

Ensaio e debates

PERSPECTIVAS PARA A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM FOCO

PROSPECTS FOR THE TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS: INTERPROFESSIONAL EDUCATION IN FOCUS

PERSPECTIVAS PARA LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD: EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL EN FOCO

Juliana Maciel de Souza Lamers¹

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi²

Resumo

A presença da educação interprofissional (EIP) nos currículos da graduação em saúde reforça as atitudes para o trabalho colaborativo em equipe, por meio de um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. Este ensaio discute perspectivas para a formação dos profissionais da saúde, a partir do conceito e princípios da EIP. Está organizado em três momentos. O primeiro traz reflexões teórico-conceituais de educação interprofissional em saúde e a inter-relação com o Sistema Único de Saúde (SUS), o segundo apresenta dados sobre a saúde da população brasileira e a formação médica no Brasil e o terceiro trata das possibilidades e desafios para o estabelecimento da educação interprofissional nos cursos de graduação em saúde. Os argumentos apresentados reforçam a relevância da inserção dos fundamentos teóricos e experiências de EIP na formação de profissionais da saúde, a partir da graduação e ao longo de sua trajetória profissional. Pesquisas devem ser consideradas no sentido de trazer mais conhecimento sobre como a EIP pode ser efetivamente planejada e implementada, estabelecendo seu papel em melhorar a colaboração interprofissional no trabalho em equipe e aumentar a qualidade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: educação superior; currículo; relações interprofissionais; educação interprofissional; comunicação interdisciplinar; Sistema Único de Saúde.

Abstract

The existence of interprofessional education (IPE) in the curriculum of health education strengthens the collaborative teamwork, since it brings large acknowledgment and respect to the specificities of each profession. This essay argues perspectives for the education of health professionals based on the concept and principles of IPE. It is organized in three moments. The first presents theoretical-conceptual reflections of

¹ Pedagoga. Técnica em Assuntos Educacionais da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina da UFRGS. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação da UFRGS. E-mail: juli.desouza@ufrgs.br

² Doutora em Educação. Professora do Departamento de Odontologia Preventiva e Social da Faculdade de Odontologia e do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional da Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS. E-mail: ramona.fernanda@ufrgs.br

interprofessional health education and the interrelationship with the Unified Health System (Sistema Único de Saúde or SUS); the second presents data about the health of the Brazilian population and the medical education in Brazil; and the third approaches the possibilities and challenges for the statement of interprofessional education in health education. The arguments presented herein reinforce the relevance of the insertion of the theoretical foundations and experiences of IPE in the education of health professionals, from graduation throughout their professional career. It is still necessary more researches to understand how IPE can be effectively planned and implemented, in order to constitute its role in improving interprofessional teamwork and increasing the quality of health care.

Keywords: education, higher; curriculum; interprofessional relations; interprofessional education; interdisciplinary communication; Unified Health System.

Resumen

La presencia de la educación interprofesional en los currículos de la graduación en salud refuerza las actitudes para el trabajo colaborativo en equipo, a través de un amplio reconocimiento y respeto a las especificidades de cada profesión. Este ensayo discute perspectivas para la formación de los profesionales de la salud, a partir del concepto y principios de la educación interprofesional. Está organizado en tres momentos. El primero trae reflexiones teórico-conceptuales de educación interprofesional en salud y la interrelación con el Sistema Único de Salud (SUS), el segundo presenta datos sobre la salud de la población brasileña y la formación médica en Brasil y el tercero trata de las posibilidades y desafíos para El establecimiento de la educación interprofesional en los cursos de graduación en salud. Los argumentos presentados refuerzan la relevancia de la inserción de los fundamentos teóricos y experiencias de educación interprofesional en salud en la formación de profesionales de la salud, a partir de la graduación ya lo largo de su trayectoria profesional. Las investigaciones deben considerarse en el sentido de traer más conocimiento sobre cómo la educación interprofesional puede ser efectivamente planificada e implementada, estableciendo su papel en mejorar la colaboración interprofesional en el trabajo en equipo y aumentar la calidad del cuidado en salud.

Palabras clave: educación superior; curriculum; relaciones interprofesionales; educación interprofesional; comunicación interdisciplinaria; Sistema Único de Salud.

Considerando a educação interprofissional (EIP) como uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em 2010, o documento intitulado “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, apresentando recomendações e orientações sobre a importância da mudança do modelo fragmentado predominante da formação em saúde nas instituições de ensino superior, para a formação interprofissional, visando a atuação em equipes multiprofissionais de saúde após a conclusão da graduação e inserção no mundo do trabalho. De acordo com o documento, a EIP acontece quando “estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, possibilitando uma colaboração eficaz e melhores resultados na saúde” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 7).

Ainda em 2010, o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) traz a ideia de que a EIP é o processo de desenvolvimento e manutenção de relações de trabalho interprofissionais eficazes com alunos, profissionais, pacientes/ pessoas/famílias e comunidades para permitir melhores resultados de saúde. Nesse processo, os elementos da colaboração incluem respeito, confiança, tomada de decisão compartilhada e parcerias (CANADIAN INTERPROFISSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

Em 2013, Reeves et al. avançam na definição conceitual e estabelecem a EIP como uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar das pessoas ou ambos.

A presença da EIP nos currículos da graduação reforça as atitudes para o trabalho em equipe e colaboração, por meio de um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. Seu principal objetivo é a formação de estudantes de graduação na área da saúde mais preparados para a prática de trabalho interprofissional (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Segundo a OMS, “há evidências suficientes para mostrar que a EIP eficaz proporciona a prática colaborativa eficaz” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010, p. 7). Nessa perspectiva, práticas interprofissionais (PIP) nos serviços de saúde tendem a aumentar a capacidade dos serviços de resolver problemas de saúde com qualidade, evitando omissões ou duplicação de cuidados, adiamentos ou longas esperas desnecessárias. O trabalho interprofissional também tem potencial para melhorar e ampliar a comunicação entre os profissionais da saúde, facilitar a compreensão do papel específico de cada área de formação e as áreas de atuação em comum, flexibilizando os papéis profissionais, “[...] possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa” (PEDUZZI et al., 2013, p. 978).

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal (BRASIL, 1988) trata a saúde como direito de todos e dever do Estado, cujas ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um Sistema Único de Saúde – SUS (art. 198). Já o inciso III do artigo 200 explicita que compete ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde. É importante ressaltar os aspectos legais acima citados para que se possa dimensionar a necessidade de mudança na formação em saúde buscando atender não só o que está disposto na legislação, mas, principalmente, responder às necessidades de saúde da população, uma vez que o SUS, responsável por ordenar a formação, é interprofissional (PEDUZZI, 2016).

Na Atenção Básica à Saúde, porta de entrada no sistema para o usuário, profissionais de nível superior como médicos, enfermeiros e dentistas atuam no atendimento às famílias e comunidades (BRASIL, 2012). Essas unidades devem ser apoiadas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que contam com o trabalho de psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros profissionais de nível superior em saúde. Todos deveriam ser capazes de atuar numa perspectiva interprofissional e colaborativa para o cuidado integral das necessidades dos usuários do SUS.

Programas de incentivo a mudanças na formação já foram propostos pelo Ministério da Saúde, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). O Pró-Saúde foi elaborado visando aproximar a formação em nível de graduação às necessidades da atenção básica de saúde, principalmente a estratégia de saúde da família, tendo em vista que o “distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação real dos serviços de saúde vem sendo apontado em todo mundo como um dos responsáveis pela crise do setor da saúde” (BRASIL, 2005, p. 5). Além disso, a educação e as práticas fragmentadas em saúde provocam fragmentação também do cuidado, além de corporativismo profissional, “de modo que os futuros profissionais da saúde são formados para ter o domínio dos saberes técnico-científicos que muitas vezes não abrangem esferas interdisciplinares e comunicativas/interativas” (PEDUZZI et al., 2013, p. 980). Exemplo são as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos na área da saúde. Apesar das DCN de todos os cursos da saúde trazerem no texto competências gerais comuns a um profissional da saúde, não explicitam a possibilidade de seu desenvolvimento em conjunto pelas diferentes profissões. Tal cenário começa a mudar com as novas DCN do curso de Medicina, aprovadas em 2014 pelo Conselho Nacional de Educação. O artigo 5º, inciso IX, diz que a formação deve possibilitar

cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho **interprofissional**, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade, a compreensão destes sobre o adoecer, a identificação de objetivos e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado (BRASIL, 2014, p. 2, grifo das autoras).

Acrescenta-se ao contexto favorável, o oferecimento de disciplinas integradoras que envolvem estudantes e professores de diferentes cursos em atividades de ensino curriculares na graduação (TOASSI; LEWGOY, 2016) e promovem compartilhamentos e estranhamentos a partir de diferentes percepções, agregando aprendizagens à formação relativas ao conhecimento sobre as diferentes profissões da saúde e organização do trabalho em equipe pautado na colaboração (ELY, 2017).

A instituição do programa do Governo Federal com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do SUS – ‘Mais Médicos’ – também precisa ser considerado nesse contexto de mudanças na formação em saúde e, de modo especial, na educação médica. O programa foi instituído em 2013 e é considerado como precursor da revisão das DCN para a graduação em Medicina, afirmando a centralidade da formação na Atenção Básica e na rede de atenção à saúde no SUS e o aperfeiçoamento da integração ensino-serviço-comunidade (CYRINO et al., 2015).

Os avanços alcançados com a política do ‘Mais Médicos’ são reconhecidos pela proposição de melhoria da qualidade da política pública de saúde e do SUS, principalmente em ações tais como a contratação de 10.000 médicos para a Atenção Básica, lotados em regiões de grande vulnerabilidade social, tanto em municípios pequenos ou médios quanto na periferia das grandes cidades; o aumento do estágio em atenção primária durante a formação médica e o aumento de vagas nos cursos de residência. São fortes, porém, as críticas com relação à contratação provisória dos profissionais, o que impossibilita a criação de vínculo entre equipe e com os usuários; a proposta de aumento do tempo para o curso de Medicina para contemplar mais formação em Atenção Básica, quando esta formação poderia ocorrer no primeiro ano de residência se essa fosse realizada compulsoriamente, para todos, na Atenção Básica; além do grande aumento de vagas proposto para a graduação em Medicina, curso que até pode precisar de mais vagas, mas é um número que precisa ser planejado com cautela e principalmente oferecido em instituições públicas (CAMPOS, 2013).

Em relação ao número de médicos no Brasil, estudo sobre a Demografia Médica realizado em 2015 pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), com o apoio do Conselho Federal de Medicina, mostrou a existência de 432.870 registros de médicos, o que corresponde à razão nacional de 2,11 médicos por grupo de 1.000 habitantes. Considerando a abertura de novos cursos anunciado pelo governo federal e a perspectiva de crescimento populacional, o número de médicos formados tende a aumentar a cada ano.

A tendência é que a população de médicos continuará crescendo mais que a população em geral do Brasil. Entre 1940 a 1970, a população cresceu 129,18% e o número de médicos, 184,38%. De 1970 a 2000, o total de médicos saltou 394,84% e a população, 79,44%. De 2000 a 2010, o efetivo médico subiu 24,95% contra um aumento populacional de 12,48%. Em 2014, enquanto a taxa de crescimento dos médicos foi de 14,9%, a da população foi de 5,4% (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2015, p. 1).

No que se refere ao acesso da população aos serviços de saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) publicou, em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde, na qual analisou as condições de saúde da população brasileira e observou que apenas 27,9% da população tinha algum plano de saúde (médico ou odontológico). Ou seja, a maior parte da população brasileira depende do SUS para atendimento integral de suas necessidades de saúde. Com relação à busca por atendimento de saúde, 47,9% informou que tinha o hábito de procurar a Unidade Básica de Saúde quando precisava de atendimento de saúde. Consultório particular ou clínica privada foi indicado por 20,6% das pessoas; 11,3% indicaram unidade de pronto atendimento público ou emergência de hospital público e 10,1% procuram o hospital público ou ambulatório (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013). Nota-se que as instituições públicas de atendimento à saúde

destacam-se enquanto referência para a maioria da população na busca por cuidados em saúde (quase 70% da população).

Olhando para a síntese dos indicadores sociais do IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015) constata-se que, apesar da redução na desigualdade econômica observada no Brasil entre 2001 e 2014, aproximadamente 60% das famílias brasileiras viviam, em 2014, com até um salário mínimo per capita. Tal condição vai influenciar na busca dessas pessoas por serviços de saúde, as quais estão na dependência do SUS para ter suas necessidades atendidas.

Estes dados corroboram com a necessidade de que as mudanças na formação em saúde estejam voltadas não só para o aumento do número de profissionais graduados, mas também para o conhecimento e experiências sobre o/no SUS. A mudança no processo de formação, entretanto, não é um projeto simples de ser conduzido. Estudo publicado em 2007 verificou, por meio da análise na literatura sobre educação médica, que os principais fatores limitantes das mudanças na formação são a desvalorização das atividades de ensino frente à supremacia da pesquisa, a falta de identidade profissional docente, a fragilidade na formação pedagógica do professor de medicina, a resistência docente a mudanças e o individualismo dos professores universitários (COSTA, 2007). Tais desafios não são específicos dos cursos de Medicina e podem ser observados nas instituições de formação dos demais profissionais da saúde.

Não há dúvida de que o fortalecimento do SUS nas últimas décadas, o que incluiu a evolução das equipes de Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, entre outros (SOUZA; COSTA, 2010), trouxe avanços na educação dos profissionais da saúde pela possibilidade da integração ensino-serviço-comunidade, a qual oportunizou atividades curriculares obrigatórias de ensino nos serviços de saúde (VENDRUSCOLO; PRADO; KLEBA, 2016; TOASSI et al., 2013). Apesar dos avanços, não se pode desconsiderar que há um longo caminho entre o estabelecimento de uma diretriz curricular compartilhada entre os cursos da saúde, sua concretização por meio de mudanças curriculares e, por fim, a formação de profissionais com novo perfil.

Fatores podem levar às mudanças de uma formação fragmentada para um modelo de formação interprofissional. O primeiro deles seria a pressão por parte dos serviços de saúde que recebem os estudantes no período de formação, durante seus estágios obrigatórios. Sendo os trabalhadores da saúde coparticipantes do processo de formação dos futuros profissionais, possuem papel fundamental tanto na construção do processo formativo quanto na cobrança para que esta formação cumpra o seu papel e esteja voltada às necessidades de saúde da população. O segundo pode estar na alteração das DCN dos demais cursos da saúde, além da Medicina, mas impulsionados

por ela, para incorporar a educação interprofissional como um ponto forte em seus currículos. Com isso, estratégias de integração entre os cursos deverão ser pensadas, como a divisão dos alunos em turmas com número adequado ao ensino por tutoria e adaptação dos tempos curriculares para que os cursos possam desenvolver atividades em comum ao longo da formação (REEVES, 2016).

A formação interprofissional deve ser desenvolvida com o uso de metodologias de ensino-aprendizagem que extrapolem o formato tradicional da sala de aula. Seminários, observação, simulação, aprendizado baseado em problemas e na prática clínica são exemplos de tais metodologias (REEVES, 2016).

A intenção não é a substituição da educação uniprofissional, onde as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, mas sim, a complementação das atividades curriculares a partir da inclusão da perspectiva interprofissional nos cursos da saúde, pretendendo melhorar a prática colaborativa no trabalho em equipe (BARR et al., 2005).

Outro aspecto a ser pensado é a formação de professores nos cursos de pós-graduação do país. Para provocar mudanças na graduação será necessário também tratar da educação dos professores que formam esse futuro profissional da saúde. Tanto a formação inicial, em nível de pós-graduação, quando na educação permanente ao longo da carreira docente. Uma tarefa extremamente difícil, considerando os obstáculos já apresentados por Costa (2007). Critérios de avaliação do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) podem ajudar na indução de mudanças na formação, valorizando e formando, em nível de pós-graduação, profissionais que dominem métodos interativos de aprendizado, com segurança e vivência no trabalho com grupos interprofissionais.

O SUS é interprofissional e precisa de profissionais capazes de atuarem e qualificarem esse sistema conhecido internacionalmente por responder às necessidades de saúde da população em uma abordagem integral, articulando ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. É um cenário que requer “atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde para além do médico [...] daí o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais” (PEDUZZI, 2016, p. 200).

Os princípios de uma atuação profissional voltada para promoção, prevenção e recuperação da saúde devem ser vistos para além da atuação no SUS. Profissionais atuantes na iniciativa privada de forma comprometida com a saúde integral de seus pacientes devem ter habilidades e competências para desenvolverem um trabalho integrado em relação a todas as profissões que compõem o cuidado em saúde.

Por todos os argumentos apresentados, defende-se a relevância da inserção dos fundamentos teóricos e experiências de educação interprofissional na formação de profissionais da saúde, a partir da graduação e ao longo de sua trajetória profissional.

Pesquisas devem ser desenvolvidas buscando conhecer como a EIP pode ser mais efetivamente planejada e implementada, estabelecendo seu papel em melhorar a colaboração interprofissional no trabalho em equipe e aumentar a qualidade do cuidado em saúde.

Referências

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**, Campinas; Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 165-182, mar. 2011.

BARR, H. et al. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence**. Oxford: Blackwell, 2005.

BRASIL. **Constituição Federal**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Brasília, 2014.

CAMPOS, G. W. S. A saúde, o SUS e o programa “Mais Médicos”. **Centro Brasileiro de Estudos em Saúde**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2013/07/a-saude-o-sus-e-o-programa-mais-medicos/>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. College of Health Disciplines. University of British Columbia. **A national interprofessional competency framework**. Vancouver, Canadá, Feb. 2010. Disponível em: <https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2018.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Demografia Médica 2015**: População médica cresce mais que a geral, mas persistem desigualdades na sua distribuição. Brasília: 2015. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2586>. Acesso em: 14 jul. 2018.

COSTA, N. M. S. C. Docência no Ensino Médico: por que é tão difícil mudar? **Rev. bras. educ. méd.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, p. 21-30, 2007.

CYRINO, E. G. et al. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 5-6, jan./mar. 2015.

ELY, L. I. **Vivência multiprofissional na graduação em cenários de prática do sistema único de saúde**: a potencialidade para a educação interprofissional. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 116f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2013:** acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 100p.

_____. **Síntese de indicadores sociais:** uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.** Genebra: 2010. Disponível em: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/ Acesso em: 17 jul. 2018.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, n. 47, v. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 3, 2013.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.

SOUZA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010.

TOASSI, R.F.C. et al. O ensino nos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) na formação de profissionais de saúde no Brasil. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 385-392, abr./jun. 2013.

TOASSI, R. F. C; LEWGOY, A. M. Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-461, abr./jun. 2016.

VENDRUSCOLO, C.; PRADO, M. L.; KLEBA, M. E. Integração ensino-serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2949-2960, 2016.