

CAPÍTULO 9

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS GESTORES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DE OITO REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS

*Evaluation of the training of health professionals from the perspective of
managers of undergraduate courses in eight Brazilian health regions*

Celia Regina Pierantoni¹

Carinne Magnago²

1. Pierantoni, CR. Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil – E-mail: cpierantoni@gmail.com

2. Magnago, C. Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Resumo

Este estudo objetivou avaliar a aderência dos cursos de graduação em saúde às Diretrizes Curriculares Nacionais e ao Sistema Único de Saúde, na perspectiva da regionalização. Foram entrevistados 67 gestores de cursos de graduação em enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia, localizados em oito regiões de saúde. Verificou-se estrutura curricular fragmentada; predomínio de estratégias pedagógicas tradicionais e dos hospitais como campos de estágio; bem como ênfase curricular no hospital e na especialização. Projetos de pesquisa e extensão vêm sendo adotados como estratégias de valorização do contexto local, mas as necessidades de saúde locais não são consideradas eixos estruturantes da formação. As características estruturais e socioeconômicas e a organização das redes de saúde no contexto regional têm determinado o perfil profissiográfico dos egressos da saúde, que são pouco preparados para atuar colaborativamente em equipe. Creemos que as mudanças na formação são dependentes e, ao mesmo tempo, promotoras do desenvolvimento das redes regionalizadas de saúde; assim, a transformação que se exige no campo da formação precisa ocorrer simultaneamente à reorganização dos serviços de saúde na perspectiva regional.

Palavras-chave: Educação superior. Regionalização da saúde. Sistema Único de Saúde. Recursos humanos em saúde.

Abstract

This study aimed to assess the adherence of undergraduate health courses to the National Curriculum Guidelines and to the Unified Health System, from the perspective of regionalization. 67 managers of undergraduate nursing, pharmacy, physiotherapy, medicine, nutrition, dentistry, and psychology courses located in eight health regions were interviewed. There was a fragmented curriculum structure; predominance of traditional teaching strategies and hospitals as internship fields; and curriculum emphasis on hospital and specialization. Research and extension projects have been adopted as strategies for valuing the local context, but regional health needs are not considered structuring axes of training. The structural and socioeconomic characteristics and the organization of health networks in the regional context have determined the professional profile of health graduates, who are poorly prepared to work collaboratively as a team. We believe that changes in training are dependent on and, at the same time, promote the development of regionalized health networks; therefore, the transformation required in the field of training needs to occur simultaneously with the reorganization of health services from a regional perspective.

Keywords: Graduate education. Regional health planning. Unified Health System. Workforce.

Résumé

Cette étude visait à évaluer l'adhésion des cours de santé de premier cycle aux directives nationales du programme d'études et au système de santé unifié, dans une perspective de régionalisation. 67 questionnaires de cours de premier cycle en sciences infirmières, pharmacie, physiothérapie, médecine, nutrition, dentisterie et psychologie situés dans huit régions sanitaires ont été interrogés. Il y avait une structure de curriculum fragmentée; prédominance des stratégies d'enseignement traditionnelles et des hôpitaux comme champs de stage; et l'accent du programme d'études sur l'hôpital et la spécialisation. Les projets de recherche et de vulgarisation ont été retenus comme stratégies de valorisation du contexte local, mais les besoins régionaux de santé ne sont pas considérés comme des axes structurants de formation. Les caractéristiques structurelles et socio-économiques et l'organisation des réseaux de santé dans le contexte régional ont déterminé le profil professionnel des diplômés en santé, qui sont peu préparés à travailler en collaboration en équipe. Nous croyons que les changements dans la formation dépendent et, en même temps, favorisent le développement de réseaux de santé régionalisés; par conséquent, la transformation requise dans le domaine de la formation doit se faire en même temps que la réorganisation des services de santé dans une perspective régionale.

Mots-clés: Enseignement supérieur. Planification régionale de la santé. Système de Santé Unifié. Main-d'oeuvre en santé.

INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde brasileiras, fundamentadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação das profissões da saúde, cujo marco de destaque foi a institucionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A partir de 2001, passam a constituir um modelo geral de orientação para a elaboração dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) e currículos pelas Instituições de Ensino Superior (IES)^{1,2}.

As DCN determinam que os cursos de saúde preparem profissionais capazes de conhecer e intervir sobre a realidade socio sanitária nacional, considerando um processo formativo baseado na valorização da atenção básica, na abordagem integral do ser humano, e nas demandas e expectativas da estruturação regional do setor saúde. Os

currículos devem, então, considerar as especificidades de saúde da região na qual os cursos estão inseridos, fomentando o desenvolvimento de habilidades e competências multiprofissionais adequadas aos aspectos sociodemográficos e epidemiológicos do território, colaborando para a ampliação do acesso qualificado aos serviços de saúde^{1,3}.

Passados 20 anos da implementação das DCN, muitos avanços são contabilizados. Há, contudo, desafios não superados e novas demandas de saúde, dinâmicas e complexas, que exigem o fortalecimento, a readequação e/ou a criação de propostas e condutas de reorientação do ensino em saúde que possam colaborar para a capacidade de resolução do SUS. Para tanto, são requeridos processos de monitoramento e avaliação que forneçam informações atualizadas sobre as mudanças operadas nos contextos regionais, e sobre as lacunas e falhas das ações em curso⁴⁻⁶.

Ante o exposto, este estudo objetivou avaliar a aderência dos cursos de graduação em saúde às DCN e aos pressupostos do SUS, na perspectiva da regionalização da saúde, processo técnico-político relacionado com a definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo se configura como pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, desenvolvida em âmbito nacional, no período de dezembro de 2015 a março de 2017. Emerge de um projeto colaborativo denominado “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde”, realizado pela Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, ambas integrantes da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH).

Demandado pelo Ministério da Saúde, esse projeto objetivou analisar os processos de regulação da formação e do exercício de diferentes profissões da saúde, com vistas a fortalecer as capacidades de avaliação e de monitoramento das políticas de Recursos Humanos em Saúde (RHS). Foi desenvolvido em parceria com a pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”, coordenada pela Universidade de São Paulo, cujo objetivo foi avaliar os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, da efetividade e da eficiência das ações e serviços no SUS.

Para o desenvolvimento desses projetos colaborativos, múltiplos métodos de pesquisa foram empregados, incluindo análise bibliográfica e documental, aplicação de sur-

vey por telefone e entrevistas presenciais com diferentes atores implicados nas políticas de formação e de saúde. Devido à magnitude da pesquisa e do conjunto de dados dela resultantes, neste artigo, serão apresentados apenas os resultados provenientes da etapa de entrevistas com dirigentes de cursos de graduação em saúde.

Os cenários de estudo foram oito regiões de saúde: Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco/PE-BA, especificamente as Macrorregiões de Saúde de Petrolina/PE e de Juazeiro/BA; Norte-Barretos/SP; Entorno de Manaus e Alto Rio Negro/AM; Baixada Cuiabana/MT; Região 10 – Capital e Vale do Gravataí/RS; Norte Fluminense/RJ; Metropolitana I/RJ; e Metropolitana II/RJ.

O universo da pesquisa correspondeu ao número de cursos de graduação em enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia existentes nas regiões de saúde, segundo Censo da Educação Superior⁷. Para determinação da amostra, os critérios de elegibilidade considerados foram: ser diretor, coordenador ou vice-coordenador de curso de graduação e estar disponível para a entrevista no período de coleta de dados.

Considerando o tempo previsto de cinco dias de coleta de dados em cada uma das regiões e o número de pesquisadores em campo, foram realizados convites por telefone e/ou por correio eletrônico institucional dos dirigentes, tendo a preocupação de abranger o maior número de cursos possível, incluindo pelo menos um da administração pública e um da administração privada, quando possível. Foram realizados 128 convites a gestores, dos quais 67 aceitaram participar mediante disponibilidade no período previsto para a coleta de dados (Tabela 1). Esclarece-se que 13 entrevistados ocupavam o cargo de dirigente em dois ou mais cursos privados de mesma graduação, instituição e currículo, que funcionam em turnos distintos. Nesses casos, o dirigente/curso foi contabilizado apenas uma vez.

Tabela 1. Amostra do estudo por regiões de saúde. Brasil, 2015-2017

Região de Saúde	Amostra
Norte-Barretos/SP	5
Interestadual do Vale do Médio São Francisco/PE-BA	6
Entorno de Manaus/AM	9
Baixada Cuiabana/MT	12
Região 10/RS	12
Norte Fluminense/RJ	5
Metropolitana I/RJ	14
Metropolitana II/RJ	4
Total	67

Fonte: dados da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário semiestruturado com base nas DCN, composto por 54 questões relacionadas com o perfil do entrevistado, caracterização da instituição de ensino e curso, estrutura e estratégias curriculares e perfil do egresso.

Os dados quantitativos foram tratados por estatística descritiva. As entrevistas foram gravadas em equipamento digital, transcritas integralmente, e submetidas à análise de conteúdo, com o propósito de produzir inferências⁸. Para tanto, as seguintes etapas foram empregadas: 1) pré-exploração do material produzido nas entrevistas, por meio de leitura que permitiu a organização dos conteúdos de relevância para este estudo; 2) seleção das unidades de análise, isto é, destacaram-se recortes dos depoimentos cujos significados, em conjunto, pudessem dar contexto às inferências empreendidas pelo pesquisador; e 3) interpretação e discussão dos dados.

O projeto do estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/Uerj, sob registro CAAE 46779115.5.0000.5260 e Parecer 1.248.858.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados

A amostra de entrevistados (n=67) foi composta majoritariamente por mulheres (n=45; 67,2%); doutores (n=39; 58,2%); com experiência prévia em cargos de gestão em IES (n=38; 56,7%). Com exceção de dois, todos se formaram na área de cujo curso são dirigentes. Registraram-se idade média de 45,3 anos e tempo médio no cargo de gestão de 2,6 anos.

Caracterização da instituição de ensino e curso

Dos 67 cursos de graduação em saúde incluídos na amostra, a maior parte deles é de enfermagem (Tabela 2); 37 (55,2%) são públicos, sendo 26 federais e 11 estaduais; e 30 (44,8%) são privados.

Tabela 2. Número de cursos incluídos na amostra por graduação. Brasil, 2015-2017

Curso	N	%
Enfermagem	15	22,4
Nutrição	10	14,9
Medicina	9	13,4
Fisioterapia	9	13,4
Farmácia	8	11,9
Psicologia	8	11,9
Odontologia	8	11,9
Total	67	100

Fonte: dados da pesquisa.

Os cursos ofertam, em média, 118 vagas, com média de preenchimento de 91%. Segundo os respondentes, o percentual de preenchimento tem variado nos últimos anos, com tendência a maior inflexão nas instituições privadas, em razão dos cortes no financiamento da educação, com reflexos nos programas de financiamento estudantil.

Caso a se destacar é de um curso de farmácia da região Norte-Barretos/SP, que não abriu novas vagas nos dois anos anteriores à coleta de dados em razão da baixa procura pelo curso, que se deve, segundo o entrevistado, ao “*nível salarial da profissão, que está baixo, e à saturação de mercado*”.

Estudos apontam que o incremento da oferta de vagas de graduação em saúde, exceto medicina, vem sendo acompanhado pela diminuição do número de inscritos e pela elevação da taxa de ociosidade, indicando menor procura pelos cursos de saúde e oferta de vagas superior à demanda⁹⁻¹¹. Dados sugerem que a ociosidade cresceu mais de 400% no período 2000-2014⁹, alcançando, em 2015, taxas que variaram de 30% (nutrição) a 52% (farmácia)¹⁰.

Outra preocupação manifestada pelos dirigentes é a evasão estudantil, que varia de 10% a 60% a depender do curso e da região, sendo mais pronunciada nos cursos de enfermagem e farmácia, cujos alunos costumemente migram para cursos de medicina, conforme constatado por outros estudos¹²⁻¹⁴.

“Tem muitos alunos que querem medicina. Então, boa parte faz aqui e de repente passa em medicina. Não necessariamente enfermagem é a primeira escolha.” (Interestadual do Vale do Médio São Francisco/PE-BA)

Em geral, esse fenômeno se acentua no fim do ciclo básico, momento no qual os alunos deixam de cursar disciplinas gerais e transversais aos vários cursos da saúde (como anatomia e fisiologia) e entram em contato com as primeiras disciplinas específicas da profissão. Além disso, diante da constatação de que optaram por um curso que não corresponde aos seus interesses, os alunos decidem evadir-se¹³.

“Os três primeiros semestres compõem o ciclo básico, bem teórico. A partir do quarto semestre é quando o aluno tem o primeiro contato com a profissão[...]. E é nesse momento que muitos desistem do curso por não se identificarem.” (Baixada Cuiabana/MT)

As principais modalidades de ingresso adotadas pelas instituições são o vestibular e o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), considerado como fator contributivo à entrada de alunos que residem na região de saúde e à democratização do ensino superior¹⁵. Para os dirigentes, o ENEM vem contribuindo para a ampliação do acesso à universidade por alunos de baixo poder aquisitivo e oriundos dos municípios do interior.

“Após a política de cotas atrelada ao ENEM, aumentou o número de alunos que têm por origem o município ou municípios vizinhos.” (Metropolitana I/RJ).

Não à toa, após a adoção do ENEM, a proporção de alunos originários da própria região de saúde onde se localiza a IES passou a ser prevalente, o que tem potencializado a retenção dos egressos no local. O contrário ocorre nos casos em que os alunos são oriundos de outros estados, que buscam voltar para seus locais de origem ou se deslocam para regiões mais desenvolvidas. Tais achados demonstram a importância da presença de cursos de maneira menos concentrada nas metrópoles, de modo a promover a fixação profissional nas áreas que mais carecem de profissionais, bem como agenciar o desenvolvimento regional¹⁶, compreendido como um conjunto de ações que busca combinar as potencialidades territoriais a políticas setoriais, a fim de modificar a estrutura da economia local e disponibilizar bens e serviços básicos em condições de acesso para toda a população¹⁷.

É nessa conjuntura que cursos de saúde menos tradicionais e de mais recente implantação nas regiões Norte e Nordeste – e que, portanto, possuem menos profissionais da categoria no mercado local – têm conseguido atrair docentes das regiões Sul e Sudeste, constituindo-se maioria nos cursos de fisioterapia e psicologia. Contrariamente, nos cursos das regiões Sul e Sudeste, a maior parte dos docentes é natural do estado onde se localiza a IES.

O número médio de docentes é de 56 por curso, com menor e maior média para os cursos de fisioterapia (54) e odontologia (67) respectivamente. Quanto à titulação, a maior proporção possui doutorado (54,8%).

Estrutura curricular do curso

Tal como observado por outros autores¹⁸⁻²², identificou-se que os cursos são majoritariamente organizados em dois ciclos: o básico, que se debruça sobre o conteúdo mais amplo ligado às Ciências da Saúde; e o profissional, cujos conteúdos são mais específicos da profissão. Essa estruturação curricular, que está em descompasso ao proposto pelas DCN, possui suas bases históricas sustentadas pelo positivismo francês e pelo Relatório Flexner, sendo objeto de debate há décadas²³.

Ademais, com exceção de seis que se estruturam por módulos, todos os cursos se organizam por disciplinas.

“Trabalhamos com módulos por sistemas, que são estudados de uma forma integrada. Por exemplo: sistema respiratório em que se aborda anatomia, fisiologia, embriologia etc.[...] Os módulos vão se repetindo em outros períodos para aprofundamento.” (Norte-Barretos/SP)

Alguns entrevistados sinalizaram que apesar de o PPP e de a grade curricular demonstrarem a existência de uma integração por módulos ou núcleos de aprendizagem, na prática, a organização é por disciplinas isoladas.

“Quando da concepção da universidade, aderimos à divisão dos cursos por módulos com conteúdos transversais, mas a estruturação se mostrou complicada, e os cursos fizeram suas adaptações”. (Interstadual do Vale do Médio São Francisco/PE-BA)

Entre as dificuldades que se impõem na concretização de um currículo integrado, estão o número de professores e a pouca comunicação entre os diferentes departamentos institucionais responsáveis pelos ciclos básico e profissionalizante.

“Nós não temos o quantitativo de professores que possa atender a essa possibilidade. Temos que ter um professor do início ao fim do curso, que esteja envolvido no processo. [...] E a integração só acontece e funciona quando você tem todos os seus docentes em dedicação exclusiva” (Interstadual do Vale do Médio São Francisco/PE-BA)

A fragmentação curricular é reflexo e, ao mesmo tempo, produtora de processos de trabalho e de produção do cuidado também fragmentadas, incapazes de responder adequadamente às necessidades de saúde cada vez mais dinâmicas e complexas, que exigem um novo perfil profissional e uma força de trabalho em saúde mais integrada^{24,25}. Imprimem-se, portanto, redesenhos dos processos de formação em saúde no sentido da interdisciplinaridade e da colaboração profissional, que visem melhorar a interdependência e o desempenho dos trabalhadores, das práticas e dos sistemas de saúde diante de contextos de atuação específicos^{26,27}.

A fragmentação curricular constatada por este estudo implica desafios para implementação e uso de metodologias ativas, previstas nos PPP de 85% dos cursos analisados. Na prática, predomina o ensino baseado no modelo tradicional de educação caracterizado por aulas expositivas e protagonismo docente^{28,29}. Segundo gestores, há uma tentativa de introduzir e fortalecer o uso dos métodos ativos, mas são muitas as limitações, entre elas, a resistência e o despreparo dos docentes.

“A gente observa um perfil de docente inovador, com uma tendência a utilizar metodologias ativas. Mas, infelizmente, esses professores não são a maioria. Ainda predomina o modelo tradicional.” (Entorno de Manaus/AM).

“Nosso corpo docente não está preparado para um processo de formação que contemple metodologias ativas e a autonomia do aluno, a resistência continua.” (Baixada Cuiabana/MT).

Cunha³⁰ argumenta que a resistência docente é fruto de sua própria formação, durante a qual absorveram concepções epistemológicas e didáticas que sustentam a sua atuação profissional. Como as metodologias ativas propõem uma reflexão sobre a prática de ensinar para atender às especificidades dos alunos, os docentes encontram dificuldades em aceitá-las e implementá-las. Intervir nesse processo de naturalização profissional exige, então, um trabalho sistematizado de reflexão, baseada na desconstrução da experiência³¹.

Os sistemas de avaliação adotados pelos cursos refletem sua estruturação curricular e pedagógica. Em geral, trata-se de uma associação de provas teóricas e práticas

periódicas, com pequenas variações no que se refere à atribuição de notas condicionadas a diferentes atividades executadas pelo aluno. A avaliação de competências técnicas, uso de jogos e outros métodos de avaliação menos convencionais foram mencionados como alternativas utilizadas por alguns professores.

Sobre o tema, é preciso destacar que há fragilidades nas próprias DCN para indicar meios e métodos alternativos que permitam uma avaliação articulada das capacidades cognitivas, atitudinais e técnicas², imprescindíveis para a mobilização de diferentes recursos para solucionar problemas da prática profissional, em diferentes contextos³².

Cenários de prática

Tal como previsto pelas DCN, os cenários de prática utilizados pelos diferentes cursos são diversificados; porém, conforme reportado por outros estudos, há predominância dos campos de estágio em ambientes hospitalares^{33,34}, em detrimento dos espaços comunitários nos quais vivem e transitam as populações, o que dificulta a estimulação de uma formação ampliada, distanciando os estudantes de entrar em contato com problemas complexos e com a alta vulnerabilidade social que marca a realidade de grande parte dos usuários do SUS³⁵ (Tabela 3).

Os cursos de enfermagem e medicina possuem maior capilaridade nos serviços da rede SUS; os demais, por outro lado, com algumas exceções, além dos hospitais, utilizam especialmente cenários não específicos da saúde, como creches e escolas, empresas e lares de idosos.

Tabela 3. Número e percentual de cursos segundo os cenários de prática utilizados. Brasil, 2015-2017 (n=67)

Cenários	N	%
Hospitais	61	91,0
Unidades de Atenção Básica	56	83,6
Creches e/ou escolas	46	68,7
Centro de Atenção Psicossocial	36	53,7
Unidades de Pronto Atendimento	27	40,3
Policlínicas/ambulatórios/clínicas	22	32,8
Lar de idosos	10	14,9
Empresas/indústrias	10	14,9
Residência Terapêutica	4	6,0
Farmácias	4	6,0
Outros*	11	16,4

Fonte: dados da pesquisa.

*Restaurantes, hotéis, organizações não governamentais, equipamentos de serviço social, secretarias de saúde, academias, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), delegacias, centros de distribuição de medicamentos, atenção domiciliar (*home care*).

Da análise desse quesito nas diferentes regiões de saúde, alguns pontos se destacam. No Entorno de Manaus/AM, são poucas as dificuldades percebidas pelos cursos para uso dos cenários de saúde, nos diferentes níveis de atenção. Na Região 10/RS, há uma divisão distrital dos campos de estágio, em que cada IES está responsável por determinadas regiões. Na percepção dos entrevistados, esse é um aspecto positivo e que tem evitado a competição por campos de estágios. Para os que apontaram pontos negativos dessa organização, a justificativa foi a inexistência de alguns equipamentos em determinados locais (por exemplo, centros de atenção psicossocial), sendo necessário pactuações para que os alunos possam ser alocados em outros distritos.

Nas regiões Metropolitanas I e II/RJ e Norte Fluminense/RJ, a principal preocupação é a disputa por campos práticos entre as diferentes instituições em razão do número expressivo de cursos existentes no estado. Uma preocupação latente é o fato de que as instituições privadas de maior porte pagam preceptores externos para o acompanhamento do aluno, eximindo os profissionais de saúde que atuam no serviço da responsabilidade da preceptoría. Em alguns casos, essas instituições estabelecem, também, acordos financeiros com as unidades para usufruto do campo.

A região Norte-Barretos/SP, além de reunir um pequeno número de cursos da área da saúde (todos privados), possui uma rede de saúde robusta que viabiliza a vivência profissional dos alunos, com exceção dos que cursam odontologia, que não têm inserção na rede de saúde; por esse motivo, os campos de prática se restringem a clínica própria e, eventualmente, a escolas para educação em saúde bucal. Esse fato é resultante de diversos processos por que passou e passa a instituição, que transcorrem de questões políticas, de gestão, e de resistência por parte da rede de saúde. Além disso, alunos e professores também contribuem para falta de compreensão da importância da inserção de cirurgiões-dentistas na rede regional de saúde.

Na Baixada Cuiabana/MT, os relatos indicam fragilidades que limitam a inserção dos alunos na rede: infraestrutura precária das unidades; dificuldade de articulação com os gestores; e, ainda, o baixo grau de implantação de dispositivos de apoio à atenção básica, que impactam essencialmente os alunos dos cursos de nutrição, farmácia, psicologia e fisioterapia. A perspectiva é de que esse cenário seja agravado, uma vez que a nova Política Nacional de Atenção Básica não prevê mais nenhum tipo de estímulo ministerial à lógica do apoio matricial e ao *modus operandi* dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família³⁶.

A abordagem regional e a formação para a atenção básica

Algumas estratégias curriculares vêm sendo adotadas na perspectiva de valorizar o contexto regional no qual se inserem as IES, como o desenvolvimento de pesquisas e

de projetos de extensão nas comunidades. Essas contribuições vão ao encontro dos dispositivos da Resolução nº 569/2017, que ratifica a responsabilidade social das IES com o seu entorno e o compromisso com a promoção do desenvolvimento de redes assistenciais e com a formação de RHS, de modo a possibilitar a transformação da realidade em que estão inseridas^{4,37}.

Contudo, as necessidades de saúde locais não são consideradas eixos estruturantes do processo de formação, especialmente pelos cursos localizados no eixo centro-sul do Brasil, cuja abordagem curricular se restringe aos aspectos microbiológicos e epidemiológicos de doenças endêmicas.

Por outra via, dirigentes de cursos localizados em áreas que concentram populações rurais, ribeirinhas e indígenas (Entorno de Manaus/AM e Baixada Cuiabana/MT) demonstram maior preocupação com as particularidades da região, segundo os quais o esforço em dar foco aos problemas de saúde locais esbarra em dificuldades de caráter logístico para acesso a áreas geograficamente menos acessíveis.

“A ideia é trabalhar a saúde das populações amazônicas, onde você tem ribeirinhos e os indígenas. As 45 horas atuais previstas em nosso currículo são muito poucas para incluir essa diversidade. E nós temos professores com formação, pesquisa e experiência na área indígena. O problema é a logística de acesso aos territórios para estes alunos.” (Entorno de Manaus/AM)

Outros fatores que inviabilizam o desenvolvimento de competências profissionais alinhadas à realidade local, segundo os dirigentes, são as deficiências estruturais dos estabelecimentos de saúde utilizados como cenários de prática, o incentivo do Estado à iniciativa privada (Norte-Barretos/SP, Norte Fluminense/RJ), a baixa cobertura de atenção básica que compete com a robustez dos equipamentos hospitalares, e as dificuldades de acesso a áreas socialmente mais vulneráveis que são, em geral, dominadas por “estados paralelos”³⁸ (Metropolitanas I e II/RJ).

Tais fatores são consistentes com os condicionantes que obstam o desenvolvimento das redes e regiões de saúde no Brasil. Segundo Viana e Uchimura³⁹, três dimensões podem explicar, se não o todo, pelo menos parte do processo de regionalização: política, que reflete as tensões e os processos de negociação entre os diferentes atores e instituições implicados no setor saúde; estrutura, que traduz a disponibilidade e a suficiência dos diferentes recursos necessários à construção de um SUS regionalizado; e organização, que contempla diferentes “critérios de conformação das redes de atenção à saúde, o planejamento, a gestão, a integração sistêmica entre serviços, a regulação e o acesso da população”.

Nesse momento, cabe aqui uma reflexão sobre as próprias DCN que, propondo-se gerais e orientadoras, podem não dar conta da complexidade do processo de formação

de profissionais de saúde, especialmente em se tratando de um país plural como o Brasil, cujas realidades regionais são ímpares.

“As DCN são amplas. Por serem válidas para o País, elas não trabalham as especificidades de cada local. Então, ela dá um suporte geral, mas não fornece subsídios para se escrever um PPP na perspectiva regional.” (Baixada Cuiabana/MT).

As dessemelhanças de ordem social, política e econômica entre as diferentes regiões de saúde⁴⁰ podem dificultar o direcionamento dos cursos que, de um lado, devem atender às expectativas nacionais de formação e, de outro, devem focalizar nos problemas locais que, muitas vezes, são díspares de outras regiões e nem sempre atendem às demandas das políticas públicas.

“Para a nossa região ele é adequado, ele atende. Hoje, o mercado de trabalho para nosso egresso é voltado para o mercado hospitalar. Quem recebe o nosso aluno é o hospital. Então, não podemos mudar o foco da nossa formação, embora as diretrizes digam outra coisa. Caso contrário, o aluno não chega preparado no mercado de trabalho. Adianta ele chegar um excelente aluno de saúde pública, mas trabalhar apenas nas práticas hospitalares? Se a nossa maior demanda hoje é a área hospitalar, então é para lá que formamos.” (Norte Fluminense/RJ)

Esses condicionantes fortalecem a perspectiva histórica do modelo de formação biologicista, unicausal e centrado na doença, distante, portanto, dos preceitos estruturantes do modelo de saúde almejado pelo SUS. Como reflexo, a abordagem da atenção básica nos cursos investigados é, em geral, restrita a poucas disciplinas isoladas de saúde coletiva⁴¹⁻⁴³.

“As disciplinas voltadas para a saúde pública e atenção básica são ministradas somente no início da graduação e, no final, em disciplinas que são muito teóricas e que essencialmente não levam os graduandos para a prática na atenção básica.” (Metropolitana I/RJ)

Essa proposta curricular explica os altos índices de cursos que não preparam ou preparam parcialmente os estudantes para desenvolver um conjunto de ações habitualmente praticadas na atenção básica, as quais exigem, em última análise, competências colaborativas que promovam o exercício efetivo do trabalho em equipe (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação dos dirigentes (%) quanto ao curso preparar os alunos para o desenvolvimento de ações em saúde. Brasil, 2015-2017 (n=67)

Ações de saúde	Prepara	Prepara parcialmente	Não prepara
Visitas domiciliares	51,6	29,0	19,4
Acolhimento	60,0	26,7	13,3
Grupos de educação em saúde	74,2	16,1	9,7
Promoção da saúde	71,0	17,7	11,3

Ações de saúde	Prepara	Prepara parcialmente	Não prepara
Trabalhar em equipe multiprofissional	71,0	24,2	4,8
Supervisão de outros profissionais	50,0	30,4	19,6
Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular	14,3	37,1	48,6
Apoio matricial	40,0	34,3	25,7

Fonte: dados da pesquisa.

Apesar disso, a maior parte dos dirigentes considera a matriz curricular de seus cursos como ‘muito boa’ (43,3%) ou ‘boa’ (28,4%) quanto ao preparo de profissionais para futura atuação na atenção básica.

Esses achados ratificam os desafios do campo da educação na saúde enunciados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), segundo a qual, no atual contexto social e político do Brasil, é preciso avançar na formação interprofissional e valorizar a formação em Atenção Primária à Saúde, com ênfase na saúde da família⁴⁴.

A Educação Interprofissional (EIP), em sua concepção, sustenta a proposta de um modelo de formação que valorize e oportunize momentos de aprendizado conjunto e interativo entre estudantes de saúde de diferentes categorias profissionais, para que aprendam entre si, com e sobre os outros, e desenvolvam habilidades para o trabalho colaborativo^{26,45}. No contexto brasileiro, ao considerar que os modelos hegemônicos de formação e de assistência à saúde não oferecem subsídios para a operacionalização das diretrizes adotadas pelo SUS, a EIP ganha força por seu potencial para inverter a lógica da educação verticalizada e tradicionalmente estabelecida⁴⁶.

Essa proposta pedagógica está expressa, inclusive, nas atuais recomendações do Conselho Nacional de Saúde para a revisão das DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde³⁷: “as DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional”.

Perfil dos egressos

A análise das entrevistas permitiu identificar a ênfase pedagógica nas diferentes áreas de atuação profissional: os cursos de medicina, enfermagem e odontologia enfocam majoritariamente a atenção hospitalar/especializada, seguida pela atenção básica; os cursos de farmácia, fisioterapia e nutrição preparam os estudantes para atuar principalmente em consultórios/clínicas e hospitais, enquanto os de farmácia, para o atendimento em drogarias comerciais.

“A fisioterapia, tem ainda, culturalmente, um foco na atenção hospitalar. Numa forma de trabalho hospitalizada, hospitalocêntrica. Mudar isso é bem difícil, não impossível [...]. mas o próprio fisioterapeuta não se vê dentro da realidade do SUS, da atenção básica.” (Baixada Cuiabana/MT)

No entanto, quando questionados sobre o perfil dos egressos de seus cursos, os dirigentes o descreveram como sendo, em geral, generalista. Alguns deles, inclusive, leram o perfil descrito no PPP, que espelha a proposta das DCN de um perfil crítico, generalista e humanista.

“Nutricionista com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar visando à segurança alimentar e a atenção dietética e todas as áreas de conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos e grupos populacionais [...].” (Norte-Barretos/SP)

Fato é que as ênfases privilegiadas pelos cursos acabam por direcionar o perfil profissional dos egressos da saúde, como comentado por alguns entrevistados:

“O nosso aluno de medicina ainda sai muito voltado para a especialização; nós ainda temos uma matriz curricular com o viés da especialização.” (Entorno de Manaus/AM)

“Enfermeiro de perfil plural, generalista, porém com maior tendência para a prática hospitalar.” (Metropolitana II/RJ)

A deficiência dos processos de formação é considerada com um dos principais entraves para a gestão do trabalho na atenção básica⁴⁷. Essa percepção é ratificada por profissionais atuantes no SUS, segundo os quais a graduação não os prepara para atuar na perspectiva do serviço público de saúde, em especial no nível primário de atenção^{48,49}.

Assim, afirmar a proposta da formação para a saúde na lógica do SUS significa desenvolver estruturas curriculares e processos pedagógicos que considerem a “regionalização dos conteúdos” e que se materializem prioritariamente no cotidiano dos serviços^{18,50}. É preciso refletir sobre a realidade e as necessidades dos serviços e territórios e, a partir daí, desenhar currículos integrados que contemplem a inserção dos alunos nos vários equipamentos regionais, em uma lógica de formação baseada no sistema de saúde, promovendo, no futuro profissional, a compreensão da necessária integração regional^{18,51}.

A formação não pode se abster de participar do debate de estruturação do cuidado no SUS: primeiro, porque os processos de formação não podem estar deslocados dos acontecimentos do cotidiano do serviço, que é lócus de “reprodução, de experimentação e de invenção de modos de ser trabalhador no SUS”; segundo, porque é preciso que a formação se dê no e para o trabalho³⁵. Se, por um lado, o protagonismo acadêmico é fator crucial ao processo de regionalização da saúde⁵²; por outro, as mudanças na formação são completamente dependentes da estruturação de redes de atenção robustas,

integradas e concordantes com as demandas locorregionais. Há, em nosso entendimento, um processo de retroalimentação: as instituições de ensino atuam como catalizadoras e, ao mesmo tempo, favorecidas do desenvolvimento regional⁴.

É fato que a escala de transformação simultânea que suscitamos – da formação e da reorganização dos serviços de saúde na perspectiva regional – deve ser sistêmica, global; e, por isso, é complexa, como observado no modelo teórico de Hartz e Contran-diopoulos⁵². Contudo, vale lembrar que o ensino e a atenção à saúde são eixos da política de educação do SUS; e por estarem imbricados na realidade que se espera mudar, são corresponsáveis pelos atos configurantes de mudança⁵³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as especificidades do sistema nacional de saúde brasileiro e sua priorização às ações de promoção e prevenção e ao combate às iniquidades em saúde, a Atenção Básica foi considerada nível primário e fundamental para toda organização desse sistema. Nessa perspectiva, as DCN orientam para uma organização curricular integrada e interdisciplinar, que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e a trabalhar em equipe. Mais ainda, que se baseie em estratégias pedagógicas que articulem o saber, o saber fazer e o saber conviver, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade. Para tanto, motiva a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e profissionalizantes.

No entanto, como observado na pesquisa, as características estruturais e as condições de vida, infraestrutura, emprego e salário e, sobretudo, de aparelhos de saúde do contexto regional acabam por determinar o perfil de formação. Essas características refletem desde dificuldades de acesso e fixação dos estudantes – como a necessidade de fortalecimento de mecanismos de financiamento estudantil –, até a disponibilidades de docentes e preceptores qualificados para o exercício de processos de ensino-aprendizagem integradores entre as profissões, por um lado, e para a prática dos serviços de saúde, por outro.

Esses condicionantes têm contribuído para a manutenção do modelo de formação fragmentado, biologicista e centrado na cura, incapaz de responder equitativamente aos inúmeros desafios, passados e atuais, que se apresentam ao campo da saúde, em grande parte por causa de currículos fragmentados, desatualizados e estáticos que produzem graduados mal preparados para atuar em cenários complexos.

Contudo, podemos supor um caminho de construção e desenvolvimento das redes de saúde e das instituições de ensino em concordância com as mudanças que se exigem no campo de formação. Cremos que essas mudanças na formação são depen-

dentos e, ao mesmo tempo, promotoras do desenvolvimento das redes regionalizadas de saúde, tal como observado em algumas regiões de saúde que têm maior integração com a rede de serviços, embora ainda prevaleça a lógica hospitalar. Dito isso, a formação em saúde não precisa se constituir ponto de partida para a mudança do modelo technoassistencial – já que se trata de elementos interdependentes que operam mudanças um no outro –, mas pode assumir papel protagonista na construção de sistemas de saúde regionais alicerçados nos princípios do SUS.

Reforça-se, por fim, o papel da avaliação como indutora de qualidade, no processo de construção de PPP e currículos, de modo a cuidar que as demandas da sociedade estejam neles contempladas. Não esperamos que as conclusões desta avaliação sejam adotadas ampla, indistinta e imediatamente. Sabemos que as transformações esperadas no campo da saúde e da educação na saúde requerem tempo, maturação e negociação entre os diferentes atores e instituições imbuídas nesse contexto. Mais importante é o fato de que avaliações retroalimentam a tomada de decisão que almejam melhores práticas de ensino e de cuidado.

Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União. 1 out. 2001.
2. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. National curriculum guidelines for healthprofessions 2001-2004: ananalysis according to curriculum development theories. *Interface*. 2018;22(67):1183-95. doi: 10.1590/1807-57622017.0376
3. Silva EVM, Oliveira MS, Silva SF, Lima VV. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS; 2008.
4. Pierantoni CR, Magnago C, Vieira SP, Ney MS, Miranda RG, Girardi SN. Graduação em saúde: oferta e estratégias para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(Suppl 2):e00066018. doi: 10.1590/0102-311X00066018
5. Magnago C, França T, Belisário AS, Santos MR, Silva CBG. O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional. In: Castro JL, Vilar RLA, Dias MA, organizadores. *Educação e trabalho: interface com a gestão em saúde*. Natal, RN: Uma; 2020. p. 245-71.
6. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

7. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2013. Brasília: INEP/MEC; 2014.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Pierantoni R, Magnago C. Tendências das graduações em saúde no Brasil: análise da oferta no contexto do Mercosul. *Divulg Saúde Debate*. 2017; 57:30-43.
10. Vieira ALS, Moyses NMN. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2017;41(113):401-14. doi: 10.1590/0103-1104201711305
11. Humerez DC, Jankevicius JV. Reflexão sobre a formação das categorias profissionais de saúde de nível superior pós diretrizes curriculares. Brasília, DF: Cofen; 2015.
12. Traverso-Yepez M, Morais NA. Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da psicologia social. *Estud Psicol*. 2004;9(2):75-86. doi: 10.1590/S1413-294X2004000200014
13. Barlem JGT, Lunardi VL, Bordignon SS, Barlem ELD, Lunardi Filho WD, Silveira RS, et al. Opção e evasão de um curso de graduação em enfermagem: percepção de estudantes evadidos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):132-8.
14. Baptista SS, Barreira IA. A Luta da enfermagem por um espaço na Universidade. Rio de Janeiro: UFRJ; 1997.
15. Mello Neto RD, Medeiros HAV, Paiva FS, Simões JL. O impacto do Enem nas políticas de democratização do acesso ao Ensino Superior Brasileiro. *Comunicações* 2014;21:109-23.
16. Oliveira Jr. A. A universidade como polo de desenvolvimento local/regional. *Caderno de Geografia*. 2014;24:1-12.
17. Costa Silva J. Compêndio de economia regional. Paredes: Principia; 2009.
18. Magnago C, Pierantoni CR, Carvalho CL, Girardi SN. Nurse training in health in different regions in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2017;17(Supl. 1):S219-S228. doi: 10.1590/1806-9304201700S100010
19. Sousa IFB, Oliveira PRH. Interdisciplinaridade e formação na área de farmácia. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(1):97-117. doi: 10.1590/1981-7746-sip00092
20. Peres CRFB, Marin MJS, Tonhom SFR, Barbosa PMK. Teaching-service's integration in the training of nurses in the state of São Paulo (Brazil). *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1131. doi: 10.5935/1415-2762.20180060

21. Almeida-Filho N, Lopes AA, Santana LAA, Santos VP, Coutinho D, Cardoso AJC, et al. Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. *Revista Bras Educ Med*. 2015;(39):123-34. doi: 10.1590/1981-52712015v39n1e01842014
22. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, Ney MS, Miranda RG. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate*. 2018;42(n. esp. 1):189-207. doi: 10.1590/0103-11042018S113
23. Moura DTD, Foltran RS, Fraiz IC, Novak EM. Articulação Entre os Ciclos Básico e Profissionalizante: percepção dos alunos da UFPR. *Rev Bras Educ Med*. 2018;42(1):226-36.
24. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
25. Barrett B, Charles JW, Temte JL. Climate change, human health, and epidemiological transition. *Prev Med*. 2015;70:69-75. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.013
26. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
27. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc*. 2013;22(1):173-86. doi: 10.1590/S0104-12902013000100016
28. Sobral FR, Campos CJG. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):208-18.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
30. Cunha MI. Docência na universidade, cultura e avaliação institucional: saberes silenciados em questão. *Rev Bras Educ*. 2006;11(32):258-71.
31. Mesquita SKC, Meneses RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(2):473-86. doi: 10.1590/1981-7746-sip00114
32. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Brasília, DF; 2001. v. 2. p. 7-17.
33. Silva DJ, Ros MA. Inserção de profissionais de Fisioterapia na equipe de Saúde da Família e

Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;16(6):1673-81. doi: 10.1590/S1413-81232007000600028

34. Seriano KN, Muniz VRC, Carvalho MEIM. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioter Pesqui*. 2013;20(3):250-5. doi: 10.1590/S1809-29502013000300009

35. Dimenstein M, Macedo JP. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol Cienc Prof*. 2012;32(spe):232-45. doi: 10.1590/S1414-98932012000500017

36. Reis S, Meneses S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [Internet]. 12 fev. 2020 [citado 2021 jul 27]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>

37. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 26 fev 2018; seção 1:85-90.

38. Leal GAS, Almeida JRM. Estado, crime organizado e território: poderes paralelos ou convergentes? In: *Proceedings of XIII Jornada do Trabalho* [Internet]. Presidente Prudente, São Paulo (out 9-12); 2012 [citado 2021 jul 27]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/jtrab/n1/13.pdf>

39. Viana ALD, Uchimura LYT. The regionalization process in Brazil: influence on policy, structure and organization dimensions. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(suppl 1):17-27. doi: 10.1590/1806-9304201700S100003

40. Viana ALD, Bosquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Sociedade*. 2015;24(2):413-22. doi: 10.1590/S0104-12902015000200002

41. Costa NSC. *A formação do nutricionista, educação e contradição*. 2 ed. Goiânia: UFG; 2002.

42. Soares NT, Aguiar ACD. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Rev Nutr*. 2010;23(5):895-905.

43. Hüning SM, Silva AK, Silva WVN, Lessa FMS. Formação para o SUS nos cursos de psicologia em Alagoas. *Psicol Estud*. 2013;18(1):157-7.

44. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. *Relatório Técnico 102: Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso a saúde universal*. Washington: OPAS; 2020.

45. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(3):CD002213. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3
46. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface*. 2016;20(56):199-201. doi: 10.1590/1807-57622015.0383
47. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*. 2015;39(104):9-17. doi: 10.1590/0103-110420151040194
48. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2076-84. doi: 10.1590/S0102-311X2012001100007
49. Bispo JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(9):e00108116. doi: 10.1590/0102-311X00108116
50. Dahmer A, Portella FF, Tubelo RA, Mattos LB, Gomes MQ, Costa MR, et al. Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFCSPA) em Porto Alegre, Brasil. *Interface*. 2017;21(61):449-63. doi: 10.1590/1807-57622016.0323
51. Mello GA, Demarzo MMP. Novas escolas médicas e a regionalização. *Novos Caminhos. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil [Nota técnica]* [Internet]. 2015 [citado 2021 jul 29];(3):1-10. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/05/Novos_Caminhos_03_Final.pdf
52. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(suppl 2):331-6. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800026
53. Silva CBG, Scherer MDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface*. 2020;24:e190840. doi: 10.1590/Interface.190840

Declaração de conflitos e interesses

Nada a declarar.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

www.conass.org.br/biblioteca

