

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO

CLÁUDIA FABIANA LUCENA SPÍNDOLA

CONCEPÇÕES DE INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE DOCENTES DE
CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

RECIFE

2014

CLÁUDIA FABIANA LUCENA SPÍNDOLA



CONCEPÇÕES DE INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE DOCENTES DE
CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar

Grupo de Pesquisa: Assistir/Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dr^a. Luciane Soares Lima.

Co- Orientadora: Profa. Dr^a Estela Maria Leite Meirelles Monteiro.

RECIFE
2014

Ficha catalográfica elaborada pela
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

S757c Spíndola, Cláudia Fabiana Lucena.
Concepções de interdisciplinaridade entre docentes de cursos de
graduação em enfermagem / Cláudia Fabiana Lucena Spíndola. – Recife:
O autor, 2014.
98 f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientadora: Luciane Soares Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS.
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Enfermagem. 2. Ensino. 3. Educação em Enfermagem. I. Lima,
Luciane Soares (Orientadora). II. Título.

615.3 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2014-087)

CLÁUDIA FABIANA LUCENA SPÍNDOLA

CONCEPÇÕES DE INTERDISCIPLINARIDADE ENTRE DOCENTES DE
CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Dissertação aprovada em 21 de fevereiro de 2014.

Profa. Dr^a. Luciane Soares de Lima (Presidente) – UFPE

Profa. Dra. Iracema da Silva Frazão – UFPE

Profa. Dra. Cláudia Marina Tavares de Araújo – UFPE

Profa. Dra. Francisca Márcia Pereira Linhares – UFPE

RECIFE
2014

Dedico esta obra a meu filho Caio Spíndola,
minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a Deus por ter proporcionado a concretização desse sonho e por sempre estar me protegendo e iluminando cada passo da construção desse trabalho. Agradeço também a minha família e em especial, a minha mãe, meu filho, e tia por terem sido compreensíveis nos momentos em que minha atenção teve que ser direcionada apenas à construção desse trabalho e por estarem sempre ao meu lado.

Agradeço as minhas orientadoras pelo tempo, paciência e ensinamentos transmitidos a mim. Obrigada por terem acreditado em meu potencial!

Agradeço a meus amigos pela paciência com minhas ausências. A minha turma do mestrado; novas amizades construídas e que perdurem por muito tempo.

Agradeço as alunas de PIBIC, em especial Andrea e Mariana pela participação na coleta de dados. Por fim, agradeço a todos que farão uso dos resultados de minha pesquisa para aperfeiçoar o ensino e a assistência de Enfermagem.

RESUMO

O ensino de enfermagem no Brasil se iniciou pela necessidade de geração de mão de obra para a saúde e foi modificado ao longo dos anos para atender as exigências do mundo do trabalho e pela mudança na concepção do modelo de assistência à saúde no país. Neste sentido foi desencadeado o processo de reestruturação do ensino, baseado na integralidade da assistência, a qual evocou a necessidade de modificações dos processos de ensinagem, que foram fomentados pela interdisciplinaridade em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais. Assim, a pergunta norteadora dessa dissertação foi: Quais as concepções de docentes de cursos de Graduação em Enfermagem sobre a interdisciplinaridade? Para responder a questão condutora do estudo, foram construídos dois artigos, um de revisão integrativa e outro, original. O artigo de revisão integrativa teve como objetivo conhecer os modelos de abordagem da interdisciplinaridade na formação de ensino superior em publicações da área de enfermagem. As bases de dados pesquisadas foram MEDLINE, LILACS, COCHRANE, SCIELO, IBECs. Na revisão integrativa foram analisados oito artigos para construção da discussão final. Como resultado da análise, foi verificado que cinco artigos contemplavam uma descrição das possibilidades e limites da interdisciplinaridade na formação profissional em saúde e sete artigos enfocavam o estabelecimento de canais de comunicação e trabalho em equipe, na perspectiva de uma intervenção interdisciplinar. Portanto, concluiu-se que a interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta para a formação profissional do enfermeiro e a efetivação dos princípios do Sistema Único de Saúde, possibilitando a prestação de uma assistência à saúde integral na perspectiva da promoção da saúde. O artigo original teve como objetivo analisar as concepções de interdisciplinaridade entre docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualiquantitativa, realizado em 11 instituições de ensino superior pública e privada do Estado de Pernambuco. Participaram da pesquisa 30 docentes dos cursos de graduação em Enfermagem, que responderam a uma entrevista individual, com duas questões abertas que investigou o entendimento dos docentes sobre interdisciplinaridade e como a mesma está proposta no projeto pedagógico do Curso de Enfermagem ao qual está vinculado. A análise dos discursos foi feita por meio dos operadores do Discurso do Sujeito Coletivo. Foi evidenciado que a concepção dos docentes quanto à interdisciplinaridade está pautada na relação entre as disciplinas, envolve a formação do acadêmico de enfermagem, a prática do cuidado interdisciplinar e o trabalho em equipe; para tanto, é necessário uma nova postura diante do conhecimento. Em relação a abordagem interdisciplinar nos projetos pedagógicos dos cursos foi revelada ser incipiente e apresenta algumas limitações, tais como o desconhecimento dos docentes em relação aos projetos pedagógicos e a prática interdisciplinar. Assim, conclui-se que a interdisciplinaridade emerge da necessidade concreta de inovação da formação do enfermeiro e dos profissionais de saúde para efetivação de novos saberes e fazeres para oferecer ao usuário uma assistência a saúde integral e de qualidade.

Palavras-chave: Enfermagem. Ensino. Educação em Enfermagem.

Abstract

Nursing education in Brazil began with the need to generate manpower for health and has been modified over the years to meet the demands of the working world and the change in the design of health care model in the country. This direction was initiated the restructuring of education, based on comprehensive care, which evoked the need for modifications of the teaching and learning processes, which have been supported by interdisciplinarity in accordance with the National Curriculum Guidelines. Thus, the central question of this dissertation was: What are the conceptions of teachers of undergraduate nursing courses about interdisciplinarity? To answer the guiding question of the study, two articles, one integrative review and other unique were built. Article integrative review aimed to identify models of interdisciplinary approach in shaping higher education in nursing publications. The database searched were MEDLINE, LILACS, Cochrane, SCIELO, IBECs. In integrative review eight articles were analyzed to construct the final discussion. As a result of analysis, it was found that five articles contemplated a description of the possibilities and limitations of interdisciplinary professional education in health and seven articles focused on the establishment of communication and teamwork channels, from the perspective of an interdisciplinary intervention. Therefore, it was concluded that interdisciplinarity emerges as a real need for professional nursing education and the practice of the principles of the Health System, enabling the provision of a comprehensive health care from the perspective of health promotion. The original article aims to analyze the concepts of interdisciplinary faculty Undergraduate Nursing. This is a descriptive, exploratory and qualitative-quantitative approach was conducted in 11 public and private institutions of higher learning in the state of Pernambuco. 30 teachers participated in the survey of undergraduate nursing, responding to an individual interview with two open questions which investigated teachers' understanding of interdisciplinarity and how it is proposed in the pedagogical project of Nursing to which it is linked. The discourse analysis was performed by the operators of the Collective Subject Discourse. It was shown that the conception of teachers as interdisciplinarity is guided by the relationship between the disciplines, involves the formation of nursing students, the practice of interdisciplinary care and teamwork; to do so, a new approach is necessary given the knowledge. Regarding the interdisciplinary approach in pedagogical projects of the courses was revealed to be just beginning and has some limitations, such as lack of teachers in relation to educational projects and interdisciplinary practice. Thus, it is concluded that interdisciplinarity emerges from the concrete need for innovation in nursing education and health professionals for execution of new knowledge and practice to provide assistance to the user a comprehensive and quality healthcare.

Keywords: Nursing. Education. Nursing Education.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	09
2	REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1	<i>O Ensino da Enfermagem no contexto político e histórico brasileiro</i>	13
2.2	<i>Interdisciplinaridade e a construção do conhecimento em saúde</i>	15
2.3	<i>Ressignificação do trabalho pedagógico: uma produção coletiva</i>	16
3	CAMINHO METODOLÓGICO	19
3.1	Artigo de Revisão	19
3.1.1	<i>Identificação do tema da revisão integrativa</i>	19
3.1.2	<i>Seleção dos descritores</i>	19
3.1.3	<i>Determinação dos critérios de inclusão e exclusão</i>	19
3.1.4	<i>Busca na literatura</i>	20
3.1.5	<i>Categorização dos estudos</i>	20
3.1.6	<i>Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa</i>	20
3.1.7	<i>Interpretação dos resultados</i>	21
3.1.8	<i>Síntese do conhecimento evidenciado e Revisão Integrativa</i>	21
3.2	Artigo Original	21
3.2.1	<i>Tipo de Estudo</i>	21
3.2.2	<i>Local de Estudo</i>	21
3.2.3	<i>População e Amostra</i>	23
3.2.4	<i>Coleta de dados</i>	24
3.2.5	<i>Análise dos Dados</i>	24
3.2.6	<i>Aspectos Éticos</i>	25
4	RESULTADOS	26
4.1	<i>Artigo de Revisão Integrativa</i>	26
4.2	<i>Artigo Original</i>	41
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	63
	APÊNDICES	67
	Apêndice A – Instrumento de Caracterização dos Participantes	68
	Apêndice B – Roteiro de Entrevista	69
	ANEXOS	70
	Anexo A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	71
	Anexo B – Normas para Submissão de Artigos da Revista Cogitare Enfermagem	72
	Anexo C - Normas de Submissão de Artigos da Revista Latino Americana de Enfermagem	91

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a profissionalização do ensino da Enfermagem teve início com a fundação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Hospital de Alienados, em 1890 ⁽¹⁾. O aprendizado dava-se empiricamente, sem base científica ⁽²⁾. Essa formação tinha como objetivo preparar enfermeiros para trabalhar em hospícios e hospitais civis e militares ⁽³⁾.

No ano de 1923, foi fundada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, que implantou oficialmente o sistema de ensino anglo-americano, baseada no modelo de Florence Nightingale, com o objetivo de atender a população atingida por epidemias, e combate de doenças infectocontagiosas ⁽¹⁾. Ela reproduziu o modelo norte-americano de assistência e ensino, incorporando o paradigma de compreensão do cuidado à saúde como individualista e curativista. ⁽²⁾.

Em 1926, com a fundação da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, posteriormente chamada de Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), deu-se início a preocupação com a educação em enfermagem no Brasil. A ABEn assumiu a responsabilidade de elaborar o currículo mínimo e determinar o regime escolar dos cursos previstos ⁽³⁾.

Nos anos 1940 e 1950, o setor hospitalar passou por um processo de transformação em suas práticas em decorrência do desenvolvimento técnico-científico e da utilização de equipamentos modernos e sofisticados para a época. Dentro deste contexto, houve a inserção do modelo capitalista de produção no setor saúde. Assim, a necessidade de criar novos modelos de ensino, no qual buscava atender as necessidades e exigências dos trabalhadores da área de saúde ⁽⁴⁾.

Com o constante aumento da demanda pela nova categoria profissional, o ensino de Enfermagem se expandiu, incorporando padrões internacionais, tais como: direção das escolas por enfermeiros diplomados e com curso de especialização ou aperfeiçoamento e experiências em administração e em ensino, critérios rigorosos para a seleção de alunos, duração dos cursos, programas e locais de estágio. O ensino de Enfermagem procurava atender as necessidades do mercado e reforçava a fragmentação e subdivisão do trabalho na área ⁽²⁾.

Nesse contexto, foi observado que nos anos 1970, registrou-se acentuado processo de privatização e especialização da mão-de-obra, em virtude da monopolização da economia, transformando os serviços de saúde em mercadorias que eram consumidas por uma minoria da população com maior poder aquisitivo. Em face dessa realidade, ocorre intensificação dos debates para fortalecimento do Movimento de Reforma Sanitária ⁽⁴⁾.

Esse Movimento reivindicou a reconstrução de uma nova estrutura de saúde que atendesse as reais necessidades da população ⁽⁵⁾. Assim, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tinha como princípios e diretrizes: a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, regionalização e a hierarquização da assistência à saúde ⁽⁶⁾.

Com a criação do SUS, consolidou-se o conceito ampliado de saúde e assim, a busca de profissionais com outra visão de trabalho, que não a tecnicista ⁽⁷⁾. Ainda neste período, ocorreu a Reforma Universitária que impulsionou os cursos de graduação em Enfermagem, aumentando o número de vagas oferecidas. A Reforma Universitária ampliou a capacidade de investigação das universidades e de seu corpo docente, além de promover a formação de professores competentes que pudessem atender a expansão quantitativa do ensino superior e estimular o desenvolvimento de novas pesquisas baseadas na necessidade de desenvolvimento de todos os setores ⁽⁸⁾.

Neste mesmo período, a ABEn propôs integrar os três níveis de ensino (médio, graduação e pós-graduação) com o mundo do trabalho. Concomitante a este momento, a ABEn, as Escolas de Enfermagem e a Comissão de Especialistas de Enfermagem do Ministério da Educação (MEC) buscaram reorientar a estrutura da formação do Enfermeiro. Ocorreu a extinção das habilitações, o aumento da carga horária, o redimensionamento dos conteúdos das ciências humanas e biológicas, a valorização do compromisso com a sociedade e a reflexão sobre a prática profissional ⁽³⁾.

Em 1996, foi aprovada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Os pressupostos da LDB vieram para assegurar às instituições de ensino superior, autonomia didático-científica, bem como autonomia em fixar os currículos dos seus cursos e programas. Esta lei passou a oferecer às escolas as bases filosóficas, conceituais, políticas e metodológicas que deveriam orientar a elaboração dos projetos pedagógicos. Ela visava a formação de profissionais críticos, reflexivos, dinâmicos ⁽⁹⁾.

Para atender as exigências da LDB vigente, foram instituídas em 2001 as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde que tem como objetivos: “Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer”, de modo a assegurar uma formação de profissionais autônomos comprometidos com a integralidade da atenção, a qualidade e humanização da assistência aos indivíduos, famílias e comunidade ⁽¹⁰⁾.

Fomentando o processo de reestruturação do ensino, foram instituídas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais definiram que na formação acadêmica do enfermeiro, é necessário o estímulo a participação de vivências práticas, propiciando a construção de um conhecimento contextualizado e comprometido com a transformação da realidade, agregando as seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente ⁽¹¹⁾.

A competência profissional é definida como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes ⁽⁴⁾. Já as habilidades devem ser cognitivas e operacionais sustentadas pela ética e comprometimento e devem estabelecer como foco da assistência de Enfermagem a humanização, a integralidade e as competências técnico-científicas ⁽²⁾.

A formação baseada em competências pode qualificar o estudante para atuar em consonância com as demandas sociais e do mercado ⁽¹²⁾. O processo de ensino para o desenvolvimento do profissional de Enfermagem passa por um importante momento de transição paradigmática que é o de redefinir o papel das instituições de ensino, dos docentes e dos métodos no âmbito da formação e incentivar movimentos de inovação do processo de ensino-aprendizagem ⁽¹³⁾.

Ao considerar as novas exigências na formação do profissional de Enfermagem, este estudo vem enfatizar o conceito de interdisciplinaridade como um campo fértil para o entrelace dos saberes e conhecimentos com objetivos e finalidades pactuadas em benefício da coletividade. Desta forma, conceitos isolados constroem arena de saberes inter-relacionados que solidificam possibilidades de observação, delimitação e enfrentamento dos problemas de saúde, considerando as diversidades étnicas, culturais, ambientais, climáticas, sociais, econômicas entre outras e a extensa territorialidade do Brasil.

Desta forma, apreciam como entendimento de interdisciplinaridade, o movimento de construção e reconstrução de um conhecimento mais globalizante que transcende as fronteiras das disciplinas e adota a integração de conteúdos ⁽¹⁴⁾. Ampliando a dimensão do conceito, o trabalho interdisciplinar se caracteriza pela intensidade das trocas entre especialistas e a articulação entre as diferentes profissões de saúde. A exigência interdisciplinar requer que cada especialista ultrapasse sua própria área de formação, e tome consciência de seus limites, para acolher as contribuições de outras disciplinas ⁽¹⁵⁾.

Assim, observa-se que a dificuldade de se trabalhar de forma interdisciplinar é resultado da formação educacional fragmentada, gerando sentimentos de insegurança e despreparo para uma atuação profissional e concorrendo para a necessidade de educação permanente durante o processo de trabalho, como recurso ao desenvolvimento da interdisciplinaridade ⁽¹⁶⁾.

Partindo do pressuposto de que a dificuldade do trabalho interdisciplinar pode estar relacionada à formação recebida durante a graduação, o perfil do profissional começa a ser delineado pelas práticas curriculares, principalmente pelo discurso do corpo docente, importante no processo de formação do futuro profissional ⁽¹⁷⁾.

A partir desse contexto, o estudo apresenta as seguintes questões condutoras: **Quais as concepções de docentes de cursos de Graduação em Enfermagem sobre a interdisciplinaridade? Como a interdisciplinaridade é proposta no projeto pedagógico do curso de Enfermagem?**

Em conformidade com o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Pernambuco, esta dissertação foi estruturada no formato de dois artigos científicos que serão encaminhados para publicação em periódicos indexados.

O artigo de revisão integrativa foi intitulado “A interdisciplinaridade no contexto da formação do enfermeiro e da práxis em saúde: uma revisão integrativa”, cujo objetivo foi descrever a abordagem da interdisciplinaridade na formação de ensino superior em publicações da área de Enfermagem. Foi submetido para publicação na Revista Cogitare Enfermagem. O artigo original intitulado “Interdisciplinaridade: o olhar dos docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem” teve como objetivo investigar as concepções da interdisciplinaridade entre docentes de cursos de graduação em Enfermagem e será submetido à revista Latino Americana de Enfermagem.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ensino de Enfermagem no contexto político e histórico brasileiro

O ensino de Enfermagem até a década de 1950 estava centrado no fazer. A habilidade manual, a capacidade de memorização e a postura na realização das técnicas eram aspectos imprescindíveis na formação ⁽¹⁸⁾. A divisão do trabalho da equipe de enfermagem era feita através da distribuição entre enfermeiros, responsáveis pelas funções administrativas e burocráticas; técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, encarregados do cuidado ao cliente ⁽¹⁹⁾.

A partir da década 1960, a Enfermagem buscou cientificidade, por meio de técnicas, mas sua base científica era fundamentada no saber da Medicina. Foi um período em que o ensino e a prática se tornaram cada vez mais distante ⁽¹⁸⁾. Após esse período, os currículos dos cursos de Enfermagem passaram a dar importância às teorias de Enfermagem, havendo a necessidade de revisão e reestruturação do ensino superior e repercutindo em intensas discussões sobre a educação dos profissionais de saúde, devido à necessidade de haver integração entre o docente que aplica um determinado modelo pedagógico e o docente-assistencial que aponta seu ensino para outra direção ⁽¹⁹⁾.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), instituída em 1996, serviu para nortear o modelo de ensino no País e determinou que a educação superior deve:

Propiciar a criação cultural e o aprimoramento do espírito científico e do pensamento reflexivo; formar profissionais nas diferentes áreas de conhecimento, aptos a atuarem ativamente no desenvolvimento da sociedade brasileira, comprometidos com a sua formação continuada; estimular o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando o avanço da ciência e tecnologia e da criação e propagação da cultura, e, desse modo, ampliar o entendimento do homem e do meio em que vive; promover a difusão de conhecimentos culturais, científicos e técnicos e comunicar o saber através da educação, de publicações ou de outras formas de comunicação; suscitar a motivação para a busca continuada por aperfeiçoamento cultural e profissional construídos numa estrutura intelectual sistematizadora do conhecimento de cada geração; estimular o conhecimento dos problemas do contexto real, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços de qualidade à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade; promover a extensão, aberta à participação da população, visando o compartilhamento das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na instituição ⁽²⁰⁾.

Nesse contexto, a LDB trouxe inovações e mudanças para a educação nacional, em que foi prevista a reestruturação dos cursos de graduação, com extinção dos currículos mínimos e adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso ⁽²¹⁾. Assim, em 2001, foram implementadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) que definiram os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de enfermeiros, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Enfermagem das Instituições do Sistema de Ensino Superior ⁽¹⁰⁾.

As DCN/ENF estimulam a construção coletiva do projeto político pedagógico dos cursos (PPC), bem como a percepção do aluno como sujeito do seu processo de formação, da articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência, além de dispor, para a IES, orientação sobre a criação de mecanismos de aproveitamento adquiridos pelos estudantes, por meio de estudos e práticas independentes a partir de diferentes cenários e experiências de aprendizagem ⁽²²⁾. Portanto, as DCN/ENF se configuram como artifícios potencialmente capazes de influenciar na construção de novas práticas, entre elas aquelas relacionadas à promoção da saúde ⁽²⁵⁾. Desta forma, a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção, a qualidade e humanização do atendimento ⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, os Cursos de Graduação em Enfermagem devem ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensinagem ⁽²³⁾. Assim, o ensino para a formação de profissionais de saúde, orientados para os requerimentos do SUS, pressupõe mudanças nas metodologias educativas, implicando na revisão e compreensão de referenciais pedagógicos para amparar teórica e ideologicamente as ações docentes. É imperativa a adoção de abordagens pedagógicas diferenciadas e práticas de ensino transformadoras ⁽²⁴⁾.

Desta forma, educar significa um movimento de transformação interna daquele que passa de um suposto saber, ao saber propriamente dito. Ela tem o papel de contribuir para que educadores e educandos transformem suas vidas em processos permanentes de aprendizagem. Faz-se necessário construir uma identidade docente que satisfaça a demanda e carências de uma sociedade que exige um profissional cada vez mais qualificado ⁽²³⁾.

Para uma atuação docente inovadora, é necessária a construção de sua própria experiência, que o leva a conhecer e recorrer em sua prática educativa, estratégias para uma formação profissional comprometida com a transformação da realidade. Tais docentes gostam do que fazem e se identificam com a atividade de educar, estão sempre a procura de inovações e à frente dos processos de mudança ⁽²⁵⁾. É a partir das experiências de ensino, que podemos delinear e reafirmar novas formas de ensinar em Enfermagem.

Assim, as IES precisam acompanhar o ritmo das mudanças que se operam em todos os segmentos que compõem a sociedade ⁽²⁶⁾. O mundo está cada vez mais interconectado, interdisciplinarizado e complexo. A prática pedagógica interdisciplinar obriga o professor em exercício a melhor se conhecer e a conhecer suas práticas interdisciplinarmente, diferenciando o contexto científico do profissional e do prático ⁽²⁷⁾. Assim, as reflexões sobre o processo de ensinagem subsidiarão as reações pessoais e profissionais para que o ato educativo seja permeado de ações adequadas e intervenções eficientes no processo de crescimento intelectual e pessoal do enfermeiro.

2.2 Interdisciplinaridade e a construção do conhecimento em saúde

O termo disciplina surgiu no século XIX, com a formação das Universidades, mas se desenvolveu no século XX, com o impulso dado à pesquisa científica. A disciplina instituiu a divisão e a especialização do trabalho para responder a diversidade das áreas das ciências e nasceu, não apenas de um conhecimento, mas de uma reflexão interna sobre si mesma, e do conhecimento externo ⁽²⁸⁾.

Nesse contexto, Minayo observa a necessidade de se pensar acerca de algumas abordagens em relação às disciplinas, como a multi-inter-transdisciplinaridade ⁽²⁹⁾. A multidisciplinaridade constitui a justaposição de disciplinas, cada uma com suas teorias e metodologias próprias. Porém essa associação não tem a finalidade de produzir um conhecimento novo a partir de suas inter-relações, ou seja, um objeto de estudo é refletido de formas diferentes, sem que haja uma troca de conhecimentos entre elas ⁽²⁸⁾.

Assim, Fazenda considera a interdisciplinaridade como a interação existente entre duas ou mais disciplinas ⁽²⁷⁾. Essa interação pode ir da simples comunicação de ideias, à integração mútua dos conceitos diretores da epistemologia, da terminologia, da metodologia, dos procedimentos, dos dados e da organização referentes ao ensino e à pesquisa.

Por outro lado, a transdisciplinaridade é resultante da capacidade em que temos de ultrapassar as fronteiras das disciplinas, pelo investimento articulado e contribuição dada por elas em um processo de investigação que inclui articulação de teorias e conceitos, métodos e técnicas e, não menos importante, o diálogo entre os atores envolvidos ⁽²⁹⁾.

Nesse contexto, a necessidade da interdisciplinaridade na produção e na socialização do conhecimento no campo da educação, vem sendo discutida por vários autores, principalmente por aqueles que pesquisam as teorias curriculares e as epistemologias pedagógicas ⁽²⁶⁾.

A interdisciplinaridade leva a uma relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime de copropriedade que possibilita o diálogo entre os interessados. Neste sentido, pode-se dizer que a interdisciplinaridade depende basicamente de uma atitude. Nela a colaboração entre as diversas disciplinas conduz à “interação”, à intersubjetividade como única possibilidade de efetivação de um trabalho interdisciplinar ⁽³⁰⁾.

Assim, a interdisciplinaridade é a arte do aprofundamento com sentido de abrangência, para dar conta, ao mesmo tempo, da particularidade e da complexidade do real ⁽³¹⁾. O conceito de sentido de abrangência quer dizer que a ciência foi dividida em diferentes áreas. Encontra na realidade concreta, a matéria-prima a ser pesquisada, como também a razão do investimento dispensado à pesquisa, ou seja, a ciência é entendida e inserida como parte da totalidade, resultando na reprodução desta própria realidade ⁽³²⁾.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade será articuladora do processo de ensino e de aprendizagem, na medida em que se produzir como atitude, modo de pensar, como pressuposto na organização curricular, como fundamento para as opções metodológicas de ensino ⁽²⁶⁾.

O processo educativo dos diferentes profissionais que compõem a equipe de saúde necessita passar por dois momentos entrelaçados: o da formação peculiar de cada profissão ou disciplinar e o da construção dos núcleos comuns ou competências e habilidades gerais, como é referido nas DCN. A interdisciplinaridade pode ser um caminho para integrar conhecimento e ação, além de qualificar o agir, na busca pela integralidade da atenção ⁽³³⁾. Constituindo assim, um desafio a ser enfrentando para o desenvolvimento de um trabalho pedagógico comprometido com uma formação interdisciplinar.

2.3 Resignificação do processo formativo em saúde: uma produção coletiva

Entende-se por trabalho em saúde, a intervenção do ser humano sobre a natureza, regida por uma necessidade social que move o sujeito à ação, e que apresenta uma intencionalidade ⁽³⁴⁾. Este precisa levar em consideração, o contexto social, histórico e econômico, de forma a interferir no processo saúde/doença. Para que isso seja possível, é preciso ver o sujeito/usuário para além de suas necessidades biológicas por meio da escuta, do acolhimento, da relação humanizada, do vínculo, da responsabilização e do estímulo à autonomia ⁽³⁵⁾.

Nesse contexto, pensar e fazer saúde requer uma nova lógica e organização do trabalho, demandando o desenvolvimento de um processo educacional que possibilite aos gestores e trabalhadores do SUS o aprendizado de outros conhecimentos, saberes e formas de atuação. Assim, as equipes irão dispor de troca de informações, desenvolvimento de novas ideias e resolução de problemas. A relação de trabalho deve basear-se na interdisciplinaridade e não mais na atividade isolada, pois requer novas abordagens e estímulo da comunicação horizontal e permanente da equipe multidisciplinar ⁽³⁶⁾.

Nesse contexto, a multiprofissionalidade está relacionada à múltipla articulação de áreas profissionais ⁽²⁹⁾. Acontece geralmente quando, para solucionar um problema complexo da prática, são necessários conhecimentos de vários especialistas. Uma confusão muito comum na área acadêmica é dizer que se realiza uma atividade interdisciplinar, quando, na verdade, o que se coloca em ação é a colaboração interprofissional para a solução de problemas ou para execução de um programa que requer a presença de vários profissionais.

Assim, a divisão social do trabalho, o espírito religioso e a organização militar influenciaram as bases da profissionalização do cuidar, ora fragmentadas pela divisão de tarefas nas equipes, ora marcadas pela desconsideração do outro, nas relações de interdependência e complementariedade, tão necessárias em serviços de saúde. Os membros da equipe, por vezes, não percebem ou não discutem abertamente suas dificuldades e necessidades na relação interpessoal, desconsiderando que suas ações podem repercutir no corpo de trabalho ⁽³⁷⁾.

Em todos os níveis de atenção à saúde, percebe-se a necessidade do trabalho interdisciplinar, uma vez que é justamente a partir de tal trabalho, que se almeja alcançar uma abordagem integral sobre os fenômenos que interferem na saúde da população. Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde, que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida, além de privilegiar o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a aplicação da prática necessária ⁽³⁸⁾.

Portanto, a interdisciplinaridade torna-se um instrumento importante para articulação entre o ensinar e o aprender ⁽²⁶⁾. Por ser compreendida como formulação teórica, e assumida enquanto atitude tem a potencialidade de auxiliar educadores e escolas na ressignificação dos trabalhos pedagógicos em termos de currículo, de métodos, de conteúdos, de avaliação e nas formas de organização dos ambientes para a aprendizagem.

Assim, a experiência interdisciplinar possibilita o contato com diferentes referenciais e estruturas, enriquecendo o saber e trazendo novas formas de cooperação e comunicação entre os profissionais.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Artigo de Revisão Integrativa

Foi realizada uma revisão integrativa. Este tipo de estudo tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão norteadora, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado ⁽³⁹⁾. Teve como objetivo descrever os modelos de abordagem da interdisciplinaridade na formação de ensino superior em publicações da área de enfermagem.

A fim de atingir o objetivo proposto na revisão, foi utilizado o seguinte percurso metodológico, constituído de oito etapas: 1) Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa; 2) Seleção dos descritores; 3) Determinação dos critérios de inclusão e exclusão; 4) Busca na literatura; 5) Categorização dos estudos; 6) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 7) Interpretação dos resultados; 8) Síntese do conhecimento evidenciado e Revisão integrativa ⁽⁴⁰⁾.

3.1.1 Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa

O desenvolvimento do estudo foi norteado pelo seguinte questionamento: Como a interdisciplinaridade está sendo contextualizada na formação do enfermeiro?

3.1.2 Seleção dos descritores

Após definida a questão de pesquisa, procedeu-se a seleção dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): pesquisa interdisciplinar, comunicação interdisciplinar, interdisciplinaridade na Enfermagem e educação em Enfermagem; e suas respectivas traduções, no idioma inglês, padronizadas no Medical Subject Heading (MESH), os quais foram: interdisciplinary studies, interdisciplinary communication e nursing education reseach.

3.1.3 Determinação dos critérios de inclusão e exclusão

A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos originais, artigos de reflexão e relatos de experiência, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas ou pelo sistema de comutação bibliotecária, nos últimos sete anos, compreendendo o período de 2005 a 2012. O recorte deste período é justificado por contemplar publicações após quatro anos da instituição das DCN, período necessário para desencadear pesquisas relacionadas à implantação das reformas curriculares. No título dos artigos deveriam aparecer as seguintes palavras: ensino ou graduação ou formação, interdisciplinaridade e enfermagem.

Como critério de exclusão, foram desconsiderados: artigos de revisão, cartas editoriais, resumos de pesquisas, teses, dissertações e artigos de jornais sem caráter científico, além dos artigos em que tinham as palavras-chave definidas, mas que no corpo do texto não foi evidenciada fundamentação teórica condizente com o estudo e os que se repetiram nas bases.

3.1.4 Busca na literatura

A pesquisa on line foi realizada em novembro de 2012, no portal de pesquisas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no portal Capes, estabelecendo como critério, apresentar, pelo menos, um dos descritores. Houve a delimitação do recorte temporal e a definição da busca nas seguintes bases de dados pesquisadas Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Cochrane, *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (Ibecs), nos idiomas português, inglês e espanhol. Entretanto, os artigos selecionados foram encontrados apenas no Scielo e Lilacs.

3.1.5 Categorização dos estudos

Para a coleta de dados foi criado um instrumento de categorização dos artigos, o qual foi composto pelas seguintes informações dos artigos: título do artigo, periódico de publicação, ano de publicação, tipo de estudo, autores, objetivo do estudo e enfoque da interdisciplinaridade nos artigos.

3.1.6 Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Após refinamento, de acordo com os critérios de inclusão referidos, os artigos selecionados foram submetidos à avaliação do rigor metodológico utilizando-se o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) – Programa de Habilidades em Leitura Crítica.

Este instrumento tem como objetivo analisar a qualidade metodológica dos artigos, o qual considera a coerência entre objetivos, metodologia, considerações éticas, resultados e a importância da pesquisa para a comunidade científica (máximo 10 pontos). É formado por 10 itens pontuáveis, compreendendo: 1) objetivo do estudo; 2) adequação do desenho metodológico à questão de pesquisa; 3) justificativa dos procedimentos metodológicos; 4) critérios de seleção da amostra; 5) detalhamento da coleta de dados; 6) relação entre pesquisador e pesquisados; 7) consideração sobre aspectos éticos;

8) rigor na análise dos dados; 9) propriedade na apresentação e discussão dos resultados e, 10) valor da pesquisa: levantamento de contribuições, limitações e necessidades de novas pesquisas.

No estudo, foram adotados, conforme a pontuação alcançada, os critérios de classificação: A (seis a 10 pontos) – estudos de boa qualidade metodológica e relevância temática; e B (mínimo de cinco pontos) – estudos de qualidade metodológica satisfatória e relevância da temática.

3.1.7 Interpretação dos resultados

Com o resultado da avaliação dos artigos foram identificados e discutidos os enfoques da interdisciplinaridade abordados pelos diferentes autores das publicações selecionadas. Foi evidenciado que em todos os artigos, os autores traziam a concepção da interdisciplinaridade sob olhares de diversos teóricos e comentavam acerca da fragmentação da assistência como consequência de um ensino nos moldes disciplinar.

3.1.8 Síntese do conhecimento evidenciado e Revisão integrativa

A revisão integrativa foi apresentada em forma de artigo. Encontra-se em análise para publicação pela Revista da Escola de Enfermagem da USP, cujas normas de submissão encontram-se em anexo (Anexo B).

3.2 Artigo Original

3.2.1 Tipo de Estudo

A abordagem do estudo é do tipo qualiquantitativo, descritivo e exploratório. Os estudos que abordam opinião devem ser qualiquantitativos, porque opiniões coletivas apresentam ao mesmo tempo, uma dimensão qualitativa e uma quantitativa. Considerando-se que se trata de discurso e de depoimento de docentes, que vivem em coletividades, sociedades ou grupos, cabem serem considerados na dimensão coletiva os atributos, sociológicos, antropológicos e psicossociais dos dados apreendidos ⁽⁴¹⁾.

3.2.2 Local de Estudo

O estado de Pernambuco apresenta 24 IES públicas e privadas, que apresentam Cursos de Graduação em Enfermagem, regulamentados pelo Ministério da Educação (MEC), conforme a Tabela 1. O estudo foi realizado em 11 IES, as quais estavam presentes nas mesorregiões do Estado. Para a definição do cenário foi verificado que as mesorregiões Zona

da Mata e Sertão apresentam a mesma proporção de IES públicas e privadas, com isso foram sorteadas duas IES, respectivamente.

Entretanto nas duas IES privadas existentes no sertão, todos os docentes recusaram-se a participar da pesquisa; e uma das duas públicas, houve recusa institucional.

Na região da zona da mata, todas as duas IES participaram do estudo. No Agreste devido o número de IES particulares ser superior à pública, fizeram parte do cenário, duas IES privadas e uma pública. Diante do crescimento expressivo do número de IES privadas na capital e região metropolitana, optou-se por selecionar quatro Escolas de Enfermagem privadas e duas públicas nessa mesorregião. Entretanto, houve recusa dos docentes de uma IES privada. Para a definição das IES que constituíram cenário de estudo, foram excluídas aquelas em que o currículo não atendia as exigências propostas pela reforma curricular, em consonância com as DCN.

Tabela 1- Número de Instituições de Ensino Superior de Enfermagem do Estado de Pernambuco

Mesorregiões/ Nº de IES	Capital e Região Metropolitana	Zona da Mata	Agreste	Sertão	Total
IES Públicas	02	01	01	02	06
IES Privadas	12	01	03	02	18
Total					24

Fonte: ABEN-PE, 2012.

Segundo o Censo de 2010, o estado de Pernambuco está localizado na costa do nordeste brasileiro e tem uma área de 98.146,315km². Limita-se: ao norte com os estados da Paraíba e do Ceará; ao sul com os estados de Alagoas e Bahia e ao oeste com o estado do Piauí. Apresenta uma população de 8.796.448 habitantes ⁽⁴²⁾. Possui 185 municípios e um território estadual, os quais estão agrupados por suas características fisiográficas, em quatro Mesorregiões (Litoral, Zona da Mata, Agreste e Sertão) ⁽⁴³⁾.

O oeste do Estado é considerado a área mais crítica, com menos e mais irregulares precipitações pluviométricas, onde se localizam os 41 municípios do Sertão e os 15 do Vale do São Francisco. Ambas as mesorregiões também se assemelham por contar, de uma forma geral, com uma economia baseada na pecuária extensiva e plantio de culturas de subsistência. No entanto, o Vale do São Francisco se privilegia de uma melhor localização relativa, por ser banhado, em sua margem ao sul, pelo rio São Francisco.

Já o Agreste, com 71 municípios, pode ser caracterizado como uma zona intermediária entre a Zona da Mata e o Sertão. De uma forma geral, o Agreste se caracteriza por ter uma economia diversificada, destacando-se: o cultivo de lavouras, a pecuária leiteira e de corte, o

turismo de lazer e a indústria têxtil. Caruaru é sua principal cidade, sendo também a maior do interior do Estado, destacando-se por possuir um centro comercial de importância inter-regional.

A Zona da Mata, também conhecida como zona canavieira, é tida como uma das regiões mais férteis do Estado. Constituída por 43 municípios, sua economia está concentrada na agroindústria canavieira.

Por fim, temos o Litoral do Estado, onde inclui a capital Recife e a maior Região Metropolitana do Nordeste e a quinta maior e mais importante do Brasil. Apresenta a maior taxa de urbanização do Estado e uma população de aproximadamente 3,6 milhões de habitantes em 15 municípios. Nela se encontram o aeroporto internacional (Guararapes - Gilberto Freyre), dois portos (o de Suape e o de Recife), universidades, museus e um polo médico extenso, o qual absorve quase toda a mão-de-obra formada nas IES do Estado.

3.2.3 População e Amostra

O número de docentes por cursos de Enfermagem, no Estado de PE, variou de 11 à 60, constituindo uma população total de possíveis participantes de aproximadamente 275 professores. Foi verificado um quantitativo reduzido de profissionais, que atuavam em IES privada, com curso de Enfermagem criado recentemente, e que ainda não tinham concluído a sua primeira turma.

Como critério de inclusão foi definido que os docentes deveriam apresentar, no semestre em que ocorreu a coleta, carga horária mínima de 20h/semanais de trabalho, ministravam aulas nos três primeiros e/ou nos três últimos períodos do curso, pois se acredita que estes são os melhores momentos para implementação da interdisciplinaridade na formação do enfermeiro; e apresentavam a titulação mínima de Mestre. Foram excluídos da pesquisa os docentes que estavam afastados de suas atividades no período da coleta de dados.

Para atender o critério de proporcionalidade, a seleção da amostra ocorreu aleatoriamente pelo coordenador de cada curso de Enfermagem, até quatro docentes que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa. Para a escolha da amostra, seguiram-se as seguintes etapas: 1) contato com o coordenador (a) do curso e solicitado a listagem de docentes que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. 2) em seguida, realizado contato e convite aos docentes para participar da pesquisa, além de esclarecimento sobre os objetivos do estudo e formas de participação. 3) para os docentes que aceitaram participar da pesquisa, foi agendada entrevista, em local e horário escolhido pelo participante. Aceitaram participar da pesquisa 30 docentes.

3.2.4 Coleta de Dados

Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2013 nas próprias IES, em ambiente reservado, escolhido pelo participante. A coleta de dados foi realizada através de entrevista individual, mediante o preenchimento de um instrumento estruturado de caracterização dos participantes (Apêndice A) e, para atender aos objetivos propostos, foi realizada uma entrevista individual com utilização de um roteiro de entrevista aberto (Apêndice B), com duas questões que investigavam o entendimento dos docentes sobre interdisciplinaridade e como a mesma está sendo proposta no projeto pedagógico do curso de enfermagem.

A abordagem do sujeito de forma individual permite aflorar o discurso espontâneo sobre temas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos sem qualquer tipo de interferência (41).

As entrevistas foram registradas por meio de gravador de voz digital da marca Sony e modelo ICD-SX712. Para validação dos dados obtidos, o entrevistado foi convidado a escutar sua resposta e verificar a concordância do registro verbal com o sentido expresso.

3.2.5 Análise dos dados

Para análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Neste procedimento são feitas entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento do discurso e fato social internalizado individualmente (41).

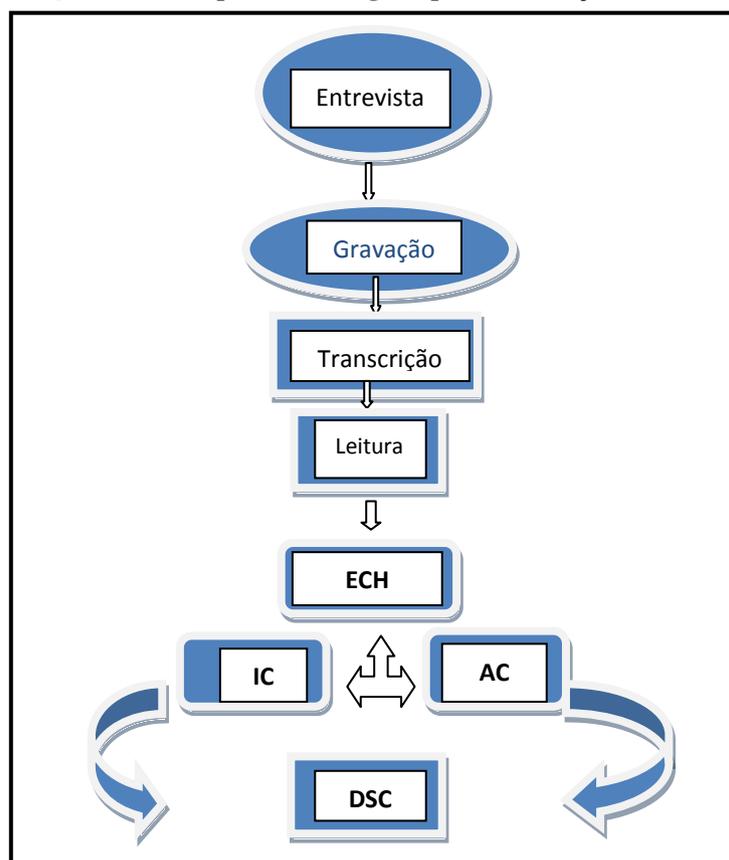
Os dados foram tratados através do Software QualiQuantisoft, versão 1.3c e licença empresarial código KJP – EK222 – 13720 – 143 – 2813. Através deste programa, foi possível processar os dados por meio dos operadores do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): as expressões chaves (ECH), as ideias centrais (IC) e a ancoragem (AC).

No DSC, as ideias semelhantes presentes em diferentes depoimentos são agrupadas em categorias comuns de sentido. As ECH são pedaços ou trechos contínuos ou não do discurso que devem ser selecionados pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do discurso. A IC revela e descreve de maneira mais sintética o sentido das ECH de cada discurso analisado. E AC é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutido em seu discurso como uma afirmação qualquer. As IC ou AC semelhantes são colocadas em uma mesma categoria (41).

O DSC é a reunião num só discurso-síntese de ECH que tem a mesma IC ou AC, enquadradas em uma mesma categoria. A construção do DSC é feita com as expressões-chaves das IC ou AC enquadradas na mesma categoria (41).

As etapas metodológicas para construção do Discurso do Sujeito Coletivo foram representadas no Quadro I.

Quadro I – Etapas metodológicas para construção do DSC



Fonte: Lefevre, 2010.

3.2.6 Aspectos Éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPE, através do parecer nº 501.580/13 e CAAE nº 14332213.9.0000.5208. O anonimato dos participantes e das IES foram garantidos ao se adotar uma codificação combinada de letras e números.

4 RESULTADOS

4.1 A INTERDISCIPLINARIDADE NO CONTEXTO DA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO E DA PRÁTICA EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

RESUMO

O estudo objetivou descrever a abordagem da interdisciplinaridade na formação de ensino superior em enfermagem no período de 2005 a 2012. Trata-se de uma revisão integrativa com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados nas bases de dados SciELO, Lilacs e periódicos Capes, através das palavras-chave educação em enfermagem, interdisciplinaridade na enfermagem, pesquisa interdisciplinar e comunicação interdisciplinar. Foi evidenciado que as instituições de ensino superior vêm se mobilizando no sentido da incorporação da interdisciplinaridade através das modificações nos currículos organizados por áreas temáticas, por meio de atividades complementares envolvendo a comunidade acadêmica, profissionais e a própria sociedade. Foi levantado que os desafios da implementação da interdisciplinaridade estão presentes tanto na formação como na assistência.

DESCRITORES: Enfermagem. Educação em Enfermagem. Interdisciplinaridade na Enfermagem. Pesquisa Qualitativa. Comunicação Interdisciplinar.

INTRODUÇÃO

A interdisciplinaridade é definida como troca intensa de saberes profissionais especializados em diversos campos, exercendo, dentro de um mesmo cenário, uma ação de reciprocidade e mutualidade, que pressupõe uma atitude diferenciada a ser assumida diante de determinado problema, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentada e distante por uma visão unitária e abrangente sobre o ser humano ⁽¹⁾. Essa mudança na forma de assistir o paciente, oferecendo um olhar globalizado das necessidades do indivíduo, está relacionada ao que é preconizado pelo princípio da integralidade.

Ela se tornou mais do que uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). Está relacionada a características desejáveis do sistema de saúde do país ⁽²⁾. Deste modo, este

princípio pode ser empregado como proposta de transformação da prática da política de saúde e redefinição de valores sociais, os quais exigem uma relação dialógica permanente dos atores, de modo a influir na produção do cuidado em saúde, o qual é exercido por equipes multidisciplinares ⁽³⁾.

Entende-se por multidisciplinaridade uma simples justaposição em um serviço, dos recursos de várias disciplinas, sem implicar necessariamente em um trabalho coordenado e de equipe ⁽⁴⁾. Neste contexto, os trabalhadores da equipe multidisciplinar, em geral, percebem que o trabalho em saúde é desenvolvido por um conjunto distinto de profissionais que se centram na parcela que lhes cabe, muitas vezes, sem perceber que estão contribuindo para a fragmentação do cuidado ⁽⁵⁾.

A atuação profissional que venha superar as limitações impostas pela fragmentação do cuidado requer mudança na graduação sob o eixo da integralidade, conduzindo à compreensão ampliada da saúde, articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares, além da alteridade com os usuários para a inovação de práticas em todos os cenários de atenção à saúde e formação profissional ⁽⁶⁾.

Para tanto, é necessário que as instituições de formação de trabalhadores de saúde não se restrinjam apenas a dimensão teórica, mas que propiciem processos ensino aprendizagem, teórico-prático propositivos de vivências interdisciplinares com foco no cuidado humano de forma integral. A organização do trabalho em equipe ocorre a partir da necessidade de incluir tecnologias em saúde que levem em consideração a integralidade, a complexidade dos objetos de intervenção e a intersubjetividade.

Não basta os trabalhadores interagirem cordialmente ou compartilharem uma mesma situação de trabalho para constituírem uma equipe integrada. É necessário um investimento na articulação das ações, preservando as especificidades de cada componente da equipe ⁽⁷⁾. Faz-

se imprescindível, portanto, uma proposta de interação e integração entre os diversos saberes envolvidos, introduzindo-se o conceito de interdisciplinaridade ⁽⁸⁾.

Torna-se evidente a necessidade da vivência da interdisciplinaridade nos campos de atuação, seja durante a formação acadêmica, ou mesmo durante as ações e protagonismos da prática. Desse modo, a formação interdisciplinar da enfermagem é premente, exigindo programas de ensino que possibilitem análises mais integradas dos problemas de saúde, com vistas a uma prática de cuidar, marcada pela intensidade das trocas e integração de conhecimentos ⁽¹⁰⁾.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo descrever os modelos de abordagem de interdisciplinaridade na formação de ensino superior em publicações da área de enfermagem.

METODOLOGIA

Este estudo é uma revisão integrativa que tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado ⁽¹¹⁾.

A fim de atingir o objetivo proposto da revisão foi utilizado o seguinte percurso metodológico, constituído de oito etapas: 1) Identificação do tema ou questionamento da revisão integrativa; 2) Seleção dos descritores; 3) Determinação dos critérios de inclusão e exclusão; 4) Busca na literatura; 5) Categorização dos estudos; 6) Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 7) Interpretação dos resultados; 8) Síntese do conhecimento evidenciado e revisão integrativa ⁽¹²⁾.

O desenvolvimento do estudo foi conduzido pelo seguinte questionamento: Como a interdisciplinaridade está sendo contextualizada na formação do enfermeiro? Após definida a questão de pesquisa, procedeu-se a seleção dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS):

pesquisa interdisciplinar, comunicação interdisciplinar, interdisciplinaridade na Enfermagem e educação em Enfermagem; e suas respectivas traduções, no idioma inglês, padronizadas no Medical Subject Heading (MESH), os quais foram: interdisciplinary studies, interdisciplinary communication e nursing education reseach.

A seleção dos artigos obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: artigos originais, artigos de reflexão e relatos de experiência, nos idiomas português, inglês e espanhol, disponíveis na íntegra nas bases de dados selecionadas ou pelo sistema de comutação bibliotecária, nos últimos sete anos, compreendendo o período de 2005 a 2012. O recorte deste período é justificado por contemplar publicações após quatro anos da instituição das DCN, período necessário para desencadear pesquisas relacionadas a implantação das reformas curriculares; no título dos artigos deveriam aparecer as seguintes palavras: ensino ou graduação ou formação, interdisciplinaridade e enfermagem.

Como critério de exclusão, foram excluídos da pesquisa: artigos de revisão, cartas editoriais, resumos de pesquisas, teses, dissertações e artigos de jornais sem caráter científico, além dos artigos em que tinham as palavras-chave definidas, mas que no corpo do texto não foi evidenciada fundamentação teórica condizente com o estudo e os que se repetiram nas bases.

A pesquisa on line foi realizada em novembro de 2012, no portal de pesquisas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e no portal Capes, estabelecendo como critério, apresentar um dos descritores. Houve a delimitação do recorte temporal e a definição da busca nas seguintes bases de dados pesquisadas Literatura Internacional em Ciências da Saúde (Medline), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Biblioteca Cochrane, *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), *Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud* (Ibecs), nos idiomas português, inglês e espanhol. Entretanto, os artigos selecionados foram encontrados apenas no Scielo, Lilacs.

Tabela 1 - Artigos encontrados nas referidas bases de dados. Recife, PE, 2012

Passos	Descritores	LILACS	SCIELO
Utilizados			
1º	Pesquisa Interdisciplinar	1	1
2º	Comunicação Interdisciplinar	2	2
3º	Interdisciplinaridade na Enfermagem	2	2
4º	Educação em Enfermagem	69	278
total		74	283

Foram encontrados inicialmente 357 artigos. Desses, foram excluídos 348 artigos por não preencherem os critérios de inclusão e exclusão. Após refinamento com os critérios de inclusão e exclusão, resultaram para análise oito artigos. Para a coleta de dados foi criado um instrumento de categorização dos artigos, o qual foi composto pelas seguintes informações dos artigos: título do artigo, periódico de publicação, ano de publicação, tipo de estudo, autores e objetivo do estudo e enfoque da interdisciplinaridade nesses estudos.

Em seguida, os artigos selecionados foram submetidos à avaliação do rigor metodológico utilizando-se o instrumento adaptado do *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) – Programa de Habilidades em Leitura Crítica.

Este instrumento tem como objetivo analisar a qualidade metodológica dos artigos, o qual considera a coerência entre os objetivos, metodologia, considerações éticas, resultados e a importância da pesquisa para a comunidade científica (máximo 10 pontos). Para este estudo, foi adotado, conforme a pontuação alcançada, os critérios de classificação: A (seis a 10 pontos) – estudos de boa qualidade metodológica e relevância temática; e B (mínimo de cinco pontos) – estudos de qualidade metodológica satisfatória e relevância da temática.

Com o resultado da avaliação dos artigos foram identificados e discutidos os enfoques da interdisciplinaridade abordados pelos diferentes autores das publicações selecionadas. Foi evidenciado que em todos os artigos, os autores traziam a concepção da interdisciplinaridade sob olhares de diversos teóricos e comentavam acerca da fragmentação da assistência como consequência de um ensino nos moldes disciplinar.

RESULTADOS

A amostra desta revisão contou com oito artigos científicos, sendo quatro artigos originais ^(16-17, 21-22), três artigos de reflexão ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ e um relato de experiência ⁽²³⁾. Dentre os oito artigos selecionados, cinco ^(16,20) foram de revistas nacionais e três ^(21,23) de revistas internacionais. Os idiomas dos artigos foram português e inglês e o ano de publicação variou de 2005 a 2012. A quantidade de autores por publicação variou entre um e quatro, totalizando 16, entre os quais nenhum se repetiu nos artigos selecionados.

Em relação aos objetivos encontrados nos artigos, foi observada diversidade na abordagem da interdisciplinaridade tanto na formação teórica quanto na prática dos enfermeiros. Entre as propostas encontradas estão: a incorporação da interdisciplinaridade na graduação, os efeitos da interdisciplinaridade no ensino da enfermagem e a vivência da interdisciplinaridade entre estudantes de diversas áreas da saúde. O Quadro 1, apresenta dados de caracterização dos artigos.

Quadro 1 – Variáveis utilizadas para análise das publicações localizadas – Recife, PE, 2012

	Título do artigo	Periódico	Ano	Tipo	Autor (s)	Objetivo
I	Interdisciplinaridade na Graduação em Enfermagem: um processo em construção	Revista Brasileira de Enfermagem	2008	Pesquisa	Galindo M B Goldenberg P	Caracterizar a incorporação da interdisciplinaridade na graduação
II	Interdisciplinaridade na Educação em diabetes: percepção dos graduandos de enfermagem e nutrição	Revista de Enfermagem da UERJ	2008	Pesquisa	Torres H C Salomon I M M Jansen A K Albernaz P M	Analisar a percepção dos graduandos de enfermagem e nutrição sobre a interdisciplinaridade na

						educação em diabetes
III	Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem	Texto e contexto - Enfermagem	2005	Reflexão	Berardinelli L M M Santos M L S C	Identificar os efeitos da interdisciplinaridade no ensino de enfermagem e o desafio da interdisciplinaridade na construção do processo de cuidado na enfermagem
IV	Historia da enfermagem: ensino, pesquisa e interdisciplinaridade.	Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem	2006	Reflexão	Padilha M I C S Borenstein M S	Identificar os efeitos da interdisciplinaridade no ensino de enfermagem e o desafio da interdisciplinaridade na construção do processo de cuidado na enfermagem
V	A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial	Texto e contexto - Enfermagem	2005	Reflexão	Tavares C M M	Analisar a interdisciplinaridade como um elemento fundamental para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial
VI	An interdisciplinary collaboration in nursing education	Teaching and Learning in Nursing	2009	Pesquisa	Brown D G	Entender como a colaboração entre estudantes de enfermagem e educação podem promover uma experiência de aprendizado entre os estudantes.
VII	Interdisciplinary: Cultural competency and culturally congruent education for millennials in health professions	Nurse education today	2012	Pesquisa	Hawala-Drury S Hill M H	Promover a colaboração e uma efetiva comunicação entre os estudantes de diversas áreas da saúde, resultando em mutuo

						respeito e apreciação de cada profissão.
VIII	Interdisciplinary Education in End-of- Life Care: Creating New Opportunities for Social Work, Nursing, and Clinical Pastoral Education Students	Journal of Social Work in End-Of-Life & Palliative Care	2010	Relato de Experiência	Forrest C Derrick C	Descrever a interdisciplinaridade e o programa de extensão universitário que prepara alunos de enfermagem e capelania para o trabalho social com pacientes em estado terminal.

A partir da análise dos artigos, observou-se que a fundamentação teórica utilizada para conceituar interdisciplinaridade abrangeu um número diversificado de teóricos, sendo evidenciado que alguns destes foram citados em mais de um estudo.

Entre os teóricos citados nos artigos para fundamentar o entendimento da interdisciplinaridade destacaram-se Japiassu, Fazenda e Demo. Para Japiassu, a interdisciplinaridade constitui enquanto prática individual uma “atitude de espírito feita de curiosidade, abertura, senso de aventura e descoberta”; e como prática coletiva, a abertura ao diálogo no trabalho em equipe. Fazenda conceitua interdisciplinaridade como a busca de novos caminhos no complexo e intrincado processo de ensino-aprendizagem que requer uma postura renovada diante do conhecimento, calcada na interação entre o diálogo crítico e reflexivo do saber filosófico. Corroborando com o entendimento sobre a interdisciplinaridade, Demo define como a arte do aprofundamento com sentido de abrangência, de modo a contemplar a particularidade e a complexidade do real.

Como resultado da análise dos artigos, ainda foram identificados dois enfoques da interdisciplinaridade abordados pelos diferentes autores das publicações selecionadas, como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 – Enfoques da interdisciplinaridade nos artigos localizados, Recife, PE, 2012

Enfoque da Interdisciplinaridade	Identificação dos artigos						
Possibilidades e limites da interdisciplinaridade na formação profissional em saúde	16	17	18	21	22		
Canais de comunicação e trabalho em equipe na perspectiva de uma intervenção interdisciplinar	17	18	19	20	21	22	23

Como resultado da análise, foi verificado que cinco artigos contemplavam uma descrição das possibilidades e limites da interdisciplinaridade na formação profissional em saúde e sete artigos enfocavam o estabelecimento de canais de comunicação e trabalho em equipe, na perspectiva de uma intervenção interdisciplinar. Foi evidenciado que em todos os artigos, os autores traziam a concepção da interdisciplinaridade sob os olhares de diversos teóricos e comentavam acerca da fragmentação na assistência como consequência de um ensino nos moldes disciplinar.

De acordo com os resultados encontrados, constatou-se um consenso geral acerca da importância da incorporação da interdisciplinaridade nos currículos de graduação na enfermagem e outras áreas, assim como a vivência de uma integração docente assistencial, durante a vivência do ensino prático, concorrendo para uma assistência interdisciplinar, com vistas à promoção da saúde.

A apreciação dos artigos possibilitou a construção de duas categorias temáticas, as quais subsidiaram a discussão dos resultados deste estudo. As categorias foram: possibilidades e limites da interdisciplinaridade na formação profissional em saúde, e canais de comunicação e trabalho em equipe na perspectiva de uma intervenção interdisciplinar.

DISCUSSÃO

A preocupação com a interdisciplinaridade, apesar de ter suas origens em um passado remoto, está presente, com diversas roupagens, em todas as épocas e é objeto de explicações da mais variada natureza, das disciplinas escolares, dos currículos, dos cursos de graduação e de pós-graduação ⁽²⁴⁾.

Alguns artigos ^(17, 21- 22) mostram exemplos de como as Instituições de Ensino podem integrar os alunos de diferentes cursos no contexto da interdisciplinaridade, por meio de atividades extensivas ao curso de graduação, tais como: disciplinas eletivas, cursos de verão e projetos de pesquisa e extensão, que proporcionaram aos alunos a oportunidade de vivenciar, discutir e aplicar a prática de uma assistência interdisciplinar. O ato de aprender deve ser, portanto, um processo reconstrutivo, que permita o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, desencadeando ressignificações/reconstruções e contribuindo para a sua utilização em diferentes situações ⁽²⁵⁾.

Atitudes como estas, geram não apenas a consciência do trabalho em equipe, mas também o respeito mútuo entre as diversas profissões, o entendimento dos limites e possibilidades de atuação de cada categoria e uma reflexão sobre como a assistência integral e interdisciplinar pode gerar inúmeros benefícios à população.

Percebe-se em alguns artigos ^(16-18, 21- 22) que a inserção da interdisciplinaridade no atual contexto educacional envolve uma série de ações, atitudes e posicionamentos, tais como: posturas interdisciplinares que envolvam a ação, compreensão e reflexão no exercício do diálogo realizado com os estudantes, possibilitando-os na contextualização social local para que atuem como sujeitos socialmente comprometidos com a integralidade da assistência.

Entretanto, existem algumas dificuldades apontadas pelas instituições de ensino superior na implantação de um currículo que atenda a DCN, tais como: mudança e adaptação de um currículo disciplinar para um integrado, obstáculos encontrados pelos próprios

docentes que foram formados no currículo disciplinar e agora precisam atuar de forma interdisciplinar, limites dos recursos financeiros das instituições para promover o aperfeiçoamento dos docentes e para investir em projetos de extensão com inserção dos alunos no contexto da promoção da saúde.

Nesse contexto, para tentar superar essas limitações, se faz necessário o estabelecimento de abertura de canais de comunicação entre os diversos atores envolvidos nessa questão. Assim como o entendimento que a interdisciplinaridade não é apenas uma exigência legal, mas sim um espaço no qual relacionam conhecimentos que são produzidos nas fronteiras disciplinares, em que o eu e o outro, sem abrir mão de suas características e diversidades, tornam-se disponíveis à troca e à transformação ⁽⁸⁾.

A construção de uma nova práxis no espaço interdisciplinar, norteada por princípios éticos e humanitários, desenvolve-se, basicamente, através do processo dialógico e reflexivo ⁽²⁶⁾. Assim, alguns artigos ^(17- 19), o diálogo interdisciplinar aproxima saberes específicos, oriundos de diversos campos de conhecimento, em uma fala compreensível e audível aos diversos interlocutores, proporcionando o exercício de troca e interação de saberes, além de aprimorar as relações interpessoais.

Esse tipo de relação é almejado pelo novo modelo de atenção à saúde, como encontrado em alguns estudos ^(20, 23), haja vista que destacam a necessidade de profissionais qualificados na perspectiva interdisciplinar, para que possam desenvolver a capacidade de construir uma clínica pautada no enfrentamento criativo dos problemas cotidianos.

Nesse contexto, alguns artigos ^(17, 19, 22- 23) sugerem que a atividade interdisciplinar seja feita através de grupos operativos, em que ocorra troca de experiências entre profissionais, proporcionando um enriquecimento mútuo de conhecimentos teórico-práticos e de novas formas de percepção e apreciação da realidade social.

Assim, a maioria dos artigos ^(17- 19, 21, 23) propõe aos profissionais de saúde mudança de abordagens pedagógicas nas ações de educação em saúde, estimulando o uso de metodologias

ativas, com enfoque na conscientização e autonomia dos usuários. Esse processo de ensino - aprendizagem envolve a auto iniciativa, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais. Nessa perspectiva, a produção de novos saberes exige a convicção de que a mudança é possível.

Dessa forma, podem ser desenvolvidas atividades lúdicas, as quais permita a criação de um contexto educativo, promovendo a inter-relação entre seus participantes, garantindo a operatividade do grupo, a troca e a construção de conhecimentos de forma humanizada e solidária.

Assim, alguns artigos ^(17- 18, 22) destacaram outra possibilidade para ser trabalhada a interdisciplinaridade no processo ensino-aprendizagem para os profissionais, que seria a diversificação dos cenários de práticas educativas, incluindo os vários espaços de promoção da saúde, tais como creches, escolas, centros comunitários e religiosos, onde há a interação, autonomia e cooperação entre profissionais e/ou usuários, além de parcerias entre universidades, serviços de saúde e organizações comunitárias, possibilitando o uso de metodologias ativas e a formação de uma consciência crítica e aprendizagem coletiva por parte dos profissionais, docentes, discentes e comunidade. Essa articulação do ensino com os diversos cenários de prática estimulam a propagação de novas formas de trabalho e fazem a quebra com a estrutura tradicional, estanque, implantadas pelos currículos fragmentados e disciplinares, estimulando uma formação integradora que proporcionará uma melhor qualidade da assistência à saúde ⁽²⁷⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proporcionou o conhecimento da produção científica acerca da interdisciplinaridade na formação dos profissionais de saúde. Apesar de ser um tema de bastante relevância para a promoção de um ensino de qualidade, foram encontrados poucos estudos relacionados a temática.

Os modelos de abordagem da interdisciplinaridade encontrados estavam relacionados a dois eixos temáticos: Possibilidades e limites da interdisciplinaridade na formação profissional em saúde e canais de comunicação e trabalho em equipe na perspectiva de uma intervenção interdisciplinar.

As informações obtidas mostraram que as instituições de ensino superior vêm se mobilizando no sentido da incorporação da interdisciplinaridade através das modificações nos currículos organizados por áreas temáticas, por meio de atividades complementares, envolvendo a comunidade acadêmica, os profissionais e a própria sociedade.

Foi ressaltado também, nas publicações, os limites e os desafios da implementação da interdisciplinaridade, tais como questões econômicas e as dificuldades dos próprios docentes formados no currículo disciplinar e são convidados a atuarem em uma perspectiva interdisciplinar na formação do enfermeiro. As dificuldades identificadas requerem a determinação de estratégias de enfrentamento, tais como: capacitações pedagógicas, realização de pesquisas científicas interdisciplinares, diálogos interinstitucionais e reflexão da prática profissional.

A interdisciplinaridade emerge como uma necessidade concreta para a formação profissional do enfermeiro e a efetivação real dos princípios do Sistema Único de Saúde, possibilitando a prestação de uma assistência à saúde integral na perspectiva da Promoção da Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira ERA, Fiorin BH, Lopes LJ, et al. Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Rev Bras de Pesquisa em Saúde*. 2011; 13(4): 28-34.
2. Gonze GG, Silva GA. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2011; 21(1): 129-146.
3. Asensi FD. Direito, estética e integralidade na saúde: uma reflexão multidisciplinar sobre valores. In: Pinheiro RP, Mattos RA. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2.ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2009. p 88.
4. Santos MAM, Cutolo LRA. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa de Saúde da Família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2004; 33(3).
5. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro RP, Mattos RA. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 2. ed. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO; 2009. p 32.
6. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2008 [acesso em 2013 jan 05]; 42(1): 48-56.
7. Borges MJL, Sampaio AS, Gurgel IGD. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(1): 147-156.
8. Torres HC, Salomon IMM, Jansen AK, Albernaz PM. Interdisciplinaridade na educação em diabetes: percepção dos graduandos de enfermagem e nutrição. *Rev Enferm UERJ*, Rio de Janeiro. 2008 jul-set; 16(3): 351-6.
9. Tavares CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto Contexto Enferm*. 2005 jul-set; 14(3): 403-10.
10. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. 2008 out-dez; 17(4): 758-64.
11. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2009; 22(4): 434-8.
12. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro (RJ): Imago; 1976.

13. Fazenda ICA. A questão da interdisciplinaridade no ensino. *Rev Educ Sociedade* 1987; 27.
14. Demo P. *Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento*. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998.
15. Berardinelli LM, Santos MLSC. Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005 jul-set; 14(3): 419-26.
16. Gallindo MB, Goldenberg P. Interdisciplinaridade na Graduação em Enfermagem: um processo em construção. *Rev Bras Enferm*, Brasília. 2008 jan-fev; 61(1): 18-23.
17. Torres HC, Salomon IMM, Jansen AK, et al. Interdisciplinaridade na educação em diabetes: percepção dos graduandos de enfermagem e nutrição. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro. 2008 jul-set; 16(3): 351-6.
18. Berardinelli LMM, Santos MLSC. Repensando a interdisciplinaridade e o ensino de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2005 jul-set; 14(3): 419-26.
19. Padilha MICS, Borenstein MS. História da Enfermagem: Ensino, Pesquisa e Interdisciplinaridade. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006 dez; 10(3): 532-8.
20. Tavares CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto Contexto Enferm*. 2005 jul-set; 14(3): 403-10.
21. Brown DG. An interdisciplinary collaboration in nursing education. *Teaching and learning in nursing*. 2009; 4: 52-55.

DOI: 10.1016/j.teln.2008.09.006.
22. Hawala-Drury S, Hill MH. Interdisciplinary: cultural competency and culturally congruente education for millennial in health professions. *Nurse education today*. 2012; 32:772-778. DOI: 10.1016/j.nedt.2012.05.002.
23. Forrest C, Derrick EC. Interdisciplinary Education in end-of-life care: Creating new opportunities for social work, nursing, and clinical pastoral education students. *Journal of social work in end-of-life e palliative care*. 2010 jun; 6: 91-116.

DOI: 10.1080/15524256.2010.489224.
24. Backes DS, Filho WDL, Lunardi VL. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à Luz de Freire. *Texto Contexto Enferm*. 2005 jul-set; 14(3): 427-34.
25. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 2008; 13(2): 2133-2144.
26. Gonze GG, Silva GA. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. *Physis Rev Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro. 2011; 21(1): 129-146.
27. Lima DP, Garbin CAS, Saliba NA, et al. A importância da integração universidade e serviço de saúde. *Rev. Ciênc. Ext*. 2010; 6(1): 129.

4.2 INTERDISCIPLINARIDADE: O OLHAR DOS DOCENTES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Resumo

Objetivo: investigar as concepções da interdisciplinaridade entre docentes de cursos de graduação em Enfermagem. Método: Estudo qualiquantitativo, descritivo e exploratório. Foram realizadas entrevistas individuais com 30 docentes de 11 IES com auxílio de gravador digital. Os dados coletados foram tratados com o auxílio do software qualiquantsoft embasado no discurso do sujeito coletivo. Resultado: Foi possível desenvolver duas ideias centrais: percepção dos docentes sobre a interdisciplinaridade e abordagem da interdisciplinaridade nos projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem. A interdisciplinaridade é uma palavra com diversos significados que representam atitudes necessárias para uma unificação de saberes. O seu entendimento por parte dos docentes está relacionado ao conhecimento. Conclusão: há necessidade de mudanças no processo ensino-aprendizagem que deve ser iniciada desde a concepção dos projetos pedagógicos dos cursos até a prática profissional *in loco*. Sugerimos a criação de espaços proativos para encontro didáticos, onde poderá acontecer o resgate de contribuições mútuas e integração de processos formativos geradores de novos saberes e fazeres para uma saúde de qualidade.

Descritores: Currículo. Educação em Enfermagem. Docentes de Enfermagem. Pesquisa Qualitativa.

Introdução

A formação de recursos humanos na área de saúde e, particularmente, na Enfermagem, tem o compromisso social de disponibilizar ao mercado de trabalho, profissionais competentes e hábeis, capazes de adotar e aplicar preceitos científicos e metodológicos na satisfação das necessidades de saúde da população ⁽¹⁾. Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF), criadas em 2001, exigiram uma reestruturação dos currículos dos cursos, proporcionando uma formação integral e interdisciplinar ao enfermeiro ⁽²⁾.

Assim, a interdisciplinaridade é definida como a relação de reciprocidade que possibilita o diálogo entre os interessados e a colaboração entre diversas disciplinas, levando à mudança de atitude, tecendo relação de reciprocidade, regime de copropriedade, substituindo a concepção fragmentária para a unitária do ser humano ⁽³⁾. Portanto, a interdisciplinaridade representa nova forma de conceber a prática pedagógica, indo além da mistura de conteúdos e temas em um único ambiente ⁽⁴⁾.

Ao trabalhar nessa perspectiva, pode ser necessário enfrentar algumas dificuldades, visto que a formação educacional fragmentada gera sentimentos de insegurança e despreparo para atuação profissional. Assim, sabe-se que o perfil do egresso começa a ser delineado pelas práticas curriculares, principalmente pelo discurso do corpo docente, importante no processo de formação do futuro profissional ⁽⁵⁾.

Nesse contexto, este estudo apresenta como objetivo investigar as concepções da interdisciplinaridade entre docentes de cursos de graduação em Enfermagem.

Caminho Metodológico

A abordagem do estudo é do tipo qualiquantitativo, descritivo e exploratório. Os estudos que abordam opinião devem ser qualiquantitativos, porque opiniões coletivas apresentam ao mesmo tempo, uma dimensão qualitativa e uma quantitativa. Considerando-se que se trata de discurso e de depoimento de docentes, que vivem em coletividades, sociedades ou grupos, cabem serem considerados na dimensão coletiva os atributos, sociológicos, antropológicos e psicossociais dos dados apreendidos ⁽⁶⁾.

O estado de Pernambuco tem atualmente 24 IES públicas e privadas, que apresentam Cursos de Graduação em Enfermagem, regulamentados pelo Ministério da Educação (MEC). O estudo foi realizado em 11, as quais estavam presentes nas mesorregiões do Estado. Para a definição do cenário foi verificado que as mesorregiões Zona da Mata e Sertão apresentam a mesma proporção de IES públicas e Privadas, com isso foi sorteada duas IES, respectivamente. Entretanto, nas duas IES privadas existentes no sertão, todos os docentes recusaram-se a participar da pesquisa; e uma das duas públicas, houve recusa institucional.

Na região da zona da mata, todas as duas IES participaram do estudo. No Agreste, devido o número de IES particulares ser superior à pública, fizeram parte do cenário, duas IES privadas e uma pública. Diante do crescimento exacerbado do número de IES privadas na capital e região metropolitana, optou-se por selecionar quatro Escolas de Enfermagem

privadas e duas públicas nessa mesorregião. Para a definição das IES que constituíram cenário de estudo, foram excluídas aquelas em que o currículo não atendia as exigências propostas pela reforma curricular, em consonância com as DCN.

O número de docentes por cursos de Enfermagem, no Estado de PE, variou de 11 à 60, constituindo uma população total de possíveis participantes de aproximadamente 275 professores. Foi verificado um quantitativo reduzido de profissionais, que atuavam em IES privada, com curso de Enfermagem criado recentemente, e que ainda não tinham concluído a sua primeira turma.

Como critério de inclusão foi definido que os docentes deveriam apresentar, no semestre em que ocorreu a coleta, carga horária mínima de 20h/semanais de trabalho, ministravam aulas nos três primeiros e/ou nos três últimos períodos do curso, pois se acredita que estes são os melhores momentos para implementação da interdisciplinaridade na formação do enfermeiro; e apresentavam a titulação mínima de Mestre. Foram excluídos da pesquisa os docentes que estavam afastados de suas atividades no período da coleta de dados.

Para atender o critério de proporcionalidade, a seleção da amostra ocorreu aleatoriamente pelo coordenador de cada curso de Enfermagem, até quatro docentes que se enquadraram nos critérios de inclusão da pesquisa. Para a escolha da amostra, seguiram-se as seguintes etapas: 1) contato com o coordenador (a) do curso e solicitado a listagem de docentes que preenchiam os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. 2) em seguida, realizado contato e convite aos docentes para participar da pesquisa, além de esclarecimento sobre os objetivos do estudo e formas de participação. 3) para os docentes que aceitaram participar da pesquisa, foi agendada entrevista, em local e horário escolhido pelo participante. Aceitaram participar da pesquisa 30 docentes.

Os dados foram coletados no período de julho a outubro de 2013 nas próprias IES, em ambiente reservado, escolhido pelo participante. A coleta de dados foi realizada através da técnica da entrevista individual, mediante o preenchimento de um instrumento estruturado de

caracterização dos participantes e para atender aos objetivos propostos foi realizada uma entrevista individual com a utilização de um roteiro de entrevista aberto que continha duas questões que investigava o entendimento dos docentes sobre interdisciplinaridade e como a mesma está sendo proposta no projeto pedagógico do curso de enfermagem.

A abordagem do sujeito de forma individual permite aflorar o discurso espontâneo sobre temas que fazem parte do cotidiano dos indivíduos sem qualquer tipo de interferência ⁽⁶⁾. As entrevistas foram registradas por meio de gravador de voz digital da marca Sony e modelo ICD-SX712. Para validação dos dados obtidos, o entrevistado foi convidado a escutar sua resposta e verificar a concordância do registro verbal com o sentido expresso.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Neste procedimento, são feitas entrevistas individuais com questões abertas, resgatando o pensamento, enquanto comportamento do discurso e fato social internalizado individualmente ⁽⁶⁾. Os dados foram tratados através do Software QualiQuantisoft, versão 1.3c e licença empresarial código KJP – EK222 – 13720 – 143 – 2813. Através deste programa, foi possível processar os dados por meio dos operadores do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): as expressões chaves (ECH), as ideias centrais (IC) e a ancoragem (AC).

No DSC, as ideias semelhantes presentes em diferentes depoimentos são agrupadas em categorias comuns de sentido. As ECH são pedaços ou trechos contínuos ou não do discurso que deve ser selecionado pelo pesquisador e que revelam a essência do conteúdo do discurso. A IC revela e descreve de maneira sintética o sentido das ECH de cada discurso analisado. E AC é a expressão de uma dada teoria ou ideologia que o autor do discurso professa e que está embutido em seu discurso como uma afirmação qualquer. As IC ou AC semelhantes são colocadas em uma mesma categoria ⁽⁶⁾.

O DSC é a reunião em um só discurso-síntese de ECH que tem a mesma IC ou AC, enquadradas em uma mesma categoria. A construção do DSC é feita com as expressões-chaves das IC ou AC enquadradas na mesma categoria ⁽⁶⁾.

Este estudo foi previamente analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde/UFPE, através do parecer nº 501.580/13, CAAE nº 14332213.9.0000.5208. O anonimato dos participantes e das IES foram garantidos ao se adotar uma codificação combinada de letras e números.

Resultados e Discussões

Caracterização dos Sujeitos

O estudo foi desenvolvido em 11 IES, sendo seis públicas e cinco privadas do Estado de Pernambuco. Foi possível observar a prevalência de escolas de Enfermagem com tempo de funcionamento menor que vinte anos (81,8%), fato que pode ser atribuído as políticas de expansão do processo de interiorização das universidades públicas e ao incremento do ensino superior por empresas privadas no País.

Foram entrevistados 30 docentes de ambos os sexos, com faixa etária variando entre 20 e 65 anos de idade, sendo observada frequência de idade menor ou igual a 40 anos. Quanto à formação acadêmica dos professores, houve maior concentração de profissionais enfermeiros (76,7%), em que a maioria (73,4%) não exerce atividade assistencial, possui tempo de formação de até 10 anos (53,4%) e grau acadêmico de mestres (83,4%) e os demais eram doutores. Observa-se que existe uma quantidade pequena do grau acadêmico de doutores entre os docentes de Enfermagem e isso pode ser consequência devido a procura por essa formação ocorrer por iniciativa própria.

Em relação ao cargo exercido na IES, entre os docentes do estudo seis (20,0%) também assumiam o cargo de coordenador ou diretor do curso. O tempo de experiência do exercício da docência também foi menor que 10 anos (73,4%) e jornada de trabalho variou entre de 20 a 40 horas com dedicação exclusiva. A trajetória para o exercício da docência construída pelos profissionais pode ser dividida em: os que precocemente se dedicam ao

ensino, os que consolidaram a prática como enfermeiro e depois se tornam professores e aqueles que construíram as duas práticas simultaneamente ⁽⁷⁾.

A partir da análise dos discursos, foi possível desenvolver duas ideias centrais: percepção dos docentes sobre a interdisciplinaridade e abordagem da interdisciplinaridade nos projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem.

Percepção dos docentes sobre a interdisciplinaridade

Neste aspecto registra-se que a percepção da interdisciplinaridade pelos docentes foi relacionada ao exercício das atividades educativas e a vivência da prática assistencial. Assim, foi evidenciada a construção de seis categorias, a saber: relação entre as disciplinas, interdisciplinaridade na formação do acadêmico de enfermagem, conhecimento transversal, trabalho em equipe, nova postura diante do conhecimento, comunicação interdisciplinar. Essas categorias estão apresentadas no Quadro 1, com as respectivas frequências com que emergiram.

Ideias Centrais	Total de Respostas
A - relação entre disciplinas	14 (32,56 %)
B – interdisciplinaridade na formação do acadêmico de enfermagem	06 (13,95%)
C – conhecimento Transversal	07 (16,28%)
D – trabalho em Equipe e Cuidado Interdisciplinar	07 (16,28%)
E – nova Postura diante do conhecimento	04 (9,30%)
F – comunicação Interdisciplinar	05 (11,63%)

Quadro 1 – Concepções de interdisciplinaridade dos docentes de enfermagem, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014

O entendimento da interdisciplinaridade expresso na maioria dos discursos (32,56%) está relacionado à articulação entre as disciplinas. Isso pode ser resultado da formação tradicional, influenciada pelo modelo flexneriano, recebido pela maioria dos docentes, que foram formados em currículos disciplinares, levando à concepção do conhecimento de forma fragmentada. Essa concepção é identificada no Discurso do Sujeito Coletivo a seguir:

DSC 1- *É uma ação conjunta de disciplinas interligadas; uma rede de conteúdos articulados desde sua forma mais simples até a mais complexa. É a integração entre as disciplinas, fazendo a junção de várias disciplinas, como por exemplo, para dá aula de patologia, eu preciso primeiro falar de fisiologia. Quando junta diversas disciplinas ou tenta fazer com que uma encaixe na outra, como se fosse um cruzamento entre elas numa relação direta.*

Entretanto, é evidenciada nos discursos, a necessidade de uma mobilização no sentido de integrar os educadores e articular os saberes e conhecimentos, uma vez que a prática da interdisciplinaridade irá apresentar momentos de definição compartilhada dos saberes e momentos de refinamento disciplinar.

Mas a expressão da junção ou inter-relação das diversas disciplinas para subsidiar o estudo de um determinado conhecimento, deve considerar ⁽⁸⁾ que sempre uma disciplina terá prioridade sobre outras, por ser a que tem mais tradição, história e acúmulo de conhecimento.

Em alguns discursos (6), a interdisciplinaridade é apontada como a interação de diversos conhecimentos, recurso considerado importante pelos docentes, o qual deve estar presente durante toda a formação do acadêmico de Enfermagem. Esta relação entre os conhecimentos é importante para propiciar um processo de ensino-aprendizagem que agregue os conhecimentos teóricos com as vivências práticas e proporcione formação integral aos egressos de Enfermagem. Isso pode ser evidenciado nos DSC a seguir:

DSC 2 - *Interdisciplinaridade é a interação entre vários conhecimentos; como esse conhecimento interage um com o outro, a fim de formar uma base para que o aluno possa ter uma capacidade enquanto egresso. Na formação do acadêmico de enfermagem, o aluno não vai ser direcionado apenas para uma visão técnica, curativista, de uma determinada disciplina, e sim um processo mais abrangente. Ele necessita de uma formação mais ampla, mais geral, sem ser compartimentada.*

Nas falas dos docentes é possível observar a preocupação com a formação acadêmica recebida pelos alunos, em que deve haver a interação de conhecimentos e, dessa forma, ocorrer a quebra com o modelo fragmentado de ensino.

Nesse contexto, as Diretrizes Curriculares Nacionais ⁽²⁾ salientam que as atividades teóricas e práticas, presentes desde o início do curso, devem permear toda a formação do

enfermeiro, destacando-se o caráter integrado e interdisciplinar de sua estruturação. Entretanto, o caminho para mudança paradigmática do processo formativo é extenso e requer uma mudança de postura diante do conhecimento, além de uma relação de diálogo e uma reflexão do saber filosófico por parte de todos os atores responsáveis por esse processo educativo ⁽³⁾.

Alguns discursos revelam que para que haja mudança nas práticas educativas, é necessário que o aluno consiga entender a diferença e a importância da relação entre os conceitos e a prática da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade, que é definida por Minayo ⁽⁸⁾, como a múltipla articulação de diferentes áreas profissionais, em que há colaboração interprofissional para a solução de problemas ou para a execução de um programa.

DSC 3 - A interdisciplinaridade está no exercício do cuidado e do campo assistencial, onde várias áreas se envolvem na perspectiva de um cuidado daquele usuário do SUS. É esse estudo que eu vou conhecer um pouco do campo da outra pessoa para poder fazer também a minha intervenção. Existem várias áreas que estudam a interdisciplinaridade na questão da comunicação, envolvimento, e o saber fazer. Ela é a melhor forma do profissional de saúde atender as demandas da clientela, sob vários olhares. Todos na verdade se unem para proporcionar uma melhor qualidade de assistência. O usuário vai estar sob os cuidados de todo aquele grupo.

Foi evidenciada nos discursos (7), a importância do trabalho em equipe para a execução de um cuidado interdisciplinar, uma vez que os profissionais irão trabalhar de forma conjunta, complementando o trabalho um do outro, conhecendo um pouco o campo de atuação do outro, a fim de proporcionar uma assistência de qualidade. O trabalho multiprofissional garante a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos e se materializa na troca e conexão entre várias intervenções de múltiplos agentes, cujo mecanismo primordial é a linguagem, que realiza um processo de mediação simbólica entre os diversos saberes e ocasiona a alteração do trabalho coletivo ⁽⁹⁾.

Então para se realizar uma transformação na assistência ao cliente é necessário que ocorra amadurecimento do trabalho em equipe e, para tanto, é necessária a criação de um espaço institucional que possibilite a construção de novas normas e formas de realização do trabalho ⁽¹⁰⁾. Porém, esse processo de trabalho deve enfatizar a interdependência entre os membros da equipe e apoiar a boa compreensão de tarefas, funções e responsabilidades de cada profissional ⁽¹¹⁾.

O entendimento da interdisciplinaridade presente nos discursos dos docentes (7), também foi relacionado como conhecimento transversal, que é compreendido como a forma de construção ou aplicação de um conhecimento, que deve interagir com diversas áreas do conhecimento. É o que propõem alguns docentes:

DSC 4 - É a relação entre as diversas áreas de conhecimento que fornece ao profissional, ou melhor, favorece a capacidade de alicerçar suas ações numa perspectiva de aplicar o conhecimento de uma forma transversal. É a construção de um conhecimento baseado nas diversas áreas juntas. Uma abordagem que diz respeito a como nós compreendemos a construção ou a aplicação do conhecimento. Não só do conhecimento mais formal, mas de saberes. Não só de conhecimento científico, mas também de saberes populares. Será processada em uma conjuntura de saberes, de diferentes áreas, também de diferentes cursos que se intercomunicam, fazendo uma construção conjunta.

Os discursos revelam que o conhecimento para ser considerado transversal deve envolver saberes diversos de áreas diferentes em prol a um objetivo comum. Ele pode ser entendido como o resultado da capacidade de ultrapassar as fronteiras das disciplinas, pelo investimento articulado e a contribuição delas, em um processo de investigação que inclui articulação de teorias e conceitos, métodos e técnicas e, não menos importante, o diálogo ⁽⁸⁾.

Mas, para se alcançar o conhecimento transversal, alguns discursos apontam (4) que é necessário que os profissionais apresentem uma nova postura diante do conhecimento como demonstrado no discurso a seguir:

DSC 5 - É um termo que não tem significado único, ele possui diferentes interpretações, mas em todas elas está implícita uma nova postura diante do conhecimento; uma mudança de atitude em busca de uma unidade de pensamento. As disciplinas dão sustentação ao meu processo de trabalho, mas quando vou aplicar

uma injeção, preciso de vários conhecimentos de várias disciplinas, como a psicologia, a antropologia, cultura, uma série de conhecimento que vai me ajudar a realizar aquela atividade. A interdisciplinaridade vai dá margem pra você perceber esta questão toda.

Os docentes expressaram que, para atuar na perspectiva da interdisciplinaridade, faz-se necessário um despertar próprio e autônomo de cada pessoa envolvida no processo de ensino – aprendizagem, emergindo uma construção crítica e reflexiva, articulada entre o conhecimento, o pensamento, o fazer e o ser.

A real interdisciplinaridade é uma questão de atitude; supõe uma postura única diante dos fatos a serem analisados, mas não significa que se pretenda impor, desprezando suas particularidades ⁽³⁾. A interdisciplinaridade comporta um grande desafio para profissionais de qualquer área, já que a vivência interdisciplinar, a abertura ao diálogo e a busca da superação de insuficiências não poderá ocorrer sem a necessária percepção do não saber, que deverá também servir de guia à formação ⁽¹²⁾.

Os discursos revelam que, a partir da mudança de postura diante do conhecimento por parte dos profissionais, será facilitada a interação entre eles e isto irá promover a troca de conhecimentos, que poderá ser realizada através da comunicação interdisciplinar, como pode ser visto nos discursos a seguir:

DSC 6 - É a interação entre vários profissionais e como esses profissionais conversam entre si. Esse diálogo entre os saberes é que permitirá conceber um conhecimento numa perspectiva interdisciplinar. Você se coloca numa posição de aprendiz; oferece alguma coisa e aprende alguma coisa com o outro. Alguns exemplos podem ser: atividades educativas, atividades de cuidado onde um vai complementar o fazer do outro para se alcançar o objetivo fim.

Emerge dos discursos o sentido de convergências entre o ensinar e o aprender, como um processo dinâmico, com possibilidades de crescimento mútuo. Para ajudar os profissionais a articular o valor do ensino e as atividades desenvolvidas no seio das comunidades de aprendizagem, deve ser compreendido o engajamento mútuo dos participantes, através do qual os indivíduos descobrem como interagir uns com os outros, desenvolvem relações mútuas, estabelecem quem sabe o que sobre o interesse comum e negociam significados ⁽¹³⁾.

A comunicação é uma atividade fundamental na assistência em saúde. O conhecimento de como se dá o diálogo e as relações multiprofissionais podem ter um impacto significativo, uma vez que as estratégias de comunicação eficazes geram uma melhor compreensão da abordagem interprofissional ⁽¹⁴⁾.

Abordagem da Interdisciplinaridade nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem.

A ideia central representa como a interdisciplinaridade vem sendo contemplada nos projetos pedagógicos (PP) dos Cursos de Enfermagem participantes do estudo. A análise dos discursos dos docentes subsidiou a construção de um total de 13 categorias, em que foi possível verificar que oito destacam aspectos positivos e cinco reportam a aspectos limitantes para a implementação da proposta interdisciplinar de ensino nos Cursos de Graduação em Enfermagem.

Dentro das propostas positivas, encontramos as categorias: integração do ciclo básico e profissional; núcleo docente estruturante; transição curricular; o PP tem uma abordagem interdisciplinar; incentivo ao aluno para a prática de ensino, pesquisa e extensão; O curso é dividido em módulos integrados; Habilidades e competências na formação do enfermeiro; Reuniões pedagógicas e Curso de formação e aprimoramento da prática docente.

Os aspectos limitantes encontrados no PP foram: falta de articulação entre os cenários de prática e a política de saúde vigente; a interdisciplinaridade é muito incipiente ou não é identificada no PP; o currículo é tradicional; iniciativa individual do docente; despreparo dos docentes para ensinar/formar na perspectiva interdisciplinar e desconhecimento do PP. Essas categorias e o percentual que foram encontrados nas falas podem ser observados no Quadro 2 a seguir:

Categorias	Total de Respostas
A – Integração do ciclo básico e profissional	1 (2,5 %)
B – Núcleo docente estruturante	02 (5,0%)
C – Transição curricular	03 (7,5%)
D – Falta de articulação com os cenários de prática e a política de saúde vigente	1 (2,5%)
E - A interdisciplinaridade é muito incipiente ou não é identificada no PP	08 (20,0%)
F – O PP tem uma abordagem interdisciplinar	04 (10,0%)
G – Incentivo do aluno para a prática do ensino, pesquisa e extensão.	03 (7,5%)
H – O curso é dividido em módulos integrados	03 (7,5%)
I – Habilidades e competências na formação do enfermeiro	01 (2,5%)
J – O currículo é tradicional	02 (5,0%)
K – Iniciativa individual do docente	02 (5,0%)
L - Reuniões pedagógicas e curso de formação e aprimoramento da prática docente.	03 (7,5%)
M – despreparo dos docentes para ensinar/formar na perspectiva interdisciplinar e desconhecimento do PP	07 (17,5%)

Quadro 2 – Proposta da interdisciplinaridade nos projetos pedagógicos dos cursos de enfermagem, Recife, Pernambuco, Brasil, 2014.

A implementação da proposta interdisciplinar de ensino exige mudanças na conformação dos currículos dos cursos. Neste estudo, foi possível perceber que essas mudanças estão ocorrendo e se refletindo como fatores positivos na compreensão dos docentes dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Algumas falas (10,0%) sugerem que, para realizar essa inovação no ensino, é necessário que haja integração de disciplinas antes consideradas importantes apenas nos períodos iniciais de formação com disciplinas situadas nos períodos finais, em que cada uma delas é abordada no momento considerado oportuno para o processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro, como pode ser visto nos discursos a seguir:

DSC 1 – É trazer disciplinas do ciclo profissional para os períodos iniciais do curso, o que facilita que os alunos enxerguem o curso logo no primeiro período. Outra questão é desmembrar as disciplinas do ciclo básico em diferentes momentos, fazendo que elas sejam vivenciadas ao longo do curso. Essa proposta é

encontrada nas ementas do curso, onde tem a relação dos conteúdos que serão trabalhados por semestre. Nessas grades, o conteúdo está dividido por módulos integrados e os conteúdos são ofertados em momentos oportunos.

Nesses discursos, pode-se observar que os docentes percebem a necessidade de se oferecer uma formação integral aos alunos dos Cursos de Enfermagem. Esta orientação pode estar presente quando se trabalha com um currículo dividido em módulos integrados, o qual leva ao desenvolvimento de uma visão reflexiva e integradora por parte dos futuros profissionais de saúde. Essa visão docente se encontra em concordância com o preconizado nas DCENF⁽¹⁴⁾ que refere que todas as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeiam a formação do Enfermeiro de forma integrada e interdisciplinar.

Em algumas falas (5,0%) foi observada a constituição de um núcleo docente estruturante pelas IES, para auxiliar o acompanhamento do desenvolvimento das inovações propostas para os currículos. Esses discursos podem ser vistos a seguir:

DSC 2 - Tem o núcleo docente estruturante que tem a função de acompanhar o desenvolvimento desse currículo, permeado de discussões e reflexões. À medida que os professores reúnem-se no núcleo de avaliação docente, sente-se que está fortalecendo o ensino.

O núcleo docente estruturante (NDE) tem importante papel no acompanhamento de critérios e no processo de implantação, avaliação e reorientação de aspectos formativos que necessitam ser monitorados, de modo a assegurar um processo sistemático, dinâmico e permanente dos currículos; e, na identificação da possibilidade de aperfeiçoamento destes. Assim, pode-se entender que os saberes profissionais e pedagógicos devem se articulados, por intercessão do professor e que, para alcançar uma organização das atividades de ensino-aprendizagem, é fundamental que ocorra apropriação de conhecimentos técnicos, políticos e sociais das atividades profissionais executadas pelos docentes, garantindo a formação profissional⁽¹⁵⁾.

Nesse contexto, foi verificado em alguns discursos (15%) que algumas IES estão em momento de transição curricular, entre um currículo formal para um mais adequado as

DCENF, que estimulam o aluno à prática articulada entre ensino, pesquisa e extensão, como pode ser visto nos discursos a seguir:

DSC 3 - Estamos trabalhando com dois projetos pedagógicos: o antigo, baseado na metodologia tradicional e o projeto pedagógico novo. Nele, a construção do conhecimento é baseado na problematização. Em nosso projeto de curso temos o cuidado para que o aluno seja incentivado a cursar disciplinas eletivas, onde terão maior contato com outros alunos de outras áreas. Também incentivamos o aluno a praticar outras atividades extracurriculares como monitorias, projetos de extensão, projetos de pesquisa, iniciação científica, estágios. Observamos que este aluno quando pratica estes tipos de experiências tem mais oportunidade de colocar o conhecimento interdisciplinar em prática.

Esse momento de transição mostra que a IES está consciente da necessidade de inovação dos currículos e dos PP em conformidade com o novo perfil exigido para os profissionais de saúde no País. A percepção da importância desse fato pelos docentes impulsiona a incorporação de metodologias ativas de ensino em busca da construção do conhecimento interdisciplinar. O projeto pedagógico dos cursos devem contemplar atividades complementares e as IES devem criar mecanismos de aproveitamento do conhecimento adquirido pelos discentes, através de estudos e práticas independentes, tais como monitorias, estágios, programa de extensão e iniciação científica ⁽²⁾. Já a utilização da metodologia de problematização cria condições para efetivar a interdisciplinaridade no ensino, pois confere fatores positivos à qualidade dos serviços, além do crescimento pessoal do sujeito que executa o trabalho ⁽¹⁶⁾.

Assim, foram encontrados discursos (15,0%) que revelam que os currículos se encontram de acordo com o que é exigido pelas DCENF, apresentando disciplinas que favorecem a apreensão do conhecimento, conforme os discursos a seguir:

DSC 4 - O projeto pedagógico de enfermagem traz disciplinas que favorecem o conhecimento da interdisciplinaridade. Em um mesmo período o aluno tem a disciplina de patologia, por exemplo, e propedêutica de saúde do adulto. Trabalha-se um currículo que começa abordando a sociedade, organização social e depois entra no biológico. Isso sensibiliza o aluno para um olhar comunitário da sociedade. O desafio maior é que o nosso corpo docente se sensibilize e entre em consonância com os princípios desse projeto. Os módulos são

traçados por meio de competências gerais e específica visando às habilidades teóricas- científicas e práticas do enfermeiro no modelo assistencial.

É desvelada nos discursos que constituem condições que favorecem o ensino interdisciplinar, a formação para além do procedimento técnico, valorizando o desenvolvimento e a construção de competências e habilidades emocionais e éticas que propiciem uma assistência humanizada. Neste sentido, foi considerada a interpelação entre os conhecimentos e a construção do pensamento complexo para o preparo do trabalho alicerçado nos diversos saberes.

Assim, pela proximidade dos problemas tratados com as experiências cotidianas vivenciadas pelos docentes, é possível, através de atitudes interdisciplinares, estimular no aluno, a manutenção do interesse e curiosidade constantes ⁽³⁾.

Nesse contexto, alguns discursos (7,5 %) revelam que, para conseguir esse fortalecimento do ensino, dentro de uma proposta interdisciplinar, as IES devem fomentar reuniões pedagógicas e cursos de aprimoramento da prática docente, como pode ser constatado nos discursos a seguir:

DSC 4 – Eu tive várias capacitações para atuar com esse modelo, além de reuniões pedagógicas para organização do semestre e atividades em conjunto para avaliar essa interdisciplinaridade. O curso prevê encontros de formação que permitem aprimorar nossa prática docente. Isso fortalece o ensino.

Desta forma, as falas dos docentes mostram que as IES estão cada vez mais intencionadas que os professores abordem estratégias inovadoras do processo ensino-aprendizagem, e que este esteja em consenso com a atual conjuntura das políticas de saúde do País. Para tanto, as faculdades estão criando mecanismos de capacitação docente em busca de uma adequação do ensino voltada à abordagem formativa interdisciplinar. Os sujeitos em pleno exercício de sua cidadania devem buscar a articulação com outros indivíduos, favorecendo a conexão com as políticas sociais indutivas, na concretização de uma educação transformadora que contribuirá para as mudanças sociais ⁽⁷⁾.

Entretanto, foi possível identificar alguns fatores considerados limitantes para a implementação da interdisciplinaridade nos currículos dos Cursos de Enfermagem participantes do estudo. Alguns discursos (2,5%) referem que falta uma articulação do PP com os cenários de prática, como pode ser identificados nos discursos a seguir:

DSC 5 - O PP sabe pouco sobre os cenários dos serviços e sobre a conjuntura da política de saúde. Espero que ele ainda possa ser modificado.

Nesse contexto, os discursos fazem uma crítica em relação a conformação dos currículos aplicados, revelando que o conteúdo repassado ao aluno causa uma dicotomia entre o que é ensino na teoria e o que é aplicado na prática assistencial. Isso favorece a fragmentação do processo de ensinagem. A articulação teoria-prática na formação do enfermeiro é necessária para fortalecer os diferentes cenários de aprendizagem e realizar a integração ensino-serviço-comunidade ⁽¹⁸⁾.

Em alguns discursos (30,0%), foi revelado que, mesmo com a eminente necessidade de inovação dos currículos, a aplicação da interdisciplinaridade nos PP é muito incipiente, levando à iniciativa individual docente ou mesmo a não aplicação deste no PP, devido se tratar de um currículo tradicional, como é possível observar no DSC 6:

DSC 6 - A interdisciplinaridade é composta pela relação com os outros cursos que tem, porém é muito incipiente. Existe muita fragmentação. As DCN pedem que todos os currículos abordem essa construção interdisciplinar, com a visão do todo, mas no currículo é muito pouco abordado. Só existe por iniciativa individual de alguns professores. O nosso currículo ainda não é integrado e acredito que está bem longe de atingir isso.

Assim, a pouca ou nenhuma contemplação de práticas interdisciplinares nos processos formativos traduz em grande limitação para a implementação de um currículo que saia de uma abordagem fragmentada de ensino, de um currículo formal e apreenda a concepção interdisciplinar. Entretanto, é notório que a incorporação da interdisciplinaridade na educação se apresenta como um processo gradual, sendo necessário um período de tempo para a adequação dos currículos ⁽¹⁹⁾ e incorporação deste conceito.

O projeto pedagógico dos cursos é um instrumento de grande importância para inovação e aprimoramento do ensino. Todavia, a maioria dos discursos (17,5%) revela que os docentes não conhecem o PP dos Cursos de Graduação em Enfermagem em que atuam e isso pode ser consequência do despreparo dos docentes para atuar numa formação interdisciplinar, como pode ser constatado nos discursos a seguir:

DSC 7 - Não conheço o projeto pedagógico do curso. Nós, professores, não estamos preparados para trabalhar a interdisciplinaridade, pois fomos preparados pra trabalhar disciplinas.

Destarte, é notória a falta de participação do corpo docente na construção dos currículos e PP dos Cursos de Graduação em Enfermagem. Isso poderá comprometer a formação dos egressos, visto que não estarão preparados para atuar no atual modelo de saúde, que exige um profissional crítico e reflexivo, capaz de responder as necessidades de assistência à saúde da sociedade. O PP é o principal instrumento balizador do fazer universitário e assim, precisa ser elaborado de forma coletiva no âmbito da instituição. Ele deve estar adequado a responder o desafio contemporâneo educacional de reflexão ⁽¹⁹⁾.

O despreparo dos docentes para trabalhar no tipo de abordagem interdisciplinar, pode ser reflexo de uma formação fragmentada, baseada em currículos disciplinares que proporcionam uma formação baseada no modelo biomédico. Para tentar reverter essas dificuldades da formação é necessário que docentes e IES busquem alternativas de capacitação e atualização que proporcionem o aprendizado de toda a comunidade acadêmica e facilite a incorporação da interdisciplinaridade nos currículos dos Cursos de Enfermagem. Uma vez que ser educador na perspectiva interdisciplinar é ter competência técnica, fundamentação de saberes e atitudes flexíveis para construir com o outro, superando limites, a base do conhecimento ⁽⁵⁾.

Considerações Finais

O estudo propiciou a oportunidade de perceber como a interdisciplinaridade está sendo compreendida pelos docentes dos Cursos de Graduação em Enfermagem e como as IES estão

aplicando este conceito na proposta de reorganização dos currículos, em conformidade com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem.

Deste modo, foi observado que os docentes apresentam uma concepção de interdisciplinaridade relacionada à troca de conhecimentos disciplinar. Defendem a importância da aplicação da mesma em toda a formação do enfermeiro, uma vez que, através da interdisciplinaridade é possível proporcionar a aplicação de um conhecimento transversal à formação, o qual será importante para execução de um trabalho em equipe interdisciplinar para oferecer um cuidado com qualidade. Para tanto, é necessário que os docentes desenvolvam uma nova postura diante do conhecimento e realizem a comunicação entre os diversos saberes.

Foi observado, no estudo, que a abordagem da interdisciplinaridade nos projetos pedagógicos dos Cursos de Enfermagem, vem sendo construída progressivamente a partir de ações pedagógicas pontuais, como: a reconstrução de currículos com a integração de disciplinas, constituição de núcleos docentes avaliativos, incentivo a práticas integrativas pelos discentes, além de reuniões pedagógicas e cursos de aprimoramento da prática docente.

Entretanto, foram encontrados fatores limitantes para a aplicação da interdisciplinaridade na formação do enfermeiro, tais como: a falta de articulação dos currículos com os cenários de prática e com a política de saúde vigente no país. Além disso, a apresentação da proposta interdisciplinar nos currículos é incipiente ou mesmo não há essa aplicação, levando ao docente realizar uma iniciativa individual. Outro fator limitante encontrado, foi o despreparo do docente para formar na perspectiva interdisciplinar, fato que pode ser consequência da formação recebida pelos docentes.

Conclui-se que há a necessidade de uma reconstrução dos projetos pedagógicos e dos currículos. A arquitetura desses novos currículos necessita ser rica em estratégias pedagógicas inovadoras que possibilitem abordagens de ensino com uso de metodologias

ativas, proporcionando maior integração dos aspectos técnicos científicos e sociais dos processos formativos.

A falta de conhecimento dos docentes e o despreparo dos profissionais para ensinar numa perspectiva interdisciplinar, requer que as IES, criem espaços proativos para encontros didáticos, favorecendo a aproximação entre professores e trabalho coletivo, com o intuito de romper com o pensamento disciplinar, dicotomizado e transformando o pensar e o agir, resgatando contribuições mútuas e integração de processos formativos geradores de novos saberes e fazeres na assistência à saúde de qualidade.

Referências

1. Santos LMR, Diniz PRT, Miranda FAN. Avaliação on-line: estratégia pedagógica na formação do profissional enfermeiro. UNOPAR Cient. Ciênc. Biol. Saúde. 2002 out [acesso em 2014 fev 16]; 4(1): 21-29.
2. Ministério da Educação e Cultura (BR). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2001; Seção 1, p. 37.
3. Fazenda ICA. Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: Efetividade ou Ideologia. 6ª.ed. São Paulo, SP: Edições Loyola, 2011. P.70-71.
4. Feitosa RMM, Lima DWC, Almeida ANS, Silveira LC. Entre pensar e fazer na enfermagem: a interdisciplinaridade na perspectiva da clínica ampliada. Revista Baiana de Enfermagem. 2011 jan-abr [acesso em 2012 out 20]; 25(1): 75-88.
5. Gubert E, Prado ML. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. Rev. Eletr. Enf. 2011 abr-jun [acesso em 2012 out 20]; 13(2): 285-95. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2aa15.htm>.
6. Lefevre F, Lefevre AM. Pesquisa de Representação Social: um enfoque qualitativo. 1. ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2010.
7. Almeida AH, Soares AH. Health education: analysis of teaching in undergraduate nursing. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. maio-jun 2011 [acesso em 2014 jan 11];19(3):[08 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae
8. Minayo MCS. Disciplinaridade, Interdisciplinaridade e Complexidade. Rev. Emancipação. 2010 [acesso em 2013 dez 29]; 10(2): 435-442. Doi: 10.5212/Emancipacao.v.10i2.435-442. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>
9. Salvador AS, Medeiros CS, Cavalcanti PB, Carvalho RN. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. R bras ci saúde. 2011 [acesso em 2013 dez 29]; 15(3): 329-338. Doi: 104034/RBCS.2011.15.0
10. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da equipe de saúde da família. Ciencia & Saude Coletiva. 2013 [acesso em 2014 jan 09]; 18 (11): 3203 – 3212.
11. Wauben LSGL, Doorn CMDV, Wijngaarden JDHV, Goossens RHM, Huijsman R, Klein J, Lange JF. Discrepant perceptions of communication, teamwork and situation awareness among surgical team members. Int J Qual Health Care. 2011[acesso em 2014 jan 10]; 23(2): 159–166. doi: 10.1093/intqhc/mzq079.
12. Menezes MP, Yasui S. A interdisciplinaridade e a psiquiatria: é tempo de não saber? Ciencia & Saude Coletiva. 2013 [acesso em 2014 jan 09]; 18(6): 1817 – 1826.

13. Swallow VM, Nightingale R, Williams J, Lambert H, Webb NJA, Smith T, Wirz L, Qizalbash L, Crowther L, Allen D. Multidisciplinary teams, and parents, negotiating common ground in shared-care of children with long-term conditions: A mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 2013 [acesso em 2014 jan 09]; 13:264. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/264>.
14. Conn LG, Reeves S, Dainty K, Kenaszchuk C, Zwarenstein M. Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2012 [acesso em 2014 jan 09]; 12:437. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/437>.
15. Cavalcanti LIP, Bissoli MF, Almeida MI, Pimenta SG. A Docência no Ensino Superior na área da Saúde: Formação Continuada/Desenvolvimento Profissional em Foco. *Revista Eletrônica Pesquiseduca*. jul.–dez. 2011[acesso em 2013 jan 11]; 03(6): 162-182.
16. Ferreira PHC, Cordeiro BC. Validação da metodologia problematizadora na educação permanente em saúde: um estudo experimental. *O b j nursing*. 2012 [acesso em 2014 jan 11]; 11(2). Notas prévias.
17. Leite MTS, Ohara CVS, Kakehashi TY, Ribeiro CA. Unidade teórico-prática na práxis de um currículo integrado: percepção de docentes de Enfermagem na saúde da criança e do adolescente. *Rev. Bras. Enferm*. 2011[acesso em 2014 jan 11]; 64(4): 717-24.
18. Lopes MMR; Real GCM; Bagnato MHS. A percepção de egressos sobre as transformações curriculares ocorridas no curso de graduação em enfermagem. *ETD – Educ. temat. digit*.2012 [acesso em 2014 jan 11]; 14(2): 275-288. ISSN 1676-2592.
19. Nóbrega-Therrien SM, Guerreiro MGS, Moreira TMM, Almeida MI. Projeto Político Pedagógico: concepção, construção e avaliação na enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 2010 [acesso em 2014 jan 11]; 44(3):679-86.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do conhecimento vem enfrentando dissonância entre o processo de avanço tecnológico e o contexto de diversidade e exclusão que vivencia grande parcela da população brasileira frente aos determinantes socioculturais e econômicos na saúde.

O desafio posto requer que a formação dos profissionais de saúde seja baseada nas competências e habilidades que possibilitam diagnosticar, planejar e intervir com resolutividade diante das demandas que envolvem as questões da saúde.

Assim, é necessário estabelecer uma arena de trabalho em saúde com possibilidades, inovações, criatividade, além da comunicação e mobilização da equipe interdisciplinar e das famílias/comunidade, na perspectiva de uma assistência integral em consonância com o modelo de saúde vigente.

Nesse contexto, foram observadas algumas possibilidades de implantação da interdisciplinaridade na formação do enfermeiro. Essa ação pode ser feita por meio de atividades integradoras envolvendo a comunidade acadêmica, os profissionais e a própria sociedade; integração de disciplinas; núcleos docentes estruturantes, além de aprimoramento da prática docente.

Entretanto, Também foram ressaltados, alguns limites e desafios para a inovação de processos formativos, tais como: falta de articulação dos currículos com os cenários de prática e com a política de saúde vigente; questões econômicas da IES e o despreparo dos docentes em trabalhar na perspectiva da interdisciplinaridade.

Diante dos desafios evidenciados no estudo, emerge a necessidade de ampliar estudos abordando esta temática, assim como estabelecer uma corresponsabilidade entre as instituições de ensino superior, docente, discentes, gestores e profissionais dos serviços de saúde e comunidade, para fomentar a articulação entre ensino – assistência, na perspectiva da formação e atuação interdisciplinar do enfermeiro, em consonância com os princípios da integralidade da assistência.

Assim, é necessário maior incentivo das instituições de ensino pública e privada, para a formação e educação permanente dos docentes estimulando o desenvolvimento das atividades de ensino superior nos cursos de Enfermagem.

Conclui-se que a interdisciplinaridade emerge da necessidade concreta de inovação da formação do enfermeiro e dos profissionais de saúde na efetivação de novos saberes e fazeres, de modo a oferecer ao usuário uma assistência à saúde integral e de qualidade.

REFERÊNCIAS

1. Oguisso T, Campos PFS, Moreira A. Enfermagem pré-profissional no Brasil: questões e personagens. *Enfermagem em foco*. 2011(2): 68-72.
2. Silveira CA, Paiva SMA. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. *Cienc. Cuid Saude*. 2011 jan-mar; 10 (1): 176-183. Doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v10i1.6967>.
3. Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. *Rev. Esc. Enf. USP*. 2001 mar; 35(1): 80-7.
4. Germano RM. O ensino de enfermagem em tempos de mudança. *Rev. Bras. Enferm, Brasília (DF)*. 2003 jul-ago; 56(4): 365-68.
5. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barros MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – Uma Revisão conceitual. *Cienc & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2): 335-342.
6. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Estabelece a Lei orgânica da Saúde. Brasília: Diário Oficial da União. 1990 set 19.
7. Lins HA, Gonçalves AGB. A sociologia (da saúde) na formação de profissionais de enfermagem. X Encontro de Iniciação à docência da UFPB, 2011. Paraíba: UFPB, 2011.
8. Cavalcante TA, Vargens OMC. O desenvolvimento da pós-graduação stricto sensu em enfermagem no Brasil: estudo exploratório. *Rev. Enferm UFPE on line*. 2010 jul-set [acesso em 2012 out 20]; 4(3): 1565-570. Doi: <http://dx.doi.org/105205/reuol.847-8538-1-le.0403201031>.
9. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2006 [acesso em 2012 nov 01]; 40(4): 570-5. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>
10. Brasil. Conselho Nacional de Educação, Câmara da Educação Superior. Parecer nº 3, de 7 de novembro de 2001 - institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura; 2001.
11. Vasconcelos CMCB, Backes VMS, Gue JM. Avaliação no ensino de graduação em enfermagem na América Latina: uma revisão integrativa. *Enfermeria Global*. 2011 jul [acesso em 2012 out 20]; 23: 118-139. Disponível em: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal>
12. Chaves MM, Menezes BMJ, Cozer ML, Alves M. Competências profissionais do enfermeiro: o método developing a curriculum como possibilidade na elaboração de um projeto pedagógico. *Enfermeria Global*; 2010 fev [acesso em 2012 out 20]; 18:01-19. Disponível em: <http://www.um.es/ojs/index.php/eglobal>.
13. Ferreira MLSM. El papel de la institución en escoger, acoger y acompañar al professor universitario. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29(3): 68-73.

14. Feitosa RMM, Lima DWC, Almeida ANS, Silveira LC. Entre pensar e fazer na enfermagem: a interdisciplinaridade na perspectiva da clínica ampliada. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2011 jan-abr; 25(1): 75-88.
15. Carvalho V. Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(3): 500-7.
16. Gubert E, Prado ML. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. *Rev. Eletr. Enf.* 2011 abr-jun [acesso em 2012 out 20]; 13(2): 285-95. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2aa15.htm>.
17. Santos MMAS, Sauders C, Baião MR. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. *Cienc & Saúde Coletiva*. 2012; 17(3): 775-86.
18. Corbellini VL, Medeiros MF. Fragmentos da história: enfermeira tornando-se sujeito de si mesma. *Rev. Bras. Enferm.* 2006; 59(esp): 397-402.
19. Pava AM, Neves EB. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. *Rev. Bras. Enferm.* 2011 jan-fev; 64(1):145-51.
20. Brasil. Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. *Diário Oficial da União* 1996 dez 23; 1: 27833-41.
21. Silveira RCP, Robazzi MLCC. Articulation in teaching-service within the sistema único de saúde and the implications for nursing. *J Nurs UFPE on line*. 2012; 6(4): 947-55. DOI: 10.5205/reuol.2226-17588-1-LE.0604201234
22. Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, et al. Aderência dos Cursos de Graduação em Enfermagem às Diretrizes Curriculares Nacionais. *Rev Bras Enferm*. 2007 nov-dez; 60(6): 627-34.
23. Prado C, Leite MMJ. Compreendendo as intenções das ações de um corpo docente multiprofissional em um curso de graduação em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.* 2010 jul-ago; 63(4): 548-54.
24. Silva CCS, Egry EY. Constituição de competências para a intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. *Rev. Esc. Enferm USP*. 2003; 37(2): 11-6.
25. Pereira WR, Tavares CMM. Práticas pedagógicas no ensino de enfermagem: um estudo na perspectiva da análise institucional. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2010; 44(4): 1077-84.
26. Thiesen JS. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*. 2008; 13(39): 545-98.
27. Fazenda ICR. Formação de professores: dimensão interdisciplinar. *Revista Brasileira de formação de professores*. 2009; 1(1): 103-109.

28. Santos SSC, Lunardi VL, Erdmann AL, Calloni H. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. Revista didática sistêmica. 2007 jan-jun; 5: 13-22. ISSN: 1809-3108.
29. Minayo MCZ. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. Emancipação. 2010; 10(2): 435-442. Disponível em <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>
30. Fazenda ICA. Integração e Interdisciplinaridade no Ensino Brasileiro: Efetividade ou Ideologia. 6ª.ed. São Paulo, SP: Edições Loyola, 2011. P.54-71.
31. DEMO, Pedro. Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.
32. Souza EFM. Interdisciplinaridade. Vértices. 2003; 5(3): 135-41.
33. Saupe R, Budó MLD. Pedagogia interdisciplinar: “educare” (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2): 326-33.
34. Graziano AP, Egry EY. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. Rev. Esc. Enferm USP. 2012; 46(3): 650-6.
35. Schimith MD, Lima MADS. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. Rev. Enferm. UERJ. 2009 abr/jun; 17(2):252-6.
36. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SCC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde. 2006; 15(3): 7-18.
37. Moschen R, Motta MGC. Enfermagem em unidades de emergência: interfaces e interdependências do corpo de trabalho. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2010 set-out; 18(5): [8 telas].
38. Loch-Neckel G, Seeman G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Ciencia & Saúde Coletiva. 2009; 14(supl. 1): 1463-1472.
39. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2008 out-dez; 17(4): 758-64.
40. Pompeo DA, Rossi LA, Galvão CM. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnósticos de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2009; 22(4): 434-8.
41. Lefevre F, Lefevre AM. Pesquisa de Representação Social: um enfoque quali-quantitativo. 1. ed. Brasília: Liber Livro Editora; 2010.
42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Brasileiro. Brasil; 2010 [acesso em 2012 nov 05]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>

43. Miranda L. Relatório estadual de avaliação dos planos diretores participativos de Pernambuco. Recife; 2009.
44. Sobel TF, Muniz ALP, Costa EF. Divisão regional do desenvolvimento humano em Pernambuco: uma aplicação de análise de cluster. In: Anais 1º Seminário de Desenvolvimento Rural, Territorial e Regional, 2010. Recife. Pernambuco: UFPE, 2010.

APÊNDICES

Apêndice A – Instrumento de Caracterização dos Participantes

Instrumento de Caracterização dos Participantes

Data da entrevista: ____/____/____

Nº: _____

Caracterização dos Sujeitos

Idade: _____ anos

Sexo: () Feminino

() Masculino

Mesorregião: _____

IES: () Pública

() Privada

Tempo de funcionamento do curso de enfermagem: _____

Formação: _____

Tempo de Formação: _____

Cargo exercido: _____

Tempo de exercício da Docência: _____

Leciona em outra IES? () sim () não.

Carga Horária: _____

Exerce atividade assistencial? () sim () não.

Apêndice B – Roteiro de Entrevista

Roteiro de Entrevista

Nº _____

Questões Norteadoras

- O que você entende por interdisciplinaridade?
- Como a interdisciplinaridade é proposta no projeto pedagógico do curso de enfermagem em que você atua?

ANEXOS

Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Pesquisador: claudia fabiana lucena spindola

Título da Pesquisa: Concepções de Interdisciplinaridade entre docentes de cursos de graduação em Enfermagem

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Versão: 2

CAAE: 14332213.9.0000.5208

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DA NOTIFICAÇÃO

Tipo de Notificação: Envio de Relatório Final

Detalhe:

Justificativa: Envio de relatório final.

Data do Envio: 17/12/2013

Situação da Notificação: Parecer Consubstanciado Emitido

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 501.580

Data da Relatoria: 20/12/2013

Apresentação da Notificação:

A notificação foi apresentada para avaliação do relatório final da pesquisa

Objetivo da Notificação:

O pesquisador solicita a aprovação do relatório final da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O pesquisador apresentou, aos voluntários, o TCLE e explicou os Riscos e Benefícios;

Comentários e Considerações sobre a Notificação:

A notificação foi apresentada com o relatório final e o mesmo está adequado, com a indicação dos resultados e conclusão.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Recomendação:

Em um próximo relatório apresente o mesmo digitalizado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprova o parecer da notificação do relatório final da pesquisa, tendo o mesmo sido avaliado e o protocolo aprovado de forma definitiva.

RECIFE, 19 de Dezembro de 2013

GERALDO BOSCO LINDOSO COUTO
(Coordenador)

Anexo B - Normas para Submissão de Artigos da Revista Cogitare Enfermagem

Diretrizes para Autores

INSTRUÇÕES AOS AUTORES PARA PREPARAÇÃO E SUBMISSÃO DE MANUSCRITO

Atualizado em março 2014

1- INFORMAÇÕES GERAIS

O manuscrito submetido à Cogitare Enfermagem passa por um processo de análise, em duas etapas distintas, após ser-lhe atribuído um protocolo numérico de identificação, o qual é informado ao autor correspondente.

O relator do manuscrito realiza a análise da observação das Normas da Revista (apresentação e documentação), utilizando o instrumento próprio de avaliação e, se necessário, o manuscrito é devolvido aos autores para adequações. Uma vez adequado, o manuscrito é encaminhado para dois consultores *ad hoc* para a análise do texto e do conteúdo, juntamente com o instrumento próprio de avaliação. Se houver discordância entre os pareceres dos consultores, o manuscrito é enviado a um terceiro consultor.

O relator do manuscrito gerencia o fluxo entre os consultores e o autor correspondente. Durante todo o processo de avaliação (*peer review*) é omitida a identificação dos consultores e dos autores.

Durante o processo de análise e antes do envio do manuscrito para a publicação, o autor correspondente pode retirar o manuscrito, mediante solicitação formal e assinada por todos os autores.

Após a análise dos pareceres e da versão final, o manuscrito poderá ser Recusado ou Aceito, de acordo com a deliberação do Conselho de Editoração, sendo o resultado comunicado ao autor correspondente pelo e-mail informado na submissão.

Em caso de aceite para publicação os autores deverão comprovar o depósito da Taxa de Publicação de R\$ 250,00.

Os documentos de manuscritos cancelados ou recusados não permanecerão arquivados, os documentos de artigos publicados ficarão arquivados por cinco anos a contar do ano de sua publicação.

Cabe ao Conselho de Editoração a composição dos volumes para a publicação.

2- NORMAS EDITORIAIS

As normas da Cogitare Enfermagem estão baseadas no documento “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas” do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (www.icmje.org)

O manuscrito deve destinar-se, exclusivamente, à Cogitare Enfermagem, não devendo ser submetido a outro periódico, à exceção de resumos ou relatórios publicados em reuniões científicas.

Os autores são responsáveis por declarar conflitos de interesse, apoio financeiro, técnico, institucional ou pessoal, relacionados ao estudo; e por agradecimentos.

Os conceitos, opiniões e conclusões emitidos nos artigos, bem como a exatidão e procedência das citações e referências, são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho de Editoração.

A publicação do manuscrito dependerá do cumprimento das normas da revista e da apreciação pelo Conselho de Editoração, que dispõe de plena autoridade para decidir sobre sua aceitação, podendo, inclusive, apresentar sugestões aos autores para alterações que julgar necessárias.

Em acordo com a Licença *Creative Commons CC BY-NC-AS 2.5* (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/>) - Atribuição não comercial, a qual a Cogitare Enfermagem adota, é permitido acessar, fazer *download*, copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir artigos publicados, desde que citados os autores e a fonte. Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista Cogitare Enfermagem, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais.

Nos manuscritos resultantes de pesquisa que envolva seres humanos, os autores deverão informar no texto que o projeto foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa e especificar o número do protocolo de registro, além de enviar cópia de sua aprovação pelo Comitê (como documentos suplementares). Os autores também deverão explicitar nos artigos, resultantes de

pesquisa ou relato de experiência que envolveu seres humanos, se os procedimentos respeitaram Resolução do Conselho Nacional de Saúde do Brasil e, para os artigos de outros países, o constante na Declaração de Helsinki (1975 e revisada em 1983).

Artigos de pesquisas clínicas devem informar o número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínico validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde e pelo *International Committee of Medical Journal Editors* (www.icmje.org).

3- CATEGORIA DE ARTIGOS

Editorial - Limite máximo de 2 páginas

Matéria de responsabilidade do Conselho de Editoração.

Artigos originais - Limite máximo de 15 páginas

Estudo relativo à pesquisa científica inédita e concluída. Inclui: Introdução e Objetivos; Método; Resultados; Discussão; Conclusão ou Considerações Finais.

Revisão - Limite máximo de 15 páginas

Avaliação crítica sistematizada da literatura a respeito de tema específico. Inclui: Introdução; Método - incluindo o tipo de revisão realizada; Análise dos resultados; Conclusão ou Considerações Finais.

Reflexão - Limite máximo de 8 páginas

Texto reflexivo ou análise de temas que contribuam para o aprofundamento do conhecimento relacionado à área da saúde. Inclui: Procedimentos adotados; Delimitação do tema.

Atualização - Limite máximo de 5 páginas

Texto descritivo e interpretativo, com fundamentação teórica sobre a situação global de determinado tema.

Relato de experiência/caso - Limite máximo de 8 páginas

Relato de experiência, acadêmica ou profissional, relevante para a área da saúde.

Carta ao Editor - Limite máximo de 1 página

Comentário de artigo recentemente publicado na Cogitare Enfermagem, pesquisa ou achado científico relevante para a área da saúde.

4- NORMAS PARA A APRESENTAÇÃO DO MANUSCRITO

4.1 FORMATAÇÃO DO MANUSCRITO

- Digitado em formato “.doc”.
- Tamanho A4, com 2,5 cm nas quatro margens.
- Redigido em ortografia oficial, fonte Times New Roman, tamanho 12. Para citação direta com mais de 3 linhas usar fonte 10.
- Espaço duplo entre linhas no texto, inclusive no resumo.
- Espaço simples para título, nomes dos autores, citação direta com mais de três linhas e depoimento.
- As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto pela primeira vez.
- Palavras ou expressões em idioma diferente do qual o manuscrito foi redigido deverão estar em itálico.
- Para as notas de rodapé, a partir da segunda página, usar os seguintes símbolos e nesta sequência: †, ‡, §, ††, ‡‡, §§, †††, etc.

4.2 PÁGINA DE IDENTIFICAÇÃO

Esta página é considerada para fins de contagem do número total de páginas do manuscrito e deve ser anexada como documento suplementar e conter as seguintes informações, na sequência apresentada:

TÍTULO

- Deve ser conciso e refletir a ideia principal do manuscrito, com no máximo 16 palavras e excluindo a localização geográfica da pesquisa ou abreviações.
- Digitado em caixa alta, negrito, espaço simples, centralizado.

- Em caso do manuscrito ter origem em tese, dissertação, monografia ou disciplina de programa de pós-graduação deverá conter asterisco (*) ao final do título e a respectiva informação em nota de rodapé na primeira página.

AUTORIA

- Limitado a seis autores.

- Nomes completos e a primeira letra de cada nome em caixa alta; nomes dos autores separados por vírgula; espaço simples entre linhas.

- Nomes apresentados imediatamente abaixo do título, alinhados à direita e numerados com algarismos arábicos sequenciais e sobrescritos.

- Em nota de rodapé, na primeira página, devem constar as informações correspondentes a cada autor: formação, maior titulação acadêmica, cargo ocupado, nome da instituição, unidade e departamento à qual está vinculado, cidade, estado e país. Exemplo: Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil..

CATEGORIA DO ARTIGO

- Informar a categoria do manuscrito (Item 3 das instruções para autores).

AUTOR CORRESPONDENTE

- Informar nome, telefone, endereço e e-mail do autor correspondente.

- Autor correspondente é aquele para o qual a Cogitare Enfermagem encaminhará os comunicados a respeito do processo de análise do manuscrito. É responsável por representar os demais autores quanto às alterações no texto, fluxo do manuscrito e aceite formal da versão final do manuscrito para publicação.

- O nome do autor correspondente constará como tal por ocasião da publicação do artigo. É sua responsabilidade comunicar à Cogitare Enfermagem qualquer mudança no endereço e/ou problemas com o e-mail a fim de evitar atrasos no processo de análise do manuscrito.

4.3 MANUSCRITO

manuscrito não poderá ter a identificação dos autores, esta identificação deverá estar somente na página de identificação

As palavras “Resumo”, “Introdução”, “Método” e demais que iniciam as seções do corpo do manuscrito devem ser digitadas em caixa alta, negrito e alinhadas à esquerda.

TÍTULO

- Repetir o título e formatação da página de identificação.

RESUMO

- Texto limitado a 150 palavras, no idioma no qual o artigo foi redigido, contendo resumo informativo.

- Incluir, de forma não estruturada, informações de acordo com a categoria do artigo. Para artigos originais, por exemplo, inclui objetivo da pesquisa, método, resultados e conclusão.

DESCRITORES

- Apresentados imediatamente abaixo do resumo e no mesmo idioma deste.

- Limitados de 3 a 5, separados por ponto e vírgula, e a primeira letra de cada descritor em caixa alta. Espaço simples entre linhas

Exemplo: Educação; Cuidados de enfermagem; Aprendizagem.

- Os descritores devem identificar ou refletir os principais tópicos do artigo. Para determiná-los, consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde – DECS (<http://decs.bvs.br>); também poderão ser usados descritores do *Medical Subject Headings* – MeSH (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).

INTRODUÇÃO

- Deve conter justificativa, fundamentação teórica e objetivos. A justificativa deve definir claramente o problema, destacando sua importância, lacunas do conhecimento, e o referencial teórico utilizado quando aplicável.

MÉTODO

- Deve conter o método empregado, período e local em que foi desenvolvida a pesquisa, população/amostra, critérios de inclusão e de exclusão, fontes e instrumentos de coleta de dados, método de análise de dados.

- Para pesquisa que envolva seres humanos os autores deverão explicitar a observação de princípios éticos, em acordo com a legislação do país de origem do manuscrito, e informar o número do protocolo de aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com a legislação vigente.

RESULTADOS

- Informações limitadas aos resultados da pesquisa. O texto deve somente complementar informações contidas em ilustrações apresentadas, não repetindo os dados.

DISCUSSÃO

- Apresentação de aspectos relevantes e interpretação dos dados obtidos. Relação e discussão com resultados de pesquisas, implicações e limitações do estudo. Não devem ser reapresentados dados que constem nos resultados.

CONCLUSÕES OU CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Fundamentadas nos objetivos, resultados e discussão, evitando afirmações não relacionadas ao estudo e/ou novas interpretações. Incluir as contribuições do estudo realizado.

AGRADECIMENTOS, APOIO FINANCEIRO OU TÉCNICO, DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE FINANCEIRO E/OU DE AFILIAÇÕES

- É responsabilidade dos autores as informações e autorizações relativas aos itens mencionados acima.

REFERÊNCIAS

- Limite máximo de 30 referências. Sugere-se incluir as estritamente pertinentes à problemática abordada, evitando número excessivo de referências em uma mesma citação. Exclusivamente para Artigo de Revisão não há limite quanto ao número de referências.

- As referências devem ser atuais e pertinentes à temática abordada

- Artigos disponíveis online devem ser citadas segundo normas de versão eletrônica.- As referências devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecerem no texto pela primeira vez, e apresentadas de acordo com o estilo Vancouver.

ANEXOS

Os anexos, quando indispensáveis, devem ser citados no texto e inseridos após as referências. Em caso de ilustrações, devem ser observadas as orientações do item 5.3.

4.3 ORIENTAÇÕES PARA ILUSTRAÇÕES

- Por ilustrações entendem-se tabelas, quadros e figuras (gráficos, diagramas, fotos).
- São permitidas, no máximo, 5 ilustrações as quais devem ser numeradas consecutivamente, em algarismos arábicos
- Devem ser indicadas no texto com a primeira letra maiúscula.

Exemplo: Tabela 2, Quadro 1, Figura 3.

- A fonte das informações da ilustração, quando resultante de outra pesquisa, deve ser citada e constar nas referências.
- As ilustrações devem ser designadas como Figuras, exceto para Tabela e Quadros.

Tabelas e quadros

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.
- Devem ser indicados no texto, inseridas o mais próximo possível da indicação, e desenhadas com ferramenta apropriada do *Microsoft Word for Windows 98*[®] ou compatíveis.
- O título de tabelas e quadros deve ser colocado imediatamente acima destes, separado por ponto final do nome da cidade e ano das informações resultantes de pesquisa. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Quadro 1 - Intervenções de enfermagem. Belo Horizonte, MG, 2010

- Os títulos das colunas devem ser curtos; quando abreviados devem constar por extenso na legenda.

Figuras (Gráficos, Diagramas, Fotos)

- Dimensão máxima de 22 cm de altura por 16,5 cm de largura.
- Devem ser indicadas e apresentadas no texto e anexadas em arquivo separado, com qualidade necessária à publicação. Preferencialmente, no formato JPEG, GIF ou TIFF, com resolução mínima de 300 dpi.
- O título da figura deve ser colocado imediatamente abaixo desta, separado por ponto do nome da cidade e ano das informações. Esses últimos separados por vírgula e sem ponto final.

Exemplo: Figura 1 - Estilos de liderança segundo a Teoria do Grid Gerencial. São Paulo, 2011

- Não são publicadas fotos coloridas e fotos de pessoas (exceto as de acesso público, já publicadas).

4.4 ORIENTAÇÕES PARA CITAÇÕES E DEPOIMENTOS

Citação indireta ou paráfrase

- Informar o número da referência imediatamente ao término do texto, entre parênteses, e antes do sinal gráfico.

Exemplo: O enfermeiro contribui para a prevenção de condições incapacitantes⁽¹⁾.

Citação sequencial/intercalada

- Separar os números de cada referência por traço, quando for sequencial.

Exemplo: ⁽⁸⁻¹⁰⁾ - a informação refere que as referências 8, 9 e 10 estão inclusas.

- Separar os números de cada referência por vírgula, quando for intercalada.

Exemplo: ^(8,10) - a informação refere que as referências 8 e 10 estão inclusas.

Citação direta com até três linhas

- Inserida no corpo do parágrafo e entre aspas. O número e página correspondentes à citação literal devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: ^(8:13) – a informação se refere à referência 8, página 13.

Citação direta com mais de três linhas

- Constar em novo parágrafo, justificado à direita e com recuo de 4 cm da margem esquerda, digitada em fonte Times New Roman 10, espaço simples entre linhas, sem aspas.
- O número e página correspondentes à citação direta devem constar sobrescritos, entre parênteses e separados por dois pontos.

Exemplo: ^(8:345-9) - o número 8 se refere à referência e o 345-9 às páginas.

Depoimento

- A transliteração de depoimento deverá constar em novo parágrafo, digitada em fonte Times New Roman 12, itálico, espaço simples entre linhas, sem aspas.
- Comentários do autor devem estar entre colchetes e sem itálico. A identificação do sujeito deve ser codificada, entre parênteses, sem itálico e separada do depoimento por ponto.

Exemplo: [Comunicação] *é você expressar algo, dizer alguma coisa a alguém, é o ato de se comunicar [...].* (Familiar 2)

4.5 ORIENTAÇÕES PARA REFERÊNCIAS

Disponibilizamos abaixo exemplos de apresentação de referências, baseados no estilo Vancouver. Para outros exemplos consultar o *site*: www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Os títulos dos periódicos devem estar abreviados e de acordo com informação na página oficial eletrônica do periódico ou no Catálogo Coletivo Nacional (www.ccn.ibict.br/busca.jsf).

ARTIGO

Autoria Pessoal com até Seis Autores

Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Modesto AP, Borghi ACS. O sistema de conhecimento e de cuidado dos idosos em hemodiálise concernente a terapia medicamentosa. *Cogitare enferm.* [Internet] 2008;13(2) [acesso em 04 jan 2011]. Disponível: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://132.248.9.34/hevila/Cogitareenfermagem/2008/vol13/no2/1.pdf>

Autoria Pessoal com mais de Seis Autores

Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. Ciênc. saúde colet. [Internet] 2009;14(4) [acesso em 09 mar 2013]. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400031>

Autoria de Organização

European Society of Hypertension (ESH), European Society of Cardiology (ESC). Guidelines for the management of arterial hypertension. J. Hypertens. [Internet] 2007;31(7) [acesso em 06 dez 2011]. Disponível: <http://www.esh2013.org/wordpress/wp-content/uploads/2013/06/ESC-ESH-Guidelines-2013.pdf>

Autoria Pessoal e de Organização

Margulies EH, Blanchette M, NISC Comparative Sequencing Program, Haussler D, Green ED. Identification and characterization of multi-species conserved sequences. Genome res. 2003; 13(12):2507-18.

Sem indicação de Autoria

21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002;325(7357):184.

Com números em Algarismos Romanos

Chadwick R, Schuklenk U. The politics of ethical consensus finding. Bioethics. 2002;16(2):iii-v.

Volume com Suplemento

Geraud G, Spierings EL, Keywood C. Tolerability and safety of frovatriptan with short- and long-term use for treatment of migraine and in comparison with sumatriptan. Headache. [Internet] 2002;42 Suppl 2 [acesso em 23 set 2012]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12028325>

Número com Suplemento

Glauser TA. Integrating clinical trial data into clinical practice. *Neurology*. 2002;58(12 Suppl 7):S6-12

Volume ou Número com Partes

Abend SM, Kulish N. The psychoanalytic method from an epistemological viewpoint. *Int. j. psychoanal.* [Internet] 2002;83(Pt 2) [acesso em 26 nov 2010]. Disponível: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1516/EPM9-WQAV-5L37-X3T1/abstract>

Número Considerado no Todo

Pediatric Critical Care Medicine. Society for Critical Care Medicine. Hagerstown (MD) [Internet] 2003;4(2) [acesso em 13 jul 2011]. Disponível: <http://www.worldcat.org/title/critical-care-medicine-official-journal-of-the-society-of-critical-care-medicine/oclc/231040325>

Número Especial

Cruz EDA, Moreira I, Quiquio ZF. Prevenção de infecções associadas a cateter venoso central em pacientes neutropênicos. *Cogitare enferm.* [Internet] 2000;5(n.esp):46-55.

Artigo sem Número e/ou Volume

Banit DM, Kaufer H, Hartford JM. Intraoperative frozen section analysis in revision total joint arthroplasty. *Clin. orthop. relat. res.* [Internet] 2002;(401) [acesso em 11 abr 2010]. Disponível: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12151900>

Artigo Indicado de Acordo com a Categoria da Publicação

Tor M, Turker H. International approaches to the prescription of long-term oxygen therapy [letter]. *Eur. respir. j.* [Internet] 2002;20(1) [acesso em 02 mai 2012]. Disponível: <http://erj.ersjournals.com/content/20/1/242.full.pdf>

Artigo Publicado Eletronicamente antes da Versão Impressa

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. *Rev Saúde Pública*;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

Artigo no Prelo

Villa TCS, Ruffino-Netto A. Questionário para avaliação de desempenho de serviços de atenção básica no controle da tuberculose no Brasil. J. bras. pneumol. No prelo 2009.

Artigo publicado na Internet

Roehrs H, Maftum MA, Stefanelli MC. A comunicação terapêutica sustentando a relação interpessoal entre adolescente e professor do ensino fundamental. Online Braz J Nurs. [Internet] 2007;6(3) [acesso em 30 out 2006]. Disponível: <http://www.uff.brobjnnursing/index.php/nursing/articleviewArticle/j.1676-4285.2007.1>

Artigo Provido de DOI

Castillo BAA, Marziale MHP, Castillo MMA, Facundo FRG, Meza MVG. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [Internet] 2008 [acesso em 11 nov 2009];16(n.esp). Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700002&lng=pt)

[script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700002&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000700002&lng=pt). doi: 10.1590/S0104-11692008000700002

LIVRO

Livro Padrão

Wall ML. Tecnologias educativas: subsídios para a assistência de enfermagem a grupos. Goiânia: AB; 2001.

Mendes EV. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde: uma agenda para a saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, Pfaller MA. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo não é o mesmo do livro)

Nascimento SR, Meier MJ. Uma visão tecnológica do exame físico. In: Westphalen MEA, Carraro TE, organizadores. Metodologias para a assistência de enfermagem: teorizações, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB; 2001. p. 57-76.

Capítulo de Livro (quando o autor do capítulo é o mesmo do livro)

Veronesi R. Doenças infecciosas. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982. Eritema infeccioso. p. 32-4.

Livro cujo Autor é Editor ou Organizador

Lefréve F, Lefréve AMC, Teixeira JJV, organizadores. O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.

Hoskins LM. Clinical validation, methodologies for nursing diagnoses research. In: Carrol Johnson RM, editors. Classification of nursing diagnoses: proceedings of the eighth conference, 1989. Philadelphia: Lippincott; 1989. p. 126-31.

Livro com Autor Cooperativo

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). População recenseada e estimada, segundo os municípios de São Paulo em 2007. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; 2007.

Livro com Indicação de Tradutor

Teorias de enfermagem. Trad. de Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Livro com Data Desconhecida ou Estimada

Marcuzzi A. Alimentazione: risorse e possibilità. Bologna: Malipiero S.p.A; [data desconhecida]. 72 p.

Livro na Internet

Killings DB, ed. Anglo-Saxon chronicle [Internet]. Berkeley: Berkeley Digital Library; 1995 July [acesso em 03 nov 1998] Disponível: www.sunsite.berkeley.edu.

Parte de Livro em Internet

MedlinePlus health topics [Internet]. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US). Alzheimer's disease [acesso em 29 dez 2009]; [aproximadamente 8 p.]. Disponível: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alzheimersdisease.html>

Livro de Série

Kleinman A. Patients and healers in the context of the culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980. (Comparative studies of health systems and medical care; 3).

Livro Eletrônico, CD, DVD

Anderson SC, Poulsen KB. Anderson's electronic atlas of hematology [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.

Texas Heart Institute. Aortic valve replacement [CD-ROM]. West Hartford (CT): ORlive; c2005. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

Maftum MA, Reichembch MT, Canabrava DS, Sanglard TS. O cuidado à saúde de familiares de pessoas em sofrimento mental [CD-ROM]. Rio de Janeiro: UFRJ; 2005.

TESE E DISSERTAÇÃO*

Wyatt TH. Pilot testing Okay with Asthma(TM): a digital story for psychosocial asthma management [dissertation]. Charlottesville (VA): University of Virginia; 2003. 109 p. Disponível: <http://okay-with-asthma.org/>.

Maftum MA. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná [tese]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2004.

Kalinowski CE. O trabalho da enfermeira na rede básica de saúde: um estudo de caso [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2001.

*Dar preferência para artigos derivados do estudo

RELATÓRIO

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

JORNAL

Chiaradia T. Obesidade e câncer de mama: uma relação perigosa. 2007. [acesso em 20 out 2008]. Disponível: <http://dietaja.uol.com.br/Edicoes/154/artigo67009-1.asp>

Inscrições para o Enem podem ser feitas. Folha de S. Paulo [Internet] São Paulo; 2001 [acesso em 17 abr 2001]. Disponível: www.uol.com.br/folha/ (14 Mar 2001).

Tynan T. Medical improvements lower homicide rate: study sees drop in assault rate. The Washington Post. 2002 Aug 12;Sect. A:2 (col. 4).

LEGISLAÇÃO

Ministério da Saúde (BR). Decreto n. 1948, de 3 de julho de 1996: regulamenta a Lei n. 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, [Internet] 05 jan 1994 [acesso em 08 mar 2009]. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/L8842.htm>

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 26 jun. 1986. Seção 1:1.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado;1988.

Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 272, de 27 agosto 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras. Rio de Janeiro: COFEN; 2002.

HOME PAGE

Associação Nacional de Empresas de Pesquisa [Internet]. Belo Horizonte: Associação Nacional de Empresas de Pesquisa; [acesso em 13 dez 2005]. Critério de Classificação Econômica Brasil; [3 telas]. Disponível: <http://www.anep.org.br/codigosguias/CCEB.pdf>

Hooper JF. Psychiatry & the Law: Forensic Psychiatric Resource Page [Internet]. Tuscaloosa (AL): University of Alabama, Department of Psychiatry and Neurology; 1999 Jan 1 [atualizada em 08 jul 2006; acesso em 23 fev 2007]. Disponível: <http://bama.ua.edu/~jhooper/>

BASE DE DADOS

Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Oxford: Update Software; 2004.

TRABALHO APRESENTADO E PUBLICADO EM EVENTO

Souza SRRK, Fiewski MFC, Reisdorfer MCT. A gestante trabalhadora em enfermagem: um estudo ergonômico da atividade. In: 1º Seminário Internacional sobre o Trabalho na Enfermagem; 2003 Ago. p. 7-9; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: ABEn; 2003.

TRABALHO APRESENTADO EM EVENTO E NÃO PUBLICADO

Philippi Jr A. Transporte e qualidade ambiental [apresentação ao Seminário Riscos do Cotidiano no Espaço Urbano: Desafios para a Saúde Pública; 20 set 1994; Rio de Janeiro, Brasil].

DOCUMENTOS DIVERSOS

Verbetes de Dicionário

Ferreira ABH. Aurélio, século XXI: o dicionário da língua portuguesa. 3ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999. Colono; p. 504.

Apostila e Similares

Rodrigues JG. Orientação à pesquisa bibliográfica. Rio de Janeiro; 2002. [apostila da disciplina Orientação à Pesquisa Bibliográfica - Curso de Pós-Graduação - Instituto Oswaldo Cruz].

Documento publicado na Internet

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009].

Disponível:

http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

5- NORMAS PARA SUBMISSÃO DO MANUSCRITO

O manuscrito pode ser submetido ao Sistema Eletrônico de Revistas – SER no site www.ser.ufpr.br/cogitare uma única vez.

Após a conferência do artigo e da documentação, se houver alguma pendência, a revista solicitará a correção. Caso a solicitação de adequação não seja atendida no prazo estabelecido a submissão será cancelada.

5.1 TAXA DE SUBMISSÃO

Os autores deverão recolher a Taxa de Submissão de R\$ 150,00 por meio de pagamento de boleto bancário disponível no link: <http://www.funpar.ufpr.br:8084/intranet/cadastro/eventos.jsf>

Não será devolvida a Taxa de Submissão para os manuscritos cancelados ou não aceitos para publicação.

5.2 DOCUMENTOS

Check-list

Check-list de submissão preenchido e anexado como documento suplementar (ver modelo ao final do texto).

Documento de Submissão do Manuscrito

Este documento inclui a declaração de responsabilidade, de transferência de direitos autorais, de participação no manuscrito e de conflito de interesses.

Deve ser preenchido individualmente e assinado por todos os autores (ver modelo ao final do texto), e ser anexado como documento suplementar.

Cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

Para artigo de pesquisa que envolva seres humanos, enviar cópia do parecer de aprovação, com o respectivo número do protocolo, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa e de acordo com a legislação do país de origem do manuscrito. A cópia deve ser anexada como documento suplementar.

Comprovante do depósito da Taxa de Submissão

O pagamento deverá ser feito através de boleto bancário disponível no link: <http://www.funpar.ufpr.br:8084/intranet/cadastro/eventos.jsf> e o recibo enviado como documento suplementar.

6- NORMAS APÓS ACEITE DO ARTIGO PARA PUBLICAÇÃO

A Cogitare Enfermagem encaminhará ao Autor Correspondente a versão final do artigo. Este é responsável por consultar os demais autores e manifestar o aceite da versão final para publicação.

O autor correspondente deverá enviar a Cogitare Enfermagem o recibo de depósito da **Taxa de Publicação única no valor de R\$ 250,00**. O pagamento deverá ser feito através de boleto bancário disponível no link: <http://www.funpar.ufpr.br:8084/intranet/cadastro/eventos.jsf>

As solicitações de correções, após a publicação eletrônica do artigo, deverão ser encaminhadas no prazo de 15 dias da publicação.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

1. Verificar o preenchimento do check-list de submissão, conforme as instruções para publicação constantes no item Diretrizes para Autores. Declaração de Direito Autoral

A Cogitare Enfermagem adota a Licença *Creative Commons*, CC BY-NC Atribuição não comercial (resumo ou código completo da licença). Com essa licença é permitido acessar, fazer *download*, copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à Cogitare Enfermagem, não sendo, nesses casos, permissão por parte dos autores ou dos editores.

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de Transferência de Direitos Autorais assinada pelos autores.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços de e-mail neste site serão usados exclusivamente para os propósitos da revista, não estando disponíveis para outros fins.

Cogitare Enfermagem. ISSN Impresso: 1414-8536. ISSN Eletrônico: 2176-9133

Anexo C – Normas de Submissão de Artigos da Revista Latino Americana de Enfermagem (RLAE)

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de relevância, interesse, qualidade e originalidade. A revista recebe artigos nos idiomas inglês, português ou espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão e Cartas ao Editor, sendo prioritários os Originais. Sua periodicidade é bimestral e os números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares, preservado o anonimato dos autores e revisores.

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto.

Assim como o ICMJE e a Rede EQUATOR, a RLAE defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa por meio do estímulo à utilização de guias internacionais pelos autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas disponíveis nas declarações CONSORT, PRISMA, STROBE e COREQ.

- . Ensaio clínico randomizado - CONSORT (**checklist e fluxograma**).
- . Revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA (**checklist e fluxograma**).
- . Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE (**checklist**).
- . Estudos qualitativos - COREQ (**checklist**).

A RLAE desencoraja a submissão de artigos apresentando resultados parciais de uma mesma pesquisa e com dados coletados há mais de três anos.

Categorias de artigos

Artigos originais

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Artigos de revisão

Estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos utilizados estão: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa.

Cartas ao Editor

Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

Processo de julgamento

Os artigos submetidos, se encaminhados de acordo com as normas de publicação, são enviados à pré-análise do Editor Científico Chefe e, posteriormente, ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos. Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos (**consultar Preparo do artigo**). Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo

obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Direitos autorais

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da **Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais** assinada pelos autores. Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à RLAE. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

Custos de publicação

Os custos de publicação na RLAE são compostos pelo pagamento da taxa de submissão e dos serviços de tradução para a publicação em três idiomas.

Taxa de submissão

A taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será devolvida aos autores dos artigos recusados, seja na pré-análise ou na avaliação por pares, bem como aos autores dos artigos cujas correções foram solicitadas pela revista e não atendidas pelos autores.

Valor: R\$ 150,00

Forma de pagamento: depósito bancário

Banco do Brasil

Favorecido: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Revista Latino-Americana de Enfermagem

CNPJ: 63025530/0027-43

Agência: 1964-X

Conta Corrente: 8486-7

IBAN: BR0700000000019640000084867C1 (transações internacionais)

As orientações de como enviar o comprovante de pagamento da taxa de submissão estão descritas em Documentos para submissão.

Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original é traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

.: Revista Latino-Americana de Enfermagem :.

Av. Bandeirantes, 3900 - CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Telefone: (0XX16) 3602.3451 - FAX: (0XX16) 3602.0518

Revista Latino-Americana de Enfermagem Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Universidade de São Paulo Av. dos Bandeirantes, 3900. Bairro Monte Alegre. CEP: 14.040-902

Ribeirão Preto, SP, Brasil. Fone: 55 (16) 3602-4407/3602-3451 Suporte submissão:

author@eerp.usp.br

Instruções aos autores

Preparo do artigo

Preparo do artigo

New!

New!

Estrutura

- . Título no idioma do artigo
- . Resumo no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page.

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

Papel

- . A4
 - . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm
-

Quantidade de páginas

- . Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
 - . Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
-

New!

Formatação

- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)
 - . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas
 - . Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.
-

Título

- . Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
- . No idioma do artigo
- . Negrito

. Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

New!

Resumo

O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto. O *Objetivo* deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer.

O *Método* deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo, amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo.

Os *Resultados* devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados.

As *Conclusões* devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os *Ensaio clínico*s devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de 2

autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

- . No idioma do artigo
- . Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão
- . Redigido em um único parágrafo
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- . Até 200 palavras

Descritores

- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Selecionados da lista de Descritores em Ciências da Saúde ou Mesh
- . Mínimo de 3 e máximo de 6
- . Separados entre si por ponto e vírgula
- . Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão

New!

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra
- . Itens não permitidos: excessivas subseções, subseções com nomes extensos e em itálico, marcadores do MS Word

Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

Método

Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Resultados

Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito

em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

Discussão

A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

Conclusão

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

New!

Tabelas

Título

Informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

- . a distribuição “do que / de quem”
- . de acordo com “o que” ela foi realizada
- . cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

- . Localizado acima da tabela

Formatação

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word
- . Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula
- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela 3

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

Formatação não permitida

. Quebras de linhas utilizando a tecla Enter

. Recuos utilizando a tecla Tab

. Espaços para separar os dados

. Caixa alta

. Sublinhado

. Marcadores do MS Word

. Cores nas células

Cabeçalho

. Negrito

. Sem células vazias

Tamanho

. Evitar tabelas com mais de uma página

. Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

Quantidade

. Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

. Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

Inserção no texto

. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Notas de rodapé

. Restritas ao mínimo necessário

. Indicadas pelos símbolos sequenciais

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

Siglas

. Restritas ao mínimo necessário

. Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Valores monetários

Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa.

Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.

. Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Gráficos

. Não devem repetir os dados representados nas tabelas

. Plenamente legíveis e nítidos

. Tamanho máximo de 16x10cm

. Em tons de cinza e não em cores

. Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

Desenhos, esquemas, fluxogramas

. Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas

. Lógicos e de fácil compreensão

. Plenamente legíveis e nítidos

. Em tons de cinza e não em cores

. Tamanho máximo de 16x10cm

. Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

Fotos

. Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)

. Plenamente legíveis e nítidas

. Tamanho máximo de 16x10cm

. Em preto e branco e não em cores

. Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas 4

Figuras

New!

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

Título

. Localizado abaixo da figura

Quadros

. São semelhantes as tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas

. Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho

Quantidade

. Até 5 itens entre tabelas e figuras

Menção no texto

. Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1

Inserção no texto

. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

Siglas

. Restritas ao mínimo necessário

. Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais

*, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

Formato e resolução para publicação

Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a intervenção de um profissional de artes gráficas).

Citações no texto**Formatação**

. Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12)

. Ordenadas consecutivamente, sem pular referência

Citações de referências sequenciais

. separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (1-2), (4-5), (5-9)

Citações de referências intercaladas

. separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14), (10,12,15)

Local de inserção

. quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

Citações “ipsis literes”

. entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.

Itens não permitidos

. espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede

. indicação da página consultada

. nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico

. citações nas Conclusões

Siglas**New!**

. No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem

. Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡

. Não são permitidas no título do artigo e no resumo

Falas de sujeitos

. Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na seqüência do texto

. Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

New!**Notas de Rodapé**

. No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário

. Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.

. Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

Referências

- . Estilo Vancouver
 - . Artigos Originais: até 25 referências
 - . Artigos de Revisão: sem limite máximo
 - . Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.
 - . Referências da RLAE citadas em inglês
-