilidades e competências do corpo docente e discente, devendo abranger também modificações nas políticas públicas de saúde e de educação, bem como proporcionar informação e participação da comunidade (FEUERWERKER, 2002).

A atual Constituição e as Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos Universitários da Área da Saúde propõe, entre outros requisitos, a valorização dos conhecimentos em clínica médica, o desenvolvimento de habilidades para se trabalhar em equipe multiprofissional e de maneira interdisciplinar. Também dá ênfase à prevenção e incentiva a discussão do processo saúde/doença num contexto mais amplo com aspectos biológicos, psicológicos, sócio-econômicos e culturais situados na interface entre as ciências biológicas e humanas.

CONCLUSÃO: A complexidade do objeto saúde/doença não possibilita uma visão disciplinar e fragmentada, exige sim um olhar plural (CUTOLO, 2001). Extrapolando o que FLECK (1986) referenciou sobre a medicina, poderíamos dizer que em ciências da saúde não existe a possibilidade de uma consideração unitária. Como é possível, por exemplo, ser médico sem absorver os conhecimentos das ciências básicas, da antropologia, das ciências sociais? Como efetivar uma prática médica dentro das novas demandas sociais e das políticas públicas de saúde sem a interação com nutrição, enfermagem, odontologia, enfim, outras identidades profissionais?

A adoção de novos conceitos que possam ampliar a ação biomédica para além da abordagem mecanicista exigirá uma mudança radical não só na educação médica, mas também na reeducação da população e na visão da ciência como um todo (FONTES, 2001).

Segundo MENDES (1985), este novo paradigma exige mudanças na formação e capacitação de recursos humanos, utilizando estratégias e práticas educacionais que superem o limite da disciplinaridade. A OPS/FEPAEM (1994) sugere que o eixo articulador fundamental da educação médica deve ser a interdisciplinaridade, pois possibilita um tratamento da explicação técnica e científica de forma mais integral e profunda, viabilizando soluções criativas para os problemas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. organizador. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área de saúde. Londrina: Rede Unida, 2003.

CUTOLO, L. R. A. Estilo de pensamento em educação médica – Um estudo do currículo do curso de graduação em medicina da UFSC. Tese de doutorado. Programa de pós-graduação em educação, CED/UFSC, 2001.

FAZENDA, I. C. A. Interdisciplinaridade – Um projeto em parceria. 5.ed. São Paulo: Loyola, 2002.

FEUERWERKER, L. Além do discurso de mudança na educação médica – processos e resultados. São Paulo: Hucitec/Rede Unida/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

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

FONTES, O. L. Educação nas ciências da saúde e Novas configurações epistêmicas. Saúde em Revista – Educação em saúde. v. 3, no. 5/6. p. 15-22., 2001.

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

LAMPERT, J. B. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

MENDES, E. V. A evolução histórica da prática médica, suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica. Belo Horizonte: PUC/FINEP, 1985.

OPS/FEPAFEM (Organización Panamericana de la Salud/Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina). Los cambios de la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Educación Médica y Salud. v. 28, n. 1, p. 125-138, 1994