



Revista Brasileira em Promoção da Saúde  
ISSN: 1806-1222  
rbps@unifor.br  
Universidade de Fortaleza  
Brasil

Paixão Cardoso, Jefferson; Alves Vilela, Alba Benemérita; Reis Souza, Nelba; Oliveira Vasconcelos, Carolina Conceição; Nascimento Caricchio, Giovanna Maria  
Formação interdisciplinar: efetivando propostas de promoção da saúde no SUS  
Revista Brasileira em Promoção da Saúde, vol. 20, núm. 4, 2007, pp. 252-258  
Universidade de Fortaleza  
Fortaleza-Ceará, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820409>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

# FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR: EFETIVANDO PROPOSTAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NO SUS

*Interdisciplinary formation: effective proposals of health promotion in SUS*

Artigo de revisão

---

## RESUMO

O presente estudo objetivou discutir, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a falta de desenvolvimento da proposta da interdisciplinaridade como barreira ao efetivo exercício de ações e políticas sociais, a partir do conhecimento, da reflexão e busca de soluções para as demandas sociais existentes. Para tanto, o conceito de interdisciplinaridade é pautado na dimensão conceitual, enfatizado como aliado à formação e consolidação dentro de uma estrutura complexa às premissas de promoção da saúde. Visto também, o importante papel que a universidade possui na consolidação do SUS, mas não efetiva por razões diversas. Contudo, as prática e ações que envolvam a interdisciplinaridade precisam ser estimuladas e expericiadas, vivenciadas nas diferentes etapas da vida, como ponto importante para que possam se refletir em um sistema de saúde idealizado, praticável e resolutivo.

**Descriptores:** Promoção da saúde; Interdisciplinaridade; Educação; Equipe de assistência ao paciente

## ABSTRACT

*The study aimed at discussing, in the ambit of Brazilian Public Health System (SUS), the lack of development of the proposal of interdisciplinarity as a barrier to the effective exercise of actions and social politics; starting from the knowledge, the reflection and search of solutions for the existent social demands. In order to do so, the concept of interdisciplinarity is based in its conceptual dimension, emphasized as an ally to the formation and consolidation within a complex structure, in the premises of health promotion. Also, the important role that the university possesses in the consolidation of SUS is seen, but it does not accomplish for several reasons. However, the practice and actions that involve interdisciplinarity need to be stimulated and experienced, lived in different stages of life, as an important issue for that they may rebound in an idealized, practicable and resolvent public health system.*

**Descriptors:** Health promotion; Interdisciplinarity; Education; Patient care team

Jefferson Paixão Cardoso<sup>(1)</sup>  
Alba Benemérita Alves Vilela<sup>(2)</sup>  
Nelba Reis Souza<sup>(3)</sup>  
Carolina Conceição Oliveira  
Vasconcelos<sup>(4)</sup>  
Giovanna Maria Nascimento  
Caricchio<sup>(4)</sup>

1) Secretaria da Saúde do Estado da Bahia,  
Hospital Geral do Estado

2) Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia.

3) Faculdade de Desporto da Universidade  
do Porto

4) Universidade Estadual do Sudoeste da  
Bahia (UESB) Jequié – Bahia

Recebido em: 05/10/2006

Revisado em: 03/05/2007

Aceito em: 13/10/2007

## INTRODUÇÃO

O setor saúde no Brasil responde por grande diversidade de atividades divididas dentro de uma estrutura político-institucional que percorre desde o nível de atenção básica à saúde local até um nível mais especializado, o hospital. Esse processo compreende atividades que envolvem a “assistência básica” até situações mais específicas ou de “alta complexidade”, objetivando, dentro da esfera do processo saúde-doença, promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde dos indivíduos e da coletividade. Porém, toda a idealização do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro de uma perspectiva social, alicerçado a partir de seus princípios e diretrizes ainda não são vínculos consubstancialmente as práticas profissionais. A visão biologista, segundo a qual o usuário desse sistema é descharacterizado do seu contexto histórico, social e cultural, não tem respondido às reais necessidades para a melhoria das condições de saúde<sup>(1)</sup>.

Sabendo que uma vida saudável é construída numa ampla diversidade de fatores, entre eles o social, observa-se que muitas discussões foram trazidas, ao longo dos últimos anos, reafirmando o contexto social como principal foco para o conhecimento do complexo saúde-doença. Nesse contexto, a introdução do pensamento “social” na saúde ocorreu no século XIX, na Europa e nos Estados Unidos, após a 2ª Guerra Mundial; no Brasil, durante a década de 70<sup>(2)</sup>. No caso brasileiro, esta forma de pensar a saúde, sob o rótulo de “Saúde Coletiva”, trouxe discussões teórico-metodológicas e epistemológicas para uma “possível” redefinição dos saberes e práticas. Porém, o assistencialismo com vista ao corpo biológico, tentando uma definição de um problema (doença) e utilizando técnicas curativas (curativismo), permanece imbricado, de maneira geral, ainda no pensamento e nas ações dos profissionais da saúde<sup>(3)</sup>.

Nesse ínterim, é necessário compreender que a saúde e a doença formam um contínuo, em que se relacionam os aspectos econômicos, socioculturais, a experiência pessoal e estilos de vida do ser humano<sup>(4)</sup>. Busca-se compreender a dinâmica dos determinantes sociais do processo saúde-doença e, para isso, é necessária a aquisição do conceito de interdisciplinaridade entre diferentes esferas da saúde<sup>(5)</sup>.

É pertinente refletir que a maneira como a sociedade se organiza e executa suas práticas sociais é considerada determinante para a definição dos problemas de saúde e de como solucioná-los<sup>(6)</sup>. A análise dos determinantes sociais, riscos ambientais, epidemiológicos e sanitários, associados, podem ser analisados de forma integrada, considerando que, durante a análise desses fatores, se levamem conta os da gênese, do desenvolvimento e da perpetuação dos problemas. Nesse contexto, o modelo de atenção na figura do médico ainda permanece entremeado na estrutura do

sistema de saúde brasileiro e percorre uma quebra sigilosa frente às novas alternativas provindas dos chamados modelos assistenciais alternativos.

Toda a problemática apresentada coloca a necessidade de discutir, no contexto da operacionalização do SUS, o tema interdisciplinaridade, entendido aqui como foco para discussão no processo da formação, atuação, integração profissional, na perspectiva de construir elos entre profissionais, instituições e comunidade, visto que esse tema faz parte de um cenário amplo e ainda pouco explorado ou percebido ao longo de sua trajetória teórica nos discursos eminentes sobre promoção da saúde.

O presente estudo objetivou discutir a formação histórica das propostas de formulação dos modelos assistenciais de saúde vigentes no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), vinculados à falta de desenvolvimento da proposta da interdisciplinaridade como barreira ao desenvolvimento de ações e políticas sociais em saúde, a partir do conhecimento, da reflexão e busca de soluções para as demandas sociais existentes.

## Organização e reorganização das práticas de saúde

O processo de reorientação da gestão do sistema de saúde do Brasil inicia-se com o movimento que propunha melhorias em toda a estrutura do sistema de saúde vigente na década de 1980, ficando conhecido como Reforma Sanitária Brasileira. Porém, o marco de referência para tais anseios foi condicionado a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde - VIII CNS, no ano de 1986<sup>(7)</sup>. O relatório final dessa conferência propunha a organização de um Sistema de Saúde Único e Descentralizado, organizado de forma horizontal e voltado para a realidade e organização das necessidades locais<sup>(8)</sup>.

Inspirada no relatório final da VIII CNS, a Constituição de 1988, menciona, em seu parágrafo 196 tornar a saúde direito de todos e cabendo ao estado o dever de cumprí-la para todos os cidadãos brasileiros. Também é na Constituição que se manifesta a criação de um Sistema Único de Saúde - SUS. Porém, sua regulamentação se deu pela Lei Federal n.º 8080, de 1990, sob as premissas da universalização, integralidade e regionalização da assistência<sup>(9)</sup>.

Todo movimento de reorganização do sistema de saúde do Brasil traz até a atualidade a construção de novos paradigmas dentro do contexto das políticas e serviços de saúde. Entre as várias propostas, a saúde coletiva surgiu na década de 70 com, o intuito de constituir um novo paradigma que reorientasse as diversas instituições que lidam com a saúde, buscando construir seu objeto de atuação na promoção-saúde-enfermidade-cuidado<sup>(10)</sup>. Na

verdade, o termo passou a ser utilizado quando um grupo de profissionais, oriundos da saúde pública e medicina preventiva e social, idealizaram um campo científico que privilegiaria o social como categoria analítica<sup>(2,10)</sup>. Porém, na atualidade, a Saúde Coletiva abrange um conjunto complexo de saberes e práticas relacionados ao campo da saúde, envolvendo desde organizações que prestam assistência à saúde da população até instituições de ensino e pesquisa e organizações da sociedade civil<sup>(11)</sup>. É pertinente acrescentar este pensamento aos conceitos apresentados sobre um sistema de saúde que atuasse de forma permanente, esteja mais próximo das pessoas, mais humano, mais solidário e que seja resolutivo<sup>(6)</sup>.

Dentro desse debate, emerge a construção de outros conceitos, como Promoção da Saúde e Educação em Saúde, que muitos autores discutem e propõem como eixos norteadores para os modelos de atenção à saúde vigentes<sup>(12,13,14,15)</sup>. Coelho & Almeida Filho<sup>(16)</sup> relatam que os novos conceitos surgem a partir dos questionamentos feitos ao sistema de saúde vinculados a sua dependência em relação ao modelo médico-assistencial-individualista, caracterizado na dimensão curativa da doença, alto custo para o sistema de saúde e baixa efetividade.

A promoção da saúde como estratégia intrigante e desafiadora para as sociedades modernas nunca foi tão discutida como nos últimos anos. Tem como marco conceitual a Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Mundial sobre Promoção da Saúde, realizada no Canadá, em 1986. O documento redefiniu o conceito de Promoção da Saúde e propôs a combinação de cinco estratégias para sua efetivação: políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais, fortalecimento das ações comunitárias, criação de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde<sup>(17,18)</sup>. Visto nessa perspectiva, a promoção da saúde propõe ultrapassar barreiras e condicionar e fortalecer mudanças que não se encontram apenas no campo da saúde, discutindo, numa perspectiva institucional e organizacional, condições para uma vida saudável<sup>(15)</sup>.

A Educação em Saúde seria um meio para que as pessoas desenvolvessem o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertence; estes indivíduos participariam da vida da comunidade de forma construtiva e com co-responsabilização<sup>(19)</sup>. Para Candeias<sup>(15)</sup>, a educação em saúde constitui parte das atividades técnicas voltadas à saúde, objetivando mudanças individuais, e a Promoção da Saúde, em um conceito mais ampliado, visa provocar mudanças organizacionais envolvendo camadas mais amplas da população. Buss<sup>(14)</sup> corrobora a idéia afirmando que a promoção da saúde envolve a participação do Estado, da comunidade, dos indivíduos, dos sistemas de saúde e de ações intersetoriais. Nesse ínterim, o contexto operacional desse eixo norteador (a interdisciplinaridade)

envolveria vários setores da sociedade dentro de uma proposta de diálogo e construção de saberes e práticas que fortaleceriam os âmbitos de desenvolvimento e consolidação da proposta da promoção da saúde e resolubilidade do sistema.

Pautado nessa estratégia, surgem no Brasil, em contraposição ao modelo médico-assistencialista-privativista e modelo campanhista, os modelos alternativos em saúde, caracterizados por envolver vários sujeitos (profissionais de saúde e população), os determinantes clínico-epidemiológicos no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida, o conhecimento e uso das tecnologias médico-sanitaristas aliados às de comunicação social<sup>(20)</sup>. Entre os modelos propostos, o de Vigilância em Saúde tem sido descrito como capaz de incorporar e mesmo superar os modelos assistenciais vigentes. Para isso, ele implicaria na redefinição do objeto, dos meios de trabalho, das atividades, das relações técnicas e sociais, bem como das organizações de saúde e da cultura sanitária<sup>(20)</sup>.

Vale lembrar que esses modelos ainda coexistem dentro dos serviços de saúde existentes, porém o modelo médico-privativista pode ser caracterizado na figura do médico, na assistência individual e focalizada do ser humano e ainda não cumpre o seu papel resolutivo dentro das ações e serviços de saúde<sup>(21)</sup>. Este ainda causa alto custo para o sistema de saúde e descontextualiza e “esquarteja” o ser humano como ser integral, possuidor de hábitos e costumes dentro de um contexto histórico-cultural. Já o modelo campanhista, instituído nas primeiras décadas do século XX, e ainda vigente, organiza suas atividades em forma de campanhas e programas dirigidos a problemas específicos (dengue, tuberculose, paralisia infantil, entre outros), dificultando com isso o desenvolvimento de atividades rotineiras para as equipes de saúde e desresponsabiliza a população pela busca de sua própria saúde<sup>(21)</sup>.

Na verdade, ao longo da trajetória do Sistema Único de Saúde, houve o apoio ao desenvolvimento de modelos de atenção à saúde dentro do paradigma de Vigilância à Saúde, pois esta, teoricamente, tem como subsídio as premissas da promoção da saúde e qualidade de vida, fomentando como mediador entre a população e o meio a busca de ambientes mais saudáveis<sup>(14,22)</sup>.

Dentro de todas essas propostas teórico-metodológicas que buscam se entremear à ideologia do SUS, permeiam instituições, profissionais, usuários e a comunidade, formando uma rede tão complexa que vai além do campo saúde. A questão da resolubilidade do SUS no sentido de efetivar os princípios e diretrizes postuladas e promover a saúde como principal meta está aquém do idealizado. Em meio a muitos entraves e barreiras que dificultam,

mas não impedem a proposta social do SUS, destaca-se a perspectiva de fazer saúde, tendo como um dos focos a interdisciplinaridade dentro de um contexto de relações interpessoais, (inter e intra) institucionais e comunidades.

### **Interdisciplinaridade: construção e desconstrução**

#### *Aspectos Históricos*

Inicialmente é importante compreender o conceito de disciplinaridade caracterizada por decompor o todo em partes, reduzindo o conhecimento segundo a lógica do processo de construção específico da ciência e também caracterizada pela especialização exagerada. Não obstante o entendimento teórico-conceitual da interdisciplinaridade, o que se contrapõe ao modelo cartesiano, faz-se necessário discutir a construção nas diversas formas de organização do processo de fragmentação do conhecimento e crítica a esta, reinterpretadas sob um novo pensar, refletir e construir dentro do coletivo.

A Revolução Industrial, ocorrida na Inglaterra no século XIX, apresenta a divisão do processo de produção com a finalidade de aumentar sua eficácia. O homem é gradativamente substituído pelas máquinas, pois os ritmos da produção e da qualidade não poderiam mais depender do trabalhador. Entretanto, para desenvolver as máquinas, seria necessária a ajuda da ciência. Com isso, o conhecimento científico acaba se desenvolvendo como apoio para o sistema produtivo capitalista<sup>(23)</sup>. Porém, foi o pensamento moderno, inaugurado por Descartes e conhecido como modelo cartesiano que proporcionou, segundo Vilela & Mendes<sup>(24)</sup>, uma “símbiose entre ciência e técnica”. Surge, então, a fragmentação do conhecimento científico, seguindo os moldes da industrialização que necessitava de especialistas para tratar de seus processos de produção e comercialização.

O aprofundamento do conhecimento científico sobre as partes resultantes era preciso para a produção dos objetos complexos das indústrias; a complexidade do mundo real seria fragmentada (objetos simples) e a indústria os transformaria em objetos complicados<sup>(25)</sup>.

As fronteiras das disciplinas serviram para desenvolver também as divisões institucionais, como exemplo a universidade. Para essa instituição, no decorrer das últimas décadas, ocorreu uma crescente especialização que tornou cada vez mais difícil a comunicação entre as disciplinas<sup>(23)</sup>. Um acadêmico do curso da área da saúde conclui seu curso embasado em técnicas e conceitos sobre o corpo biológico sem vivenciar a dimensão social e coletiva, tornando-se apenas um reproduutor de técnicas, sem contextualizar a realidade numa proposta de mudança. Somado a isso,

observam-se os “não intercâmbios” entre grupos e as coordenações nas estruturas de ensino e pesquisa, porém, quando ocorrem, são feitos dentro de uma perspectiva multidisciplinar, em que cada área trabalha dentro do seu campo de conhecimento, sem ocorrer nenhuma integração e focalização de pontos comuns entre as áreas.

#### *Conceitos de Interdisciplinaridade*

Entretanto, o conceito de interdisciplinaridade surge no século XX. Mesmo existindo discussões menos expressivas, só a partir da década de 60 é que esse paradigma começou a ganhar mais expressão, enfatizado como necessidade para compreender o todo, transpondo o conhecimento fragmentado<sup>(24)</sup>.

Na visão de Brinhosa<sup>(26)</sup>, interdisciplinaridade é conceituada como a possibilidade de interpenetração de conteúdo/forma entre as disciplinas e o conhecimento universalmente produzido. A interdisciplinaridade traz a interpenetração das áreas, permitindo um diálogo entre “os saberes” para entendimento do problema, tomada de decisões e execução das propostas inerentes aos campos envolvidos. O tema pode ser estudado por várias áreas do conhecimento que integram diversos conteúdos, a partir da centralização do todo<sup>(27)</sup>.

Vale lembrar que outros conceitos derivados da disciplinaridade foram criados e discutidos por vários autores<sup>(24,25,28)</sup>. Porém, Almeida Filho<sup>(25)</sup> faz um aprofundamento dessas vertentes (pluri, multi, meta e transdisciplinaridade), apoiando-se em outros autores.

Segundo o mesmo autor, Multidisciplinaridade seria entendida como o conjunto de disciplinas em que os profissionais envolvidos não estabelecem níveis de relação técnico ou científico, e não há cooperação sistemática entre os diversos campos disciplinares que se encontram em um único nível. Pluridisciplinaridade seria entendida como diferentes disciplinas que congregam um mesmo tema (único nível), desenvolvendo relações técnico-científicas entre si. Metadisciplinaridade compreende as disciplinas que se relacionam através de uma metadisciplina situada em um nível mais superior, não se impõe como coordenadora, como integrando os campos disciplinares. Interdisciplinaridade - assegura a interação das disciplinas que compõem dois níveis e no nível superior estará a disciplina integradora e coordenadora. Transdisciplinaridade - promove a integração das disciplinas de um campo particular, no qual as mesmas trabalham de forma em relação de poder (horizontal)<sup>(25)</sup>.

O aprofundamento dessas questões pode ser mais fluente quando for entendido e confrontado com a realidade, percebendo agora ser evidente a interlocução entre as áreas do conhecimento, e também como estas estão fragmentadas e concentradas. Fica claro que a especialização exagerada

não consegue ter um olhar abrangente sobre a realidade complexa, porque recorta em partes<sup>(27)</sup>; consequentemente, a fragmentação do conhecimento não responde os problemas da vida real<sup>(28)</sup>.

Não se pode pensar que a proposta da interdisciplinaridade seja uma separação ou desvinculação do aprofundamento em áreas do conhecimento específico, mas observar que a forma como o cartesianismo surgiu e desenvolveu uma visão do mundo fragmentada é o grande dilema que impossibilita o desenvolvimento de ações resolutivas entre muitas situações-problema no cotidiano da vida humana.

### **A Prática interdisciplinar no contexto da saúde**

No Brasil, a escassez de estudos que retratem as perspectivas interdisciplinares dos cursos de graduação em saúde, e mesmo a aplicabilidade dessas premissas na carreira profissional inviabilizam um aprofundamento sobre as questões das “Disciplinaridades”. A vivência e experiência do discente durante a graduação refletem como será formado o futuro profissional, aliando teoria e técnica dentro da sociedade e conduzindo modos de fazer e agir perante o ideário construído ao longo de sua vida.

A universidade, como aliada à construção desses modos, está fundamentada na promoção dos saberes que traz ainda um conceito fragmentado, tanto em estrutura como nos seus programas curriculares<sup>(27)</sup>. O acadêmico, ao longo de sua formação profissional, não contextualiza, vivencia e mesmo se interpola com outros cursos; habituado a receber informação em diferentes disciplinas desde os primeiros anos escolares, à luz da pedagogia da transmissão, na universidade acaba por se consolidar o “velho hábito” e apreender a enxergar o universo despedaçado.

Quando o profissional se depara com situações em que permeia a vinculação do conhecimento a vários olhares, ele não percebe e não age segundo esta vivência, dificultando e até impedindo o andamento da proposta interdisciplinar. Fato presente não só na estrutura do sistema de saúde brasileiro, mas em todos os setores da sociedade.

No relato de experiência feito por Orso<sup>(29)</sup> sobre o trabalho desenvolvido por professores e acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Pedagogia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná junto aos alunos e professores de uma escola da periferia de Cascavel – Paraná, verifica-se que o objetivo principal do projeto era superar o discurso fragmentado, idealizado e descontextualizado presente nos livros didáticos, e também questionar as idéias sobre o “repasse de informações como qualidade de vida” feita por profissionais de saúde e educação.

O contexto de formação do aluno na instituição de nível superior pode ser discutido segundo uma visão ampliada

das relações que vinculam o professor, o aluno e a proposta curricular para a formação profissional.

No âmbito das transformações que ocorreram na sociedade brasileira e especificamente no setor saúde, a proposta de formação profissional ainda não atingiu o patamar de discussão para resolubilidade das demandas sociais, a partir das contribuições do setor de saúde. Visto assim, o professor que transmite, o aluno que reproduz, as disciplinas e cursos que não interagem, a universidade que não se preocupa quem é o aluno (suas expectativas, dificuldades e possibilidades) e quais são as demandas sociais necessárias para o desenvolvimento e inserção do aluno na pesquisa e extensão<sup>(30)</sup>, ela não poderá esperar que o futuro profissional comprehenda, investigue, busque soluções e integre uma rede de relações com outras pessoas.

Nessa discussão, focaliza-se a suposta “equipe de saúde” que por idealização trabalha dentro de um contexto em que o relacionamento permitiria o desenvolvimento dos profissionais envolvidos numa perspectiva intra e inter equipes, mas, na verdade, o que na maioria das vezes acontece é uma relação descontinuada em função da falta de formação profissional, estímulo ao relacionamento interprofissional, “vaidade” do profissional, falta de estímulo financeiro, entre os fatores intercambiáveis e determinantes dessa conjuntura.

### **Perspectivas**

Nessa perspectiva, Brinhosa<sup>(26)</sup> propõe ir além das limitações das estruturas curriculares fechadas; das idealizações; da ausência de um consenso conceitual sobre integração e interdisciplinaridade; das definições da função social da escola; da importância do saber popular ser incorporado pelo trabalho pedagógico; da competência e domínio dos conteúdos básicos na direção da produção de um saber científico. A busca do conhecimento científico não pode ser mais compreendida como a produção das partes (a análise), mas como a integração totalizadora à qual denomina de síntese. Ainda afirma sobre o reconhecimento de muitos cientistas sobre a necessidade da abertura de questionamentos tomados em um nível mais global<sup>(25)</sup>.

A compreensão do movimento interdisciplinar necessita ser, mais do que uma aproximação de disciplinas, necessitando uma interação em que a troca de saberes mostre a interdependência e necessidade entre as áreas do conhecimento<sup>(31)</sup>. Ao direcionar essa relação ao professor universitário, ele deverá estimular os alunos a se envolverem em projetos de ação social, participando, portanto, da pesquisa e extensão universitária<sup>(32)</sup>. Todavia, é importante lembrar que esta forma de atividade dentro da universidade é realizada, em sua maior parte, com base nas características

da multidisciplinaridade, conceituadas anteriormente, entre os profissionais e acadêmicos envolvidos.

Faz-se necessário romper essas barreiras e integrar visões de mundo em busca do conhecimento, propostas e desenvolvimento de soluções aos problemas sociais, fortalecendo, com isso, a operacionalização do sistema de saúde.

Outra proposta diz respeito às mudanças dos currículos de ensino, fomentados desde as séries iniciais até a formação superior do indivíduo, permitindo ter uma visão de mundo interligada a sua realidade e como o ser individual se entremearia no coletivo, traduzido no saber e sentir aquele que ele comprehende, idealiza e transforma. A experiência descrita com Mazon & Trevizan<sup>(27)</sup> sugere iniciar atividades com enfoque interdisciplinar com estudantes de graduação de diferentes cursos experienciados em atividades de iniciação científica. Batista et al<sup>(33)</sup> também destacam a perspectiva interdisciplinar como estratégia para o ensino-aprendizagem, baseado em problemas, na medida em que é criada uma cultura pedagógica que supera o “caráter estanque dos conteúdos” e permite interagir efetivamente com o problema, contextualizá-lo e buscar alternativas para solucioná-lo.

Visto assim, o desenvolvimento do aluno nos cursos de graduação, numa perspectiva de formar profissionais e cidadãos comprometidos com as demandas sociais vigentes, poderia estar relacionado à construção do pensamento crítico e reflexivo mediados pela figura do professor, à luz de uma nova proposta de construção de saberes, práticas e relações entre as áreas do conhecimento, desmontando, com isso, a imagem da “visão do mundo” em pedaços e sem relações.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o processo de mudança de atitudes discutido anteriormente necessita ser realizado dentro de uma estrutura que possua como principal característica a mudança de atitudes do indivíduo. Este deverá possuir uma visão crítica e reflexiva, com intenção de anular as desigualdades eminentes na realidade brasileira. Nessa perspectiva, a construção dessa proposta deve ser construída desde a formação escolar básica até a profissional, pois a veiculação de conceitos sobre a realidade social, dentro do processo de ensino-aprendizagem, poderá se transformar em intenções para tomada de atitudes com vista à melhoria da qualidade de vida.

Essas novas formas de pensar e de agir contribuirão positivamente na contextualização da equipe de saúde (intra e inter equipes) e sua relação com comunidades e instituições. Nesse sentido, é importante compreender que a busca de estratégias pautadas nos princípios interdisciplinares

e intersetoriais favoreceriam a interlocução entre a população e o poder público, dentro de uma perspectiva para o desenvolvimento e exercício da cidadania e do controle social<sup>(14)</sup>. Conseqüentemente, se observaria melhor desenvolvimento do processo de promoção da saúde, a fim de se operacionalizarem com eficiência e eficácia, dentro do SUS, os modelos alternativos em saúde vigentes.

## REFERÊNCIAS

1. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. *Rev Saúde Pública* 1997;31(5):538-42.
2. Paim JS, Almeida Filho N. A Crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
3. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):200-6.
4. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Saúde Pública* 2004;20(2):580-8.
5. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde coletiva: um desafio para enfermagem. *Cad Saúde Pública* 2001;17(1):233-41.
6. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Cien Saude Colet* 2003;8(2):569-84.
7. Conselho Nacional de Saúde (BR). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS/CNS; 1988a.
8. Brasil. Constituição de 1988. Brasília: Senado; 1988b.
9. Cunha JPP, Cunha RE. Sistema Único de Saúde – SUS: Princípios. In: Campos FE, Tonon LM, Júnior MO, Organizadores. Caderno de textos de planejamento e gestão em saúde. Belo Horizonte: COOPMED; 1997.
10. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(2):219-30.
11. L'Abbate, S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciênc Saude Colet* 2003; 8(1):265-74.
12. Bydlowski CR, Westphal MF, Pereira IMTB. Promoção da Saúde: Porque sim e porque ainda não! *Saúde Soc* 2004;13(1):14-24.
13. Marcondes WB. A convergência de referências na promoção da saúde. *Saúde Soc* 2004;13(1):5-13.

- 
14. Buss PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciêns Saúde Colet* 2000;5(1):163-77.
  15. Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Pública* 1997;31(2):209-13.
  16. Coelho MTAD, Almeida Filho N. Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica. *Hist Cienc Saúde-Manguinhos* 2002;9(2):315-33.
  17. Ministério da Saúde(BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
  18. Dias MR, Duque AF, Silva MG, Durá E. Promoção da saúde: O renascimento de uma ideologia? *Análise Psicológica* 2004;3(22):463-73.
  19. Levy SN, Silva JJC, Cardoso IFR, Werberich PM, Moreira LLS, Montiani H, Carneiro RM. Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas. [citado 2006 Jan 27]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns>.
  20. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS* 1998;7(2):7-28.
  21. Aerts D, Alves GG, Salvia MW, Abegg C. Promoção da saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):1020-8.
  22. Paim JS. Saúde: política e reforma sanitária. Salvador: ISC/CEPS; 2002.
  23. Raynaut C. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. *Rev Bras Epidemiol* 2002;5(supl.1):43-55.
  24. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: um estudo bibliográfico. *Re. Latino-am Enfermagem* 2003;11(4):525-31.
  25. Almeida Filho N. Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciêns Saúde Colet* 1997; 2(1/2):5-23.
  26. Brinhosa MC. Interdisciplinaridade: possibilidade e equívocos. *Acta Fisiátrica* 1998; 5(3):164-9.
  27. Mazon L, Trevizan MA. Fecundando o processo da interdisciplinaridade na iniciação científica. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001;9(4):83-7.
  28. Ayres JRCM. Deve-se definir transdisciplinaridade?. *Ciêns Saúde Coletiva* 1997; 2(1/2):36-8.
  29. Orso PJ. Educação e saúde: a interdisciplinaridade como desafio. *Rev Online Bibl Prof Joel Martins* 2000;2(1):1-5.
  30. Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus; 2003. p.11-33.
  31. Marques JL. Interdisciplinaridade na escola: entre teoria e prática. *Dialógica* 2005; 1(1):1-14.
  32. Albuquerque IL. O professor e seu papel social. *RBPS* 2004;17(4):206-10.
  33. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(2):231-7.

**Endereço para correspondência:**

Jefferson Paixão Cardoso  
Rua A, Loteamento Vicente Grilo, 103 – Jequiezinho  
Jequié – Bahia  
E-mail: jeffry@bol.com.br