



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE - MESTRADO

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO**

Angely Caldas Gomes

João Pessoa-PB
2015

ANGELY CALDAS GOMES

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde – Nível Mestrado do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Modelos em Saúde

Orientadores:

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos

**João Pessoa-PB
2015**

G633i Gomes, Angely Caldas.
A interdisciplinaridade na formação dos profissionais de
saúde no contexto da reabilitação / Angely Caldas Gomes.-
João Pessoa, 2015.
103f. : il.
Orientadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Ulisses
Umbelino dos Anjos
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN
1. Saúde - modelos de decisão. 2. Pessoal de saúde.
3. Formação de recursos humanos. 4. Comunicação
interdisciplinar. 5. Relações interprofissionais.

UFPB/BC

CDU: 614(043)

ANGELY CALDAS GOMES

**A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS
DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO**

João Pessoa, 15 de dezembro de 2015

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Orientadora (UFPB)

Prof. Dr. Ulisses Umbelino dos Anjos
Orientador (UFPB)

Prof. Dr. Anna Alice Figueirêdo de Almeida
Membro Interno (UFPB)

Prof. Dr. João Agnaldo dos Nascimento
Membro Interno (UFPB)

Prof. Dra. Ana Carolina Basso Schmitt
Membro Externo (USP)

*Dedico este trabalho aos meus pais,
Sônia e Osias,
por serem sempre a minha melhor referência,
por todo investimento e esforço realizado
para que mais esse sonho fosse concretizado.*

AGRADECIMENTOS

Esta vitória tem o sabor dos desafios, das dificuldades superadas e do dever cumprido. O certo é que sozinha nada disso seria possível, e hoje ao olhar para trás, preciso reconhecer e agradecer a todos que contribuíram com a caminhada para que eu pudesse chegar até aqui:

A Deus,

Pelo dom da vida, por sua infinita bondade e amor em proporcionar-me a realização de mais um sonho, por ser sempre amparo, me dando forças nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais Sônia e Osias,

Pelo amor incondicional, por toda educação e valores ensinados e por me conduzirem sempre pelos sábios caminhos da vida.

Aos meus irmãos Anderson e Adriano,

Por acreditarem, apoiarem e incentivarem o meu crescimento pessoal, profissional e acadêmico.

Aos tios, primos, avó, cunhada e sobrinhos,

Pelo carinho em todos os momentos, por acreditarem no meu potencial e me incentivarem com tanto amor e alegria a busca pelos meus sonhos.

À minha orientadora Kátia Suely,

Pela confiança depositada e o incentivo durante toda a minha trajetória acadêmica. Desde a graduação acreditou em mim, com paciência me guiou pelos caminhos do conhecimento e hoje me auxiliou na concretização de mais um sonho. Sinto-me uma privilegiada e agradecida por ter a oportunidade de aprender com você. Tenho uma grande admiração, é uma referência de mestre e profissional.

Ao meu orientador Ulisses Umbelino,

Pela acolhida na realização deste estudo, por todos os ensinamentos em estática, pela paciência, apoio, disponibilidade e confiança depositada em mim.

À minha banca avaliadora, composta pelos professores Dra. Anna Alice Figueirêdo de Almeida, Dr. João Agnaldo dos Nascimento e Dra. Ana Carolina Basso Schimitt

Pela disponibilidade e valiosas sugestões na avaliação deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde,

Em especial a professora Tarciana Pereira, por ter inspirado o meu aprendizado com estatística e por me ter feito acreditar, no primeiro trimestre de aula, que era possível jogar fora os medos e vencer os obstáculos; e ao professor João Agnaldo, sempre acolhedor e disponível nos momentos de dúvidas e angústias. Ao secretário Francisco Santos, pelo apoio e contribuição neste trabalho.

Aos amigos do MDS,

Em especial à Silvia Melo, Larissa Bakke e Juliana Santos pelo carinho, companheirismo nos momentos difíceis e por todas as experiências inesquecíveis. Em especial a Ingrid Gadelha, que desde a seleção compartilhou comigo deste desafio, vibrando comigo a aprovação e hoje divide a alegria deste título.

Aos demais amigos,

Por cada carinho demonstrado e por sempre acreditarem na minha capacidade. Vocês tornam a vida mais leve!

Ao Laboratório de Estudos e Práticas em Saúde Coletiva (LEPASC),

Por toda contribuição do grupo para a minha vida acadêmica. Em especial, a Danyelle Nóbrega e Luciana Moura, por todo incentivo, carinho e amizade.

Aos estudantes e profissionais voluntários deste estudo,

Pela disponibilidade e contribuição com a realização deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Pelo auxílio com a bolsa de estudos que me permitiu dedicar integralmente à realização desta pesquisa.

E a todos os demais que, direta ou indiretamente, contribuíram ou que torceram pela concretização deste momento. A todos vocês o meu muito OBRIGADA!

“O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada. Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.”

Cora Carolina

RESUMO

A formação dos profissionais da saúde numa perspectiva interdisciplinar é considerada um pressuposto para a reorganização do modelo assistencial, visando o alcance do trabalho em equipe e uma abordagem mais integral e resolutiva do ser humano, tendo como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desse estudo é conhecer a formação profissional na perspectiva interdisciplinar dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em uma capital do Brasil, e perceber as facilidades e dificuldades de inserção desses profissionais numa equipe de reabilitação no cenário de prática profissional. Trata-se de um estudo realizado na cidade de João Pessoa-PB, cuja pesquisa pautou-se no método transversal, exploratório, descritivo e inferencial, desenvolvido a partir das abordagens qualitativas e quantitativas. A amostra foi composta por discentes matriculados no último ano letivo dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional de duas Instituições de Ensino Superior (IES) e por Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais que compõem a equipe de reabilitação de dois serviços especializados egressos dessas IES. Para tanto, foi aplicado com os estudantes o questionário “Avaliação da Formação para a Interdisciplinaridade”, adaptado para o contexto da reabilitação com a finalidade de conhecer o perfil dos acadêmicos e o posicionamento dos mesmos sobre as aproximações e os distanciamentos da formação em relação à interdisciplinaridade. Já para os profissionais foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, a fim de analisar as facilidades e as dificuldades de inserção numa equipe de reabilitação no cenário de prática profissional. Os resultados dos questionários foram submetidos à Análise de Agrupamento por meio do *software* estatístico R; e os conteúdos das entrevistas foram organizados e analisados pelo *software* Nvivo, possibilitando assim, a construção de Discursos do Sujeito Coletivo. Nesse sentido, evidenciaram-se, nos cursos investigados, limitações quanto à formação em saúde para a interdisciplinaridade, com restrição das atividades que contemplam e favorecem a atuação conjunta dos estudantes, repercutindo na prática profissional. O posicionamento dos profissionais quanto às ações interdisciplinares enfatizou a limitação na formação, refletida com a dificuldade dos mesmos em (re)conhecerem as atribuições e competências das outras profissões dentro da equipe de reabilitação. O diálogo foi utilizado como estratégia de superação na busca da concretização da interdisciplinaridade. Os achados deste estudo evidenciam a necessidade de mudanças no processo de formação de futuros profissionais da reabilitação, com necessidade de planejamento e de reorganização das práticas acadêmicas na perspectiva da educação interprofissional.

Palavras-chaves: Formação de Recursos Humanos; Currículo, Pessoal de Saúde, Comunicação Interdisciplinar; Relações Interprofissionais; Análise Qualitativa; Análise Multivariada.

ABSTRACT

The training of health professionals in an interdisciplinary perspective is considered a premise for a care reorganization model, aiming to reach teamwork and a more integral and resolute approach of the human being, based on the principles and guidelines of Brazil's Unified Public Health System (SUS). The aim of this study is to know the professional training in an interdisciplinary perspective of the following higher-degree courses: Physiotherapy, Speech Therapy, and Occupational Therapy. The study was held in João Pessoa – Paraíba, whose research was based on cross-sectional, exploratory, descriptive, and inferential model, developed from qualitative and quantitative approaches. The sample was composed by scholars enrolled in the last academic year of Physiotherapy, Speech Therapy, and Occupational Therapy higher-degree courses from two Higher Education Institutions (HEI's) and also by Physiotherapists, Speech Therapists, and Occupational Therapists who compose the rehabilitation team from two specialized services of these HEI's. For this purpose, the "Assessment of Training to Interdisciplinary" questionnaire adapted for rehabilitation context, aiming to know the profile of scholars and their position about approximations and distancing in training related to interdisciplinarity. For the qualitative phase with professionals, it was utilized a semi-structured interview guideline, aiming to analyze the facilitations and problems of an insertion in a rehabilitation team on professional practice scenario. The results of the questionnaires were submitted to Cluster Analysis by R statistical software; and the interviews' content were organized and analyzed by Nvivo software, thus enabling the construction of Collective Subject's Speech. Therefore, there were clear signs, in the higher-degree courses researched, limitations on the training in health professionals for interdisciplinarity, with the restriction of activities which contemplate and favor the joint action of students, having a negative effect in professional practice. Professionals' attitude facing the interdisciplinary actions highlighted the limitation in training, reflected on their difficulties, recognizing other professions' duties and competencies within rehabilitation team. The discussion was utilized as strategy for overcoming in the search of interdisciplinarity achievement. The findings of this study evinced the changes in training process of future rehabilitation professionals, which requires planning and reorganization of academic practices in the perspective of interprofessional education.

Keywords: Human Resources Training; Curriculum, Health Staff, Interdisciplinary Communication; Interprofessional Relations; Qualitative Analysis; Multivariate Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES E QUADRO

Figura 1 -	Distância euclidiana entre os pontos A e B no plano.....	42
Figura 2 -	Fluxograma da investigação da Interdisciplinaridade junto aos estudantes.....	53
Figura 3 -	Montando o banco de dados.....	53
Figura 4 -	Definindo o local do banco de dados no computador.....	56
Figura 5 -	Abrindo o Script.....	59
Quadro 1 -	Classificação dos valores médios obtidos no questionário de Avaliação da Interdisciplinaridade na Formação e na Escala de Percepção do Trabalho Interprofissional.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional segundo o perfil sociodemográfico.....	64
Tabela 2 -	Distribuição dos estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional segundo o perfil de formação.....	65
Tabela 3 -	Distribuição dos profissionais de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional segundo o perfil sociodemográfico e de trabalho.....	66
Tabela 4 -	Resultado do número de grupos formados na análise de agrupamento no tocante à formação em saúde para a interdisciplinaridade no contexto da reabilitação.....	67
Tabela 5 -	Resultado da análise de agrupamento no tocante à formação em saúde para a interdisciplinaridade no contexto da reabilitação.....	68
Tabela 6 -	Distribuição dos estudantes na classificação para a formação em saúde para a interdisciplinaridade segundo as dimensões na Análise de Agrupamento.....	68
Tabela 7 -	Distribuição dos estudantes pertencentes aos grupos mais significativos da Análise de Agrupamento segundo perfil sociodemográfico.....	69
Tabela 8 -	Distribuição dos estudantes pertencentes aos grupos mais significativos da Análise de Agrupamento segundo perfil de formação.....	70
Tabela 9 -	Identificação dos elementos pertencentes em cada grupo por curso.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA - Análise de Agrupamento

CA - Coeficiente Aglomerativo

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DE - Distância Euclidiana

ERIP - Estágio Regional Interprofissional

FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência

IES - Instituições de Ensino Superior

OMS - Organização Mundial de Saúde

PPC - Projetos Pedagógicos dos Cursos

RIPLS - Escala de Percepção do Trabalho Interprofissional

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO.....	16
1.2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO.....	19
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	20
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
3.1	CONTEXTUALIZANDO A REABILITAÇÃO.....	21
3.2	A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE.....	24
3.3	A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE.....	30
3.4	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE SOB A ÓTICA DO TRABALHO EM EQUIPE.....	35
3.5	ANÁLISE DE AGRUPAMENTO.....	39
3.5.1	Medidas de semelhança.....	40
3.5.2	Técnicas de agrupamento.....	44
3.5.3	Métodos hierárquicos.....	46
3.5.4	Definição do número de grupos.....	47
3.5.5	Validação dos agrupamentos.....	48
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	49
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	49
4.2	SUJEITOS DA PESQUISA.....	50
4.2.1	Instituições de Ensino Superior.....	50
4.2.2	Centros Especializados em Reabilitação.....	51
4.3	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	51
4.4	ANÁLISE DOS DADOS.....	54
4.4.1	Análise quantitativa.....	54
4.4.2	Análise qualitativa.....	61
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	61
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	63
5.1	ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESTUDANTES.....	63
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	65

5.3	ANÁLISE DE AGRUPAMENTO.....	67
5.3.1	Base conceitual para a interdisciplinaridade.....	71
5.3.2	Contribuição da formação acadêmica para o processo de trabalho interdisciplinar.....	73
5.3.3	Inserção em uma Equipe Multiprofissional.....	78
5.3.4	Percepção do trabalho interdisciplinar na formação e prática profissional.....	80
5.3.5	Sugestão para aperfeiçoar a formação acadêmica a prática do trabalho em equipe interdisciplinar.....	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
	REFERÊNCIAS.....	86
	Apêndice A - Roteiro de Pesquisa.....	94
	Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
	Anexo A - Questionário da pesquisa.....	97
	Anexo B - Escala de percepção do trabalho interprofissional (RIPLS).....	101
	Anexo C - Certidão de Aprovação do Comitê de Ética Profissional.....	103

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Um dos desafios atuais no campo da saúde é a busca por novos caminhos em que se possa repensar a saúde de uma forma ampliada, uma vez que o modelo biomédico vem se apresentando insuficiente para dar conta das questões complexas que envolvem a área. Nessa perspectiva, a interdisciplinaridade é vista como uma necessidade no cotidiano do setor da saúde, devido à complexidade do objeto sobre o qual se debruça, e das transformações e exigências do trabalho contemporâneo.

A interdisciplinaridade destaca-se, então, como uma estratégia de enfrentamento dos problemas da saúde, e se apresenta como uma possibilidade para a reorientação do modelo assistencial. Todavia, para alcançar bons resultados no desenvolvimento de uma atuação interdisciplinar, faz-se necessário repensar a formação dos profissionais de saúde e reconhecê-la como um elemento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação, o desenvolvimento dos profissionais de saúde e organização dos serviços com base nos princípios e as diretrizes do SUS (HADDAD et al., 2010).

A ênfase dada à interdisciplinaridade no campo de saúde decorre da possibilidade que ela encerra no sentido de contribuir para uma nova postura profissional, tendo em vista que o aprofundamento dos conhecimentos científicos e os avanços técnicos não são suficientes para satisfazer a amplitude de possibilidades que a área da saúde carrega (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010; BISPO; TAVAREZ; TOMAZ, 2014). Coloca-se como desafio repensar a saúde de uma forma ampliada e superar o modelo biomédico fortemente presente no modelo assistencial, intervindo com base nessa concepção ampliada de saúde.

A dimensão do processo de trabalho interdisciplinar amplia-se no contexto da reabilitação em face da complexidade que envolve o processo saúde-doença no contexto da deficiência, uma vez que esta condição impõe a necessidade de intervenções amplas capazes de contribuir para reabilitar funções perdidas e adquirir novas habilidades, de modo a possibilitar a reinserção da pessoa no meio social em que vive. A equipe de reabilitação que tem como base uma atuação interdisciplinar, possibilita a conscientização que o todo é maior que as partes e permite a recomposição do conhecimento fragmentado, por meio da interpenetração do conhecimento, e dessa forma, alcança de uma forma global, todas as necessidades das pessoas com deficiência. Nesse sentido, a abordagem interdisciplinar é

fundamental para o desenvolvimento de um modelo assistencial fundamentado na integralidade da atenção, também no campo da reabilitação.

A atuação centrada na premissa da interdisciplinaridade potencializa o trabalho em equipe, visto que apenas a integração dos saberes permite entender a multidimensionalidade dos sujeitos envolvidos e do contexto no qual estão inseridos. Assim, atuar na perspectiva da multiplicidade dos fatores relacionados ao processo saúde-doença não é restrito a uma área profissional, ao contrário, exige uma abordagem multiprofissional para uma melhor compreensão e intervenção de acordo com as necessidades de saúde da população (SANTOS, 2010).

Esta lógica contrapõe-se à realidade do cotidiano nos serviços de saúde, pois frequentemente há confronto entre os profissionais que atuam ou que deveriam atuar com objetivo comum. As áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, por terem o mesmo objeto de intervenção no complexo e dinâmico ato de reabilitar a recuperação motora-cognitiva, deveriam a priori trabalhar com um sistema de parcerias e complementaridades, uma vez que esse processo envolve intervenções simples ou múltiplas realizadas por uma equipe de reabilitação.

Entretanto, desde a minha formação acadêmica em Fisioterapia e a partir da experiência enquanto profissional pude constatar a falta de interação entre esses profissionais da saúde. Além disso, a falta de diálogo e o predomínio de práticas isoladas e fragmentadas, comprometendo o alcance de melhores resultados no tratamento, implica a necessidade de um olhar ampliado em saúde e no trabalho em equipe, em virtude das necessidades trazidas pela deficiência. Assim, faz-se mister buscar soluções em conjunto, reconhecendo que a atuação uniprofissional é limitada para promover os ganhos necessários à reinserção social da pessoa com deficiência.

Diante da necessidade de reforçar os sistemas de saúde com trabalho interdisciplinar e tendo como base a integralidade da atenção, é preciso exercitar efetivamente o trabalho em equipe, a partir do processo de formação do profissional de saúde (MACHADO et al., 2007). Nesse sentido, se faz necessário repensar a lógica de formação tradicional com a finalidade de oferecer subsídios para uma formação de pessoal com base no desenvolvimento de práticas colaborativas e com a construção de intervenções compartilhadas, de modo a favorecer a integralidade no cuidado em saúde (TRETIN, 2010; FURTADO, 2009).

Nesse contexto, a interdisciplinaridade ganha destaque por possibilitar ações coletivas e integradas. Os seus pressupostos abordam o conhecimento como consequência de uma efetiva interação e interdependência entre as abordagens e os procedimentos dos saberes dos

sujeitos envolvidos, resultando em enriquecimentos mútuos alcançados por meio de uma estratégia que busca a união de diferentes disciplinas para tratar de um problema comum, alcançando assim a integralidade da atenção à saúde (BATISTA, 2012).

A formação de recursos humanos nessa perspectiva prepara uma nova geração de profissionais capacitados para atuar frente aos desafios e demandas da área. A convivência interprofissional e a partilha de conhecimentos durante a formação profissional pode contribuir para uma formação de profissionais melhor preparados para uma atuação em equipe, alcançando na perspectiva da integralidade, melhores dimensões do trabalho e da produção do cuidado em saúde (ARAÚJO; GALIMBERTTI, 2013; PEDUZZI et al., 2013).

Essa lógica de formação profissional tem se destacado por ser um estilo educacional que prioriza o trabalho em equipe e a integração dos conhecimentos, frente à competição e à fragmentação do cuidado (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013). Sendo assim, as Instituições de Ensino Superior (IES) precisam garantir estratégias que viabilizem e garantam aos alunos uma formação que favoreça o diálogo, a troca de experiência e a interdisciplinaridade entre os distintos saberes que contribuam para as ações de saúde, no âmbito individual e coletivo (MACHADO et al., 2007).

Contudo, a maioria dos cursos de saúde não organiza seus currículos de modo que valorize o trabalho em equipe. Nessa perspectiva, o grande desafio ainda enfrentado pelas universidades para superar conceitos vinculados apenas ao conhecimento técnico e biológico é alcançar o perfil de uma formação que favoreça a aproximação das áreas, fazendo-se necessária a operacionalização de práticas de ensino-aprendizagem que possibilitem o desenvolvimento de atividades de caráter interdisciplinar e integral do cuidado (FURTADO, 2009). É nesse contexto que se coloca a interdisciplinaridade que, ao invés de se apresentar como alternativa para substituição de um jeito de produzir e transmitir conhecimento tem a pretensão de superar a visão disciplinar e a fragmentação do conhecimento.

Diante do exposto e da relevância da interdisciplinaridade no alcance do trabalho em equipe na prática profissional em saúde, particularmente da equipe de reabilitação, propõe-se, neste estudo, compreender se os cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, na cidade de João Pessoa - PB, integrantes da reabilitação, estão formando profissionais no contexto do trabalho em equipe interdisciplinar.

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O debate sobre a formação de recursos humanos da área de reabilitação e a sua intercessão com o mundo do trabalho tem sido uma problemática emergente, uma vez que esses profissionais, por terem o mesmo objeto de intervenção, deveriam a priori atuar em equipe, numa perspectiva interdisciplinar e pautados na abordagem integral do ser humano.

As fragilidades de exercício interdisciplinar evidenciadas na formação se refletem e se potencializam na prática profissional, podendo ser constatada na escassez de ações efetivamente interdisciplinares na reabilitação. Assim, faz-se necessário a formulação de novas propostas para a formação dos profissionais envolvidos com o ato de reabilitar, a partir de uma perspectiva crítica, reflexiva e colaborativa apresentando-se como uma das demandas para que se reorganizem as práticas de saúde fundadas na cooperação entre saberes e ações.

Nesse contexto, a interdisciplinaridade representa uma possibilidade de redirecionar o processo formativo em saúde para práticas mais eficazes no fazer saúde na perspectiva do trabalho em equipe no contexto da reabilitação. Contudo, para a construção de um novo paradigma da formação que quebre a lógica do reducionismo biológico e do distanciamento das áreas é necessário construir modelos de ensino que ultrapassem e reestruturem as fronteiras dos conhecimentos.

As ações educativas devem ser compreendidas para além do sentido clássico da aquisição de conhecimentos, devendo ser capazes de desencadear uma interdependência entre as profissões de saúde, possibilitando o desenvolvimento de habilidades e competências para o trabalho em equipe, por meio de ações compartilhadas, coletivas e integradas (BISPO; TAVAREZ; TOMAZ, 2014).

Dessa forma, este trabalho permitirá conhecer as possibilidades e limites para a efetivação da prática interdisciplinar no âmbito da formação em saúde dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Sendo assim, esta pesquisa busca trazer uma contribuição para os estudos sobre a formação em saúde, fornecendo subsídios para apontar as transformações necessárias no processo formativo desses profissionais, em especial, ao que diz respeito à atuação em equipes interdisciplinares, visando o cuidado integral.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Conhecer a perspectiva interdisciplinar da equipe de reabilitação no âmbito da formação acadêmica e da prática profissional.

2.2 ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil dos estudantes dos cursos de graduação em saúde (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) que fazem parte da equipe de reabilitação em duas Instituições de Ensino Superior em João Pessoa-PB;
- Investigar a existência da interdisciplinaridade no processo ensino-aprendizagem durante a formação universitária em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional;
- Identificar a contribuição da formação para o trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar;
- Conhecer a percepção dos estudantes e dos profissionais no contexto da reabilitação sobre a perspectiva interdisciplinar do trabalho em equipe e a colaboração profissional;
- Verificar como se agrupam os estudantes dos cursos analisados em relação à formação para a interdisciplinaridade;
- Perceber as facilidades e dificuldades de inserção em uma equipe de reabilitação no cenário de prática profissional.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZANDO A REABILITAÇÃO

A reabilitação constitui-se como um direito das pessoas com deficiência, sendo reconhecida como um espaço efetivo de acesso à otimização de condições funcionais visando à ampliação de possibilidades para a participação e convívio social. A reabilitação surgiu como especialidade médica há cerca de 60 anos, destinada aos cuidados das pessoas com deficiência, a fim de desenvolver o potencial funcional e promover a reintegração familiar, profissional e social desses indivíduos (FARIA, 2010).

A incapacidade é percebida como inerente ao indivíduo com deficiência. No Brasil, o Decreto nº 3.298/99, Art. 3, Inciso I, define a deficiência como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho da atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”, podendo ser a deficiência classificada em: física, auditiva, visual e mental (DECRETO Nº 3.298/99, ART. 4).

Várias mudanças ocorreram na percepção da deficiência, em especial, por meio das lutas e conquistas das organizações e das pessoas com deficiência, refletindo em novos conceitos. Um deles refere-se ao modelo biopsicossocial, que conduz a uma consciencialização do impacto das barreiras do ambiente na participação das pessoas com deficiência (FARIA, 2010). Assim, a deficiência se configura como uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social (DECRETO Nº 3.298/99, ART. 35 § 3º).

De acordo com a Organização das Nações Unidas, mundialmente há cerca de 650 milhões de pessoas com deficiência, o que representa 10% por cento da população global. Estima-se que 80% vivem em países em desenvolvimento (ONU, 2008). No Brasil, dados do Censo Demográfico de 2010 revelaram que 23,9% da população brasileira possui no mínimo uma deficiência relacionada às funções visuais, auditivas, motora ou mental. O Nordeste se destaca com a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências mencionadas (26,3%), com os estados do Rio Grande do Norte e a Paraíba sobressaindo a média nacional, com taxas de, respectivamente, 27,76% e 27,58% (OLIVEIRA, 2012).

Todo o esforço da reabilitação é destinado a reparar ou compensar o problema da deficiência de forma a aproximar o indivíduo dos padrões de normalidade e reduzir o impacto da incapacidade, a fim de promover a integração social dessas pessoas, treinando-as para se ajustar ao seu meio. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência define a reabilitação como um processo que visa garantir que as pessoas com deficiência tenham condições de alcançar e manter uma ótima condição funcional, do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico ou social, de modo a contar com meios para modificar a própria vida e ser mais independentes (BRASIL, 2008).

A utilização de recursos de reabilitação na assistência à saúde é notória desde o século XIX, com o surgimento da industrialização e os inúmeros acidentes decorrentes de trabalho. Entretanto, os serviços de reabilitação só passaram a ter importância no início do século XX, com o tratamento das pessoas com sequelas decorrentes da guerra e da epidemia de poliomielite nos Estados Unidos. Nesse período, a conquista dos trabalhadores das leis de proteção à saúde, assim como a necessidade de recuperação da força de trabalho dos indivíduos com sequelas da guerra, destacaram-se como importante marcos para a expansão da reabilitação em todo o mundo (RIBEIRO et al., 2010).

No Brasil, em meados dos anos de 1940, por iniciativa da sociedade civil, foram criadas as primeiras instituições destinadas às pessoas com deficiências físicas. Naquela época, a assistência a essas pessoas não era competência de nenhuma esfera governamental e baseava-se na caridade e na filantropia, com exceção dos 14 centros de reabilitação profissional do Instituto Nacional de Previdência Social existentes na década de 1960 (RIBEIRO et al., 2010).

A Criação do SUS na Constituição Federal de 1988 é considerada o principal marco da cidadania no que diz respeito à saúde, e dela derivam as normas legais específicas relativas aos direitos das pessoas com deficiência. No Art. 196, da Constituição Federal de 1988 dispõe que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988), sendo o direito à habilitação e à reabilitação das pessoas com deficiência regulamentado pela Lei nº 8.742/93 (RIBEIRO et al., 2010; BERNARDES et al., 2009).

Nos anos de 1980, os programas de reabilitação passaram a ser desenvolvidos pelo governo federal e os atendimentos em reabilitação foram disponibilizados na rede pública de saúde (RIBEIRO et al., 2010). Porém, com a descentralização da política de saúde após a instituição do SUS, coube também aos estados e municípios a responsabilidade em criar e

administrar serviços comprometidos com os seus princípios e diretrizes, a fim de garantir o direito universal e o atendimento integral às necessidades de saúde das pessoas com deficiência (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar que, historicamente a baixa cobertura e baixa resolubilidade são características dos serviços de reabilitação. A assistência às pessoas com deficiência tem concentração nos centros especializados, construídos de forma que privilegia as áreas urbanas, localizados nas regiões economicamente mais favorecidas, com baixa cobertura assistencial e organizados por tipo de deficiência (MITRI; ANDRADE; COTTA, 2013; RIBEIRO et al., 2010).

Ainda nos anos de 1980, os programas de reabilitação tinham, na maioria dos casos, um caráter assistencialista, ao invés de uma abordagem integradora (RIBEIRO et al., 2010). Os serviços de reabilitação eram oferecidos de forma fragmentada por distintas instituições de vários setores, com adoção de resolução sem coordenação entre si e, assim, acabavam negligenciando as necessidades desse segmento populacional e agravando as iniquidades sociais (MITRI; ANDRADE; COTTA, 2013).

Para aprimorar a garantia do direito adquirido constitucionalmente, outras legislações foram aprovadas pelo governo federal. Dentre elas, a Lei nº 7.853/89 e o Decreto nº 3.298/99, que correspondem aos principais documentos normativos e garantidores da cidadania das pessoas com deficiência, apoiando essas pessoas e a sua integração social (BRASIL, 2008). Esses dispositivos legais foram lançados na tentativa de garantir a inclusão da atenção à saúde em um modelo assistencial que tem como base a abordagem multiprofissional e multidisciplinar, com ênfase nas ações de promoção à saúde, na reabilitação e na inclusão social dessas pessoas (RIBEIRO et. al., 2010).

No que se refere ao setor saúde, esses dispositivos atribuíram, dentre outros aspectos, a responsabilidade pela criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação. Nesse sentido, na década de 90 foram implantados o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, que tem como base a integralidade e a articulação em redes integradas e regionalizadas, em interface com outras políticas e setores. Estas iniciativas passaram a incentivar a criação de centros de reabilitação especializados, em uma perspectiva multiprofissional, como forma de acompanhar e estimular o desenvolvimento de indivíduos com déficits motores, sensoriais ou cognitivos (MITRI; ANDRADE; COTTA, 2013; RIBEIRO et al., 2010).

Nessa perspectiva, atualmente a rede de atenção à pessoa com deficiência no SUS tem sido reorganizada e abrange diferentes níveis. Contempla desde a Atenção Primária à Saúde até a média e alta complexidade. Os Centros de Referência em Reabilitação são responsáveis por ações em caráter ambulatorial, com procedimentos de média e alta complexidade. Os hospitais especializados em reabilitação destinam-se ao atendimento onde há necessidade de uma intervenção mais frequente, intensa e demanda tecnologia de alta complexidade. Já com relação à Atenção Primária à Saúde, foram criados em 2008, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o intuito de atuarem mais próximo das comunidades e parceria com as equipes da Estratégia de Saúde de Família e demais programas e níveis de complexidade do SUS (MITRI; ANDRADE; COTTA, 2013).

Vale mencionar que, a reabilitação é herdeira de uma visão exclusivamente biológica da deficiência, porém passa pela transição de uma postura fragmentária e normatizadora para uma perspectiva emancipatória, em consonância com a teoria social da deficiência. Considerada base do modelo social da deficiência, esta teoria defende não somente a funcionalidade do corpo nos problemas implicados pela deficiência, mas também o impacto das estruturas sociais. Essa teoria faz a diferença conceitual entre lesão e deficiência. A primeira é caracterizada pelo elemento biológico, enquanto que a segunda corresponde à interação entre o indivíduo com lesão e uma estrutura social que engloba barreiras atitudinais, arquitetônicas e econômicas (DINIZ, 2007).

Nesse sentido, as ações de saúde voltadas às pessoas com deficiência têm que considerar um conjunto de diferentes necessidades desse público. Logo, o trabalho de reabilitação deve englobar tanto o aspecto técnico quanto o aspecto da cidadania do indivíduo com deficiência, que tem o direito de fazer escolhas e de ser o autor de sua própria história (RIBEIRO et al., 2010).

Assim, a reabilitação no contexto do modelo social da deficiência é vista como um potencial espaço estruturado de práticas e combinações tecnológicas (MERHY, 2002) que deve distanciar-se da visão centrada na correção ou na normalização dos indivíduos para contribuir com um entendimento mais amplo, em que a participação e inserção plena da pessoa com deficiência nos diversos espaços sociais sejam alcançadas.

3.2 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

A história formal da educação superior em saúde no Brasil tem início em 1808, com a chegada da família real portuguesa e as primeiras iniciativas do ensino médico no país. Deste

ano, datam a criação de duas escolas médicas na Bahia e no Rio de Janeiro (PEREIRA; ALMEIDA, 2006). A fundação dessas escolas destinava-se à instrução de cirurgiões que ignoravam a anatomia, a fisiologia e a medicina prática, e ao ensino dos alunos que iriam exercer a cirurgia no exército e na marinha (OLIVEIRA, 2007).

Durante muito tempo, a formação profissional em saúde no Brasil limitou-se à formação médica, sendo a educação superior em saúde caracterizada inicialmente pelos cursos de Medicina, Farmácia e Odontologia, e posteriormente pelo surgimento do curso de Enfermagem. De acordo com Gonze (2009), predominava no Brasil, até a República, a formação de práticos. A formação profissional em saúde estava associada à noção de aprendizagem relacionada à prática e o ensino era caracterizado como livre, sem grade curricular mínima ou sem diretrizes curriculares nacionais, transmitido por profissionais que possuíam mais experiência.

No período entre 1808 e 1930, uma série de dispositivos legais foram publicados visando à regulamentação dos cursos de formação de trabalhadores da saúde, todos anexos às Faculdades de Medicina (CHRISTOFARO, 1999). Entretanto, foi apenas em 1832 que ocorreu a aprovação da lei que promoveu grandes mudanças no ensino médico brasileiro. Essas mudanças deram às Academias Médico-cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro a denominação de Escolas ou Faculdades de Medicina, seguindo as normas e programas da Escola Médica de Paris (OLIVEIRA, 2007). A partir deste ano, essas escolas passaram a oferecer também educação farmacêutica (GONZE, 2009).

Apenas em meados de 1879, um decreto imperial determinou a necessidade de estruturação de uma escola de Farmácia, um curso de Odontologia e um curso de Obstetrícia, existentes junto às escolas médicas. Sendo assim, em 1884, o ensino de Odontologia ganhou uma instituição, criando o título de cirurgião-dentista. Em 1890, foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro. Já em 1899, na cidade de São Paulo, foi instalada uma escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia (CECCIM; CARVALHO, 2006).

O ensino de Fisioterapia surgiu no país a partir de 1929, com a criação do primeiro curso técnico na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (PEREIRA; ALMEIDA, 2006). A motivação principal para sua criação foi o alto índice de pessoas com distúrbios do aparelho locomotor em decorrência de sequelas da poliomielite, além do crescente aumento de acidentes de trabalho (BISPO JÚNIOR, 2009).

Somente no ano de 1963 foi definida a ocupação do Fisioterapeuta, sendo estabelecido o primeiro currículo mínimo da graduação em Fisioterapia, baseado no modelo da Escola de

Reabilitação do Rio de Janeiro, denominado Técnico de Fisioterapia. Além disso, foi definida uma duração de três anos, com uma carga horária mínima de 2.160 horas (PEREIRA; ALMEIDA, 2006). Vale ressaltar que, a regulamentação da fisioterapia como profissão de nível superior ocorreu em 1969, com o Decreto-lei 938.

No entanto, apenas no ano de 1983, o Conselho Federal de Educação, por meio da Resolução 04/83, fixou os currículos mínimos para a formação de fisioterapeutas, instituindo a duração mínima de quatro anos, com o total de 3.240 horas. Ademais, determinou a divisão das disciplinas integrantes em quatro ciclos de matérias: biológicas; formação geral; pré-profissionalizantes; e profissionalizantes (BISPO; JÚNIOR, 2009).

O curso de Terapia Ocupacional, por sua vez, foi introduzido no Brasil a partir de 1950, por iniciativa da Organização Mundial da Saúde. O primeiro curso de formação técnica de terapeutas ocupacionais pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR - foi criado em 1956, na cidade do Rio de Janeiro, cuja duração era de dois anos. No ano de 1963, a escola solicita o reconhecimento do curso como nível superior e recebe a aprovação, sendo definido o tempo de três anos para o curso com carga horária de 2.160 horas. Contudo, a regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional só foi reconhecida em 1969, semelhante ao que ocorreu com a Fisioterapia (PEREIRA; ALMEIDA, 2006).

Por outro lado, o ensino da Fonoaudiologia é recente no Brasil, com início na década de 1960 com a criação dos cursos da Universidade de São Paulo, em 1961, e da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1962. Ambos estavam voltados à Graduação de Tecnólogos em Fonoaudiologia, que eram profissionais especializados na habilitação e reabilitação da linguagem. É importante mencionar que a resolução nº 54/76, do Conselho Federal de Educação, fixou o currículo mínimo e a duração desses cursos. Já, na década de 1970 foram criados os cursos em nível de bacharelado, passando a formar bacharéis em Fonoaudiologia, sendo o curso da Universidade de São Paulo, em 1977, o primeiro a ter seu funcionamento autorizado. Além do mais, um novo currículo mínimo para a Graduação em Fonoaudiologia foi inserido pelo Parecer nº20/83 (CAPPELLETTI, 1985).

A regulamentação da Profissão de Fonoaudiólogo só aconteceu em 1981, com a Lei nº 6.965 de 09 de dezembro de 1981. Essa lei definiu o campo de atuação do Fonoaudiólogo e criou também o Conselho Federal e os Regionais de Fonoaudiologia, tendo como principal finalidade a fiscalização do exercício profissional. Os cursos de Fonoaudiologia deverão ter duração mínima de quatro anos com uma carga horária de 3600h (BACHA; OSÓRIO, 2004).

Ao longo do tempo, aconteceram alguns movimentos para alterar o processo de formação em saúde, sendo a década de 1940 marcada pelo esforço cientificista da educação

com a flexnerização. Esse modelo de formação influenciou a reforma do ensino das profissões de saúde no Brasil, com a qualificação e a expansão da educação superior. Nesse período, observa-se o investimento em hospitais universitários e práticas de saúde (OLIVEIRA, 2007; CECCIM; CARVALHO, 2006).

O modelo curativista da doença, tendo como base a teoria biológica e ações hospitalares, centrava-se no saber dos professores. Por outro lado, o modelo pedagógico estava relacionado com a memorização e a repetição dos conteúdos, sem correlacionar com a futura prática profissional. É importante mencionar que existia pouca conexão entre as disciplinas organizadas sob a lógica das especialidades, com pouca articulação entre teoria e prática. Além do mais, não havia práticas interprofissionais, nem a comunicação entre os gestores do ensino e gestores do sistema de saúde (GONZE, 2009).

A OMS, em 1946, compreendia saúde como um bem-estar físico, mental e social, todavia entendia que era necessário uma reformulação na educação de orientação político pedagógica e que o ensino deveria relacionar-se com as humanidades e com os determinantes socioeconômicos. Em meio a tantos movimentos e ideologias, surge o movimento da Reforma Sanitária enquanto crítica às práticas profissionais, aos modelos assistenciais e aos modelos educacionais (GONZE, 2009). As décadas de 1960 e 1970 foram marcadas pela explosão da profissionalização das práticas.

A década de 1980 destaca-se, do ponto de vista do sistema de saúde, pelas ações integradas em saúde, como: a VIII Conferência Nacional de Saúde; a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde e a execução da reforma sanitária, que culminou com a criação do SUS e, posteriormente, com a sua regulamentação nos anos de 1990. Nesse contexto, passa a se defendido a importância de ações integrais de prevenção de doenças, promoção, proteção e reabilitação da saúde (CECCIM e CARVALHO, 2006).

Em consequência, cresce o interesse pelos aspectos pedagógicos do ensino na saúde. Nesse contexto de reformas, surgem as reivindicações por novas experiências no processo formativo que favoreçam a integração ensino-serviço e que possam romper com o modelo biomédico e reducionista, colocando para os profissionais de saúde o desenvolvimento de um conjunto de ações com práticas interdisciplinares e comprometidas com o sistema de saúde do país (FAGUNDES; BURNHAM, 2005).

Diversas ações foram adotadas para buscar a concretização de inovações educacionais nos cursos de graduação, com o objetivo de qualificar e implementar mudanças na formação em saúde, bem como alcançar os princípios do SUS. Dentre essas ações, pode-se destacar a transformação na orientação e na organização dos cursos, com a construção das novas

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para as profissões da área de saúde, que proclamaram a ruptura do modelo de currículo mínimo obrigatório para as carreiras, como a possibilidade para a transformação da formação de profissionais de saúde (HORA, 2013).

No contexto das reformas educacionais realizadas no Brasil, as novas diretrizes curriculares para os cursos superiores em saúde, homologadas a partir de 2001, foram vistas como uma esperança para a reorientação na formação. Estas diretrizes apresentaram mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos (PPC), com novas configurações para os padrões curriculares vigentes, trazendo como eixo norteador para a formação do profissional desta área: o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002c).

Vale mencionar que essas Diretrizes estabelecem a formação dos profissionais de saúde numa perspectiva “generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, em todos os níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação” (BRASIL, 2002). Como também, definem que os profissionais devem ser capazes de atuar na integralidade da atenção à saúde em equipe multiprofissional, reafirmando a prática de orientação ao SUS (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002c).

Outras iniciativas estimularam o fortalecimento do movimento por mudanças no processo formativo em saúde. Um exemplo disto foi a Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde (BRASIL, 2003), implementada pelo Ministério da Saúde, no ano de 2003, que tinha a finalidade de integrar o ensino-serviço e de reforçar a aproximação efetiva entre os sistemas de saúde e de ensino. Dentre os programas desta Política, destaca-se o Aprender SUS cuja finalidade era aprofundar as relações de cooperação entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior (BRASIL, 2004).

Todas essas estratégias apoiaram a necessidade de reforma das instâncias formadoras, no sentido de transformar as práticas e propiciar a reorganização da atenção à saúde, com ênfase na formação e atuação dos profissionais em uma perspectiva de trabalho para o SUS. Entretanto, apesar dos avanços, atualmente a formação em saúde ainda é palco de diversas contradições e não vem se apresentado resolutiva para atender às demandas impostas nos diversos espaços produtores de cuidado no âmbito do SUS (SILVA, 2011; MORAIS et al., 2010).

A incompatibilidade dos processos de formação em saúde com as necessidades dos novos paradigmas profissionais acentua-se à medida que a sociedade reclama um novo perfil profissional, diferente do forjado no paradigma tradicional, e o Estado redefine as prioridades

de atenção à saúde. Para Silva e Egry (2003), o distanciamento evidenciado entre a prática profissional e as bases conceituais, metodológicas e pedagógicas que formatam os planos de ensino para a formação da força de trabalho em saúde é parte das contradições no âmbito interno das universidades.

Os atuais processos pedagógicos para formação desses profissionais são ainda frequentemente baseados em planejamentos normativos de ensino, ancorados em abordagens pedagógicas tradicionais centradas no paradigma biomédico e medicalizante, com incentivo à especialização da assistência (ALMEIDA et al., 2012; BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012). Além disso, a organização curricular se baseia na lógica disciplinar, o que leva a fragmentação do conhecimento, no acúmulo/transferência de conhecimento, com ênfase na utilização de métodos tecnicistas (BRAID; MACHADO; ARANHA, 2012).

A forma departamentalizada como as disciplinas se organizam nas universidades, baseada na fragmentação do objeto e numa crescente especialização do sujeito científico, não favorece a convivência entre as diversas áreas do conhecimento, que ao se encontrarem nas atividades práticas, continuam a funcionar com a mesma lógica fragmentada da disciplina. Nos serviços onde é exercitada a prática de saúde, cada profissional faz a sua parte independente do outro (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Essa forma de organização do ensino favorece o distanciamento dos profissionais envolvidos, enfraquecendo a resolutividade dos problemas de saúde. Essa abordagem limita a compreensão do ser humano pelo profissional e restringe o processo saúde-doença, pois pode promover entraves importantes quanto à inserção dos seus produtos finais, em termos de força de trabalho nos serviços de saúde. É importante que se garanta a efetividade da integralidade da atenção e a sua interface com o trabalho de equipe integrativo, com troca e reflexões entre as diversas áreas do conhecimento.

É importante que novas formas de produção do conhecimento possam ser criadas, com o objetivo de favorecer a integralidade na atenção ao cuidado em saúde, com construção de intervenções compartilhadas entre os diversos atores envolvidos (TRETIN, 2010; FURTADO, 2009). No Brasil, o ensino superior em saúde tem vários desafios a serem alcançados, em especial, no que diz respeito a ultrapassar os conceitos vinculados apenas ao conhecimento técnico e biológico e superar os limites da disciplinaridade enquanto produção de conhecimento em si.

3.3 A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE

A preocupação com a fragmentação do conhecimento em especialidades sem comunicação explícita entre si existia desde os primórdios da história. Na antiguidade, o filósofo grego Platão já exprimia a necessidade de unificar os saberes das ciências e a Escola de Alexandria assumiu o compromisso com a integração do conhecimento. Com o Iluminismo, em meados do século XVII, a Enciclopédia é transformada e definida em uma unidade com a condensação da diversidade de saberes e práticas, permitindo um melhor desenvolvimento da sociedade (GUBERT, 2009).

Apesar dos esforços na tentativa de unificar a ciência, a partir do século XVI, o surgimento da modernidade impulsionou a fragmentação do saber. A industrialização e a revolução industrial abriram caminhos para a disciplinaridade, em decorrência da necessidade cada vez maior de especialistas e do conhecido fragmentado. Esse período foi marcado pela consolidação das especializações (SANTOMÉ, 1998). Com a aceleração do desenvolvimento científico e tecnológico, a organização disciplinar do conhecimento científico atingiu força máxima no século XX, subdividindo os saberes (MORIN, 2005).

As críticas aos conhecimentos descontextualizados e disciplinas trabalhadas de forma fragmentada nos sistemas educacionais surgiram a partir do momento em que a organização do mundo do trabalho exigiu profissionais com uma visão de totalidade. Segundo Santomé (1998), o movimento pedagógico a favor da interdisciplinaridade e da globalização nasceu de reivindicações progressistas de grupos ideológicos e políticos que lutavam por uma maior democratização da sociedade.

Nesse sentido, o movimento da interdisciplinaridade surgiu em meados da década de 1960 na Europa, sobretudo na França e Itália, com as reivindicações dos movimentos estudantis em busca de um novo estatuto para a universidade, em decorrência da formação essencialmente técnica e fragmentada (FAZENDA, 2006; GUBERT, 2009). A intenção era garantir um ensino voltado à realidade social, contrariando o ensino fragmentado e verticalizado da época em prol de uma educação mais globalizada, superando a fragmentação disciplinar (OLIVEIRA et al., 2011).

A interdisciplinaridade surgiu também como uma tentativa de elucidação e de classificação temática das propostas educacionais, com o envolvimento e compromisso de alguns professores universitários que procuravam romper a “Educação por migalhas”. Em 1961, Georges Gusdorf, considerado um dos principais precursores do movimento em favor da interdisciplinaridade apresentou à UNESCO um projeto de pesquisa interdisciplinar.

Gusdorf reconheceu que a pedagogia da especialização forma especialistas cada vez mais especializados e que existe a necessidade de criação de uma nova categoria de pesquisadores com possibilidades interdisciplinares (FAZENDA, 2006; FRANCISCHETT, 2005).

No ano de 1967, em Louvain, aconteceu um colóquio que apontou as dificuldades e caminhos para a interdisciplinaridade, possibilitando a partir dessas reflexões, definir os impasses decorrentes do ato de dialogar. Já, em 1971, foi criado um documento que contemplava os principais problemas do ensino e da pesquisa nas universidades, convergindo para a organização de uma nova forma de conceber universidade, na qual as barreiras entre as disciplinas poderiam ser minimizadas por meio da estimulação de atividades de pesquisa coletiva e inovação no ensino (FRANCISCHETT, 2005).

No Brasil, as discussões sobre a interdisciplinaridade surgiram ao final da década de 1960 e passaram a influenciar a legislação educacional no país. Entretanto, a interdisciplinaridade apresentou sérias distorções e por isso apresentou-se como uma proposta incoerente e fadada ao fracasso, tendo em vista a falta de compreensão sobre o tema e ao modismo que o vocabulário desencadeou. Tornou-se a palavra de ordem empreendida na educação, assim como semente e produto das reformas educacionais empreendidas entre 1968 e 1971 (GUBERT, 2009; FRANCISCHETT, 2005; FAZENDA, 2006).

Os conceitos sobre a interdisciplinaridade apresentados pelo estudioso Georges Gusdorf influenciaram praticamente toda a produção bibliográfica sobre o assunto no Brasil, servindo como referencial teórico para os estudos dos teóricos brasileiros (FRANCISCHETT, 2005). O primeiro precursor brasileiro a estudar a interdisciplinaridade foi Hilton Japiassú, em sua obra intitulada “Interdisciplinaridade e patologia do saber”, publicada em 1976. Japiassú discorre de maneira sensível sobre a evolução do conhecimento ao longo da história, apresentando uma síntese das principais questões que envolvem a interdisciplinaridade e os pressupostos fundamentais para uma metodologia interdisciplinar (FRANCISCHETT, 2005; FAZENDA, 2006).

Segundo o conceito do teórico Japiassú (1976) a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, no interior de um projeto específico de pesquisa. Ele coloca a interdisciplinaridade como uma atitude, um novo olhar, que permite compreender e transformar o mundo, é uma busca por restituir a unidade perdida do saber. Para este autor, falar de interdisciplinaridade é relacioná-la à interação de disciplinas. A compreensão do sentido de “interdisciplinaridade” requer o entendimento do que vem a ser “disciplina”. Portanto, uma disciplina recebe o mesmo sentido

de “ciência”, de “disciplinaridade”, sendo caracterizada pelo domínio dos objetos de estudo dos quais se ocupa, pelas especificidades e pela forma como prevê e explica os fenômenos.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade é concebida como encontro de diferentes disciplinas, seja na perspectiva pedagógica ou epistemológica, na busca de construção de um novo saber, que é produzido pela intersecção dos diferentes saberes/disciplinas. Uma visão interdisciplinar deve estar presente tanto no campo da teoria como no da prática, seja esta de intervenção social, pedagógica ou de pesquisa (GATTÁS, 2005).

Ainda na década de 1970, no Brasil, Ivani Fazenda desenvolveu o tema “interdisciplinaridade” em sua dissertação de mestrado, a partir dos estudos de Japiassu e de outros realizados sobre a interdisciplinaridade na Europa. Ivani Fazenda abordou mais os aspectos relativos à conceituação do que à metodologia, uma vez que a sua finalidade era investigar e analisar as proposições sobre interdisciplinaridade no contexto das reformas educacionais no país. Esse período foi marcado pela necessidade de uma definição conceitual pela busca da explicitação terminológica da interdisciplinaridade (GUBERT, 2009; FRANCISCHETT, 2005; FAZENDA, 2006).

O principal documento dessa época intitulado “Interdisciplinaridade e Ciências Humanas”, foi elaborado por Gusdorf e colaboradores, ano de 1983, e mostra a atitude interdisciplinar não como categoria de conhecimento, mas sim de ação. Este registro aponta as diversas dicotomias que precisam ser enfrentadas, entre elas: teoria/prática, verdade/erro, certeza/dúvida, processo/produto, real/simbólico e ciência/arte (FRANCISCHETT, 2005; FAZENDA, 2006).

Entretanto, a alienação e o descompasso sobre a questão da interdisciplinaridade provocaram desinteresse dos educadores da época e contribuíram para o empobrecimento do conhecimento, o esfacelamento das disciplinas, a pobreza teórica e conceitual, condenando a educação a 20 anos de estagnação. Nos anos 1980, evidenciou-se a necessidade de explicitação das contradições epistemológicas enunciadas no período anterior, em uma tentativa de explicar um método para a interdisciplinaridade (FRANCISCHETT, 2005; FAZENDA, 2006).

A partir de estudos feitos sob o quadro político da época, Ivani Fazenda tentou explicitar as contradições e constatou que o enfrentamento da dicotomia teoria e prática seria uma das premissas a serem superadas pela interdisciplinaridade (FAZENDA, 2006). Em meados de 1990, uma nova epistemologia foi elaborada, a própria epistemologia da interdisciplinaridade. Foi uma fase caracterizada por uma revisão atual do conceito de ciência, em que a exigência de uma nova consciência foi apoiada não apenas na objetividade, mas na

subjetividade. Neste período, passou-se a exercer e a viver mais a interdisciplinaridade, intensificando-se o surgimento dos grupos interdisciplinares comprometidos com esta temática (FRANCISCHETT, 2005).

Apesar de todas as discussões que envolveram a interdisciplinaridade no âmbito educacional ao longo do tempo no Brasil, historicamente o modelo pedagógico tradicional de ensino em saúde baseia-se na disciplinaridade do conhecimento, incentivando a especialização precoce, com uma abordagem biologicista e medicalizante (FEUERWERKER, 2002). Nessa perspectiva, o conceito de disciplina ou ciência as quais abrangem conhecimentos específicos, dotados de características próprias, que segundo Luck (2002, p. 38), “permite ao homem o conhecimento da realidade, a partir das especificidades, ao mesmo tempo em que deixa de levar em consideração o todo de que faz parte”.

O método de construção disciplinar baseia-se na fragmentação da realidade, com a finalidade de melhor compreendê-la. Contudo, o fenômeno é descaracterizado do contexto, os conteúdos são ensinados numa certa linearidade; a simplificação pelo conhecimento é considerada independente um do outro e ocorre a generalização da realidade. A fragmentação se manifesta pela desarticulação dos meios aos fins educacionais, com a ruptura entre o discurso teórico e a prática real; e a desarticulação da realidade acadêmica com a vida da sociedade (FAZENDA, 2002).

A interdisciplinaridade não nega a especialização e não tem o intuito de desvalorizar as disciplinas ou os conhecimentos produzidos por elas. Apenas busca, por meio de processo de construção compartilhada, ultrapassar a multidisciplinaridade, e articular diferentes conhecimentos em busca da complementaridade de saberes (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; PEDUZZI et al., 2013). A multidisciplinaridade refere-se basicamente à associação ou justaposição de disciplinas que abordam um mesmo objeto a partir de distintos pontos de vista, sem a intenção de integração interdisciplinar (AGUIAR, 2007).

Nesse sentido, a interdisciplinaridade busca a superação das fronteiras disciplinares, o estabelecimento de uma linguagem interdisciplinar consensualmente construída. Consiste em uma abordagem em que duas ou mais disciplinas intencionalmente relacionam-se entre si, integrando instrumentos, métodos e esquemas conceituais, a fim de alcançar a maior abrangência de conhecimento. Silva (2006) aponta que a interdisciplinaridade é encontrada na interação entre duas ou mais disciplinas, como método de pesquisa e de ensino promovendo a interação, desde a simples comunicação das ideias até a integração mútua de conceitos, da epistemologia, da terminologia e dos procedimentos.

Assim, a prática da interdisciplinaridade busca promover a superação da visão restrita de mundo em busca da compreensão da complexidade da realidade. Além disso, procura resgatar a centralidade do homem na realidade e na produção do conhecimento, tentando estabelecer o sentido de unidade na diversidade, mediante uma visão de conjunto, que permita ao homem dar sentido aos conhecimentos e informações dissociadas e até mesmo contraditórias que vem recebendo, de tal modo que possa reencontrar a identidade do saber na multiplicidade de conhecimentos (LUCK, 2002).

A interdisciplinaridade traz consigo várias exigências e a respeito disso Ivani Fazenda ressalta que,

Interdisciplinaridade é uma nova atitude diante da questão do conhecimento, de abertura à compreensão de aspectos ocultos do ato de aprender e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão. Exige, portanto, na prática uma profunda imersão no trabalho cotidiano (FAZENDA, 2002, p. 21).

Entender a relação entre interdisciplinaridade e trabalho em saúde requer a reflexão sobre a prática da integralidade das ações de saúde. A complexidade do objeto saúde e doença exige uma prática curricular que seja centrada na interdisciplinaridade. Trata-se de uma interdisciplinaridade como uma busca de “retotalização” da especificidade do conhecimento (SILVA, 2006), possível por meio do diálogo entre diferentes campos do conhecimento e pela disponibilização de suas ferramentas para a abordagem da complexidade dos problemas atuais (STAUDT, 2008), propiciando assim, uma diversidade de olhares sem negar a disciplinarização.

A abordagem integral em saúde só será possível de ser alcançada quando a formação for caracterizada por uma perspectiva do trabalho articulado, superando a fragmentação entre os saberes e práticas. Entretanto, para formar profissionais instrumentalizados para atender a integralidade do ser humano, as universidades precisam exercitar o trabalho em equipe, formando profissionais da saúde, articulados com ações interdisciplinares. Discutir a atuação profissional em uma perspectiva interdisciplinar abrange articular os diversos saberes no interior da área da saúde as respectivas disciplinas (GATTÁS, 2005).

Dessa forma, ao superar a fragmentação, o ensino, objetiva a formação integral dos educandos, para exercerem criticamente sua profissão, sendo capazes de enfrentar a complexidade e a globalidade dos problemas presentes na realidade atual (LUCK, 2002). Logo, a interdisciplinaridade se apresenta como um elemento potencializador para novas leituras e encaminhamentos dos problemas (ARRUDA; TURA, 2002), como os pertinentes às

ciências da saúde, uma vez que o tópico saúde envida esforços de inter-relação, pois os conhecimentos científicos e os avanços técnicos mostram-se, por vezes, insuficientes para abarcá-lo em toda sua complexidade.

3.4 O TRABALHO EM SAÚDE SOB A ÓTICA DO TRABALHO EM EQUIPE

O trabalho é uma atividade vital e estruturante do ser humano enquanto ser social, tendo em vista o valor intrínseco à vida e o reconhecimento que ele proporciona. O trabalho destaca-se por ocupar mais da metade da vida dos indivíduos, sendo caracterizado por uma prática que transcende apenas a uma forma de subsistência e trás repercussão sobre os níveis de satisfação pessoal e autorrealização (CONSOLINO SALGADO; LEÃO, 2012).

É por meio da força de trabalho que o homem tem a capacidade de construir sua própria história, sendo capaz de agir e transformar a natureza com a finalidade de tornar a matéria útil à sua própria vida. Para tanto, não o faz isoladamente, mas relacionando-se entre si a partir da interação social, incorporado a relação do homem com a natureza, com os homens entre si e com ele próprio. Assim, o trabalho desempenha uma função importante na essência humana e para o homem continuar existindo, precisa produzir continuamente sua própria existência através do trabalho (SAVIANI, 2003).

Segundo Marx (1984) o trabalho é uma ação humana transformadora sobre um objeto, de forma intencional, guiado por determinada finalidade, por uma visão antecipada do produto final. Para realizar a transformação de uma matéria em algo com valor de uso para si, o homem pode fazê-lo utilizando a sua capacidade criativa e transformadora da realidade que o circunda, aliada aos instrumentos que mediam sua relação com o objeto do trabalho.

Em uma dimensão histórica, o mundo de trabalho apresenta-se numa dinamicidade e se transforma de acordo com as mudanças na chamada sociedade urbano-industrial. As transformações científicas e tecnológicas ocorridas nas últimas décadas produziram novas formas de organização do trabalho e novos processos de produção. O modelo de produção taylorista/fordista tem sido substituído pelo Toyotismo, desencadeando a flexibilização e a descentralização dos processos de trabalho, exigindo a aquisição de novos conhecimentos e habilidades por parte dos trabalhadores (TENÓRIO, 2011).

Os modos de produção da sociedade refletem diretamente na própria divisão social do trabalho, tendo em vista as diferenças que as constituem. A divisão resultante do trabalho parcelado é peculiar do modo de produção capitalista e acentua-se à medida que se intensificam os avanços tecnológicos. O trabalho é parcelado em numerosas operações,

realizados por diferentes trabalhadores, caracterizando assim a divisão técnica, que não deixa de se caracterizar como uma divisão social do trabalho (MATUMOTO et al., 2005; RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

No campo da saúde, o trabalho é entendido como um conjunto de saberes, instrumentos ou meios, tendo como sujeitos profissionais organizados para produzirem serviços de modo a prestarem assistência no âmbito individual e coletivo para obtenção de produtos e resultados advindos de sua prática. Estes elementos básicos são apreendidos de acordo com o olhar de quem o concebe, o qual estabelece a sua utilização com a finalidade de alcançar o produto que foi idealizado (SANTOS, 2010).

Dessa forma, é um trabalho coletivo conduzido por equipes de saúde compostas por diferentes profissionais que trabalham juntos para prover um melhor cuidado ao usuário. Além disso, é desenvolvido com características do trabalho profissional e também da divisão do trabalho sob a ótica taylorista. Vale ressaltar que, esse processo se deu desde a época da Revolução Industrial com o processo de divisão do trabalho e o aumento da produtividade, processo que aconteceu não apenas no trabalho industrial, mas também no trabalho coletivo em saúde (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). Já, no processo de trabalho em saúde essa divisão técnica torna-se mais visível e fácil de ser percebida e analisada.

A própria divisão por categorias profissionais e a formação e contratação de pessoal para uma dada função no serviço definem minimamente esta divisão, que tem impacto direto na produção de cuidados. Esse parcelamento pode ser considerado como normal, mas pode ter como consequência a perda da totalidade do objeto do trabalho na assistência em saúde: o indivíduo.

Ao analisar esta divisão, a equipe pode se deparar com sua impotência e imobilidade perante os problemas dela consequentes, especialmente se tratados no limite estrito da divisão técnica. De certa forma, para se proteger dessa sensação do não saber, mas principalmente sob a pressão da lógica de produção capitalista, o trabalhador tende ao movimento hegemônico da produção de procedimentos (MATUMOTO et al., 2005, p.20).

A divisão técnica define os limites de atuação de cada membro da equipe, explicitando as atribuições oficiais, porém, gera expectativas relacionadas ao desempenho uns dos outros entre os trabalhadores e destes em relação aos usuários. Geralmente, estas expectativas não se apresentam de forma explícita no cotidiano das relações, mas podem contribuir com o surgimento de obstáculos que dificultem o desenvolvimento do trabalho da equipe (MATUMOTO et al., 2005).

Com a divisão do trabalho na área da saúde os trabalhadores limitam a compreensão da totalidade do processo de trabalho. E para superar as posturas que se restringem aos aspectos biológicos do processo saúde-doença, faz-se necessário que o processo de trabalho em saúde leve em consideração a interação entre os diversos profissionais e gere a condição de complementariedade e de interdependência dos diversos trabalhos especializados, norteados pela solidariedade, pelo respeito e pela valorização ao outro em cada ato produzido pela equipe de saúde (FARIA; ARAÚJO, 2010).

Atuar na multiplicidade dos fatores que interferem no processo saúde-doença não se limita a uma área profissional, ao contrário, exige uma abordagem multiprofissional para se compreender e intervir de acordo com as necessidades de saúde dos indivíduos (SANTOS, 2010). Sendo assim, o trabalho em saúde, sob a ótica da constituição de equipes, tem se destacado como uma forma de organizar e enfrentar o intenso processo de especialização no trabalho na área da saúde, respondendo ao usuário de forma menos alienada e fragmentada do ponto de vista organizativo, assim como uma forma de trabalho que viabiliza a relação entre os trabalhadores em uma perspectiva de trabalho coletivo (AGUIAR, 2007).

Peduzzi et al. (2001) afirmam que a equipe multiprofissional e o trabalho em equipe surgem como modalidade de trabalho coletivo, definido sob uma perspectiva de integração dos trabalhos especializados e dos trabalhos dos diferentes profissionais. A tipologia do trabalho em equipe é definida pelos autores como equipe integração que se caracterizam pela ação grupal em consonância à proposta da integralidade das ações de saúde; ou em equipes que expressam o mero agrupamento de profissionais, caracterizada pela fragmentação.

Nessa mesma linha de considerações, Souza et al. (2010) abordaram o trabalho em saúde, apontando que, predominantemente, esse trabalho coletivo é desenvolvido por diversos profissionais de saúde treinados para desenvolverem uma série de atividades. O trabalho das diferentes categorias profissionais, apesar de suas especificidades de conhecimento e técnica, deve ser desenvolvido na perspectiva da integralidade da assistência, tendo em vista que o ser humano é uma totalidade complexa.

Verifica-se, assim, que o trabalho coletivo pode se dar tanto em uma dimensão de equipe como em uma dimensão fragmentada, dividida, conforme a lógica taylorista da organização trabalho. Nesta perspectiva, a falta de articulação interdisciplinar gera uma fragmentação da assistência, apontando para a necessidade de integração entre os diversos profissionais. Os estudos de Peduzzi (2013), Ribeiro, Pires e Blank (2004) abordam a integração no trabalho em equipe e segundo eles:

trabalho em equipe de modo integrado significa conectar diferentes processos de trabalhos envolvidos, com base em certo conhecimento acerca do trabalho do outro e valorizando a participação deste na produção de cuidados (...). Significa também utilizar-se da interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de autoridades e saberes da autonomia técnica (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004, p. 444).

O processo de trabalho em saúde sob essa ótica possibilita um sistema de parcerias e complementaridade, permitindo uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade das características do ser humano e de suas relações de trabalho, na busca de consensos e na construção de projetos comuns pelo conjunto de profissionais que compõe a equipe. A integração entre os diversos profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas, articulando seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, permite otimizar os recursos e isto tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde (PEDUZZI et al., 2013).

Matumoto et al. (2005) consideram ainda o trabalho de equipe em saúde como sendo

uma rede de relações (de trabalho, de poder, de afeto, de gênero etc.) entre pessoas, produzidas permanentemente no dia-a-dia, com múltiplas necessidades de significados, de encontros e desencontros, satisfações e frustrações, lágrimas e sorrisos (MATUMOTO et al., 2005, p.14).

Nessa perspectiva, o trabalho em equipe é concretizado no mesmo momento do ato do trabalho, sendo a equipe estabelecida enquanto equipe no instante em que produz o cuidado em saúde. Entretanto, percebe-se que a existência de interesses próprios em cada profissional, limita a efetivação de uma equipe em saúde interdisciplinar na perspectiva do cuidado integral.

Assim, a discussão do trabalho em equipe em saúde não se relaciona apenas com resgate do corpo para a produção da saúde, envolve também elementos objetivos e subjetivos que permeiam o cotidiano do trabalho e que está no plano das relações, envolvendo a interação e a necessidade de produzir resultados. Dessa forma, o trabalho realizado é visto no encontro entre diferentes sujeitos, com o envolvimento de dimensões técnicas, subjetivas, éticas e políticas específicas de cada área (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

As relações interpessoais que permeiam o cenário do trabalho em saúde são complexas e comprometem a efetivação a que se propõe a interdisciplinaridade. Nesta lógica de processo de trabalho nos espaços de atuação, os profissionais se deparam com situações conflituosas e contraditórias. De um lado, a profissionalização que defende os interesses das corporações e,

de outro, a interprofissionalidade, centrada nas necessidades dos usuários, em um compromisso com a resolubilidade e a integralidade (D'AMOUR et al., 2008).

Vale ressaltar que, é na perspectiva da integração do trabalho em equipe que se alcança as necessidades envolvidas no processo de trabalho, com maior eficiência no desenvolvimento do cuidado apropriado. A prática integrada e cooperada entre os profissionais relaciona-se com um compartilhamento de poder entre os parceiros de trabalho, podendo ser considerada uma busca de objetivos pactuados em discussões e negociações, isto é, uma participação ativa e um envolvimento do profissional nos processos de trabalho coletivo. Nesse sentido, algumas características podem facilitar esta prática, como dinamismo profissional, capacidade de compartilhar poder, resolutividade, flexibilidade, capacidade de respeitar mutuamente e disposição para aprender (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Para tanto, se faz necessário o abandono de uma postura competitiva entre os profissionais, sendo mais propensa a acontecer quando os profissionais partilham interesses, valores e filosofias similares (GABOURY et al., 2009). Dessa forma, é possível se alcançar um cuidado mais apropriado, com prática mais eficiente.

3.5 ANÁLISE DE AGRUPAMENTO

A análise de agrupamento (AA), também conhecida como *cluster analysis*, pode ser compreendida como um grupo de técnicas multivariadas cuja finalidade primária é agregar objetos (indivíduos da pesquisa, itens ou outros elementos) em grupos similares. Sem a definição prévia de critérios de inclusão para qualquer agrupamento, busca-se observar se existem grupos mais semelhantes entre si quando comparados com membros de outros grupos, com base em um conjunto de variáveis analisadas pelo pesquisador (HAIR et al., 2009; ALBUQUERQUE, 2013; ALBUQUERQUE, 2005; LOUREIRO, 2005).

A técnica consiste em dividir um conjunto de objetos e agrupá-los em subgrupos homogêneos conforme sua proximidade ou suas características comuns, segundo as variáveis de interesse. Para tanto, deve se basear nos princípios de maximização da similaridade intraclasse e minimização da similaridade interclasses. A primeira propriedade visa preservar a coesão entre objetos de um grupo, enquanto que a segunda está associada ao isolamento entre grupos, a partir da diferença dos objetos de grupos distintos. Dessa maneira, quanto menor a dissimilaridade, mais parecidos (similares) serão os objetos pertencentes a um mesmo grupo e, quanto maior a dissimilaridade entre grupos, mais distantes e diferentes serão os objetos de grupos distintos (HAIR et al., 2009; LOUREIRO, 2005).

A formação dos grupos homogêneos a partir da AA classifica os objetos com base nas características que estes possuem, a fim de definir uma estrutura para os dados. Dessa forma, dado um conjunto de n objetos amostrais, os quais são medidos segundo p variáveis, o problema a ser revolido por essa técnica é definir um processo classificatório que possibilite reunir os objetos em g grupos, de tal forma que os grupos obtidos apresentem uma grande homogeneidade interna - dentro de cada agrupamento; bem como uma grande heterogeneidade externa - entre os agrupamentos (HAIR et al., 2009; LOUREIRO, 2005; AMARAL, 2010; ALBUQUERQUE, 2013; ALBUQUERQUE, 2005).

Neste tipo de análise há um estudo de todo um conjunto de relações interdependentes e não existe qualquer tipo de dependência entre as variáveis. Os grupos se configuram por si mesmo sem necessidade de ser definida uma relação causal entre as variáveis utilizadas. Ela não faz distinção entre variáveis dependentes e independentes, isto é, variáveis do tipo causa e efeito, como observado na regressão logística (ALBUQUERQUE, 2005).

Ao formar grupos homogêneos, a técnica de AA é uma ferramenta útil para a análise de dados em muitas situações diferentes e tem aplicabilidade em diversas áreas do conhecimento. Esta técnica pode ser usada para abordar a formação de classes de objetos; para reduzir a dimensão de um conjunto de dados, simplificando uma ampla gama de objetos à informação do centro do seu conjunto; extrair características escondidas dos dados e gerar hipóteses a respeito de sua natureza; e identificar relações entre observações que não seria possível com observações individuais dos objetos (HAIR et al., 2009; AMARAL, 2010; ALBUQUERQUE, 2005).

O processo de análise de agrupamento compreende o seguimento de algumas etapas com decisões a serem tomadas quanto à escolha da medição de similaridade ou dissimilaridade utilizada para medir a proximidade entre os objetos, a técnica e o método de agrupamento, definição do número de grupos e validação dos agrupamentos.

3.5.1 Medidas de semelhança

O agrupamento é feito com base nas medidas de semelhanças que determinam a distância entre os objetos a serem agrupados em um conjunto e mostram o grau de correspondência entre eles. Há duas técnicas de medidas de proximidade: as medidas de similaridade e de dissimilaridade. Para uma medida de similaridade, quanto maior o valor observado entre dois objetos, mais semelhança. Enquanto que, para uma medida de

dissimilaridade, quanto maior o valor observado entre dois objetos, menor a semelhança entre eles (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990).

A semelhança entre os objetos na AA pode ser verificada por inúmeras medidas que se distinguem pelas diferentes formas de precisar a proximidade entre os objetos em um grupo. As mais utilizadas compreendem as medidas correlacionais, de distância e de associação. O coeficiente de correlação é uma medida de similaridade em que as altas correlações indicam similaridade, já as baixas correlações denotam a sua falta. Já a distância euclidiana é um exemplo de dissimilaridade onde maiores valores denotam menor similaridade (HAIR et al., 2009; BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990).

De modo geral, as medidas de similaridade e de dissimilaridade são inter-relacionadas e facilmente transformáveis entre si pelo uso de uma relação inversa a dissimilaridade, podendo ser transformada em uma medida de similaridade (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; HAIR et al., 2009). Entretanto, a medida mais comumente utilizada na AA para determinar a proximidade dos objetos é a de dissimilaridade, pois, é à que melhor apresenta o conceito de proximidade (HAIR et al., 2009).

A escolha da medida de semelhança que será utilizada na análise de dados é determinada pela natureza das variáveis e pela escala de mensuração de medidas. As variáveis qualitativas indicam uma qualidade, presente ou ausente, e cada uma das categorias é mutuamente exclusiva e exaustiva; já as variáveis quantitativas têm iguais propriedades e ainda permitem medir a diferença entre valores. A escala de mensuração define o tipo de variável do estudo (quantitativa – discreta, contínua, intervalar, ou qualitativa – nominal, binária, ordinal).

Uma variável qualitativa nominal é avaliada pela escala nominal que não apresenta ordenação entre as categorias. A avaliação desse tipo de variável pode também envolver as escalas categóricas e as escalas dicotômicas quando há apenas duas alternativas distintas para a resposta. A variável qualitativa ordinal é avaliada por meio de uma escala que leva em consideração a ordem de magnitude ou o *ranking* dos objetos.

Entre as variáveis quantitativas, a intervalar ou de razão é aquela capaz de determinar a ordem dos objetos avaliados, bem como a distância entre eles. Escalas com base em itens do tipo *Likert* também são comumente tratados como escalas intervalares. Nesse tipo de escala de resposta, para cada item é atribuído um valor que reflete a direção da resposta do sujeito entrevistado a cada afirmação sobre o assunto investigado, a partir da qual é possível somar ou obter a média dos resultados em conjunto de itens do tipo *Likert*, para posteriormente realizar análises descritivas com média, desvio padrão e estatística inferencial.

No presente estudo, optou-se por utilizar variável do tipo *Likert*, ou escala intervalar, a partir do Questionário da pesquisa e mensurada com uma escala quantitativa de intensidade, a fim de verificar o nível de concordância/discordância com relação ao objeto em estudo. Desta forma, será detalhado o conhecimento sobre medidas de dissimilaridade para estas variáveis.

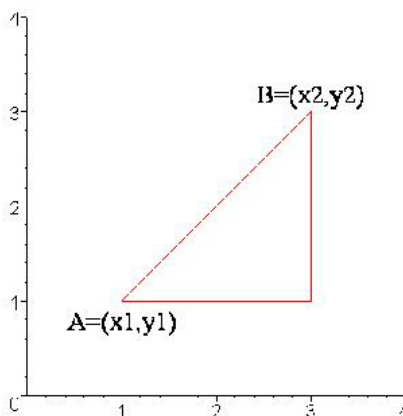
3.5.1.1 Medidas de semelhança para variáveis quantitativas

Para a medição de similaridade e dissimilaridade com relação às variáveis quantitativas existem uma diversidade de coeficientes que permitem calcular a proximidade dos objetos em AA. A escolha e a utilização das diferentes medidas será baseada na subjetividade do pesquisador que deve considerar a situação de interesse, a natureza dos dados e as propriedades apresentadas por cada uma dessas medidas (HAIR et al., 2009; LOUREIRO, 2005).

A mais comumente utilizada na análise de variáveis quantitativas é a distância euclidiana (DE) ou distância em linha reta. É um coeficiente de dissimilaridade que se caracteriza pela distância geométrica entre dois objetos em um espaço multidimensional, podendo ser calculada tanto para dados puros quanto para dados padronizados (ALBUQUERQUE, 2013).

Considerando o caso mais simples, no qual existem dois pontos em duas dimensões que tenham coordenadas $(X1, Y1)$ e $(X2, Y2)$, a distância euclidiana entre eles é obtida mediante o teorema de Pitágoras, sendo calculada pelo comprimento da hipotenusa de um triângulo retângulo, conforme se observa na figura 1 (HAIR et al., 2009).

Figura 1 - Distância euclidiana entre os pontos A e B no plano



Esse conceito é generalizado para dois ou mais pontos (HAIR et al., 2009). Analiticamente, a DE é dada da seguinte forma:

$$d(A, B) = \left[\sum ((x_i(A) - x_i(B))^2) \right]^{1/2} \quad (1)$$

Onde, d se refere à distância entre A e B, e x_i se refere às informações dos pontos que serão utilizadas para determinar a semelhança. O cálculo da DE possibilita determinar a distância entre dois objetos A e B no espaço euclidiano (LOUREIRO, 2005).

Da DE despontam outros coeficientes de medida de distância para indicar também a presença de semelhança entre os pontos A e B. Entre estes, destaca-se o coeficiente da distância euclidiana média, que é uma medida caracterizada pela soma das diferenças ao quadrado, dividida pelo número de coordenadas envolvidas, podendo ser utilizado comumente em casos de missing.

$$d(A, B) = \left[\sum ((x_i(A) - x_i(B))^2 / p) \right]^{1/2} \quad (2)$$

Outra medida originada a partir da DE é a distância euclidiana padronizada. A padronização é recomendável quando os dados não se apresentam com o mesmo padrão de medidas comparáveis (kg, cm, anos). Para tanto, se faz necessário realizar um cálculo de transformação, mediante a seguinte equação:

$$Z_i = \frac{X_i - \bar{X}_i}{S_i} \quad (3)$$

Onde, X_i é a coordenada da variável, $\bar{X}_i$ e S_i , indicam respectivamente a média e o desvio padrão da i-ésima coordenada. E após o processo de padronização dos dados, a DE utilizada passa a ser expressa da seguinte forma:

$$d(A,B) = [\sum((z_i(A) - z_i(B))^2)]^{1/2} \quad (4)$$

Onde A e B são os objetos, d se refere à distância entre os objetos, e z_i às coordenadas ou informações das variáveis, segundo o objeto, que serão utilizadas para determinar a semelhança.

Outra medida de distância originária da DE é a distância Euclidiana Ponderada. Esse tipo de medida é utilizado quando se deseja dar mais peso para variáveis que o pesquisador julga mais importante para definir a semelhança. Os pesos para a diagonal da matriz podem ser criados arbitrariamente, ou pode-se criar uma matriz baseada em critérios estatísticos. Desta forma, define-se:

$$d(A,B) = [(x(A) - x(B))' B (x(A) - x(B))]^{1/2} \quad (5)$$

Os casos particulares mais importantes da distância ponderada por B são:

$B=I_p$, a ponderação é a matriz identidade, tem-se então a distância euclidiana usual;

$B = [\text{diag}(S_1^2, S_2^2, \dots, S_p^2)]$, e tem-se a distância das variáveis padronizadas;

$B = V^{-1}$, onde V é a matriz das covariâncias, tem-se assim a “distância de Mahalanobis”.

Esta última distância, além de ponderar pela variabilidade de cada uma das componentes, leva em conta também o grau de correlação entre elas. Este fato torna muito difícil a interpretação de resultados baseados nos coeficientes de similaridade e dissimilaridade (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; ALBUQUERQUE, 2005).

3.5.2 Técnicas de agrupamento

As técnicas de agrupamento relacionam-se com o método de reunir os objetos semelhantes e precisam atender os critérios básicos de coesão interna dos objetos e o isolamento externo entre os grupos (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990). Há uma grande quantidade de métodos de agrupamento e a diferença entre estes está nas inúmeras maneiras de definir a proximidade entre os objetos.

De forma geral, o processo de agrupamento é categorizado em duas técnicas diferenciadas: não-hierárquicas ou hierárquicas (HAIR et al., 2009; LOUREIRO, 2005;

ALBUQUERQUE, 2005; ALBUQUERQUE, 2013). Os métodos de agrupamento mais utilizados são os hierárquicos.

As técnicas não hierárquicas ou por particionamento agrupam os objetos amostrais em k grupos, onde k é o número de grupos previamente fixados. Como nem todos os valores de k apresentam grupos satisfatórios, a técnica é realizada até que os resultados gerados permitam a melhor interpretação dos dados. Já as técnicas hierárquicas, caracterizam-se pelo agrupamento sucessivo dos elementos, até que os elementos da amostra sejam agregados ou desagregados e tem como produto final uma estrutura de árvore de classificação (BUSSAB; MIAZAKI; ANDRADE, 1990; HAIR et al., 2009; ALBUQUERQUE, 2013; ALBUQUERQUE, 2005). As técnicas hierárquicas podem ser divididas em divisivas e aglomerativas.

No agrupamento divisivo, todos os objetos partem de um único grupo, e por processo sistemático de sucessivas divisões, vão sendo obtidos 2, 3 ou mais grupos, até que seja formado um agrupamento unitário que incluirá todos os elementos, possibilitando a existência do máximo de semelhança entre os objetos dos mesmos subgrupos e a máxima dissimilaridade entre elementos de subgrupos distintos. Este processo continua até que haja tantos subgrupos quantos objetos (HAIR et al., 2009; LOUREIRO, 2005; ALBUQUERQUE, 2013).

Já no agrupamento aglomerativo (método AGNES) uma hierarquia de agrupamento é construída. Parte-se de n grupos de apenas um elemento cada e cada objeto inicia com o seu próprio agrupamento e a partir de fusões sucessivas dos n objetos, vão sendo obtidos $n-1$, $n-2$, etc. grupos, até reunir todos os objetos em um único grupo, obedecendo ao critério de maior similaridade entre eles (HAIR et al., 2009; LOUREIRO, 2005; ALBUQUERQUE, 2013).

O Coeficiente Aglomerativo (CA) pode ser utilizado para medir a validade dos agrupamentos aglomerativos (LOUREIRO, 2005). De acordo com este coeficiente, para cada objeto i , $d(i)$ é sua dissimilaridade em relação ao primeiro agrupamento em que foi inserido, dividido pela dissimilaridade na etapa final do algoritmo. O CA é definido a seguir:

$$CA = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (1 - d(i)) \quad (6)$$

onde n é o número total de objetos do conjunto de dados.

A intensidade da estrutura de agrupamento encontrada pelo CA pode assumir valores entre 0 a 1. Os valores baixos correspondem a estruturas de agrupamentos ruins, enquanto valores mais próximos a 1 indicam que foram encontradas claras estruturas de agrupamento.

Como nos dados do presente estudo não se conhecia *a priori* o número de grupos formados, foi utilizada a técnica hierárquica aglomerativa. Desta forma, segue o aprofundamento teórico quanto aos métodos de agrupamento utilizados na técnica hierárquica.

3.5.3 Métodos hierárquicos

Entre os métodos aglomerativos, citam-se os mais comuns encontrados na literatura: ligação simples (Single Linkage); ligação completa (Complete Linkage); ligação média (Average Linkage); centróide; e o método proposto por Ward.

- **Método da Ligação simples (Single Linkage) ou vizinho mais próximo:** a semelhança neste método baseia-se na distância mínima, sendo definida a partir da menor distância de qualquer objeto de um agrupamento a qualquer objeto no outro, definindo assim, a semelhança entre os agrupamentos. Tem como uma de suas características, não exigir que o número de agrupamentos seja fixado *a priori*. Pode ser considerada uma das técnicas mais versáteis por determinar uma grande quantidade de padrões de aglomeração. Apresenta bons resultados tanto para distância euclidiana quanto para outras distâncias. Entretanto, pode formar longas e sinuosas cadeias com os objetos de extremos opostos de uma mesma cadeia, apresentando diferenças entre si.

- **Método da Ligação completa (Complete Linkage) ou vizinho mais distante:** é similar ao método da ligação simples, porém difere pela forma como a semelhança entre os agrupamentos é calculada. A distância entre dois grupos é determinada entre seus dois pontos mais afastados. As observações e todos os objetos em um agrupamento são conectados uns com os outros a alguma distância máxima. É um método que gera agrupamentos mais compactos e elimina o problema do encadeamento dos objetos presente no método da ligação simples. Como no método da ligação simples, o método da ligação completa não exige a fixação *a priori* do número de agrupamentos.

- **Método da Ligação Média (Average Linkage):** é semelhante aos métodos anteriores, porém o cálculo da distância entre grupos será definido pela proximidade dos agrupamentos através da similaridade média de todos os objetos em um agrupamento com todos os indivíduos do outro. Esse método não depende de valores extremos, mas sim de

todos os valores observados. Além do mais, revela a tendência em formar grupos com número de parcelas similares.

- **Método do Centróide:** considera que os agrupamentos são formados através das distâncias entre seus centróides, que correspondem aos valores médios das observações sobre as variáveis de agrupamento. A cada novo objeto ou grupo de objetos acrescido a um agregado já existente, deve-se calcular um novo centróide.

- **Método de Ward ou da variância mínima:** difere dos métodos anteriores, pois o cálculo da similaridade não é feito por uma única medida, mas pela soma dos quadrados dentro dos agrupamentos feito sobre todas as variáveis da AA. Esse método minimiza o quadrado da distância euclidiana às médias dos grupos. A seleção de qual par de agrupamentos é baseada em qual combinação minimiza a soma interna de quadrado no conjunto completo de agrupamentos separados. Em cada passo, os dois agrupamentos combinados são aqueles que minimizam o aumento na soma total de quadrados em todas as variáveis em todos os agrupamentos (HAIR et al., 2009; LOUREIRO, 2005; ALBUQUERQUE, 2013).

3.5.4 Definição do número de grupos

No processamento de agrupamento, a determinação do número de grupos para um conjunto de dados é uma das etapas com maior grau de dificuldade. Nesta etapa final, o pesquisador deve verificar cada solução quanto à sua estrutura e quanto à heterogeneidade dos agrupamentos, tendo em mente que a heterogeneidade interna aumenta à medida que ocorre a combinação de agrupamentos.

O número de grupos na AA pode ser fixado *a priori*, caso haja um conhecimento prévio dos dados; *a posteriori*, a partir dos resultados encontrados na análise; ou pelo interesse e experiência do pesquisador ou mesmo por simplicidade (ALBUQUERQUE, 2013; ALBUQUERQUE, 2005). Para alcançar um maior rigor na qualidade do processo de agrupamento e determinação do número de grupos utiliza-se algum critério estatístico.

O *Software* estatístico R 2.15.1 possui um pacote para validação dos agrupamentos, chamado Clvalid, que possui três critérios de validação interna para os agrupamentos (Conectividade, Largura da Silhueta e Índice de Dunn). Este pacote considera o conjunto de dados e as partições de agrupamento como as informações de entrada e usa a informação intrínseca dos dados para avaliar a qualidade dos agrupamentos (ROUSSEEUW, 1987). Por

meio destes é possível definir o número de grupos que nos forneceu a maior homogeneidade interna e maior heterogeneidade externa entre os grupos.

3.5.5 Validação dos agrupamentos

A validação do agrupamento visa aferir a qualidade do resultado encontrado, a fim de determinar o grau de significância ou não dos grupos. Dessa forma, o processo de validação representa a tentativa do pesquisador em garantir que os achados da pesquisa na solução do agrupamento sejam representativos da população geral e possam ser generalizáveis para outros objetos e estáveis com o passar do tempo (HAIR et al., 2009).

A validação é compreendida como o conjunto de diferentes procedimentos que avaliam de forma objetiva e quantitativa os resultados de uma análise de agrupamento. Existem vários índices que podem ser empregados para avaliar a qualidade dos grupos formados, baseando-se na ideia de que se estes refletem a estrutura dos dados, os índices de validação indicam um bom resultado (ALBUQUERQUE, 2013). Há três tipos de testes de validação de agrupamentos: externos, internos e relativos.

- **Testes Internos:** avaliam o grau de compatibilidade entre a estrutura dos grupos observados e o conjunto de dados original, usando somente informação obtida a partir do processo do grupo.
- **Testes Externos:** avaliam a semelhança entre a estrutura do grupo formado e a estrutura esperada, mediante alguma informação adquirida a priori que não tinha sido usada para construir o agrupamento.
- **Testes Relativos:** avaliam em várias estruturas (entre duas ou mais) de grupos qual é a melhor sob algum critério pré-definido.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa realizada foi do tipo exploratório, descritivo e inferencial, desenvolvida a partir de abordagens quantitativas e qualitativas. A aplicabilidade simultânea dos dois métodos permitiu alcançar os objetivos do trabalho, pois elas apresentam características contempladas nessas modalidades. Para Minayo (2010) é necessário à superação das dicotomias existentes entre as abordagens quantitativas e qualitativas, uma vez que elas não se opõem, mas se complementam e interagem dinamicamente entre si, excluindo qualquer dicotomia.

Contudo, as duas abordagens apresentam especificidades próprias que devem ser respeitadas. A diferença entre elas encontra-se na natureza da investigação. As pesquisas quantitativas são aquelas que trazem à luz dados, indicadores e tendências, a partir da objetividade e quantificação de variáveis expressas estatisticamente (BATISTA; CAMPOS, 2010). Já a pesquisa qualitativa parte da premissa da investigação da prática, buscando definições, particularidades, significados, valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, incorporando o significado e a intencionalidade presentes nos atos e nas relações humanas (MINAYO, 2010).

A partir dos dados que foram quantificados foi possível caracterizar o processo formativo de futuros profissionais que farão parte de uma equipe de reabilitação, identificando se a universidade está formando profissionais com o perfil para o trabalho colaborativo sob a ótica da interdisciplinaridade na atenção à saúde. Já a análise qualitativa, possibilitou conhecer tanto a percepção dos profissionais inseridos no cenário de prática profissional quanto às facilidades e dificuldades de inserção numa equipe de reabilitação, permitindo analisar a contribuição da formação para o trabalho em equipe na perspectiva interdisciplinar. Essa análise contribuiu para o aprofundamento da compreensão acerca do fenômeno estudado e procura apontar os distanciamentos entre a formação e a atuação dos profissionais da reabilitação nos serviços especializados.

O estudo foi realizado no Município de João Pessoa - Paraíba e teve duas vertentes simultâneas e inter-relacionadas: uma no âmbito interno de duas Instituições de Ensino Superior, às quais foram atribuídas letras, a fim de garantir o anonimato, denominando-as de IES A e IES B; e outra, na inserção do produto final da formação dessas instituições

formadoras, envolvendo dois Centros Especializados em Reabilitação: os quais serão nomeados de CR A e CR B.

4.2 SUJEITOS DA PESQUISA

4.2.1 Instituições de Ensino Superior

No âmbito da formação, a população da pesquisa foi composta por discentes dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da IES A e estudantes de Fisioterapia e Fonoaudiologia da IES B (esta última IES não oferece curso de Terapia Ocupacional). Os alunos participantes estavam matriculados no último ano dos respectivos cursos.

A delimitação da pesquisa a esses três cursos de graduação assenta-se no fato de que dentre as profissões que fazem parte da equipe multiprofissional envolvida no contexto da reabilitação, estas profissões são as que se fazem mais presentes nesse processo, e devem, em princípio, atuar de forma integrada e colaborativa, na perspectiva do trabalho em equipe como preconizado nos princípios do SUS, com vistas a garantir à integralidade da assistência à saúde.

Foram excluídos da pesquisa estudantes transferidos de outras instituições de ensino superior e/ou que tinham outra graduação ou curso de nível técnico em saúde concluído. As percepções e conhecimentos adquiridos em outras instituições ou cursos quanto à interdisciplinaridade em saúde poderiam influenciar na atuação e no conhecimento dos alunos no que tange a essa temática.

Na esfera das instituições formadoras definidas para o estudo, a identificação dos sujeitos da pesquisa ocorreu mediante o levantamento prévio do número de prováveis alunos matriculados no último semestre dos cursos citados no período letivo 2015.1. Foram identificados 159 alunos cursando as referidas graduações na IES A (58 de Fisioterapia, 53 de Fonoaudiologia e 48 de Terapia Ocupacional) e 71 na IES B (40 de Fisioterapia e 31 de Fonoaudiologia), totalizando 230 estudantes.

Contudo, no momento da coleta de dados alguns estudantes que não estavam na lista foram identificados, sendo totalizados, ao final do processo, 233 estudantes. Foram excluídos 8 discentes por já terem concluído outra graduação ou curso de nível técnico em saúde, sendo a população final do estudo composta por 225 alunos.

4.2.2 Centros Especializados em Reabilitação

No âmbito dos serviços de saúde, os sujeitos foram os Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais que compõem a equipe de reabilitação do CR A e CR B com formação nos dois estabelecimentos de ensino supracitados. Foram excluídos da amostra os profissionais que não tiveram a formação concluída nas instituições elencadas para este estudo.

O processo de identificação dos participantes da pesquisa ocorreu por meio do levantamento do quantitativo das categorias profissionais presentes nas equipes de reabilitação com formação universitária nas IES A e B. Foram totalizados 45 profissionais, sendo 38 profissionais presentes no CR A (15 Fisioterapeutas, 20 Fonoaudiólogos e 03 Terapeutas Ocupacionais) e 07 no CR B (03 Fisioterapeutas, 03 Fonoaudiólogos e 01 Terapeuta Ocupacional).

As informações obtidas no setor de recursos humanos do Serviço CR A não permitiram que se fizesse a distinção dos profissionais quanto à Instituição de Ensino Superior onde estudaram. Em decorrência dessa dificuldade, foram realizadas entrevistas com os profissionais independentemente da instituição de formação e, posteriormente, efetuou-se a exclusão daqueles que fizeram a graduação em instituições diferentes das selecionadas para o estudo.

No decorrer da realização das entrevistas, percebeu-se que os elementos se repetiam não sendo mais possível ampliar as propriedades do objeto investigado, sendo determinado o ponto de saturação da pesquisa qualitativa. Assim sendo, ao final, foram entrevistados 30 profissionais, porém, para a análise qualitativa restaram 25 entrevistas, sendo 12 Fisioterapeutas, 11 Fonoaudiólogos e 02 Terapeutas Ocupacionais.

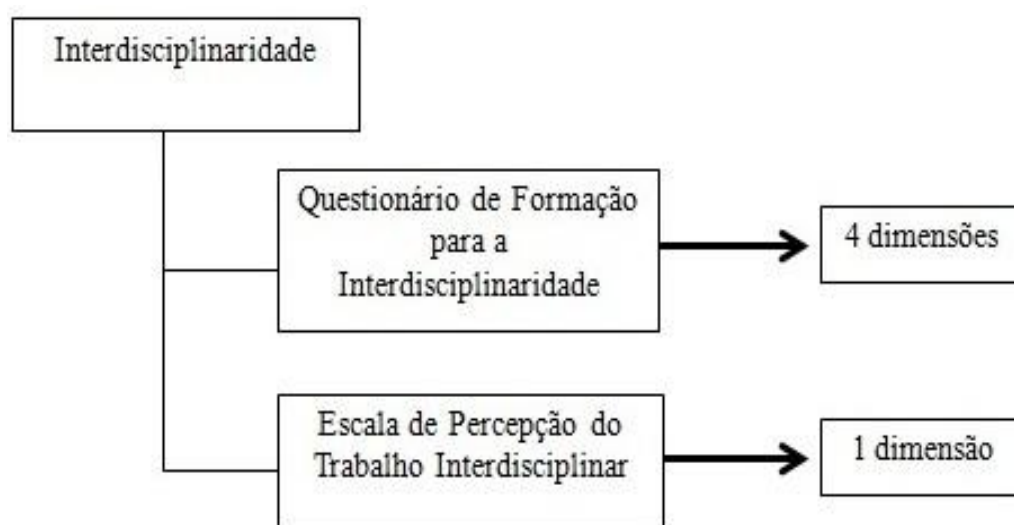
4.3 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após a identificação dos acadêmicos por meio dos dados disponibilizados pelos coordenadores dos Cursos, a pesquisadora foi em *locus* aplicar o questionário de pesquisa. Para tanto, as turmas eram identificadas, informavam-se os objetivos da pesquisa aos sujeitos e convidava-os a participar. Paralelamente, o reconhecimento dos profissionais foi feito nos serviços e a mesma postura foi adotada pela pesquisadora na abordagem dos sujeitos. A coleta de dados aconteceu no período de abril a junho de 2015.

Foi aplicado o questionário *Avaliação da Formação para a Interdisciplinaridade*, tendo sido adaptado para o contexto da reabilitação. Esse questionário foi utilizado com o objetivo de conhecer o perfil dos acadêmicos e analisar o posicionamento dos mesmos sobre as aproximações e os distanciamentos da formação em relação à interdisciplinaridade (ANEXO A). Esse instrumento foi criado e validado no estudo de Santos (2014), sendo estruturado em duas partes: a primeira contém questões relativas ao perfil sociodemográfico e acadêmico dos estudantes; e a segunda, é constituída por afirmativas para avaliação quanto à formação para a interdisciplinaridade.

Esse questionário de avaliação foi composto por 14 afirmativas que abordaram os aspectos do processo de ensino-aprendizagem que favorecem as inter-relações para o trabalho em equipe e a efetiva colaboração com outros profissionais de saúde, divididas em quatro dimensões: Base Conceitual (questões 1 e 2), Preparo Prático (da questão 3 a 10), Aptidão Profissional (questões 11 e 12) e Contribuição da Extensão (questões 13 e 14). Em cada uma das afirmativas, os estudantes assinalaram o grau de concordância em uma Escala de *Likert* de 11 pontos, onde 0 é discordo totalmente a 10 que é concordo totalmente. A confiabilidade deste questionário foi testada por meio do teste de Alfa de Cronbach que teve o valor obtido de 0,801 (SANTOS, 2014).

A Escala de Percepção do Trabalho Interprofissional (RIPLS) (PARSELL; BLIGH, 1999; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2012) também foi aplicada para conhecer a percepção dos estudantes dos cursos de graduação em saúde no contexto da reabilitação sobre a perspectiva interdisciplinar do trabalho em equipe e a colaboração profissional. O instrumento foi adaptado para o contexto da reabilitação e apresenta uma única dimensão: a percepção do trabalho interprofissional, com nove questões estruturadas que aborda os aspectos do trabalho em equipe na lógica interdisciplinar e efetiva colaboração entre profissionais. Os acadêmicos marcaram em cada assertiva o grau de concordância em uma Escala de *Likert* de 11 pontos, onde 0 é discordo totalmente a 10 que é concordo totalmente. A consistência interna (Teste de Alfa de Cronbach) desta escala forneceu um índice de 0,90 (PARSELL; BLIGH, 1999).

Figura 2 - Fluxograma da investigação da interdisciplinaridade junto aos estudantes

Nos dois instrumentos o valor encontrado em cada dimensão foi calculado pelo escore médio, a partir da soma do valor assinalado em cada assertiva, dividido pelo número total de afirmativas da respectiva dimensão. Os escores obtidos em cada dimensão foram classificados em três intervalos, a fim de classificar a contribuição de cada uma das dimensões no processo formativo em saúde sob a ótica da interdisciplinaridade, no que diz respeito ao trabalho em equipe, conforme apresentado no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Classificação dos valores médios obtidos no questionário de avaliação da interdisciplinaridade na formação e na escala de percepção do trabalho interprofissional

VALOR OBTIDO	CLASSIFICAÇÃO DA DIMENSÃO	CODIFICAÇÃO DA DIMENSÃO
[0,00 – 3,33]	Baixa/Pouca/Fraca/Ruim	1
]3,33 – 6,66]	Média/Mediana	2
]6,66 – 10,00]	Alta/Muita/Forte/Boa	3

Legenda: [0,00 – 3,33] – intervalo entre 0,00 à 0,33;]3,33 – 6,66] – intervalo entre 3,34 à 6,66;]6,66 – 10,00] – intervalo entre 6,67 à 10,00.

Foi feita uma codificação dos escores obtidos de cada dimensão da seguinte forma: 1 se o valor pertencesse ao intervalo [0,00; 3,33] indica que a dimensão tem baixa, ruim, pouca ou fraca contribuição para a formação interdisciplinar; 2 se o valor pertencesse ao intervalo]3,33; 6,66] a dimensão tem uma contribuição média para a formação interdisciplinar; e 3 se

o valor pertencesse ao intervalo]6,66; 10,00] aponta que a dimensão tem uma alta, muita ou forte contribuição na formação interdisciplinar.

Outro aspecto desse estudo foi à análise das facilidades e das dificuldades de inserção numa equipe de reabilitação no cenário de prática profissional. A etapa qualitativa utilizou-se da técnica de entrevista, que se constitui em forma privilegiada de interação social, com a finalidade de construir informações pertinentes ao objeto de pesquisa, ao expressar a reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia, por meio de dados que retratam suas ideias, crenças, opiniões, maneira de pensar, atitudes, emoções e comportamentos (MINAYO, 2010).

Foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) para facilitar a comunicação entre o pesquisador e os atores sociais. Segundo Minayo (2010), o roteiro deve servir de orientação para a interlocução, a fim de proporcionar flexibilidade, o que contribui para o surgimento de outras questões relevantes, permitindo ao entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

A coleta de dados foi realizada presencialmente, gravada com auxílio de um aparelho de MP3/gravador, como forma de garantir uma maior fidedignidade dos depoimentos. Por meio deste, foi possível capturar o posicionamento dos profissionais quanto as facilidades e dificuldades de inserção no trabalho em uma equipe de reabilitação no cenário de prática profissional.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Análise quantitativa

Os dados coletados na abordagem quantitativa foram inicialmente tabulados em uma planilha eletrônica (*Microsoft Office Excel 2007*) e posteriormente analisados por meio do *software* estatístico R (The R Project for Statistical Computing, versão i386 2.15.1), no pacote Cluster.

Esse programa fornece uma ampla variedade de técnicas estatísticas, sendo considerado um recurso poderoso no que diz respeito à manipulação, visualização e análise gráfica. Uma de suas características mais atrativas é o fato dele ser um *software* livre e, conseqüentemente, ser obtido e distribuído sem nenhum custo. Além do seu caráter gratuito, apresenta código fonte aberto, que pode ser modificado ou implementado com novos procedimentos a qualquer momento (AMARAL, 2010). Isso faz do R não somente um bom ambiente de programação para profissionais, mas também uma excelente ferramenta de

ensino, já que os estudantes podem obter o programa, instalá-lo em seus computadores e aprender a utilizá-lo como instrumento de trabalho.

Para execução da Análise de Agrupamento neste programa, os dados devem estar inseridos em uma planilha Excel, e utilizando o pacote gdata à leitura diretamente deste arquivo. Para melhor entendimento, a figura 3 mostra como foi construído o banco de dados a ser utilizada no *software* R.

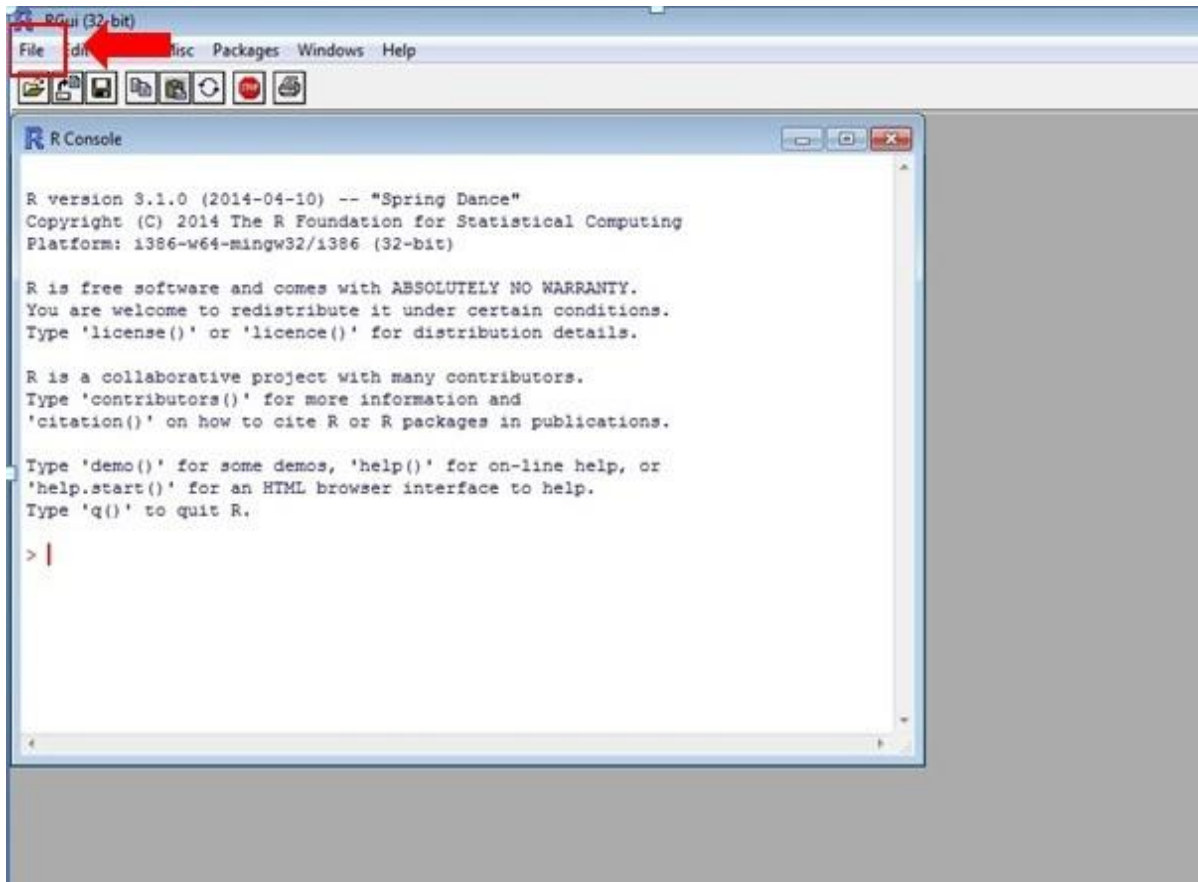
Figura 3 - Montando o banco de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9
2		23	2	1	1	2	1	3	2	3	0	10	1	4	5	4	0	0	4
3		21	2	1	1	3	1	3	2	3	1	10	0	7	8	10	6	7	10
4		22	1	1	2	2	1	3	2	3	1	10	0	0	0	0	0	0	10
5		21	2	1	4	3	1	3	2	3	1	10	0	6	5	4	4	5	10
6		21	2	1	1	2	1	3	2	3	1	10	0	2	6	1	3	4	1
7		22	1	1	1	4	1	3	2	3	1	10	0	0	0	0	0	0	10
8		23	2	1	1	4	1	3	2	3	1	10	0	0	0	0	0	0	4
9		50	2	2	1	3	1	3	2	3	0	5	5	8	9	5	5	5	10
10		22	2	1	2	4	1	3	2	3	1	9	2	8	7	10	7	7	9
11		22	2	1	2	2	1	3	2	3	1	10	1	2	0	0	0	0	10
12		25	1	1	1	2	1	3	2	3	1	9	1	5	9	9	0	8	10
13		22	2	1	1	3	1	3	2	3	1	10	0	0	0	0	0	0	10
14		24	2	1	2	2	1	3	2	3	1	10	0	1	8	9	9	9	10
15		56	2	2	2	4	1	3	2	3	1	8	2	6	5	4	2	2	8
16		24	2	1	1	4	1	3	2	3	1	7	1	1	6	6	0	0	9
17		27	2	1	4	2	1	3	2	3	1	10	1	0	0	0	0	0	10
18		21	2	1	2	3	1	3	2	3	1	9	0	0	0	0	0	0	8
19		22	2	2	2	2	1	3	2	3	1	7	5	5	5	8	0	0	9
20		23	2	1	1	2	1	3	2	3	1	10	2	2	0	0	1	1	8
21		24	2	1	1	3	1	3	2	3	1	10	0	8	0	2	0	0	10
22		23	2	1	3	3	1	3	2	3	1	10	1	8	8	6	8	7	10
23		42	2	2	1	4	1	3	2	3	1	10	0	1	0	1	0	0	8
24		23	2	1	1	3	1	3	2	3	1	10	0	0	0	0	0	0	8
25		22	2	3	1	4	1	3	2	2	1	10	0	3	4	8	4	4	4

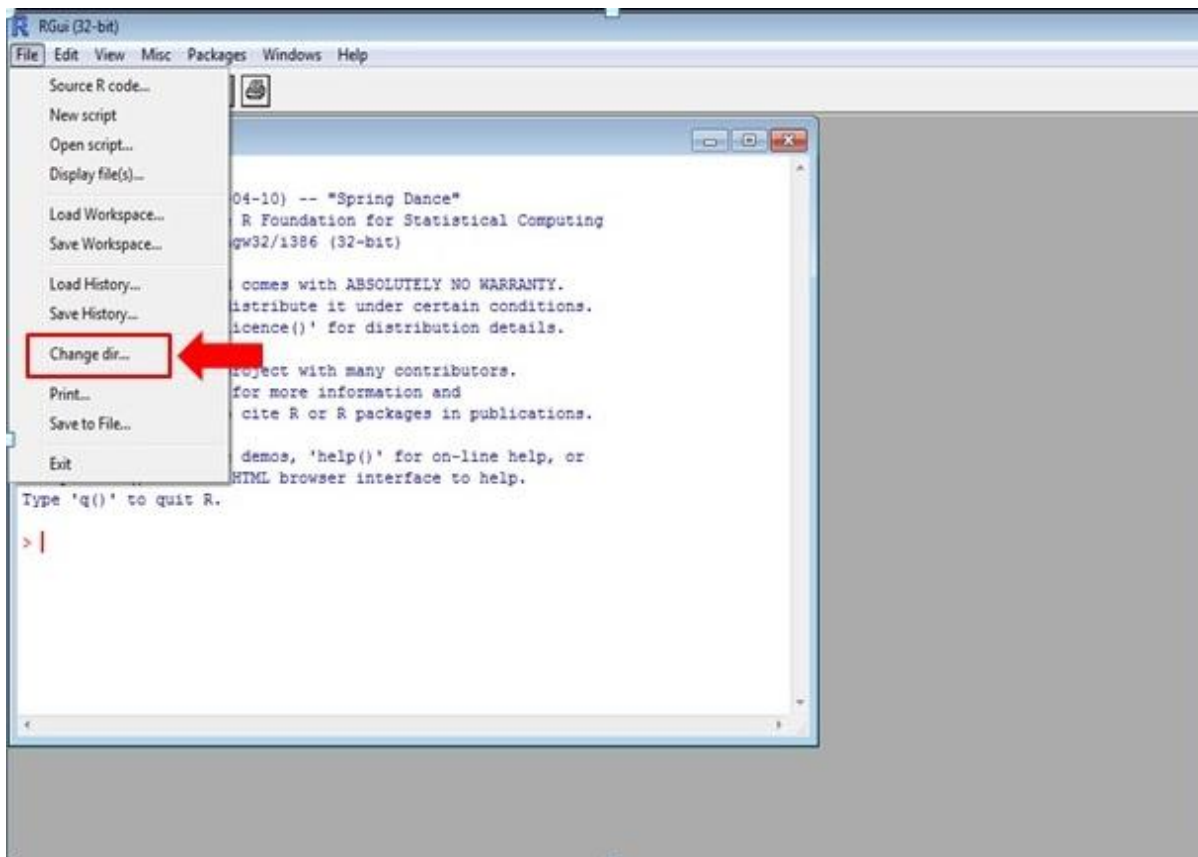
Fonte: Microsoft Office Excel.

Após a construção do banco de dados, deve-se indicar o local do computador onde se encontra o banco para que o programa o reconheça e faça a leitura dos dados. Dessa forma após abrir o *software* R, deve-se seguir da seguinte maneira: pelo File (Figura 4.a), Change Dire (Figura 4.b), identificar o local do computador onde está a pasta (Figura 4.c; Figura 4.d; Figura 4.e).

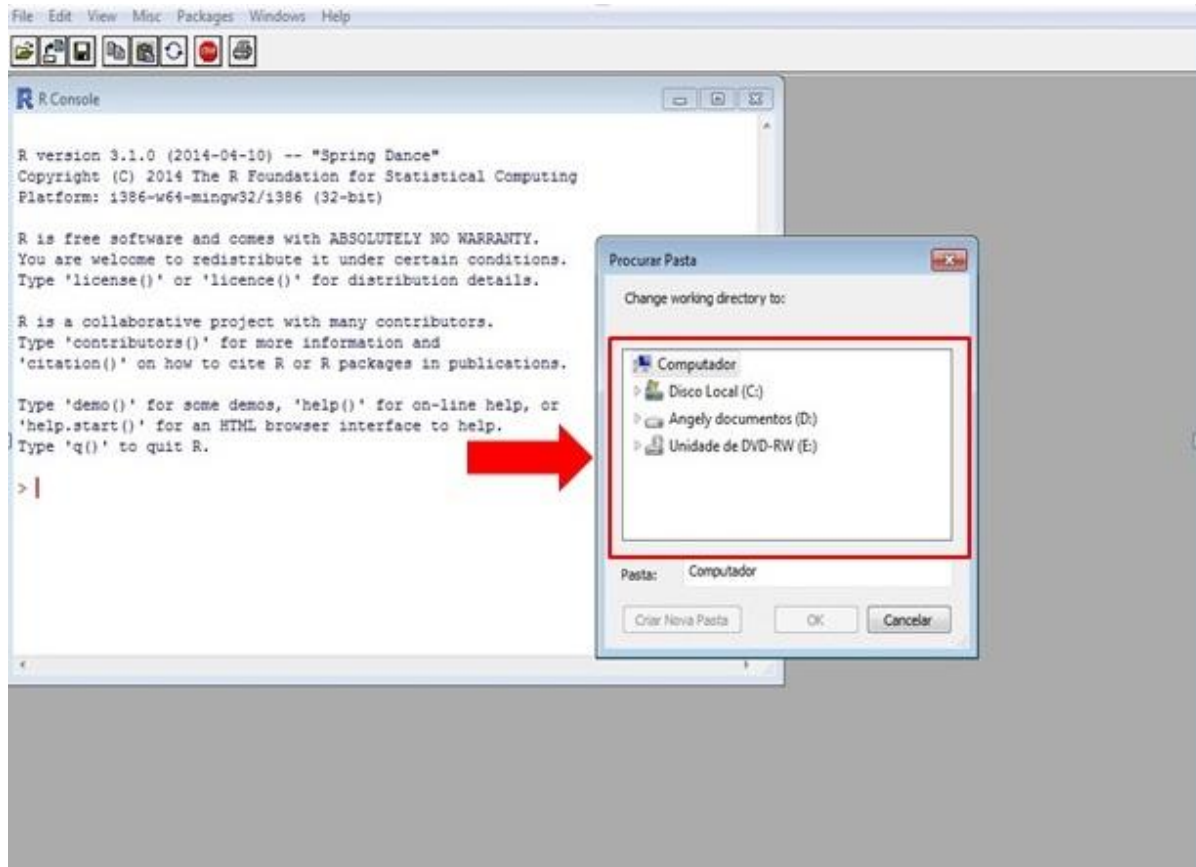
Figura 4 - Definindo o local do banco de dados no computador



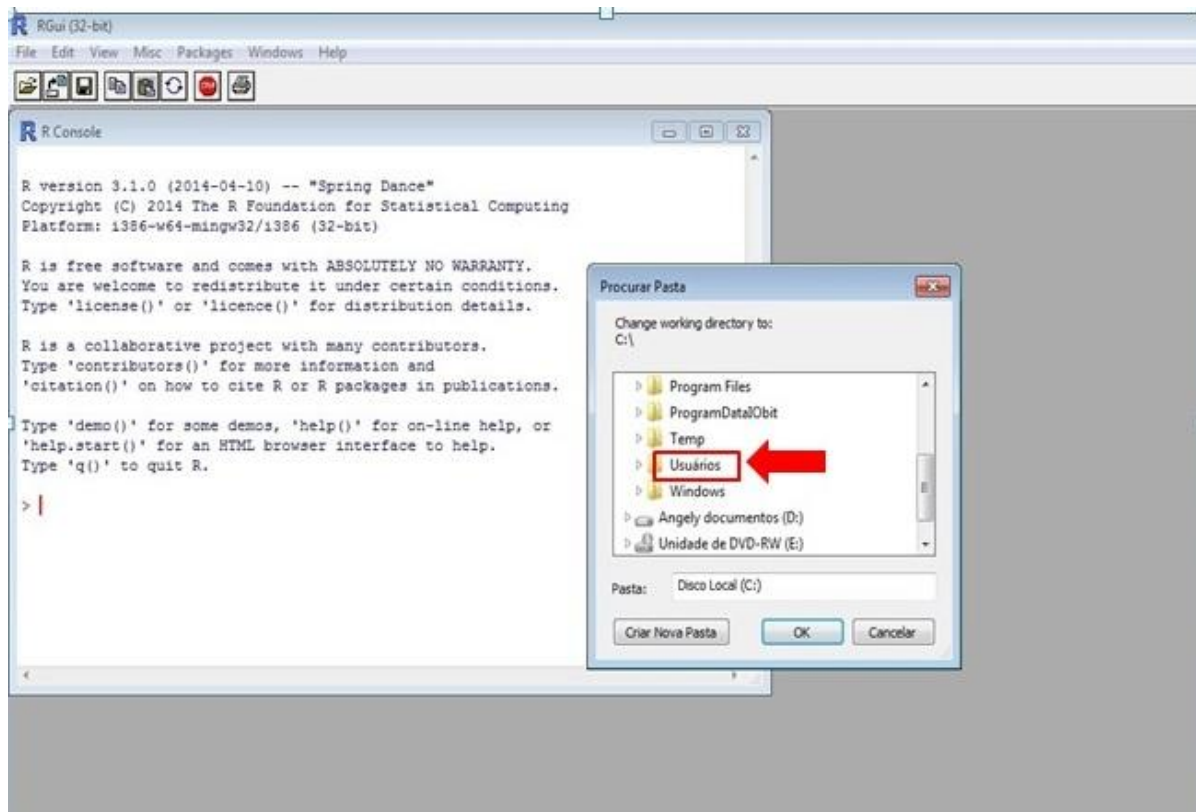
(a)



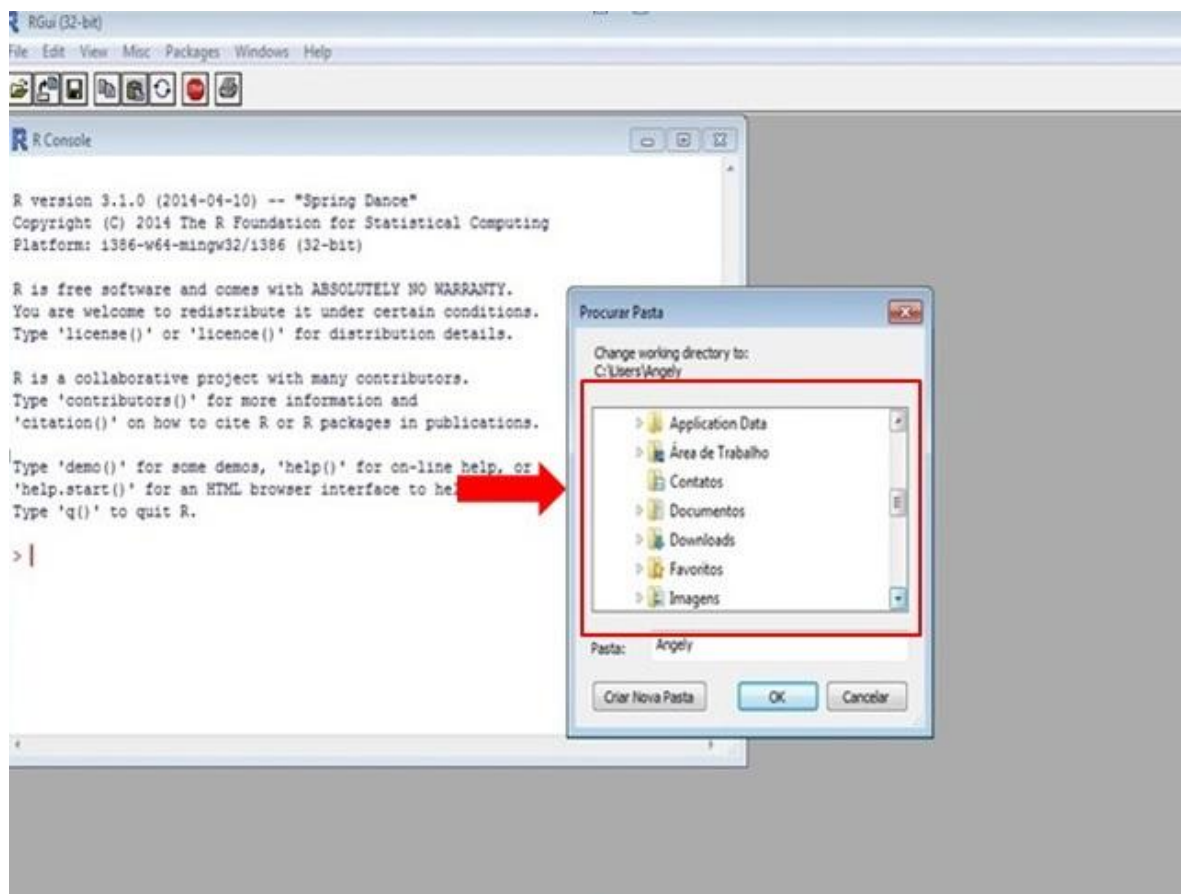
(b)



(c)



(d)

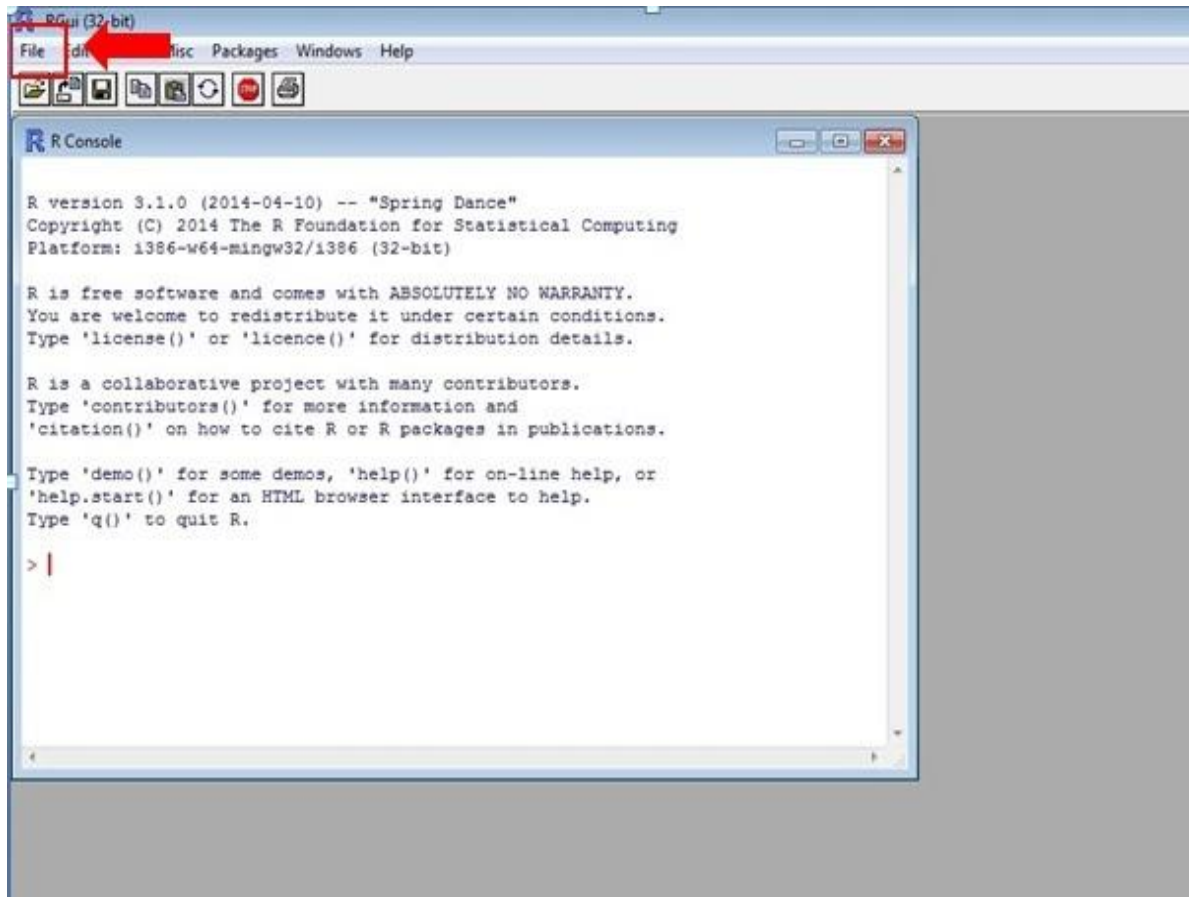


(e)

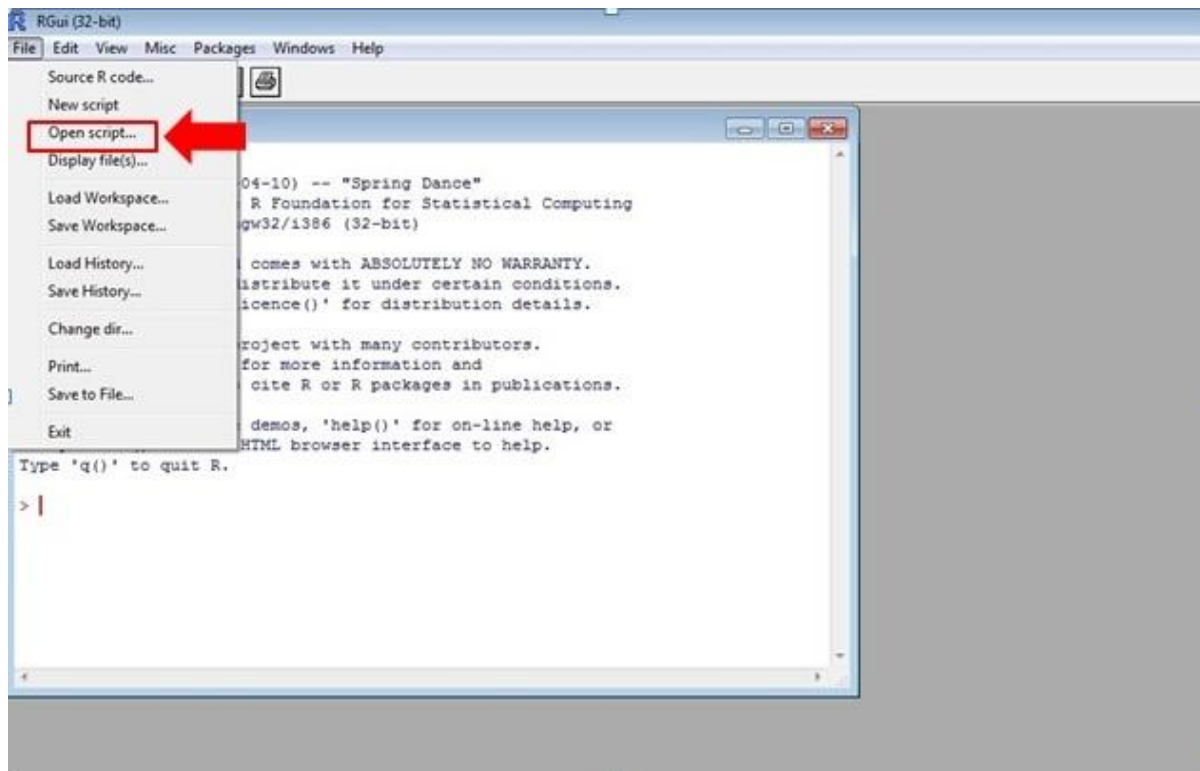
Fonte: software R.

Ao identificar a localização do banco de dados no computador, conforme apresentado pelo roteiro exposto anteriormente, deve-se abrir o script com os comandos definidos e necessários para que seja feita a Análise de Agrupamento. Dessa forma, deve-se selecionar a opção File, em seguida escolher a opção abrir script (Open Script), em seguida clicar na pasta onde está localizado o script no seu computador e abre o mesmo (Figura 5a; Figura 5b; Figura 5c)

Figura 5 – Abrindo o script



(a)



(b)

em que n é o número de dimensões similares e p é o número de dimensões. Por exemplo, $x=(2,3,3,2)$ e $y=(1,2,3,2)$, nesse caso, $p=4$ pois temos 4 dimensões e $n=2$ pois somente a terceira e a quarta dimensão são similares, logo $d(x,y)=0,5$.

A função Dayse do pacote cluster possui a métrica de gower, logo utilizando essa função, as distâncias entre todas as observações do conjunto de dados foram calculadas. Foram testados os algoritmos hierárquicos (Ligação simples, Ligação completa, Centróide, Método de Ward, Ligação Média e Ligação Média Ponderada), e a partir da Análise do Dendograma, foi possível escolher o Método Simples por ter sido o que melhor apresentou resultados para a formação dos agrupamentos, indicando 14 grupos distintos.

4.4.2 Análise Qualitativa

A interpretação dos dados qualitativos foi feita de forma conjunta com os dados quantitativos, a fim de possibilitar uma complementariedade entre os mesmos e, assim, alcançar uma abordagem mais ampla do fenômeno estudado. Os dados qualitativos foram trabalhados a partir da transcrição na íntegra das gravações. Sobre esse material, realizou-se uma leitura exaustiva para apropriação do conteúdo, seguindo o modelo de organização e análise por meio do Software Nvivo (Versão 9.0, com número de licença: 143120126582558).

Os discursos dos entrevistados foram analisados com base nas categorias definidas a partir dos objetivos do estudo e das dimensões do questionário da *Avaliação da Formação para a Interdisciplinaridade*. As categorias criadas foram: Base conceitual para a interdisciplinaridade; Inserção em uma Equipe Multiprofissional; Percepção do trabalho interdisciplinar na formação e prática profissional; Contribuição da formação acadêmica para o processo de trabalho interdisciplinar; Sugestões para aperfeiçoar a formação acadêmica a prática do trabalho em equipe interdisciplinar.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta proposta de estudo é vinculada ao projeto amplo de pesquisa intitulado “A interdisciplinaridade na formação e no trabalho em saúde”. Para cumprir as exigências formais dispostas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que trata sobre pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da

Universidade Federal da Paraíba, tendo sido aprovado sob o protocolo nº 0030/14 (ANEXO C). Foi solicitada também, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de manifestar o respeito, a seriedade e à ética no desenvolvimento do trabalho, esclarecendo e protegendo o sujeito da pesquisa, por meio do seu anonimato e da sua privacidade (APÊNDICE B).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, serão apresentados os resultados encontrados nas análises quantitativas e qualitativas. Inicialmente, evidencia-se o perfil dos estudantes e a caracterização dos profissionais da reabilitação participantes do estudo. Em seguida, foram expostos os achados da Análise de Agrupamento e discutidos, de forma conjunta, com os principais achados no Discurso do Sujeito Coletivo.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA DOS ESTUDANTES

A análise descritiva foi realizada a fim de evidenciar as variáveis referentes ao perfil sociodemográfico e de formação dos discentes. As características das variáveis estudadas são apresentadas na tabela 1. Foram entrevistados 225 estudantes, sendo 104 do curso de Fisioterapia, 77 do Curso de Fonoaudiologia e 44 do curso de Terapia Ocupacional. Na amostra geral, a idade dos entrevistados variou entre 19 e 56 anos, com média de idade de aproximadamente de 24 anos e desvio padrão de $\pm 0,61$ anos. Na análise por curso, a média etária foi homogênea entre os grupos, o que apresentou resultado semelhante ao encontrado na amostra geral.

Tabela 1 – Distribuição dos estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional segundo o perfil sociodemográfico

VARIÁVEL	Total (n=225)		Fisio. (n=104)		Fono. (n=77)		Terap. Ocup. (n=44)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo								
<i>Feminino</i>	180	80,0	76	73,1	66	85,7	38	86,4
<i>Masculino</i>	45	20,0	28	26,9	11	14,3	6	13,6
Estado Civil								
<i>Solteiro</i>	192	85,3	90	86,5	66	85,7	36	81,8
<i>Casado</i>	28	12,4	11	10,6	11	14,3	6	13,6
<i>Divorciado</i>	3	1,3	1	1,0	-	-	2	4,5
<i>Outro</i>	2	0,9	2	1,9	-	-	-	-
Religião								
<i>Católica</i>	131	58,2	58	55,8	47	61	26	59,1
<i>Evangélica</i>	66	29,3	32	30,8	24	31,2	10	22,7
<i>Espírita</i>	6	2,7	3	2,9	-	-	3	6,8
<i>Sem religião</i>	18	8,0	9	8,6	5	6,5	4	9,1
<i>Outra</i>	4	1,8	2	1,9	1	1,3	1	2,3
Renda Familiar								
<i>< 1 SM</i>	2	0,9	-	-	1	1,3	1	2,3
<i>1 – 2 SM</i>	57	25,3	17	16,3	21	27,3	19	43,2
<i>3 – 4 SM</i>	109	48,4	56	53,8	38	49,4	15	34,1
<i>≥ 5 SM</i>	57	25,3	31	29,8	17	22,1	9	20,5

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015. SM = Salário Mínimo; Fisio = Fisioterapia Fono = Fonoaudiologia; Terap. Ocup.= Terapia Ocupacional.

Conforme os dados apresentados, verifica-se a predominância do sexo feminino em 80% da amostra geral. Essa tendência também foi observada quando os cursos foram analisados isoladamente. Estes achados evidenciam a maior prevalência de mulheres, refletindo o processo de feminilização nas profissões de saúde, cujo papel da mulher está atrelado ao ato de cuidar (HADDAD, et al., 2010).

No Brasil, vários estudos apontam que em vários cursos universitários, as mulheres já ocupam metade das vagas oferecidas, mostrando que constituem a maior parte dos estudantes de nível superior (COSTA et al., 2010). No estudo de Haddad et al. (2010), que analisou 14 cursos de graduação da área da saúde no período de 1991 a 2008, incluindo os Cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, foi observado que as mulheres eram maioria em todos os cursos avaliados. Nos cursos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, as mulheres representaram mais de 90% dos estudantes.

Ainda sobre o perfil sociodemográfico, os sujeitos deste estudo declararam em sua maioria serem solteiros, seguindo as doutrinas da religião católica e apresentando uma renda

familiar entre quatro e cinco salários mínimos. Resultados semelhantes foram também encontrados na análise isolada destas variáveis por curso de graduação. As características do perfil estudantil dos sujeitos também foram investigadas e os dados foram apresentados na tabela 2.

Dentre os entrevistados, 158 estudantes têm vínculo acadêmico com a IES A e 67 com a IES B. O tempo de graduação estava de acordo com o tempo previsto em 100% para os estudantes que participaram do estudo. No tocante à participação em projetos de extensão, 88,9% dos discentes afirmaram ter participado e/ou participar de algum projeto de extensão. Esta frequência pode ser observada também quando analisada por curso de graduação. Os achados corroboram com o estudo de Santos (2014), que ao estudar as ações interdisciplinares na formação em saúde também identificou o perfil sociodemográfico e acadêmico dos discentes dos Cursos de Medicina, Odontologia e Enfermagem semelhantes ao encontrado nesse estudo.

Tabela 2 - Distribuição dos estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional segundo o perfil de formação

VARIÁVEL	Amostra		Fisio.		Fono.		Terap. Ocup.	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Instituição de Ensino Superior								
<i>IES A</i>	158	70,2	64	61,5	50	64,9	44	100
<i>IES B</i>	67	29,8	40	38,5	27	35,1	-	-
Tempo de Graduação								
<i>Previsto</i>	225	100	104	100	77	100	44	100
<i>Não previsto</i>	-	-	-	-	-	-	-	-
Participação em Extensão								
<i>Sim</i>	200	88,9	99	95,2	63	81,8	38	86,4
<i>Não</i>	25	11,1	5	4,8	14	18,2	6	13,6

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015. Fisio = Fisioterapia; Fono = Fonoaudiologia; Terap. Ocup.= Terapia Ocupacional;

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O perfil dos profissionais participantes da pesquisa está descrito na tabela 3. São apresentados os dados de identificação pessoal, formação acadêmica e de atuação profissional. De acordo com os critérios de inclusão, foram totalizados 25 profissionais, sendo 12 Fisioterapeutas, 11 Fonoaudiólogos e 02 Terapeutas Ocupacionais. Observa-se que, a

maioria dos profissionais são do Centro de Reabilitação A, sendo, os Fisioterapeutas e os Terapeutas com formação pela IES A e os Fonoaudiólogos na IES B. Nas três profissões, a tendência também é de maioria de profissionais do sexo feminino, com prevalência da faixa etária entre 30 a 40 anos. O tempo de formação variou entre 02 a 10 anos, tendo os profissionais um tempo de experiência profissional, em geral, prevalecendo também nesse mesmo intervalo.

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional segundo o perfil sociodemográfico e de trabalho

VARIÁVEL		Fisioterapeuta (n=12)		Fonoaudiólogo (n=11)		Terapeuta Ocupacional (n=2)	
		n	%	n	%	n	%
Serviço	CR A	10	83,3	7	72,7	1	50
	CR B	2	16,7	3	27,3	1	50
Idade	20 - 30	3	25,0	3	27,3	2	100
	30 - 40	4	33,3	8	72,7	-	-
	>41	5	41,7	-	-	-	-
Gênero	F	8	66,7	10	90,9	2	100
	M	4	33,3	1	9,1	-	-
Instituição Formadora	IES A	8	66,7	2	18,2	2	100
	IES B	4	33,3	9	81,8	-	-
Tempo de graduado	até 1 ano	-	-	2	18,2	2	100
	2 a 10 anos	4	33,3	6	54,5	-	-
	11 a 20 anos	3	25,0	3	27,3	-	-
	>21	5	41,7	-	-	-	-
Tempo de atuação em serviços de reabilitação	até 1 ano	1	8,3	2	18,2	2	100
	2 a 10 anos	5	41,7	8	72,7	-	-
	11 a 20 anos	2	16,7	1	9,1	-	-
	>21	4	33,3	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015. CR A = Centro de reabilitação A; CR B= Centro de Reabilitação B; IES A = Instituição de Ensino Superior A; IES B = Instituição de Ensino Superior B.

5.3 ANÁLISE DE AGRUPAMENTO

Para a aplicação da técnica de análise de agrupamento optou-se por utilizar três dimensões do questionário de Avaliação para a Interdisciplinaridade: Base Conceitual, Preparo Prático e Aptidão Profissional, sendo excluída a dimensão Contribuição da Extensão, por apresentar estudantes que afirmaram não ter participado de nenhuma extensão, caracterizando assim a presença de *missing* nesta dimensão. Além destas, foi utilizada também a dimensão de percepção do trabalho interdisciplinar referente à Escala de Percepção do Trabalho Interprofissional. Os resultados encontrados são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 - Resultado do número de grupos formados na análise de agrupamento no tocante à formação em saúde para a interdisciplinaridade no contexto da reabilitação

Grupos	n	%	% acumulada
G5	68	30,2	30,2
G4	54	24,0	54,2
G1	40	17,8	72,0
G2	26	11,6	83,6
G7	11	4,9	88,5
G11	10	4,5	93,0

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015.

Evidenciou-se a formação de 14 grupos distintos no tocante à Interdisciplinaridade na Formação no contexto dos profissionais da Reabilitação, com destaque para os grupos G5 (30,2%), G4 (24,0%), G1 (17,8%), G2 (11,6%), G7(4,9%) e o G11 (4,5%) que representam 93,0% do total da amostra. A caracterização da interdisciplinaridade na formação em saúde, no que tange à classificação das dimensões Base Conceitual, Preparo Prático, Aptidão Profissional e Percepção do Trabalho Interdisciplinar é apresentada na tabela 5. A partir dos dados visualizados com a AA, nota-se que os grupos formados são realmente distintos entre si quando se observa a classificação feita por cada agrupamento nas dimensões estudadas. É possível perceber, quando se faz a comparação entre os grupos, que há uma diferença em pelo menos uma dimensão analisada.

Tabela 5 - Resultado da análise de agrupamento no tocante à formação em saúde para a interdisciplinaridade no contexto da reabilitação

Grupos	Base Con.	Prep. Prático	Aptidão Prof.	Percep. Trab. Inter.
G5	Média	Ruim	Média	Boa
G4	Média	Média	Média	Boa
G1	Média	Ruim	Ruim	Boa
G2	Média	Boa	Média	Boa
G7	Média	Média	Ruim	Boa
G11	Ruim	Ruim	Ruim	Boa

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015.

O resultado da distribuição dos estudantes na classificação das dimensões na Análise de Agrupamento, no que se refere à formação em saúde para a interdisciplinaridade no contexto da reabilitação, é evidenciado na tabela 6. Os acadêmicos apresentam classificações semelhantes quanto à Base Conceitual em 92,0%, indicando uma formação teórica mediana para a interdisciplinaridade. Já a formação prática foi considerada como ruim para 55,6% dos discentes. Na dimensão Aptidão Profissional, 71,4% dos estudantes indicaram sentir-se preparados para atuar de forma interdisciplinar quando forem profissionais. Em 97,4% os acadêmicos tiveram uma boa Percepção do Trabalho Interdisciplinar em equipe.

Tabela 6 - Distribuição dos estudantes na classificação para a formação em saúde para a interdisciplinaridade segundo as dimensões na Análise de Agrupamento

CLASSIFICAÇÃO	Base Con.		Prep. Prático		Aptidão Prof.		Percep. Trab. Inter.	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Baixa/Pouca/Fraca/Ruim	13	5,8	125	55,6	61	27,1	-	0,0
Média/Mediana	207	92,0	74	32,9	161	71,5	6	2,6
Alta/Muita/Forte/Boa	5	2,2	26	11,5	3	1,4	219	97,4

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015.

A fim de caracterizar os estudantes pertencentes aos seis grupos mais significativos resultantes da AA quanto à Interdisciplinaridade na Formação no contexto dos profissionais da Reabilitação é apresentada na tabela 7 a análise descritiva das variáveis sociodemográficas. Com base nos dados, percebe-se que não houve diferença nas características apresentadas quanto ao sexo na maior parte dos grupos, sendo o sexo feminino o mais predominante, exceto no G7 que teve a maior parte composto por pessoas do sexo masculino (55%). Com relação ao estado civil, em todos os agrupamentos que se destacaram, os estudantes declararam ser solteiros, sendo a maioria pertencente à religião católica, com uma renda

familiar entre três a quatro salários mínimos. A idade média dos grupos foi de aproximadamente 23 anos.

Tabela 7 – Distribuição dos estudantes pertencentes aos grupos mais significativos da Análise de Agrupamento segundo perfil sociodemográfico

VARIÁVEL	G5 (n=68)		G4 (n=54)		G1(n=40)		G2 (n=26)		G7(n=11)		G11(n=10)	
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo												
<i>Feminino</i>	56	82	47	87	30	75	19	73	5	45	8	80
<i>Masculino</i>	12	18	7	13	10	25	7	27	6	55	2	20
Estado Civil												
<i>Solteiro</i>	57	84	45	83	38	95	21	81	9	82	8	80
<i>Casado</i>	9	13	7	13	2	5	5	19	1	9	2	20
<i>Divorciado</i>	2	3	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Outro</i>	-	-	1	2	-	-	-	-	1	9	-	-
Religião												
<i>Católica</i>	44	65	36	67	20	50	14	54	4	36	1	10
<i>Evangélica</i>	17	25	16	30	11	28	9	35	4	36	6	60
<i>Espírita</i>	3	4	-	-	2	5	1	4	3	28	2	20
<i>Sem religião</i>	3	4	2	3	6	15	2	7	-	-	-	-
<i>Outra</i>	1	2	-	-	1	2	-	-	-	-	1	10
Renda Familiar												
<i>< 1 SM</i>	-	-	-	-	2	5	-	-	-	-	-	-
<i>1 – 2 SM</i>	15	43	13	24	8	20	7	27	5	45	3	30
<i>3 – 4 SM</i>	37	32	27	50	19	48	8	42	2	18	4	40
<i>≥ 5 SM</i>	16	25	14	26	11	27	11	31	4	37	3	30

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015. SM = Salário Mínimo. G5 = Grupo 5; G4 = Grupo 4; G1 = Grupo 1; G2 = Grupo 2; G7 = Grupo 7; G11 = Grupo 11

Já os dados relacionados as características estudantis dos acadêmicos que formaram os seis grupos que se destacaram na AA no que tange à Interdisciplinaridade na Formação no contexto dos profissionais da Reabilitação são evidenciados na tabela 8. De forma geral, os grupos são formados em sua maioria por estudantes do curso de Fisioterapia, seguidos pelos acadêmicos dos cursos de Fonoaudiologia e de Terapia Ocupacional, respectivamente. Nos grupos, a maior parte dos acadêmicos têm vínculo acadêmico com a IES A. Os dados são homogêneos para as atividades de extensão, e de acordo com resultados, a maioria dos grupos declarou a participação em atividades de extensão durante a graduação.

Tabela 8 - Distribuição dos estudantes pertencentes aos grupos mais significativos da Análise de Agrupamento segundo perfil de formação

CARACTERÍSTICA	G5 (n=68)		G4 (n=54)		G1(n=40)		G2 (n=26)		G7(n=11)		G11(n=10)	
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Curso												
<i>Fisioterapia</i>	29	43	23	43	21	52	12	46	7	64	7	70
<i>Fonoaudiologia</i>	22	32	22	41	14	35	8	31	3	27	3	30
<i>Terapia Ocupacional</i>	17	25	9	17	5	12	6	23	1	9	-	-
Instituição												
<i>IES A</i>	52	76	28	52	37	92	14	54	10	91	7	70
<i>IES B</i>	16	24	26	48	3	8	12	46	1	9	3	30
Participação em Extensão												
<i>Sim</i>	63	93	47	87	36	90	22	85	11	100	10	100
<i>Não</i>	5	7	7	13	4	10	4	15	-	-	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015. SM = Salário Mínimo. G5 = Grupo 5; G4 = Grupo 4; G1 = Grupo 1; G2 = Grupo 2; G7 = Grupo 7; G11 = Grupo 11

Para destacar a quantidade de estudantes, quanto a amostra dos três cursos estudados, pertencentes nos grupos que foram mais significativos da AA, realizou-se o Teste de hipótese para a comparação de proporções, a fim de perceber a diferença dos grupos formados. O resultado encontrado no teste qui-quadrado de Pearson ($p\text{-valor} = 0.559$) não rejeitou a hipótese de que as proporções eram iguais, sendo assim admitiu-se a igualdade entre as proporções nos grupos, a um nível de significância de 5%. Os resultados podem ser percebidos na tabela 9.

Tabela 9 – Identificação dos elementos pertencentes em cada grupo por curso

CURSO	G5 (n=68)		G4 (n=54)		G1(n=40)		G2 (n=26)		G7(n=11)		G11(n=10)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fisioterapia (n=104)	29	27,9	23	22,1	21	20,2	12	11,5	7	6,7	7	6,7
Fonoaudiologia (n=77)	22	28,6	22	50	14	18,1	8	10,4	3	3,9	3	3,9
Terapia Ocupacional (n=44)	17	38,6	9	20,4	5	11,4	6	13,6	1	2,3	-	-

Fonte: Dados da pesquisa. João Pessoa – PB, 2015. SM = Salário Mínimo. G5 = Grupo 5; G4 = Grupo 4; G1 = Grupo 1; G2 = Grupo 2; G7 = Grupo 7; G11 = Grupo 11.

A análise dos resultados encontrados na técnica de AA será feita de forma conjunta com os achados da parte qualitativa, com o intuito de complementariedade das informações, para que dessa forma, o fenômeno estudado seja compreendido em sua totalidade. A seguir são analisados e discutidos os seguintes tópicos: Base conceitual para a interdisciplinaridade; Contribuição da formação acadêmica para o processo de trabalho interdisciplinar; Inserção em

uma equipe multiprofissional; Percepção do trabalho interdisciplinar na formação e prática profissional; Sugestões para aperfeiçoar a formação acadêmica a prática do trabalho em equipe interdisciplinar.

5.3.1 Base conceitual para a interdisciplinaridade

Neste item são apresentadas as concepções dos estudantes acerca do conceito da interdisciplinaridade, por meio da classificação dada na dimensão Base Conceitual do questionário de *Avaliação da Formação para a Interdisciplinaridade*, e os resultados da análise dos discursos dos profissionais para esta categoria.

A dimensão Base Conceitual foi classificada pela maioria dos estudantes como uma formação teórica mediana (92,0%), o que demonstra certa fragilidade na formação acerca da questão teórica da interdisciplinaridade. As respostas dadas pelos estudantes nos itens do questionário referentes à base conceitual evidenciam uma compreensão da interdisciplinaridade como a prática conjunta de diversos profissionais com especialidades diferentes, porém o diálogo e a troca de conhecimentos não foram considerados como essenciais para a concretização na prática das ações interdisciplinares. Assim, percebe-se que a concepção dos estudantes quanto à interdisciplinaridade é mais próxima do conceito da multidisciplinaridade que é comumente observada no cotidiano dos serviços de saúde, sem a efetivação de uma atuação interdisciplinar.

O reflexo desse distanciamento durante a formação em saúde no que diz respeito à fundamentação teórica para interdisciplinaridade é percebido na prática profissional no cenário dos serviços de reabilitação. Na categoria que trata da *Base Conceitual para a interdisciplinaridade*, observou-se que muitos profissionais demonstraram uma confusão com o termo interdisciplinaridade, considerando-o sinônimo de multidisciplinaridade, conforme se verifica nas falas abaixo:

Sujeito 2 - “[...] importante o trabalho multidisciplinar para o trabalho em grupo [...]”.

Sujeito 6- “[...] é importante mesmo essa troca do conhecimento entre os profissionais, essa atividade multidisciplinar [...]”.

Sujeito 9 - “[...] os profissionais ainda não tem uma consciência tão grande da multidisciplinaridade[...]

Essa fragilidade conceitual também foi encontrada no estudo de Tretin (2010) que aponta essa tendência à multidisciplinaridade no momento da conceituação da interdisciplinaridade pelos sujeitos do estudo. As ações multidisciplinares são caracterizadas pela existência de diferentes categorias profissionais, mas que não necessariamente mantém o diálogo entre si. Apesar dessa fragilidade teórica identificada em muitos entrevistados, observou-se que alguns profissionais se aproximaram do significado de interdisciplinaridade, mesmo não o tendo nomeado. Os discursos abaixo ilustram essa perspectiva:

Sujeito 3 – “[...] são projetos de atuação em conjunto... integrando várias profissões, principalmente de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional que tá mais ligado né?...pela questão da reabilitação, dos objetivos que complementam o outro [...]”.

Sujeito 5 – “[...] é importante os profissionais trabalhando junto, com o mesmo empenho, dedicação e objetivo, em prol do paciente né?”.

Sujeito 8 – “[...] esses estudos de caso com a equipe pra gente poder tá conhecendo mais o trabalho do outro né?”.

Sujeito 22 - “[...] buscar trabalhar de uma forma geral para aquele paciente... é trabalhar em conjunto... ali pode trazer melhorias de vida para o meu paciente [...]”.

Diante das ideias apresentadas nessas falas percebe-se que os conceitos expostos por estes profissionais estão próximos das concepções de Japiassú (1976), no que se refere à troca de conhecimentos entre integrantes de uma mesma equipe e do ponto de vista de Suape et al. (2005) quanto ao reconhecimento dos limites de cada profissional. Percebe-se, porém, que a interdisciplinaridade neste caso está relacionada muito mais com a aproximação com o conceito a partir da vivência profissional, do que propriamente com a apropriação teórica oriunda da formação acadêmica deste profissional.

Apesar das mudanças ocorridas nos currículos em função da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, no ano de 2002, tanto os profissionais com pouco tempo de conclusão de curso quanto os egressos mais antigos identificaram as limitações de sua formação acadêmica no que diz respeito à teoria, conforme os discursos apresentados a seguir.

Sujeito 1 – “[...] na graduação em si não tinha muito isso não. Não sei hoje, mas na minha época não, era totalmente diferente”.

Sujeito 3 – “[...] acho que poucas vezes se tocou nesse ponto da interdisciplinaridade, da convivências com outros profissionais [...]”.

Sujeito 7 – “[...] na graduação em si não tem muito incentivo para trabalhar a interdisciplinaridade... não se tem acesso e nem contato com outros profissionais [...]”.

Sujeito 13 – “[...] a grade curricular não trazia uma formação para a interdisciplinaridade”.

Sujeito 15 – “[...] Não tive não uma visão de interdisciplinaridade... sai da faculdade e uma das uma das profissões que eu menos ouvi falar na minha graduação foi a de Terapia Ocupacional [...]”.

Em muitas falas dos profissionais entrevistados, foi possível perceber que a interdisciplinaridade não era discutida, e em outras falas observou-se que era pouco discutida e vivenciada durante a formação universitária desses sujeitos.

5.3.2 Contribuição da formação acadêmica para o processo de trabalho interdisciplinar

Nesta seção serão apresentadas as concepções da contribuição da formação na perspectiva dos estudantes, por meio da classificação dada nas dimensões Preparo Prático e Aptidão Profissional do questionário de *Avaliação da Formação para a Interdisciplinaridade*, e por meio das concepções dos profissionais identificadas na análise dos discursos.

De acordo com os achados deste estudo, o distanciamento entre os profissionais ainda é uma característica muito forte da formação atual. No que se refere à dimensão Preparo Prático, a maioria dos estudantes classificou como média (32,9%) a ruim (55,6%), demonstrando lacunas importantes quanto às vivências durante a formação acadêmica para as ações e as práticas interdisciplinares. O aprendizado com estudantes de diferentes áreas é uma experiência que envolve a compreensão do trabalho coletivo e da complexidade da realidade que se apresenta nos cenários de saúde (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011). Assim sendo, torna-se de extrema relevância a formação profissional interdisciplinar, tendo em vista que a identidade profissional vai se fortalecendo à medida que os estudantes são expostos a situações comuns de aprendizagem.

O contato com outros profissionais da saúde possibilita conhecer outras profissões e permite ampliar o olhar de um novo saber, elaborado por meio de intersecção das diferentes categorias profissionais. Essa integração só é possível quando existe a associação da teoria e da prática na perspectiva interdisciplinar. Desse modo, os campos de prática durante a formação universitária em saúde representam um lugar privilegiado para compreender a interdisciplinaridade (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014).

Nesse sentido, as práticas interdisciplinares são necessárias na formação acadêmica para facilitar a construção de um trabalho integral na atenção, pois, é na atuação com o outro que a interdisciplinaridade se concretiza. A articulação dos profissionais no trabalho em equipe interdisciplinar representa uma potencialidade e um desafio. Esta articulação pressupõe o mútuo conhecimento e o respeito entre as diferentes especificidades e responsabilidades de cada profissional (SILVA; RAMOS, 2010).

Ao favorecer, ainda na formação, o trabalho em equipe e a colaboração entre os estudantes, estimula-se a capacidade de lidar com os problemas que excedem a competência de uma profissão isoladamente. Contudo, a oferta de profissionais preparados para a atuação no processo de trabalho integrado é escassa. A formação profissional ainda é fortemente marcada pelo modelo convencional de atenção à saúde, tendo como base as especialidades e em um sistema de saúde fragmentado, com pequeno grau de coordenação e planejamento da assistência entre os profissionais (MATUTA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Uma vez que os profissionais trabalham em equipes multiprofissionais, a formação deve propiciar a organização de suas práticas de modo a contemplar a convivência e a partilha de conhecimentos, objetivando transformar o processo de ensino-aprendizagem em uma relação estreita entre teoria e prática, a partir de uma abordagem interdisciplinar. Nesse sentido, para que haja a efetivação da interdisciplinaridade é importante que os estudantes tenham disciplinas ou outros componentes curriculares comuns, a fim de possibilitar o desenvolvimento de atividades em conjunto durante a graduação, e dessa forma, favorecer a formação do profissional com base na atenção integral ao sujeito (ALVARENGA et al., 2013).

Nesse contexto, verifica-se a fragilidade dos componentes curriculares obrigatórios dos cursos analisados, no que tange a interdisciplinaridade. Observa-se também, que os projetos de extensão destacam-se como importantes cenários, pois possibilitam vivências interdisciplinaridades. Nos grupos que se destacaram na AA, todos os acadêmicos tinham participado ou estavam participando de atividades de extensão.

A Extensão Universitária pode ser considerada instrumentalizadora deste processo dialético de teoria/prática que possibilita um trabalho interdisciplinar e favorece a visão integrada dos diversos segmentos sociais. Essas atividades têm como objetivo estimular o desenvolvimento das potencialidades pessoais, com a criação e a ocupação de espaços adequados às necessidades e as expectativas das pessoas, na busca pela dinamização do processo ensino e pesquisa, com o compartilhamento de saberes (WAHLBRINCK; PACHECO, 2015).

Assim, a participação dos acadêmicos em projetos de extensão possibilitam uma aproximação com a prática interdisciplinar e assegura uma formação diferenciada, e assim supre a deficiência do currículo obrigatório dos cursos investigados neste estudo, que parecem não garantir efetivamente o exercício da interdisciplinaridade. Contudo, a extensão universitária só possibilita a vivência interdisciplinar quando ela é concebida e organizada de modo a garantir o contato e a atuação em conjunto dos diversos estudantes de graduação, com a realização de um trabalho que prevaleça o diálogo, o compartilhamento de saberes e que tenha objetivos comuns.

Esse contato interdisciplinar entre os estudantes da saúde favorece o comprometimento com o trabalho coletivo em saúde, na perspectiva do desenvolvimento de ações integradas de saúde. Assim, os projetos de extensão são de grande contribuição para a formação nessa perspectiva da formação em saúde com base interdisciplinar e nas situações em que os acadêmicos são submetidos a situações comuns de aprendizagem. Logo, a construção do conhecimento, a partir do contato de diferentes áreas, envolve a compreensão do trabalho coletivo e da complexidade que permeia a realidade dos serviços de saúde (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011). Vale ressaltar, contudo, que a vivência extensionista não é comum a todos os estudantes, de modo que não pode suprir as necessidades da formação como um todo.

A fragilidade no que se refere à preparação prática durante o processo formativo em saúde, também foi enfatizada nos discursos dos profissionais, independente do tempo de conclusão do curso. Foi possível perceber que a interdisciplinaridade não era vivenciada na prática durante a formação universitária, como destacado pelos sujeitos abaixo.

Sujeito 2 – “Não tive muito acesso a outros profissionais nos estágios práticos”.

Sujeito 5 - “[...] nas disciplinas não tinha estudantes de outros cursos normalmente era mais Fisioterapia mesmo”.

Sujeito 13 – “[...] a grade curricular não trazia uma formação para a interdisciplinaridade, não convivi com profissionais de outras áreas, nem nas disciplinas, nem nos cenários de práticas [...]”.

As falas de alguns profissionais revelaram, ainda, que as experiências acadêmicas vivenciadas nos estágios disciplinares no decorrer do curso dos profissionais atuantes nos serviços de reabilitação não contemplaram a interdisciplinaridade, concordando assim, com os achados dos estudantes, no que tange a não formação para a interdisciplinaridade. Os participante revelaram que o maior contato dos profissionais atuantes nos serviços de

reabilitação com a interdisciplinaridade na formação acadêmica foi restrita às atividades de extensão durante a graduação, bem como no Estágio obrigatório e Estágio Regional Interprofissional no SUS (ERIP).

Sujeito 9 – “Principalmente no estágio né? No final.. sexto, sétimo e oitavo né?”

Sujeito 16 – “Nos projetos de extensão e no ERIP no final do curso, quando tem aluno de vários cursos [...]”.

De maneira geral, evidencia-se que a formação em saúde não é voltada para a interdisciplinaridade e que as ações desenvolvidas são restritas a alguns espaços e, geralmente, ao final do curso. Estas ações sozinhas não são capazes de preparar o acadêmico para o trabalho interdisciplinar no campo da reabilitação, por não envolver, necessariamente, membros de uma equipe de reabilitação. Contudo, percebe-se a contribuição das atividades de extensão e sua importância para a formação do profissional em saúde. A vivência aproximada dos acadêmicos com a realidade profissional do cotidiano do trabalho contribui significativamente para a formação do espírito de troca e de colaboração do trabalho em saúde, na perspectiva do cuidado integral.

As ações de reabilitação que acontecem ao longo da graduação, em geral, não costumam ocorrer de forma integrada com outros cursos, comprometendo o entendimento e o alcance das necessidades das pessoas com deficiência. Após 12 anos de publicação das DCN e considerando a média de tempo de graduado dos sujeitos, que são de 10 anos, constata-se que os projetos pedagógicos implantados após as diretrizes não atendem essa questão da interdisciplinaridade. O artigo 5º, inciso III das DCN afirma que uma das habilidades a serem desenvolvidas na formação dos profissionais é que os mesmos possam “atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2002c).

A formação acadêmica que não favorece o convívio e o diálogo entre as profissões tem impactado diretamente na conformação da postura dos profissionais na prática, que demonstram no cotidiano de trabalho a mesma lógica fragmentada da disciplina e a prática de trabalho de forma isolada nos serviços de saúde, com cada profissional fazendo a sua parte independente do outro. Isso tudo resulta em perda de resolutividade para o usuário, pois as ações fragmentadas e desarticuladas perdem muito da capacidade em atender às necessidades da pessoa que está sendo reabilitada.

Além disso, este isolamento durante a formação acadêmica não leva ao estudante a conhecer as demais profissões, limitando a compreensão da outra ciência e suas funções dentro de uma equipe de saúde, além de não prepará-los para desenvolver um trabalho em conjunto entre Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e Terapeutas Ocupacionais, quanto ao desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, como previsto pelas DCN (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b, BRASIL, 2002c).

Esse afastamento implica no desconhecimento das atribuições e das habilidades de cada profissional por parte dos diversos membros da equipe. Este cenário cria, muitas vezes, dúvidas quanto às possibilidades de intervenção e os limites de cada profissional, sobretudo entre as profissões que têm muita proximidade no objeto de intervenção como as três categorias aqui analisadas.

No caso do Fisioterapeuta, definem-se como atribuições a construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Cinesiológico Funcional) e a prescrição das condutas fisioterapêuticas no restabelecimento da função; para o Terapeuta Ocupacional tange identificar, entender, analisar e interpretar os transtornos da dimensão ocupacional do ser humano e a utilizar, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras; Fonoaudiólogo compete à prevenção, a avaliação, o diagnóstico e o tratamento de transtornos da linguagem oral e escrita; das alterações vocais; da função auditiva e vestibular; da reabilitação funcional dos distúrbios de deglutição e dos aspectos estruturais e funcionais das regiões orofacial e cervical: sucção, mastigação, deglutição, respiração e fala (BRASIL, 1978; BRASIL, 1971).

Assim, a formação dos profissionais da saúde deve visar o desenvolvimento de atividades que permitam o contato interprofissional e a aproximação com as competências que permeiam o trabalho dos demais membros de uma equipe, sobretudo os da reabilitação, tendo em vista que têm o mesmo objeto de intervenção, com campos de atuação semelhantes. Isso permitirá aos futuros profissionais entender as múltiplas dimensões da saúde e as possibilidades de intervenção no processo saúde-doença.

A formação em saúde nessa perspectiva prepara melhor para o trabalho em equipe interdisciplinar. Contudo, as fragilidades encontradas durante o processo formativo refletem em menor grau de confiança do estudante para com o mundo do trabalho. Nesse sentido, os achados desse trabalho evidenciados na dimensão Aptidão Profissional mostram que os

estudantes consideram como média (71,5%) a ruim (27,1%) a sua capacidade em atuar interdisciplinarmente enquanto futuro profissionais de uma equipe de reabilitação.

Logo, a convivência com outros profissionais durante a formação profissional oferece mais chances do estudante se sentir bem preparado para a prática do trabalho na reabilitação e uma maior conscientização e preparo para a prática, contribuindo para a socialização entre os profissionais de saúde. Essa convivência entre as profissões modifica atitudes e percepções negativas entre os profissionais de saúde, melhorando as falhas na confiança e na comunicação (SILVA, 2011).

5.3.3 Inserção em uma equipe multiprofissional

Este item aborda a percepção dos profissionais quanto às dificuldades encontradas na inserção em uma equipe de saúde multiprofissional e as estratégias adotadas na superação dos obstáculos no processo de trabalho.

Os profissionais entrevistados nos serviços de saúde relacionaram a falta de conhecimento de sua profissão e a resistência para o trabalho em equipe como as principais dificuldades de inserção em uma equipe de reabilitação no cenário de prática profissional.

Sujeito 5 – “[...] dificuldades porque à maioria das pessoas não querem trabalhar em conjunto, tem muito essa visão de trabalhar individualmente [...]”.

Sujeito 8 – “[...] teve uma certa dificultadizinha porque se conhece bem a Terapia Ocupacional, se conhece bem a sua própria área e não a do outro [...]”.

Sujeito 11 – “[...] a questão da dificuldade foi mais porque as pessoas não sabiam e nem conheciam o que a Fonoaudiologia fazia[...]”.

Os discursos acima sinalizam que esse desconhecimento quanto ao exercício profissional dos demais membros de uma equipe de reabilitação dificulta a prática da interdisciplinaridade. Essa limitação no conhecimento do papel do outro profissional de forma mais clara, compromete o (re)conhecimento e a importância do desempenho dos outros membros da equipe e a sua ligação com o seu próprio trabalho dentro da equipe. Isso restringe a possibilidade de otimização das ações desenvolvidas e, conseqüentemente, de melhores resultados que podem ser alcançados quando se tem um mesmo objeto de intervenção.

Outro aspecto destacado nas falas dos profissionais é a pouca disposição dos mesmos para trabalhar em equipe com outras pessoas da área com habilidades e conhecimentos diversos e complementares. Isso demonstra a desvalorização da interdisciplinaridade no processo de trabalho, o que dificulta a aproximação e a comunicação entre as áreas e consequentemente a maximização do trabalho.

Essa limitação assinala que o processo formador perpetua a prática disciplinar e que a pouca exploração de ações conjuntas, ainda durante a formação, reforça a construção de trabalhos fragmentados e sem comunicação dentro de uma mesma equipe. Para a superação dessas dificuldades iniciais durante a inserção em uma equipe multiprofissional, os profissionais enfatizam a busca pelo diálogo como estratégia utilizada como forma de aproximação e pactuação para a melhoria do processo de trabalho.

Sujeito 2 – “Eu acho que a conversa é o primeiro de tudo e supera as dificuldades [...]”.

Sujeito 7 – “[...]Tentar ir falar diretamente com os profissionais, com cada um, até para tentar fazer um melhor trabalho, porque quando a gente entende todos os pontos de vista, se consegue dar melhor enfoque ao paciente[...]”.

Sujeito 10 – “Conversando...explicando minha área e pegando o do outro [...]”.

Sujeito 13 – “ O diálogo, primeiro de tudo, né?”

Em muitas falas, percebe-se que a abertura do profissional para o diálogo está atrelada à humildade e a capacidade de reconhecer os limites quanto à detenção do conhecimento. Essa prática no ambiente de trabalho auxilia a resolver problemas rotineiros que surgem no cotidiano, e melhoram a convivência entre os profissionais da equipe e, consequentemente, a qualidade do serviço ofertado (MORSCHER; BARROS, 2014).

Contudo, a falta de tempo para o diálogo e para planejamento de ações conjuntas, bem como a intransigência de partilhar conhecimento, não permite que o outro tenha acesso ao seu saber são os limites reais para a prática eficaz da interdisciplinaridade. De acordo com Chirelli (2002), para que a interdisciplinaridade seja efetiva, é imprescindível que haja disponibilidade dos profissionais para adotar posturas flexíveis, solidárias e democráticas. Faz-se necessário, também, que a construção da interdisciplinaridade seja uma política institucional, uma vez que ela requer tempo e espaço próprios para se efetivar.

5.3.4 Percepção do trabalho interdisciplinar na formação e prática profissional

Essa seção apresenta a visão dos estudantes quanto à importância da vivência interdisciplinar durante a formação acadêmica, por meio da classificação da dimensão Percepção do Trabalho Interdisciplinar. Aborda, também, a percepção dos profissionais quanto ao trabalho em equipe interdisciplinar no cotidiano do serviço.

Apesar das fragilidades no processo formativo, os estudantes dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional apresentaram uma boa percepção quanto à Formação interdisciplinar (97,4%), na perspectiva do trabalho em equipe e a colaboração profissional. Em seu estudo, Garcia et al. (2007) defendem que nas Diretrizes Curriculares Nacionais a saúde é vista como uma área interdisciplinar, por ter o seu objeto, o processo saúde-doença, envolvido por fatores relacionados aos aspectos sociais, biológicos e as expressões emocionais. Os estudantes e os profissionais participantes deste estudo demonstram valorizar a interdisciplinaridade, apesar de reconhecerem os limites para sua prática.

Além de ser necessário formar profissionais que saibam resolver todo e qualquer problema de sua área técnica, é indispensável preparar os profissionais com a concepção de trabalho multiprofissional com base na interdisciplinaridade, com espaços de compartilhamento de saberes, interação e diálogo, com a finalidade de assegurar mudanças no modelo de assistência em direção a uma atenção integral à saúde. Para Ceccim e Feuerwerker (2004), a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional são características necessárias para os profissionais de saúde, pois, expressam a possibilidade de formar profissionais mais capacitados para resolver os problemas de forma ampla e resolutiva.

Quando os futuros profissionais são capacitados apenas para os aspectos técnicos relacionados à sua profissão e não tem a compreensão de como fazer a articulação com as demais categorias profissionais, a formação universitária por si só não possibilitará a atuação interdisciplinar (MORETTI-PIRES, 2009). Desse modo, a interdisciplinaridade é vista no processo formativo em saúde como uma alternativa para uma formação diferenciada, pautada em uma visão ampliada da saúde e na compreensão de que o conhecimento e a ação interdisciplinar não se excluem, mas se intersectam.

Dessa forma, o conhecimento é considerado como um processo de construção compartilhada, o que proporciona um maior entendimento das ações interdisciplinares em saúde. Albuquerque e Stotz (2004) ressaltam a importância das ações coletivas para a valorização do saber do outro. Portanto, a interdisciplinaridade exige essa valorização.

Os achados relacionados à compreensão dos estudantes no que tange à percepção do trabalho interdisciplinar na formação se assemelham à opinião dos profissionais entrevistados no cotidiano dos serviços. Muitos demonstraram reconhecer a interdisciplinaridade como estratégia importante para o conhecimento das outras profissões e também como meio para atingir melhores resultados na assistência.

Sujeito 5 – “Você consegue almejar muito mais do que você traçou para o tratamento daquele paciente.... se consegue muito mais além através da interdisciplinaridade [...]”.

Sujeito 18 – “[...] com a interdisciplinaridade a gente consegue atingir mais rápido os objetivos do tratamento e ver mais rápida também a evolução do paciente [...]”.

Sujeito 21 – “A troca com os outros profissionais, faz a gente aprender um pouco sobre a área do outro e vice-versa [...]”.

Apesar da existência da boa percepção dos profissionais quanto ao trabalho interdisciplinar, muitos profissionais enfatizaram ainda ser uma prática idealizada e que muitos entraves dificultam a sua efetivação na prática entre os profissionais de uma mesma equipe. Contudo, acreditam que pode ser um diferencial na formação dos futuros profissionais na perspectiva do trabalho para o SUS, no que tange o trabalho em equipe e colaboração profissional.

5.3.5 Sugestões para aperfeiçoar a formação acadêmica a prática do trabalho em equipe interdisciplinar

Neste item são apresentadas as sugestões apontadas pelos profissionais para superar as limitações da formação em saúde relativas à prática interdisciplinar.

Como sugestões para uma formação diferenciada e tendo como base o conceito ampliado de saúde e da ação interdisciplinar como possibilidade para a superação do modelo biomédico ainda fortemente presente na universidade, verificou-se nos discursos a necessidade de aproximação entre os acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional durante a formação universitária. Os discursos a seguir destacam as principais sugestões apontadas.

Sujeito 5 – [...] que os estágios obrigatórios fossem uma coisa mais efetiva né?... De vivência mesmo, não ficar só no superficial de juntar profissões [...]”.

Sujeito 7 – [...] você indicar para o outro profissional e ter já um feedback né?...de ter esse contato entre os profissionais não é?”.

Sujeito 17 – “Experiências em outros serviços de saúde, para não ficar restrito a clínica escola e apenas essa dinâmica de trabalho”.

Sujeito 20 – “[...] Maior contato e conversa para se ter uma aprendizagem mais ampliada e uma forma de trabalho mais completa, mas não só com os colegas de Fisio, Fono e TO” [...]”.

Sujeito 21 – [...] discussão de casos com alunos de outros cursos, entendeu?”

Sujeito 25 – “ ter oportunidade inserir alunos em equipes de saúde, para entender e participar de reuniões de equipe”.

Os profissionais colocaram em suas falas que o benefício da formação em saúde na perspectiva da interdisciplinaridade é o alcance na prática profissional da melhoria da relação interpessoal entre os profissionais, a possibilidade do conhecimento do trabalho do outro e a construção de atendimentos integrados. Em seu estudo, Paviane (2003) coloca que os benefícios dessa aproximação profissional estão no fato de existir a possibilidade de construção conjunta das ações em saúde e o reconhecimento das outras categorias profissionais na construção de um novo objeto. Dessa forma, a interdisciplinaridade pode se situar como alternativa para a fragmentação excessiva do conhecimento frente à construção de um novo saber e auxilia na elaboração de uma nova postura.

Assim, a inserção responsável, integrada e comprometida de estudantes e docentes dos cursos da saúde nos cenários de prática, desde o primeiro ano dos cursos, visa à integração teórico/prática, o ensino/serviço e a educação interprofissional sendo o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer, conhecer e conviver.

A educação interprofissional se apresenta como uma das estratégias que vem sendo adotada no sentido de possibilitar o exercício da interdisciplinaridade no ensino em saúde, promovendo a aproximação das profissões para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas. É uma proposta de formação educacional operacionalizada por treinamentos conjuntos, em que duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho coletivo e sobre as especificidades de cada núcleo profissional para a melhoria da qualidade no cuidado ao indivíduo (BATISTA, 2012; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Contudo, para a operacionalização da educação interprofissional na prática do ensino em saúde, é necessária a reformulação dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, a fim de que se possa garantir a construção de currículos integrados e permita a vivência da interdisciplinaridade no decorrer da formação profissional. Além disso, é preciso buscar

estratégias para a conscientização e o comprometimento profissional quanto ao papel do estudante frente ao cuidado do usuário e qualidade do serviço prestado, a fim de que se possa suplantiar as ações fragmentadas em saúde, as quais comprometem a resolubilidade da atenção integral à saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da visão dos alunos formandos e profissionais que atuam no campo da reabilitação, os dados encontrados neste estudo apontaram limites e possibilidades para a perspectiva interdisciplinar da equipe de reabilitação no âmbito da formação acadêmica nos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Esses achados permitiram, por meio da identificação de diferentes níveis de apropriação de conceitos e de preparo para a atuação interdisciplinar, compreender melhor o processo de formação desses estudantes.

Os estudantes participantes eram em sua maioria adultos jovens, do sexo feminino, solteiros, com renda maior ou igual a cinco salários mínimos, cursando o curso de graduação dentro do prazo previsto para o período de blocagem e com uma expressiva participação em projetos de extensão. A AA identificou diferentes grupos de estudantes no que tange às dimensões analisadas, sendo a diferença entre eles em pelo menos uma das dimensões.

No processo formativo das três graduações os déficits existentes estão relacionados, principalmente, à insuficiência de atividades práticas que contemplem e favoreçam a atuação conjunta dos estudantes. Essas limitações na formação não preparam os estudantes para atuar em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade e refletem na capacidade dos estudantes em se sentirem preparados para a realização de um trabalho interdisciplinar com outros profissionais da equipe de reabilitação.

Apesar das fragilidades apontadas no processo formativo desses futuros profissionais, a contribuição da formação para o trabalho na perspectiva interdisciplinar foi enfatizada pelos sujeitos do estudo, tanto por parte dos estudantes, revelada pelos dados da Escala de percepção do trabalho interprofissional, quanto pelos profissionais atuantes nos centros de reabilitação, descritas nas entrevistas. A interdisciplinaridade é vista como uma estratégia que potencializa a visão integral da saúde e distanciar-se das práticas fragmentadas, favorecendo um entendimento global da realidade e uma intervenção integral.

A dificuldade relacionada à inserção no cenário de prática profissional foi traduzida pela falta de (re)conhecimento das atribuições e competências das outras profissões dentro da equipe de reabilitação. O diálogo é a estratégia utilizada na superação das dificuldades em busca da concretização da interdisciplinaridade. Apesar da existência da concepção da interdisciplinaridade para o alcance de práticas mais integrativas em saúde, percebe-se que no cotidiano dos serviços a interdisciplinaridade ainda não é assumida pelas instituições, tendo em vista que não há incentivo e nem condições para que ela aconteça efetivamente. A sua prática relaciona-se a capacidade do profissional de acreditar e de se comprometer com a

busca da integralidade do cuidado, revelando-se mais como uma busca individual do que uma política institucional.

Os resultados apontam, ainda, para a necessidade de reformular os currículos para o caminho da integração na formação da equipe de reabilitação, a fim de que se tenha um melhor alcance do trabalho em equipe, com base na interdisciplinaridade, no âmbito da prática profissional. É necessário que haja uma maior discussão teórica, bem como a realização de atividades compartilhadas nos componentes curriculares obrigatórios que garantam o encontro entre os diversos cursos, com maior interação entre teoria e prática. Uma das estratégias que vem sendo adotada no sentido de possibilitar o exercício da interdisciplinaridade no ensino em saúde é a educação interprofissional, que valoriza o ensino conjunto entre as profissões e o processo de ensino-aprendizagem compartilhado.

Faz-se mister, que os acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional tenham componentes curriculares obrigatórios comuns aos três cursos, que lhes permitam conhecer as profissões, compartilhar saberes e definir objetivos de intervenção de forma integrada, visando o cuidado integral. Além disso, investir na capacitação dos docentes para uma atuação no ensino de forma interdisciplinar é outra possibilidade fundamental para promover essa mudança, considerando-se que esses docentes, em sua maioria, também não vivenciaram a interdisciplinaridade na formação.

Cabe ressaltar a relevância, nesse estudo, da utilização das duas abordagens de pesquisa – quantitativa e qualitativa, no sentido de complementariedade. Porém, as conclusões deste estudo não esgotam o tema em questão, mas pretendem subsidiar a discussão acerca das mudanças no processo de formação de futuros profissionais da reabilitação, com a necessidade planejamento e da reorganização das práticas acadêmicas, para tornar os estudantes aptos a atuar em equipes de saúde com ênfase na integralidade na atenção à saúde. Esta pesquisa aponta também, para a necessidade de expandir a investigação para os docentes dos cursos, a fim de conhecer a visão deles quanto à formação na perspectiva da interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, J. P. O.; MEIRA, A. B.; FONTES, W. D.; XAVIER, M. M. F. B.; TRAJANO, F. M.; CHAVES NETO, G et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **J Nurs UFPE on line**. v. 7, n. 10, p. 5944-51, 2013.
- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011.
- AGUILAR-DA-SILVA, R. H. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar em Revista**, n. 39, p. 159-175, 2011.
- AGUIAR, M.R.J. **Modos de organização do trabalho Na atenção primária à saúde: a experiência de belo horizonte**. 2007. 250f. **Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)**- Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.8, n.15, mar./ago. p.259-74, 2004.
- ALMEIDA, M. M.; MORAIS, R. P.; GUIMARÃES, D. F.; MACHADO, M. F. A. S.; DINIZ, R. C. M.; NUTO, S. A. S. N. Da Teoria à Prática da Interdisciplinaridade: a Experiência do Pró-Saúde Unifor e Seus Nove Cursos de Graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl.1, p. 119-126, 2012.
- ALBUQUERQUE, M.A. **Estabilidade em análise de agrupamento (cluster analysis)**. 2005. 53f. **Dissertação (Mestrado em Biometria)** – Programa de Pós-Graduação em Física e Matemática, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.
- ALBUQUERQUE, M.A. **Análise de agrupamento hierárquica e incremental - estudo de caso em ciências florestais**. 2013. 142f. **Tese (Doutorado Biometria e Estatística Aplicada)** – Programa de Pós-Graduação em Biometria e Estatística Aplicada, Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife.
- AMARAL, E.M.H. **Gerência Pró-ativa de Incidentes de TI através da quantificação de dados e da utilização de métodos Estatísticos Multivariados**. 2010. 137 f. **Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção)** – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.
- ARRUDA, A.; TURA, L. F. R. Caminhos da interdisciplinaridade na saúde coletiva: trabalhando com as representações sociais. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 109-110, 2002.
- ARAÚJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 2, p. 461-468, 2013.

BACHA, S.M.C; OSÓRIO, A.M.N. Fonoaudiologia & educação: uma revisão da prática histórica. **Rev CEFAC**, São Paulo, v.6, n.2, p.215-221, 2004.

BATISTA, M. N.; CAMPOS, D. C. **Metodologias de pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa**. Rio de Janeiro: LTC, 2010.

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS**. São Paulo. 2012.

BRAID, L.M.C.; MACHADO, M.F.A.S.; ARANHA, Á.C. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 16, n. 42, p. 679-92, 2012.

BRASIL. (1978). **Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional aprovado pela resolução coffito-10 de 3 de julho de 1978**. Disponível em: [http://www.lex.com.br/doc_308877_RESOLUCAO_N_10_DE_3_DE_JULHO_DE_1978.aspx]. Acesso em: 15/10/2015.

_____. Lei no 6.965, de 9 de dezembro de 1981. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Fonoaudiólogo, e determina outras providências. **Diário oficial, Brasília**, DF, 9 dez.1981.

_____. **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. **Política de Recursos Humanos. Programa de incentivos às mudanças curriculares para as escolas médicas - PROMED**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CNS nº 4 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4mar. 2002a. Seção 1, p. 11.

_____. Resolução CNE/CNS nº 5 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 mar. 2002b. Seção 1,p. 12.

_____. Resolução CNE/CNS nº 6 de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 4 mar. 2002c. Seção 1,p. 12.

_____. **Ministério da Saúde. Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Aprender SUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde**. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário oficial, Brasília, DF, 20 dez.1999.**

BUSSAB, W.O; MIAZAKI, E. S.; ANDRADE, D. F. Introdução à Análise de Agrupamento. In: Simpósio Nacional de Probabilidade e Estatística, 9, 1990, São Paulo. **Anais São Paulo: ABE, 1990.**

BERNARDES, L. C. G.; MAIOR, I. M. M. L.; SPEZIA, C. H.; ARAUJO, T. C. C. F. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p.655-668, 2009.

BISPO, E. P. F; TAVARES, C. H.F; TOMAZ, J.M.T. **Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na estratégia de saúde da família.** Interface (Botucatu). 2014

CAPPELLETTI, I.f. A Fonoaudiologia no Brasil: reflexões sobre seus fundamentos. São Paulo: Cortez editora, 1985.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B., MATTOS, R. A. (Org.). **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde.** 2.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2006. p.69-92.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. 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.

CHRISTOFARO, M. A. **A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde.**In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (Org.) **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde:** CADRHU, Natal: EDUFRN, 1999.

Costa SM *et al.* **Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1865-1873, 2010.

CONSOLINO, A.M.G.A.V; SALGADO, E. C. V. C; MARLUCE, A.B.G.L. **Interdisciplinaridade, saúde e trabalho: uma análise de publicações em bases científicas** REVISTA CIÊNCIAS HUMANAS – UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (UNITAU) – BRASIL – VOL. 5, N. 1 e 2 - Especial, 2012.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 188, 2008.

DINIZ, D. **O que é deficiência.** Coleção Primeiros Passos; 324. São Paulo: Brasiliense, 2007.

FAGUNDES, N.C.; BURNHAM, T.F. Discutindo a relação entre espaço e aprendizagem na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.16, p.105-14, 2005.

FARIA, F. A medicina física e reabilitação no século XXI: desafio e oportunidades. **ACTA FISIATR**, v.17, n.1, p.44-48, 2010.

FARIA, H. X; ARAUJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saude soc.**, São Paulo, v.19, n.2, p. 439-449, 2010.

FAZENDA, I. **Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro: efetividade ou ideologia?**. 5ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.

FAZENDA, I.C. **A. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 13. ed. São Paulo: Papirus; 2006.

FRANCISCHETT, M.N.O. **Entendimento da interdisciplinaridade no cotidiano**. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso da mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: Hucitec, 2002.

FURTADO, J.P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cad. Bras. Saúde Mental.**, v. 1, n. 1, 2009.

GARCIA, M. L. A. et al. A Interdisciplinaridade necessária à educação médica. **Rev.Bras. Educ. Med.**, v. 31, n.2, p. 147 – 155; 2007.

GATTÁS, M.L.B. **Interdisciplinaridade em cursos de graduação na área de saúde da universidade de Uberaba-Uniube**. 2005. 222f. Tese (Doutorado em Educação e Saúde e formação de recursos humanos) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica. Universidade de São Paulo, São Paulo.

GABOURY, I. et al. Interprofessional collaboration within Canadian integrative healthcare clinics: key components. **Social Science & Medicine**, London, n. 69, p. 707-715, 2009.

GUBERT, E. **Formação do técnico de enfermagem na perspectiva da interdisciplinaridade: reflexões dos enfermeiros Educadores**. 2009. 209 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

GUEDES, L. E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção a saúde e prevenção de doenças. **Rev. Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.260-272, 2010.

GONZE, G.G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 173f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteador mudanças na graduação dos novos profissionais. **Cienc. Saude Colet.**, v. 15, n. 3, p. 757-62, 2010.

Gower, J. C. (1971) A general coefficient of similarity and some of its properties, **Biometrics** 27, 857–874.

HADDAD, A. E. ; MORITA, M. C. ; PIERANTONI, C. R. ; BRENELLI, S. L. ; PASSARELLA, T. ; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, v.44, n.3, p.383-393, 2010.

HAIR, J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise Multivariada de Dados**. 6. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HORA, D. L.; ERTHAL, R. M. C; SOUZA, C. T. V; HORA, E.L. Propostas inovadoras na formação do profissional para o sistema único de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 11 n. 3, p. 471-486, 2013.

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

LOUREIRO, J. A. **Técnicas de Agrupamento de dados na mineração de dados químicos**. 2005. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Computação) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Computação, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

LÜCK, H. **Pedagogia interdisciplinar: fundamentos teórico-metodológicos**. 10. ed. Petrópolis: Vozes; 2002.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, v.1, 1994.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. T.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p.335-342, 2007.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.**, v.22, n.1, p.173-186, 2013.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; PEREIRA, M. J. B.; DOMINGOS, N. A. M. Supervisão de equipes no Programa Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 09-24. 2005

MERHY, E.E. **Saúde: A acrtografia do trabalho vivo**. Saúde em debate; 145. São Paulo, HUCITEC, 2006, 406p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. O acolhimento e as transformações na práxis da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

MORIN, E. **Amor, poesia, sabedoria**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.13, n. 30, jul./set. p. 153-66, 2009.

Morais FRR, Leite IDR, Oliveira LL, Verás RM. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Rev Gaúcha Enferm**. [on line]. 2010, 31(3) [capturado 16 julh. 2015]; 442-449.

MORSCHER, A; BARROS, M,E,B. Processos de trabalho na saúde pública: humanização e efetivação do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v.23, n.3, p.928-941, 2014.

OLIVEIRA, N. A. Ensino Médico no Brasil: Desafios e prioridades, no contexto do **SUS - um estudo a partir de seis estados brasileiros**. 2007. 201f. **Tese** (Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Rio De Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, E. R. A.; FIORIN, B. H.; LOPES, L. J.; GOMES, M. J.; COELHO, S. O.; MORRA, J. S. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Espírito Santo, v. 13, n. 4, p. 28-34, 2011.

OLIVEIRA, L.M.B. **Cartilha do Censo 2010: Pessoas com deficiência**. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD)/Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência, 2012.

Organização das Nações Unidas. (2007). **Follow-up to the World Summit for Social Development and the twenty- fourth special session of the General Assembly: emerging issues: “Mainstreaming disability in the development agenda”**. Disponível : [http://www.un.org/disabilities/documents/reports/e-cn5-2008-6.doc]. Acesso em 25/03/2015.

PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia*. **Rev Saúde Pública** 2001;35(1):103-9.

PAVIANE, J. Disciplinaridade e interdisciplinaridade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINARIDADE, HUMANISMO, 1., 2003. Porto. **Anais...** Porto: Universidade do Porto, 12 a 14 de Novembro, 2003.

PEREIRA, Luciana Alves; ALMEIDA, Márcio. Fisioterapia. In: Fundação Oswaldo Cruz. **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos**. Brasília: Ministério da Saúde. p.171-184. 2006.

PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical Education**, n. 33, p. 95-100, 1999.

RIBEIRO, C. T. M.; RIBEIRO, M. G.; ARAÚJO, A. P.; MELLO, L.R.; RUBIM, L.C.; FERREIRA, J. E. S. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 28, n.1, p.43-48, 2010.

RIBEIRO, E.M; PIRES D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 2, p.438-446, 2004.

ROUSSEEUW P. J. Silhouettes: a graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. **Journal of Computational and Applied Mathematics**. v. 20, p. 53-65, nov. 1987

SANTOS, F. P. A. **Processo de trabalho das equipes de Saúde na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão Arterial**. 2010. 169f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Federal do Sudoeste da Bahia, Jéqueie.

SANTOS, R. N. L C. **A integralidade e a interdisciplinaridade na formação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família**. 2014. 106f. Dissertação (Mestrado em Modelos de Decisão e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnia. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n.1, p. 131-152. 2003.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

SILVA, M. P. G. O. Resenha do livro de SOMMERMAN, Américo. (2006). Inter ou Transdisciplinaridade? Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus. Coleção Questões Fundamentais da Educação. **Revista E-Curriculum**, v. 1, n. 2, p. 75, jun. 2006.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educ. Rev.** [internet]. 2011.

SILVA, C. C.; EGRY, E. Y. **Competências na prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores**. 2003, 164p. Tese [Doutorado em Enfermagem] Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

SILVA, R. V. G. O; RAMOS, F. R. S. Integralidade em saúde: revisão de literatura. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 9, n. 3, p.593-601, Jul/Set; 2010

STAUDT, T.D. A interdisciplinaridade em atenção básica de saúde. **Boletim da saúde**. Porto Alegre, v.22, n.1, jan/jun, 2008.

SOUZA, S. S.; COSTA, R.; SHIROMA, L.M.B. et al. Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 12, n. 3, p.449-455, 2010.

SUAPE, R.; et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface*, v. 9, n.18, p. 521-536, 2005.

TRETIN, V. R. M. Práticas Interdisciplinares nos processos de formação em Serviços de Saúde. 2010. 46f. **Especialização** (Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde) – Universidade federal do Rio Grande do Sul/Grupo Hospitalar Conceição, Rio Grande do Sul.

TENORIO, F. G. A unidade dos contrários: fordismo e pós-fordismo. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v.45, n.4, p.1141-1172, 2011.

Apêndice A – Roteiro de entrevista

- 1- Sexo: 1 ☐ M 2 ☐ F
- 2- Idade: _____
- 3- Profissão: _____
- 4- Tempo de formado (a) em anos: _____
- 5- Tempo de atuação em serviços de reabilitação: _____
- 6- Qual(s) a(s) facilidade(s) vivenciada(s) durante a inserção profissional numa equipe de reabilitação?
- 7- Qual(s) a(s) barreira(s) enfrentada(s) durante o processo de inserção profissional numa equipe de reabilitação?
- 8- A formação acadêmica capacitou para atuação numa equipe de reabilitação, numa perspectiva interdisciplinar?
- 9- A interdisciplinaridade foi vivenciada na sua formação acadêmica? Em qual (quais) momentos?
- 10- A interdisciplinaridade durante a formação possibilita a comunicação e habilidades/competências para o trabalho em equipe na prática profissional?
- 11- O aprendizado compartilhado com outros estudantes da reabilitação durante a formação profissional pode contribuir para o processo de trabalho numa perspectiva colaborativo?

Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Eu _____ declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho intitulado **“A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO CONTEXTO DA REABILITAÇÃO”** terá como objetivo primário: conhecer a perspectiva interdisciplinar da equipe de reabilitação no âmbito da formação acadêmica e da prática profissional. E como objetivos secundários: conhecer a perfil dos estudantes dos cursos de graduação em saúde que fazem parte da equipe de reabilitação; identificar se existe a experiência da interdisciplinaridade no processo ensino-aprendizagem durante a formação universitária em saúde dos cursos de graduação em saúde: Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, que compõe uma equipe de reabilitação; investigar se a Universidade está formando profissionais aptos a atuar numa equipe interdisciplinar; conhecer a percepção dos estudantes dos cursos de graduação em saúde no contexto da reabilitação sobre o a perspectiva interdisciplinar trabalho em equipe e a colaboração profissional; identificar se há diferenças entre os cursos de graduação investigados, na percepção dos estudantes quanto ao trabalho em equipe e a colaboração profissional, sob a ótica interdisciplinar, perceber as facilidades e dificuldades de inserção numa equipe de reabilitação no cenário de prática profissional.

Ao voluntário só caberá responder aos questionários. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados à população acadêmica;

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo. Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes;
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário;
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar ao pesquisador responsável no endereço: Rua Bancário Ernane Vilar Cavalcante, nº 191,

Bancários – João Pessoa/PB, CEP: 58.051-440; via e-mail: angelycaldas@hotmail.com e através dos números (083) 96120405 ou (083) 88344966; ou poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP-UFPB) no endereço: Campus I - Bloco Arnaldo Tavares – Sala 812 – 1º andar - CCS, Cidade Universitária, João Pessoa/PB, CEP: 58.051-900 e através do número (083) 32167791;

- A pesquisa apresenta como critérios de inclusão: alunos pré-concluintes dos cursos de graduação de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da UFPB e UNIPÊ, matriculados no penúltimo e último período do curso; e como critérios de exclusão: estudantes transferidos de outras instituições de ensino superior e aqueles que tenham concluído outra graduação ou curso de nível técnico em saúde;
- Ao final da pesquisa, se for do interesse do voluntário, terá acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com a pesquisadora; vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em posse da pesquisadora e a outra em posse do voluntário.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

João Pessoa, ____/____/____

Pesquisador_____

Voluntário_____

Anexo A - Questionário para a avaliação da formação para a interdisciplinaridade

Dirigido aos discentes dos cursos de graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, a fim de buscar informações sobre o perfil estudantil e a interdisciplinaridade na formação em saúde

Parte I - Perfil sociodemográfico e acadêmico

1.1 Idade: _____

1.2 Sexo: 1 ☐ M 2 ☐ F

1.3 Estado Civil:

- | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| 1 ☐ Solteiro | 3 ☐ Divorciado | 5 ☐ Outro |
| 2 ☐ Casado | 4 ☐ Viúvo | |

1.4 Religião:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1 ☐ Católica | 4 ☐ Sem religião |
| 2 ☐ Evangélico | 5 ☐ Ateu |
| 3 ☐ Espírita | 6 ☐ Outra (especificar): _____ |

1.5 Renda Familiar

- 1 ☐ Menos de 1 salário mínimo
- 2 ☐ De 1 a 2 salários mínimos
- 3 ☐ De 3 a 4 salários mínimos
- 4 ☐ 5 salários mínimos ou mais

1.6 Curso de Graduação:

- 1 ☐ Fisioterapia 2 ☐ Fonoaudiologia 3 ☐ Terapia Ocupacional

1.7 Já cursou outro curso na área da saúde de nível médio ou superior?

- 1 ☐ Sim. Especifique: _____. 2 ☐ Não

1.8 Em qual período do curso você está? _____

1.9 Você participa ou já participou de algum projeto de extensão?

- 1 ☐ Sim. Qual(is): _____. 2 ☐ Não

Parte II - A interdisciplinaridade na formação em saúde

Levando em consideração o aprendizado adquirido em seu curso de graduação marque em cada afirmativa abaixo, seu grau de concordância ou discordância, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 significa discordo totalmente e 10 concordo totalmente.**

1 – A atuação interdisciplinar compreende ação conjunta de diversos profissionais.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

2- A troca de conhecimento e o diálogo horizontal entre os profissionais às vezes são necessários para a efetivação da interdisciplinaridade.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Marque em cada afirmativa abaixo a frequência que realizou as seguintes atividades, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 significa nunca e 10 sempre.**

3 – Durante os estágios curriculares na atenção primária à saúde pude desenvolver atividades conjuntamente com estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

4- Durante os estágios curriculares na atenção secundária à saúde pude desenvolver atividades conjuntamente com estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

5- Durante os estágios curriculares na atenção terciária à saúde pude desenvolver atividades conjuntamente com estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

6 - Durante os estágios curriculares na atenção primária à saúde houve troca de conhecimento e o diálogo com estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

7 - Durante os estágios curriculares na atenção secundária à saúde houve troca de conhecimento e o diálogo com estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

8 - Durante os estágios curriculares na atenção terciária à saúde houve troca de conhecimento e o diálogo com estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

9 - Durante as atividades teóricas (aulas, seminários, debates, entre outros) do meu curso de graduação a interdisciplinaridade foi discutida.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

10 – Durante meu curso de graduação participei de disciplinas com alunos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Marque em cada afirmativa abaixo, seu grau de concordância ou discordância, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 significa discordo totalmente e 10 concordo totalmente.**

11 – Considero que a minha formação acadêmica me capacitou a atuar na minha profissão conjuntamente com outros profissionais (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional).

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

12 – Considero que na perspectiva da interdisciplinaridade às vezes é necessário a troca de conhecimentos e o diálogo horizontal entre as profissões para atuação na área de saúde.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Se você participa/participou de algum projeto de extensão, responda as questões 13 e 14.

Marque em cada afirmativa abaixo, seu grau de concordância ou discordância, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 significa discordo totalmente e 10 concordo totalmente.**

13 - No projeto de extensão que participei (participo) pude desenvolver atividades de saúde com estudantes de outros cursos de graduação.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

14 – No projeto de extensão que participei (participo) pude trocar conhecimentos e manter um diálogo horizontal com estudantes de outros cursos de graduação.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

Anexo B - Escala de percepção do trabalho interprofissional (RIPLS) (PARSELL; BLIGH, 1999) para aspectos da colaboração e do trabalho em equipe.

Levando em consideração o processo formativo em saúde na perspectiva interdisciplinar do trabalho em equipe e colaboração profissional marque em cada afirmativa abaixo, seu grau de concordância ou discordância, considerando a escala de 0 a 10, onde **0 significa discordo totalmente e 10 concordo totalmente.**

1- O aprendizado junto com os estudantes dos cursos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional irá me ajudar a tornar-me um membro efetivo de uma equipe interdisciplinar de saúde.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

2- Para a aprendizagem em pequenos grupos de trabalho os estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional precisam da confiança e do respeito uns dos outros.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

3-Em um trabalho de equipe interdisciplinar as competências são essenciais para que todos os alunos possam aprender sobre os cuidados de saúde.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

4-A aprendizagem compartilhada com os acadêmicos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional vai me ajudar a entender as minhas próprias limitações.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

5- Os pacientes acabam tendo benefícios para a sua saúde quando os estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional trabalham em conjunto para resolver os problemas.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

6-A aprendizagem compartilhada com os estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional aumenta a minha vontade e capacidade para compreender os cuidados de saúde e os problemas clínicos.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

7-A aprendizagem com os estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional antes da formatura irá melhorar os relacionamentos durante a vida profissional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

8- Comunicação e habilidades devem ser aprendidas junto com os estudantes da área de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

9-A aprendizagem compartilhada com os estudantes de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional irá me ajudar a pensar positivamente sobre os outros profissionais.

0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐

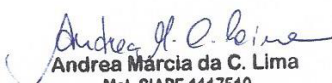
Anexo C – Certidão de aprovação do Comitê de Ética Profissional

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 2ª Reunião realizada no dia 27/02/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“A INTERDISCIPLINARIDADE NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO EM SAÚDE”** da pesquisadora Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro. Prot. Nº 0030/14. CAAE: 25443413.2.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.


Andrea Márcia da C. Lima
Mat. SIAPE 1117510
Secretária do CEP-CCS-UFPB