

# Educação interprofissional na qualificação das ações integradas da vigilância em saúde da atenção primária

Interprofessional education in the qualification of integrated health surveillance actions in primary care

La educación interprofesional en la cualificación de las acciones integradas de vigilancia de la salud en atención primaria

Francisco Auber Pergentino Vieira<sup>1</sup> , Marcelo Viana da Costa<sup>2</sup> 

## RESUMO

**Objetivo:** O estudo objetivou sistematizar uma estratégia de qualificação profissional na vigilância em saúde a partir da realidade do processo de trabalho da vigilância em saúde, com a incorporação dos referenciais teórico-conceituais e metodológicos da EIP. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória conduzida por meio de entrevistas semiestruturadas. O estudo, que foi realizado nos cenários da atenção primária à saúde em um município do alto sertão paraibano, contou com 24 participantes, dentre os quais o secretário adjunto de saúde, as coordenadoras da atenção primária à saúde, os coordenadores da vigilância em saúde e alguns trabalhadores(as) que, no período, estavam vinculados às unidades básicas de saúde e aos setores da vigilância em saúde. No primeiro momento houve a realização de uma entrevista semiestruturada com os 24 participantes. Em seguida, os dados foram examinados através da análise de conteúdo temático-categorial proposta por Bardin. **Resultados:** Após tratamento e análise dos dados produzidos nas entrevistas, emergiram quatro unidades temáticas por categorias de análise: “Caráter das ações de vigilância em saúde”; “Competências necessárias para o trabalho interprofissional na vigilância em saúde”; “Colaboração e trabalho em rede como premissas do processo de trabalho da vigilância em saúde”; e “Barreiras para colaboração interprofissional na vigilância em saúde”. Na sequência, foi elaborada uma estratégia de qualificação profissional em vigilância em saúde direcionada aos trabalhadores da atenção primária à saúde e vigilância em saúde, a partir das necessidades de aprendizagem identificadas por meio das interações durante as entrevistas. A proposta está alinhada aos referenciais teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional em saúde e foi desenhada em dez oficinas temáticas de trabalho com detalhamento dos temas/tópicos, competências esperadas, objetivos de aprendizagem, metodologia ativa, teoria de aprendizagem e avaliação de aprendizagem, e com tempo mínimo de duração estimado em 120 minutos para cada oficina. As discussões foram conduzidas a partir da realidade da vigilância em saúde, no contexto da atenção primária à saúde, sob a ótica das dimensões da interprofissionalidade. O estudo evidenciou a necessidade de incorporação dos princípios da interprofissionalidade na implementação da Política Nacional de Vigilância em Saúde e de reorganização dos modelos de atenção à saúde que prezam pela integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde. **Conclusões:** Nesse sentido, a educação

<sup>1</sup>Escola de Saúde Pública da Paraíba, Secretaria de Estado da Saúde, João Pessoa, (PB), Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Escola Multicampi de Ciências Médicas, Caicó, (RN), Brasil.



interprofissional em saúde se mostrou útil e adequada para o cenário em estudo, tendo em vista que a comunicação interprofissional promoveu espaços de atuação compartilhados, com interdependência e corresponsabilização das práticas.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Educação interprofissional, Vigilância em saúde.

---

## ABSTRACT

**Objective:** The study aimed to systematize a professional qualification strategy in health surveillance based on the reality of the health surveillance work process, incorporating the theoretical-conceptual and methodological references of IPE. **Methodology:** This is a qualitative and exploratory study conducted using semi-structured interviews. The research was carried out in primary health care settings in a municipality in the highlands of Paraíba. The study involved 24 participants, including the deputy health secretary, the primary health care coordinators, the health surveillance coordinators and some workers who were linked to the basic health units and health surveillance sectors at the time. At first, a semi-structured interview was conducted with the 24 participants. The data was analyzed using the categorical thematic content analysis proposed by Bardin. **Results:** After processing and analyzing the data produced in the interviews, four thematic units emerged as categories of analysis: "Character of health surveillance actions"; "Skills needed for interprofessional work in health surveillance"; "Collaboration and networking as premises of the health surveillance work process" and "Barriers to interprofessional collaboration in health surveillance". Next, a professional qualification strategy in health surveillance was developed for primary health care and health surveillance workers, based on the learning needs identified through the interactions during the interviews. The proposal is aligned with the theoretical-conceptual and methodological frameworks of interprofessional health education and was designed in ten thematic workshops detailing the themes/topics, expected competencies, learning objectives, active methodology, learning theory and learning assessment, and with an estimated minimum duration of 120 minutes for each workshop. The discussions were based on the reality of health surveillance in the context of primary health care, from the perspective of the dimensions of interprofessionality. The study highlighted the need to incorporate the principles of interprofessionality in the implementation of the National Health Surveillance Policy and the reorganization of health care models that prioritize comprehensive care in the Unified Health System. **Conclusions:** In this sense, interprofessional health education proved to be useful and appropriate for the scenario under study, given that interprofessional communication promoted shared spaces for action, with interdependence and co-responsibility for practices.

**Keywords:** Primary Health Care, Interprofessional education, Health surveillance.

---

## RESUMEN

**Objetivo:** El estudio tuvo como objetivo sistematizar una estrategia de cualificación profesional en vigilancia sanitaria basada en la realidad del proceso de trabajo de vigilancia sanitaria, incorporando las referencias teórico-conceptuales y metodológicas de la EIP. **Metodología:** Se trata de un estudio cualitativo y exploratorio realizado mediante entrevistas semiestructuradas. La investigación se llevó a cabo en el ámbito de la atención primaria de salud en un municipio del altiplano de Paraíba. El estudio contó con 24 participantes, entre ellos el subsecretario de salud, los coordinadores de atención primaria de salud, los coordinadores de vigilancia sanitaria y algunos trabajadores vinculados a las unidades básicas de salud y a los sectores de vigilancia sanitaria de la época. En primer lugar, se realizó una entrevista semiestructurada a los 24 participantes. Los datos se analizaron mediante el análisis de contenido temático categorial propuesto

---

por Bardin. **Resultados:** Después de procesar y analizar los datos producidos en las entrevistas, surgieron cuatro unidades temáticas por categorías de análisis: “Carácter de las acciones de vigilancia de la salud”; “Competencias necesarias para el trabajo interprofesional en vigilancia de la salud”; “Colaboración y trabajo en red como premisas del proceso de trabajo en vigilancia de la salud”; y los “Obstáculos a la colaboración interprofesional en vigilancia de la salud”. A continuación, se elaboró una estrategia de cualificación profesional en vigilancia de la salud para los trabajadores de la atención primaria de salud y de la vigilancia de la salud, basada en las necesidades de aprendizaje identificadas a través de las interacciones durante las entrevistas. La propuesta está alineada con los marcos teórico-conceptuales y metodológicos de la educación interprofesional en salud y fue diseñada en diez talleres temáticos detallando los temas/tópicos, competencias esperadas, objetivos de aprendizaje, metodología activa, teoría del aprendizaje y evaluación del aprendizaje, y con una duración mínima estimada de 120 minutos para cada taller. Los debates se basaron en la realidad de la vigilancia de la salud en el contexto de la atención primaria de salud, desde la perspectiva de las dimensiones de la interprofesionalidad. El estudio destacó la necesidad de incorporar los principios de la interprofesionalidad en la implementación de la Política Nacional de Vigilancia Sanitaria y en la reorganización de los modelos de atención que prioricen la atención integral en el Sistema Único de Salud. **Conclusiones:** En este sentido, la educación sanitaria interprofesional se mostró útil y adecuada para el escenario estudiado, dado que la comunicación interprofesional promovió espacios compartidos de actuación, con interdependencia y corresponsabilidad de las prácticas.

**Palabras-clave:** Atención Primaria de Salud, Educación interprofesional, Vigilancia sanitaria.

## INTRODUÇÃO

A Vigilância em Saúde (VS) configura-se como processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados e informações de interesse para saúde pública, com o intuito de promover ações planejadas e articuladas nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo regulação, intervenção e atuação em fatores condicionantes e determinantes relacionados à saúde<sup>1,2</sup>.

A vigilância em saúde deve integrar no seu escopo de trabalho atividades intersectoriais articuladas e colaborativas, envolvendo atores sociais de setores diversos que atuam nas equipes vinculadas à atenção primária à saúde. São princípios fundamentais para a integração de diferentes perspectivas, saberes e práticas nas iniciativas de promoção da saúde, buscando garantir a integralidade das ações através da colaboração interprofissional<sup>3, 4,5</sup>.

A colaboração interprofissional se efetiva quando dois ou mais profissionais atuam de forma interativa com a intencionalidade de compartilhar objetivos e atuar de forma integrada nos serviços de saúde. A interdependência entre as práticas profissionais, a clareza dos papéis inerentes a cada um, o reconhecimento de valores e responsabilidades frente às ações centradas nas necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades são princípios da colaboração interprofissional<sup>6, 7</sup>.

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP), que ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde<sup>7</sup> tem o potencial de reduzir as inúmeras fragilidades relacionadas aos modelos tradicionais de formação e de atenção à saúde. A EIP vem se consolidando cada vez mais como abordagem educacional significativa, para a formação

de profissionais aptos e comprometidos com o efetivo trabalho em equipe<sup>8</sup>.

Tomando por base esse contexto, a pesquisa foi orientada pela seguinte pergunta: como sistematizar uma estratégia de qualificação profissional em vigilância em saúde a partir dos pressupostos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional? Desta forma, o estudo tem como objetivo sistematizar uma estratégia de qualificação profissional nesse âmbito a partir da realidade do processo de trabalho da vigilância em saúde, com a incorporação dos referenciais teórico-conceituais e metodológicos da EIP.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória conduzida por meio de roteiros de entrevistas semiestruturadas.

### Cenário e local do estudo

A proposta foi desenvolvida nos cenários da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Cajazeiras, pertencente à terceira macrorregião de saúde do estado da Paraíba. A cidade sedia a 9ª Gerência Regional de Saúde (GRS), a qual é composta por quinze municípios, localizados no sertão semiárido do estado da Paraíba. O município fica a cerca de 477 km da Capital João Pessoa e possui uma população estimada atual de 62.576 habitantes, dos quais 47.501 residem na zona urbana e 10.945, na zona rural. O sexo feminino é prevalente, com 30.508 habitantes. Destaca-se por ser o maior município em extensão territorial entre os integrantes da 9ª GRS, ocupando cerca de 562,703 km<sup>2</sup> <sup>22</sup>.

De acordo com dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos (CNES), a APS do território do estudo é composta por 30 Unidades Básicas de Saúde da Família e uma Unidade de Vigilância Epidemiológica (VE).

### Sujeitos da Pesquisa

Participaram do estudo o secretário adjunto de saúde, as coordenadoras de atenção primária à saúde, os coordenadores de vigilância em saúde e alguns trabalhadores(as) que, no período, atuavam nas unidades básicas de saúde (UBS), compostas por equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB), e em outros setores específicos da vigilância em saúde. Desta forma, o estudo contou com a contribuição de 24 participantes, que atuavam diretamente na atenção primária à saúde e na vigilância em saúde, conforme descrito na Tabela 01.

Foram incluídos no estudo os participantes que cumpriram os seguintes critérios: (1) gestor municipal de saúde, coordenadores da VS e/ou da APS e profissionais de saúde de nível superior vinculado à UBS/ESF e a VS; (2) disponibilidade para participar de todas as etapas da pesquisa; (3) 1 ou 2 anos de atuação no serviço.

Foram excluídos os que: (1) não tiveram interesse em participar da pesquisa e não assinarem o TCLE e/ou os que quiseram deixar de participar do estudo em quaisquer das etapas; (2) os que se encontravam ausentes ou impossibilitados de contribuir durante o processo de coleta de dados; e (3) aqueles que estiveram gozando de férias, licença e/ou afastados de suas funções durante a execução da pesquisa.

**Tabela 01:** Descrição dos participantes do estudo por *lôcus* de atuação.

| Participantes | Formação             | Cargo/Função       | <i>Lôcus</i> de atuação |
|---------------|----------------------|--------------------|-------------------------|
| E1            | Farmácia             | Secretário Adjunto | SMS                     |
| E2            | Medicina Veterinária | Coordenadora       | VS                      |
| E3            | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E4            | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E5            | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E6            | Medicina             | Médico PMM -ESF    | APS                     |
| E7            | Farmácia             | Farmacêutica       | VS                      |
| E8            | Odontologia          | Odontólogo ESB     | APS                     |
| E9            | Biomedicina          | ACE                | APS                     |
| E10           | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E11           | Enfermagem           | Coordenadora       | APS                     |
| E12           | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E13           | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E14           | Enfermagem           | Coordenadora       | APS                     |
| E15           | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E16           | Enfermagem           | Coordenadora       | APS                     |
| E17           | Biomedicina          | Coordenadora       | VS                      |
| E18           | Enfermagem           | Enfermeiro ESF     | APS                     |
| E19           | Medicina Veterinária | Coordenador        | VS                      |
| E20           | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E21           | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E22           | Serviço Social       | ACS                | APS                     |
| E23           | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |
| E24           | Enfermagem           | Enfermeira ESF     | APS                     |

E – Entrevistado(a); ESF – Estratégia de Saúde da Família; PMM – Programa Mais Médicos; ESB – Estratégia de Saúde Bucal; ACE – Agente de Combate às Endemias; ACS – Agente Comunitário de Saúde; APS – Atenção Primária à Saúde; VS – Vigilância em Saúde; SMS – Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Autores (2023).

## Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de roteiros de entrevistas, que possibilitaram atingir os objetivos propostos do estudo. No primeiro momento da pesquisa buscou-se mapear e analisar as ações desenvolvidas pela vigilância em saúde a partir das dimensões da interprofissionalidade, identificando barreiras e facilitadores, assim como as contribuições da EIP para qualificação das atividades desenvolvidas no contexto da APS por meio da aplicação de uma entrevista semiestruturada, direcionada aos participantes do estudo.

## Análise dos dados

Os dados da pesquisa foram analisados qualitativamente à luz do referencial teórico de Bardin<sup>9</sup>, a partir do qual realizamos a análise de conteúdo e, posteriormente, a construção das categorias. Os dados dos questionários foram transferidos para um banco de dados no *Microsoft Excel*, organizado por respondente e conforme o serviço ao qual o voluntário estava vinculado.

No processo de codificação das categorias, emergiram subcategorias resultantes das inferências e correlações críticas realizadas pelo pesquisador com o referencial teórico adotado. Posteriormente, essas subcategorias foram agrupadas em significativas categorias temáticas provenientes das falas dos entrevistados. Logo, com embasamento na EIP, foram interpretadas e discutidas pelo próprio pesquisador.

## Aspectos éticos e legais do estudo

A realização deste estudo considerou rigorosamente as normas de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que avaliou os objetivos da pesquisa, obtendo aprovação sob o parecer consubstanciado do CEP n° 5.819.236.

## RESULTADOS

Após tratamento e análise dos discursos produzidos nas entrevistas semiestruturadas, emergiram quatro unidades temáticas por categorias de análise: “Caráter das ações de vigilância em saúde”; “Competências necessárias para o trabalho interprofissional na vigilância em saúde”; “Colaboração e trabalho em rede como premissas do processo de trabalho da vigilância em saúde”; e “Barreiras para colaboração interprofissional na vigilância em saúde”.

### Caráter das ações de vigilância em saúde

A partir das discussões que foram sendo desencadeadas e das falas processadas durante as entrevistas, tornou-se compreensível que as ações desenvolvidas pela VS no cenário da APS são de caráter pontual, de cunho assistencial e

técnico, e acontecem de forma esporádica, programada, e conforme as necessidades específicas da gestão do município.

*(...) ações bem pontuais até porque sinto falta de ações de vigilância próximas dessa questão da família (...) mas de uma forma muito pontual, bem pontual, não sei nem se estão existindo. Eu acredito que existem mas não chegam até a gente enquanto divulgação. (E1)*

*(...) as suas ações, que podem ser desde ações programadas, ações que já são agendadas, até ações que são esporádicas ou sazonais, a exemplo do programa de combate à leishmaniose, chagas, SISAGUA (...). (E2)*

*Vigilância em saúde aqui detém ações pontuais na área de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, vigilância ambiental. (E18)*

Os profissionais participantes do estudo relataram desconhecer ou até mesmo não vivenciar de perto as etapas do processo de trabalho da vigilância em saúde. Os atores, em sua maioria, não conseguiram identificar e descrever o papel da VS e o trabalho que é desempenhado naquele território de saúde pelas equipes.

*Eu sei o que é a vigilância em saúde porque eu estudo (...). Mas até pra dizer o que é a vigilância em saúde eu não sei não, eu sei que são as vigilâncias juntas. (E18)*

*(...) no meu conhecimento só sei do pessoal da vigilância sanitária, não tenho certeza se outras equipes fazem esse trabalho. (E15)*

No decorrer das entrevistas, um número significativo de participantes afirmou haver pouca integração e articulação entre as práticas que são desenvolvidas na atenção básica e nas demais vigilâncias, ficando evidente uma frequente atuação da vigilância epidemiológica em situações específicas no intuito de realizar monitoramentos e notificações compulsórias de eventos, doenças e agravos de interesse para a saúde pública, conforme protocolos pré-estabelecidos.

*(...). A gente não se envolve muito nas ações de vigilância mesmo. (E4)*

*(...) vejo mais próximo a atuação da vigilância epidemiológica (...) não diretamente no território, mas em contato com nós, enfermeiros na UBS (...). Em relação às outras vigilâncias, eu não percebo muito essa presença (...). (E5)*

*(...) tem que ter essa parceria maior com a atenção básica (...) sinto falta disso, de uma articulação maior para poder resolver alguns problemas de saúde até básicos, em relação a saneamento inclusive. (E5)*

No entanto, ficou evidente nas falas dos profissionais que atuam nas ESF que, mesmo diante das inúmeras demandas de atividades individuais e coletivas na ESF, eles tendem sempre a recorrer à equipe da VS em ocasiões que demandam trabalho em equipe ou em que há necessidade de obter dados advindos de indicadores de saúde e que estejam relacionados ao cenário epidemiológico local. Alguns participantes afirmaram identificar que os processos de tomada de decisões não são compartilhados.

*(...) o profissional da APS quase não participa do processo de tomada de decisão; participa do planejamento, mas não da tomada de decisão. (E2)*

*(...) as demandas são discutidas dentro da equipe da atenção básica, e aí a gente aciona o pessoal da vigilância (...). (E17)*

*(...) essa tomada de decisão, ela fica entre as coordenações e a secretária (...) e, por vezes, apresentamos pra o Conselho Municipal de Saúde (...) mas a tomada de decisão final, ela está entre coordenadores e secretária (...). (E2)*

Algumas falas que foram disparadas desencadearam significativas reflexões frente a problemáticas recorrentes, que permeiam o SUS e o trabalho da VS desde a sua existência: a frágil comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde e os serviços intersetoriais, bem como a ausência do envolvimento da comunidade. Os participantes relataram dificuldades em realizar algumas práticas de intervenções em campo por dificuldades na logística e até mesmo na obtenção de materiais e insumos.

*Às vezes a gente não tem o material que a gente precisa para ser trabalhado, para ser ofertado nas ações, para realizar busca ativa, às vezes falta, por exemplo, teste rápido de HIV, sífilis, e priorizamos para gestante. A gente deixa para ofertar no pré-natal, porque a quantidade de testes é reduzida (...). (E13)*

*(...) como é que vamos realizar uma pesquisa, uma busca ativa, se não tem nem material nem para fazer isso? (...). (E19)*

*As maiores dificuldades estão relacionadas a materiais. Sempre não existe aquele material, e quando a gente solicita algum insumo, nunca vem em quantidade suficiente, sempre disponibilizam menos, então temos que trabalhar com aquilo que é ofertado. (E8)*

## Competências necessárias para o trabalho interprofissional na vigilância em saúde

Os envolvidos ressaltaram a importância de uma transmissão clara e objetiva dos dados epidemiológicos e das informações referentes ao trabalho da VS, tanto para os profissionais da VS e APS quanto para a comunidade em geral.

*A primeira competência é de comunicação, no sentido de entender que a maioria das pessoas não têm a mesma compreensão de saúde que as demais. (...). (E1)*

*Essas informações são trocadas muitas vezes de forma informal por WhatsApp ou então por e-mail também. Seria importante repensar uma forma mais formal, onde a gente possa compartilhar dados. (E9)*

*(...) uma ferramenta que todo mundo possa ter acesso, com indicadores de vigilância, por exemplo, onde cada um vai ter o seu papel para contribuir dentro do seu serviço com sua experiência profissional e formação (...). (E9)*

Por outro lado, os participantes também se referiram à importância das qualificações profissionais no tocante ao desenvolvimento de competências e habilidades para potencializar as práticas de VS no território. No decorrer das falas, os atores também expressaram o desejo de vivenciar experiências concretas e frequentes de Educação Permanente em Saúde (EPS), que promovam uma aprendizagem significativa e que lhes permitam desenvolver melhores práticas no campo da VS.

*(...) sem capacitações não tem como a vigilância em saúde trabalhar (...). (E11)*

*(...) um aperfeiçoamento, qualificação ou algo posso dar uma direção maior (...). (E9)*

*O dia a dia da Unidade Básica de Saúde é bastante corrido, as demandas são intensas, então fica naquele ciclo de rotina (...). A gente não fica muito por dentro das capacitações (...), que seriam bastante úteis para desenvolvermos um trabalho ainda mais favorável dentro das microáreas junto com os agentes de saúde. (E17)*

No decorrer dos questionamentos, os participantes citaram algumas características centrais do trabalho da vigilância no território de estudo e se remeteram à necessidade da colaboração e comunicação entre as subáreas da VS e da APS. Alguns entrevistados trouxeram à tona a importância do trabalho colaborativo entre as equipes de VS e APS durante os momentos em que estão realizando notificações compulsórias de doenças, eventos e agravos que surgem cotidianamente.

*(...) é necessário o apoio integral com as outras vigilâncias, seja a epidemiológica, a sanitária ou a saúde do trabalhador. (E8)*

*(...) é importante entender que a gente precisa dessa comunicação para finalizar uma notificação, descartar ou confirmar um caso no sistema. A gente precisa que esse apoio realmente aconteça (...). (E3)*

*(...) muitas vezes percebo que existem inúmeras falhas na comunicação (...) não dispomos de informações básicas que já deveriam partir da vigilância epidemiológica (...). (E9)*

No entanto, alguns participantes que atuam nas UBS, durante os seus discursos, retratam com facilidade os profissionais que compõem a ESF, mas, quando questionados sobre os envolvidos no trabalho da vigilância em saúde, sentem dificuldades em descrevê-los.

*(...) na atenção primária são os enfermeiros, técnicos de enfermagem, na ambiental são os agentes de endemias, e aqui na vigilância epidemiológica (...) não tem um profissional específico (...). (E14)*

*(...) consigo visualizar na imagem do agente de endemias esse personagem que me ajuda a caracterizar a VS. (E1)*

*Da vigilância ambiental, eu conheço mesmo os ACS e ACE e o coordenador (...). E a equipe da vigilância sanitária só vejo quando vem aqui pra fazer uma fiscalização; eu nem sei quem é o coordenador agora, só sei que tem (...). (E18)*

## Colaboração e trabalho em rede como premissas do processo de trabalho da VS

A maioria dos entrevistados demonstrou compreender que a colaboração e o trabalho em rede são premissas fundamentais para o bom êxito das iniciativas que são desenvolvidas pela VS. Em algumas falas, mais uma vez foi possível identificar que os profissionais das ESF sentem a necessidade de firmar parcerias duradouras para desenvolver um trabalho em equipe que vise a fortalecer a integração com a VS.

*(...) tem que existir um elo entre a atenção primária e as vigilâncias (...) não tem como uma tentar se sobressair e buscar resolver o problema de forma isolada (...). Para que a assistência à saúde seja garantida ao usuário, será necessária essa integração (...). (E6)*

*(...) maior integração com a VS, firmar parcerias (...). Muitas vezes só ficam cobrando atingir alguns indicadores e o preenchimento de papéis e às vezes até atribuem funções que não são de nossa competência (...). (E18)*

*(...) quando você trabalha em conjunto, cada profissional tem uma visão diferente, principalmente no trabalho da vigilância em saúde (...). (E19)*

No decorrer das entrevistas, alguns atores apontaram que o trabalho da VS torna-se ainda mais complexo por dispor de inúmeros indicadores que devem ser

monitorados e avaliados com frequência em articulação com as redes, para que se possa atingir as metas pactuadas no município e obter a qualificação das ações de VS, conforme descritos no Programa de Qualificação das ações de Vigilância em Saúde – PQA-VS. Os envolvidos no estudo expressaram o desejo de participar de momentos frequentes de reuniões de equipe para manterem interação e discutirem as demandas do território.

*(...) os indicadores complexos do PQA-VS são metas que a gente tem que atingir e o estado consolidado. É um trabalho que envolve a Vigilância Epidemiológica e a APS. E para atingir esses indicadores, nos deparamos com fragilidades e problemas, que eram compartilhados durante as reuniões que estavam paradas por conta da pandemia (...). (E4)*

*(...) nessas reuniões buscamos encontrar soluções para determinados problemas e, a partir daí, a gente entra em contato com outros setores (...). Uma comunicação mais adequada, sabe, de parceria mesmo, de que estão ali pra atuar junto com a gente. (E5)*

*(...) eu sinto falta dessa continuidade de relações, e que não seja somente no momento que acontece um problema, que eu precise acionar (...). Aí fica difícil a gente manter esse contato interprofissional mesmo, de planejamento das ações. (E5)*

## Barreiras para colaboração interprofissional na vigilância em saúde

Nos momentos das entrevistas e nos grupos focais, os profissionais entrevistados expuseram importantes limitações para a colaboração interprofissional no processo de trabalho da vigilância em saúde. A infraestrutura inadequada e os espaços físicos insuficientes das UBS foram citados como umas das grandes barreiras para realização das atividades em equipe.

*(...) trabalhar em conjunto é muito difícil, temos muitas dificuldades com isso, equipe grande, sem contar que estamos dividindo o mesmo espaço com a equipe da Vila Nova, ou seja, são duas ESF dividindo uma única estrutura de UBS (...), espaço reduzido (...). Precisamos ter uma estrutura melhor para trabalhar, no momento estamos com dificuldades. (E17)*

*O ambiente poderia melhorar pra reunir as equipes, porque as salas aqui são muito pequenas. Temos um espaço lá fora da UBS ao ar livre, mas também há muito mato, aí não dá pra trabalhar. Aqui no postinho são 13 profissionais, dificulta para reunir a equipe e para receber os usuários (...). (E13)*

Os participantes aproveitaram os momentos de diálogos, que se fortaleceram pela interatividade e pelas reflexões em torno das relações de confiança e respeito entre os profissionais envolvidos no trabalho da VS, para partilharem experiências em que foram submetidos a situações de conflitos e divergências durante a rotina laboral. Nas falas citaram algumas

dificuldades encontradas para manterem relações harmoniosas entre os seus pares conforme suas singularidades e posições de liderança que ocupam.

*Trabalhar em equipe sempre foi muito difícil. Várias pessoas com perfis e atitudes, conhecimentos diferentes (...). (E17)*

*(...) existem as disputas e conflitos por posições dentro da equipe (...). (E10)*

*(...) sempre tem aquele profissional que discorda de algo, mas a gente sempre chega em um acordo, num consenso. (E13)*

*(...) falta de tempo porque a assistência nos consome muito mais. E há sobrecarga de atividades que muitas vezes não compete à equipe da ESF realizar, por exemplo, demandas de outros setores e da própria VS. (E4).*

*(...) demandas excessivas nas equipes de saúde da família. Assim, acaba que muitas vezes pensamos nas ideias e tentamos viabilizar, mas nem sempre conseguimos por conta dessas atividades assistenciais frequentes (...). Acabamos deixando outras coisas de lado, inclusive o planejamento, as atividades de prevenção, de educação em saúde em grupos, que não estão acontecendo no momento. (E5)*

Após os momentos de interações e trocas de experiências proporcionadas pelas entrevistas, assim como a identificação de barreiras e facilitadores da interprofissionalidade nas práticas de trabalho da APS, os pesquisadores iniciaram a elaboração

e validação de um produto técnico, o qual resultou na sistematização e validação da estratégia de qualificação profissional em vigilância em saúde a partir dos referenciais teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional em saúde com o intuito de fortalecer e integrar as ações de VS na APS, conforme apresentada abaixo nesta sessão de resultados.

### **Estratégia de qualificação da vigilância em saúde a partir da Educação Interprofissional em Saúde (EIP)**

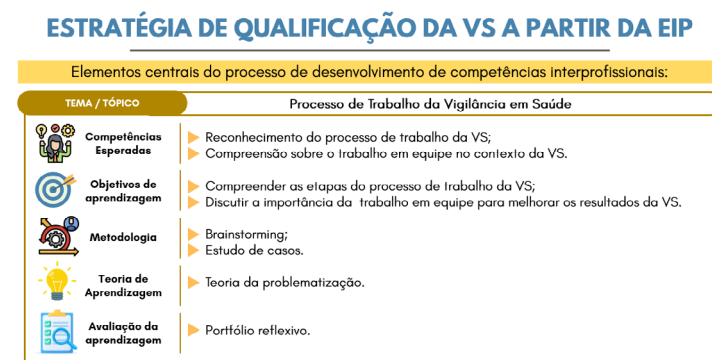
A estratégia de qualificação profissional da vigilância em saúde apresentada neste trabalho foi desenhada a partir dos referenciais teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional. A proposta educacional tem a intencionalidade de, durante sua execução, qualificar profissionais da atenção primária à saúde e da vigilância em saúde com o intuito de desencadear potentes reflexões relacionadas às etapas do processo de trabalho da VS e à necessidade da garantia da centralidade do usuário.

A iniciativa poderá ser desenvolvida em comunidades de aprendizagem e proporcionará aos atores envolvidos uma experiência inovadora e significativa, resultante das diversas possibilidades da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e do uso das metodologias ativas, entre estas, *brainstorming*, estudo de caso, simulação, *role play*<sup>10</sup>, *Team Based Learning (TBL)*<sup>11</sup>, elaboração de painéis, proje-

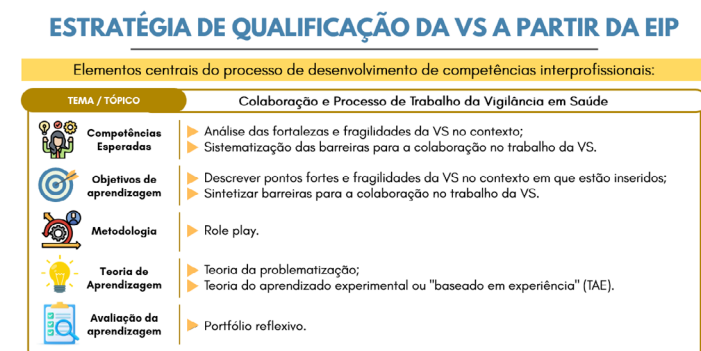
ção de filmes e aprendizagem baseada em projetos, além da aprendizagem baseada em equipe, etc.

Durante os momentos de trabalho em equipe, os integrantes terão a oportunidade de manter aproximação com a sua realidade e com a teoria, partilhar saberes prévios e construir novos aprendizados. Além disso, ainda no desenvolvimento das ações educacionais, serão capazes de planejar, elaborar e desenvolver uma ação prática no território, ou seja, aplicar uma proposta de intervenção no formato de um projeto aplicativo no seu cenário de atuação, adquirindo competências comuns colaborativas para intervir em situações adversas e participar dos processos de tomada de decisão no campo da vigilância em saúde.

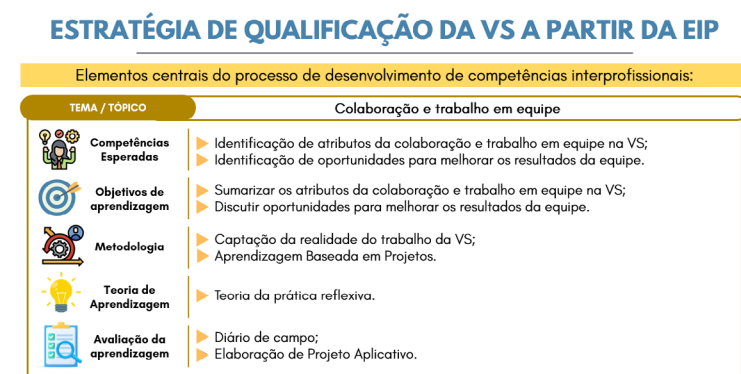
A proposta, estruturada em dez oficinas de trabalho, apresenta elementos centrais do processo de desenvolvimento de competências interprofissionais comunicacionais, com foco no processo de trabalho da vigilância em saúde. Foram descritos os temas/tópicos, as competências esperadas, os objetivos de aprendizagem, a metodologia, a teoria de aprendizagem, a avaliação e o tempo de duração, estimado em 120 minutos, para cumprimento de cada etapa. A justificativa para a ordem dos temas diz respeito a assegurar um itinerário formativo do menos para o mais complexo, conforme apresentado a seguir:

**Figura 1:** Fluxograma da Oficina I: Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde.

Fonte: Os autores (2023).

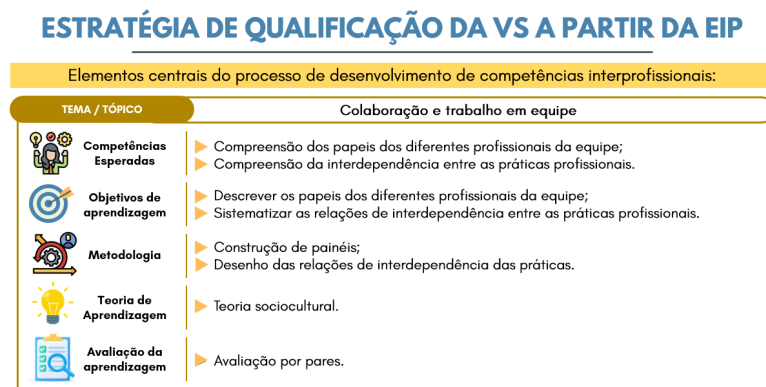
**Figura 2:** Fluxograma da Oficina II: Colaboração e Processo de Trabalho da Vigilância em Saúde.

Fonte: Os autores.

**Figura 3:** Fluxograma da Oficina III: Colaboração e trabalho em equipe.

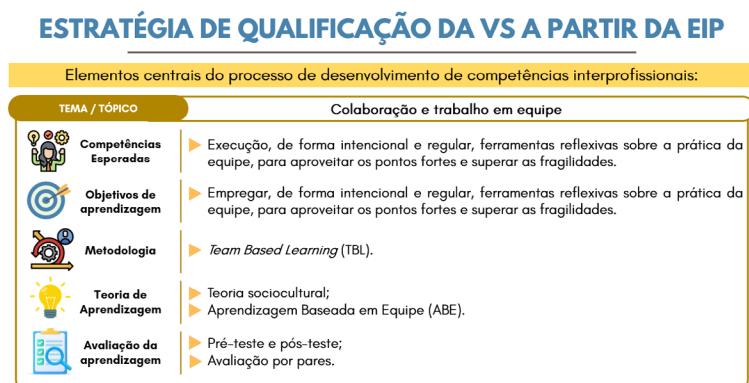
Fonte: Os autores.

**Figura 4:** Fluxograma da Oficina IV: Colaboração e trabalho em equipe.



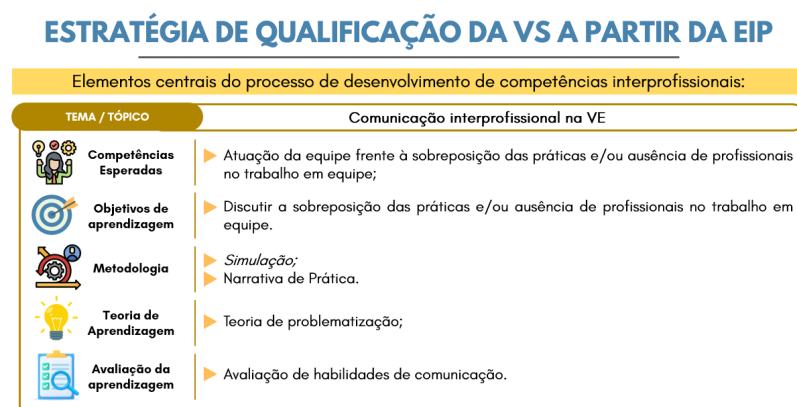
Fonte: Os autores.

**Figura 05:** Fluxograma da Oficina V: Colaboração e trabalho em equipe.

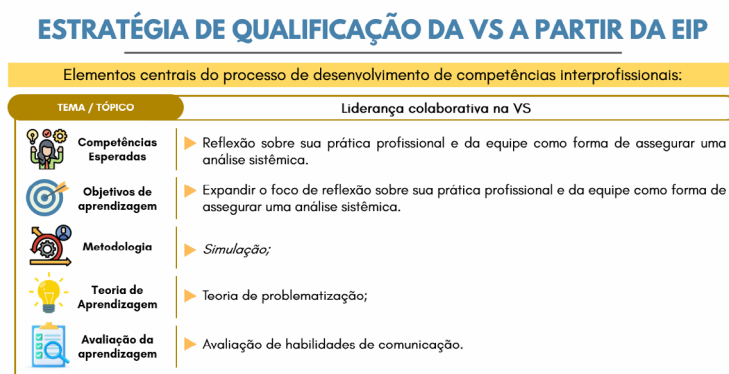


Fonte: Os autores.

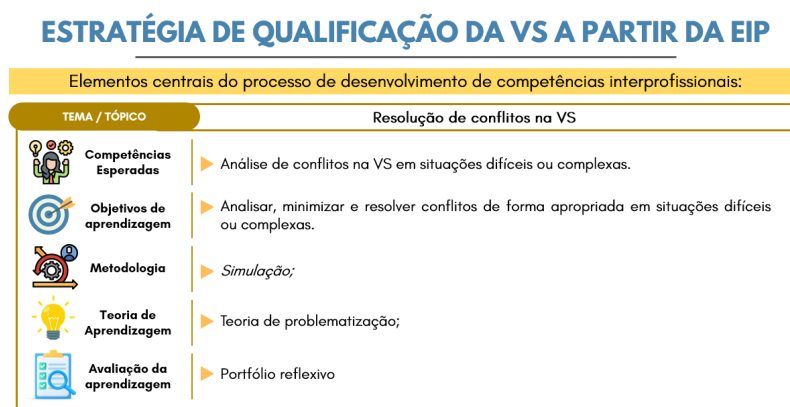
**Figura 6:** Fluxograma da Oficina VI: Comunicação interprofissional na VE.



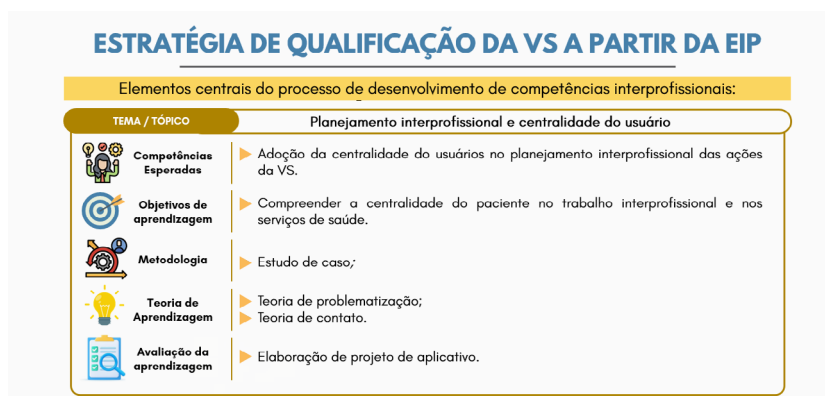
Fonte: Os autores.

**Figura 7:** Fluxograma da Oficina VII: Liderança colaborativa na VS.

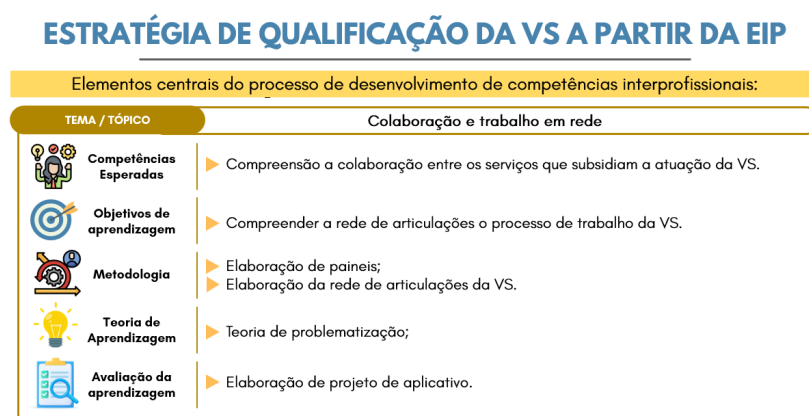
Fonte: Os autores.

**Figura 8:** Fluxograma da Oficina VIII: Resolução de conflitos na VS.

Fonte: Os autores.

**Figura 09:** Fluxograma da Oficina IX: Planejamento interprofissional e centralidade do usuário.

Fonte: Os autores.

**Figura 10:** Fluxograma da Oficina X: Colaboração e trabalho em rede.

Fonte: Os autores.

## DISCUSSÃO

As ações de Vigilância em Saúde, incluindo as de promoção à saúde, devem estar inseridas na dinâmica do processo de trabalho da APS. Conforme orienta a PNVS, as atividades que partem desse nível primário de atenção devem ser fundadas na articulação e no trabalho colaborativo com vistas à garantia da integralidade do cuidado. No entanto, tal fator é considerado um grande desafio para a gestão do SUS, pois é comum nos depararmos com uma vigilância em saúde com um escopo de atuação distante da programação laboral da ESF<sup>12</sup>.

A falta de comunicação entre VS e APS afeta os princípios doutrinários e organizativos dos SUS e tem maior impacto no da integralidade. Por outro lado, a integração entre as subáreas da vigilância e os serviços que são ofertados na rede de atenção primária à saúde favorece o protagonismo da VS ao direcionar ações de promoção e proteção à saúde dos usuários, família e comunidade<sup>5</sup>. Através das falas foi possível identificar que, no município de

Cajazeiras, as práticas de VS são centradas em demandas individuais e curativas clínicas, bem como no interesse epidemiológico e sanitário. Com isso, observa-se a necessidade do fortalecimento do trabalho em equipe nesse contexto da APS.

O trabalho em equipe tem potencial para contribuir no processo de trabalho da VS na APS e promover melhores resultados na atenção à saúde dos usuários, família e comunidade. De acordo com Peduzzi e colaboradores<sup>13</sup>, o trabalho em equipe é extremamente necessário e válido por constituir-se como um dos componentes estratégicos de planejamento e enfrentamento das demandas complexas, as quais requerem dos atores envolvidos, sejam gestores e/ou profissionais, uma resposta e uma abordagem rápida que contemplem as necessidades do território e as especificidades do sistema de saúde conforme a disposição das redes de atenção à saúde.

Na realidade do trabalho em saúde, embora seja possível encontrar profissionais que apresentam disponibilidade e aptidão para o trabalho em equipe, também

nos deparamos com aqueles agentes que são resistentes à colaboração, que acreditam em uma lógica de trabalho individualizado, em que cada ator realiza o que lhe foi designado e é de sua competência, sendo uma maneira de garantir a defesa da identidade profissional<sup>14-21</sup>.

No entanto, é fundamental que todos os profissionais que estão vinculados aos serviços da APS, seja na ESF, Equipes de Atenção Primária (eAP), Estratégia de Saúde Bucal (eSB), equipes multiprofissionais, etc., se reconheçam como agentes pertencentes e contribuintes ao trabalho da vigilância em saúde, capazes de identificar nos territórios riscos potenciais e eventos adversos que interferem na qualidade de vida das pessoas. Além disso, espera-se desses profissionais a capacidade para formular estratégias que busquem conter ou minimizar os danos que são recorrentes<sup>15</sup>.

Nesse sentido, a colaboração interprofissional promove momentos de diálogo e aproximação entre os sujeitos envolvidos nas práticas de saúde, formando, portanto, uma comunidade de aprendizagem que proporciona um ambiente de trabalho viável para firmar parcerias, compartilhar objetivos comuns, discutir problemas do território e tomar decisões compartilhadas em busca de resoluções<sup>16,17</sup>.

Partindo dessa lógica, é pertinente afirmar que o cerne do processo de trabalho da saúde pública está na centralidade do usuário e nas suas necessidades específicas de saúde. Essa visão ampliada requer mudanças urgentes e significativas na forma de pensar e promover práticas de saúde mais integradas e firmadas pela comunicação. Diante desse desafio, a educação interprofissional em saúde está bem alinhada ao princípio da integralidade do

SUS, que é condição essencial para a manutenção e vitalidade do sistema, tornando-se, portanto, totalmente dependente do trabalho colaborativo em redes, quando se trata de proporcionar cuidado eficaz e integral para o usuário<sup>20</sup>.

Uma constante nas falas dos coordenadores e de alguns trabalhadores(as) da VS e da APS que foram entrevistados refere-se ao subfinanciamento do SUS e aos recursos financeiros que são repassados pelo Ministério da Saúde mensalmente aos municípios. As demandas de saúde da atenção primária são dependentes do efetivo gerenciamento e da disponibilidade orçamentária por parte dos gestores. Porém, são direcionadas por um modelo assistencialista, com atividades individuais que se distanciam de uma concepção ampliada de saúde. Esse tensionamento faz com que os gerentes de saúde definam suas próprias prioridades, deixando em segundo plano as ações que fazem parte do processo de trabalho da vigilância em saúde<sup>15</sup>.

Dentre as barreiras para a colaboração interprofissional, os envolvidos expuseram limitações que surgem no trabalho da APS e da VS no território em estudo. Entre as citadas, está a infraestrutura inadequada das UBS, que prejudica a realização das atividades grupais, as reuniões de planejamento em equipe e até mesmo o acolhimento dos usuários nos serviços durante o desenvolvimento das ações coletivas. Também estão entre os obstáculos os conflitos e as divergências entre os pares, a falta de valorização da força de trabalho no setor saúde e a sobrecarga de trabalho na APS.

Discussões importantes sobre as possibilidades de aprimoramento, implementação e permanência da colaboração

interprofissional na APS e na VS incluem a compreensão do próprio papel, bem como o dos demais membros que compõem as equipes e estão alocados nos setores redistribuídos na APS e na VS, em busca de proporcionar um cuidado longitudinal à população adscrita. Ademais, é pertinente garantir espaços compartilhados que favoreçam a interação, seja de modo formal ou informal, sobretudo em momentos de planejamento ou nas reuniões de equipe em que há discussão e compartilhamento de casos complexos e demandas relacionadas aos vazios assistenciais e à vulnerabilidade de cada área/microárea das equipes de saúde da família (EqSF)<sup>18</sup>.

Tomando por base essas fragilidades identificadas na APS, que é ordenadora do cuidado, fica evidente a necessidade de haver nos territórios profissionais com conhecimento, habilidades e atitudes, e que sejam capazes de trabalhar juntos, firmando parcerias diante dos objetivos comuns, de forma colaborativa e eficaz. Diversos estudos defendem a EIP como potente iniciativa de transformação das práticas profissionais, por distanciar-se de modelos centralizados em técnicas e valorizar a aprendizagem significativa e compartilhada, o que impulsiona o desenvolvimento de habilidades de comunicação, de resolução de conflitos e de liderança diante das necessidades de tomada de decisões<sup>19, 21</sup>.

## CONCLUSÕES

Manter a integração da vigilância em saúde com a atenção primária à saúde é uma necessidade que vem sendo discutida ao longo dos anos no Brasil. É um desafio constante, que requer esforços contínuos por parte dos três entes federativos. Nesse sentido, a educação interprofissional

em saúde consolida-se como abordagem útil e adequada para o cenário em estudo, tendo em vista que a comunicação interprofissional promove espaços de atuação compartilhados, com interdependência e responsabilização das práticas.

O estudo chama a atenção para a necessidade de se repensar possibilidades de implementação da PNVS ao promover uma discussão pautada na interprofissionalidade e nos modelos de atenção à saúde que prezam a integralidade da atenção no SUS. No entanto, compreende-se que envolver a EIP na VS e na APS não se trata de uma tarefa de fácil execução, devido às barreiras que estão presentes no cotidiano da APS, enraizadas numa lógica de trabalho conservador de atribuições e num modelo de atenção à saúde que tende a ser assistencialista, centrado em atividades individuais, o que impacta a segurança e a qualidade da atenção.

Este estudo abre caminhos para novas discussões em torno da EIP na formação e no dimensionamento da força de trabalho do SUS. É importante dar continuidade ao debate sobre educação interprofissional na qualificação das ações integradas da vigilância em saúde, integradas às ações da atenção primária à saúde. Além disso, é prudente que haja reorientação das diretrizes nacionais curriculares que orientam a formação profissional em saúde no Brasil.

Uma das maiores limitações do estudo esteve relacionada à articulação dos momentos para a realização das entrevistas. Outros desafios foram concernentes à extensão territorial do município e às dificuldades vivenciadas durante a identificação e a localização dos voluntários nos setores da APS e da VS. Ademais, durante

as etapas da pesquisa, identificou-se um número restrito de publicações científicas no Brasil que abordam a EIP no processo de trabalho da VS.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conasems. Vigilância em saúde nos municípios : caderno de textos. Organizadores Maria do Carmo Ferreira, Andrea Paula Bruno von Zuben.1. ed. [Internet] Campinas, SP: IPADS; 2020. 152p. Available from: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/11/Caderno-de-Textos-Vigilancia-em-Saude-nos-municipios-1-3-1.pdf>
2. Teixeira MG, Costa M da CN, Carmo EH, Oliveira WK de, Penna GO. Vigilância em Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2023 April 13];23(6):1811–8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1811.pdf>
3. Prado NM de BL, Biscarde DG dos S, Pinto Junior EP, Santos HLPC dos, Mota SE de C, Menezes ELC de, et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2021 [cited 2023 April 12];26(7):2843–57. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z5WSwQfqN6348KfWcnS34pL/>
4. Engel A, Schlocobier C, Rodrigues EC, Maia EDW da, Guimarães HNCL, Grossi M, et al. A importância da intersetorialidade na vigilância em saúde: Relato de vivência do PET. *Saúde meio ambiente rev interdiscip* [Internet]. 2020 [cited 2023 June 12];9(Supl.1):10–1. Available from: <https://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/3383>
5. Pinto DS, Pereira BB, Limongi JE. Avaliação do conhecimento sobre Vigilância em Saúde entre os profissionais do Sistema Único de Saúde, Uberlândia, Minas Gerais. *Journal of Health & Biological Sciences*. 2017;5(1):37-43.
6. Reeves S. Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: An update. *J Interprof Care* [Internet]. 2016 [cited 2023 May 24];30(4):405-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/13561820.2016.1197735?needAccess=true> doi: 10.1080/13561820.2016.1197735
7. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [cited 2022 April 12]. 64 p. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?sequence=1)
8. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM da, Souza GC de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2013 [cited 2023 Aug 17];47(4):977–83. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&lng=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342013000400977&lng=pt&lng=em)
9. Bardin L. Análise de conteúdo. 6. ed. Lisboa: Edições 70; 2011. 226 p.
10. Rabelo L, Garcia VL. Role-Play para o Desenvolvimento de Habilidades de Comunicação e Relacionais. *Revista Brasileira de Educação Médica* [Internet]. 2015 [cited April 14];39:58696. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/JTdc3skScq5RQCT77tqywmX/abstract/?lang=pt>
11. Bollela VR, Senger MH, Tourinho FSV, Amaral E. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 2014 [cited 2024 May 11];47(3):293-300. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/86618>
12. Costa IL de OF, Trindade CB dos S, Chaves ECR, Ferreira IP, Lima SB de A, Costa FB da, Mendonça MHR de, Neto RL da S. A vigilância em saúde e o planejamento nas equipes de atenção primária em saúde: revisão narrativa. *REAS* [Internet]. 2020 [cited 2023 June 15];(53):e3622. Available from: <https://acervo-mais.com.br/index.php/saude/article/view/3622>
13. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM da, Souza. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional [Internet]. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020 [cited 2023 Feb 25];18(supl.1): e0024678. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
14. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth

- D, editors. *Effective Interprofessional Education*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd; 2005.180 p.
15. Recktenwaldt M, Junges JR. A organização e a prática da Vigilância em Saúde em municípios de pequeno porte. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2017 [cited 2023 April 30];26(2):367-81. Available from: <https://www.scielo.br/j/sau-soc/a/cpLsQ6RrbSxK54XLN3rtjyy/?format=pdf&lang=pt>
16. Fernandes SF, Trigueiro JG, Barreto MAF, Carvalho REFL de, Silva MRF da, Moreira TMM, et al. O trabalho interprofissional em saúde no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de escopo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [Internet]. 2021 [cited 2023 Nov 11];55:e20210207. Available from: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Q5xzBG8qVcZcbWMpGk-tLXQq/abstract/?lang=p>
17. Ansa BE, Zechariah S, Gates AM, Johnson SW, Heboyan V, De Leo G. Attitudes and Behavior towards Interprofessional Collaboration among Healthcare Professionals in a Large Academic Medical Center. *Healthcare* [Internet]. 2020 [cited 2023 Nov 11];8(3):323. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare8030323>
18. Kanno N de P, Peduzzi M, Germani ACCG, Soárez PCD, Silva ATC da. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2023 Nov 13;39:e00213322. Available from: <https://www.scielo.br/j/csp/a/XsX6M9q3bXPhjhHXWX8H-9DF/?lang=pt>
19. Oandasan I, Reeves Sc. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care* [Internet]. 2005 [cited 2023 Nov 3];19(sup1):21-38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096143/>
20. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC, Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2016. [cited 2023 Dec 10];20(59):905-16. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141432832016000400905&script=ci\\_art-text&lng=en#B24](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s141432832016000400905&script=ci_art-text&lng=en#B24)
21. Costa MV da, Azevedo GD, Vilar MJP. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. *Saúde em Debate* [Internet]. 2019 [cited ];43(spe1):64-76. Available from: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/1857/872>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Panorama municipal de Cajazeiras-PB* [Internet]. Brasil: IBGE; 2023 [cited 2023 March 15]; [about 10 screens]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/historico>

### **Contribuições dos autores:**

Francisco Auber Pergentino Vieira: Contribuição substancial na concepção e esboço do estudo e interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

Marcelo Viana da Costa: Contribuição substancial no esboço do estudo e interpretação dos dados; Participação na redação da versão preliminar; Participação na revisão e aprovação da versão final, Conformidade em ser responsável pela exatidão ou integridade de qualquer parte do estudo.

**Financiamento** – A pesquisa foi desenvolvida com recursos dos próprios pesquisadores, sem apoio financeiro de agências de fomentos.

### **Agradecimentos:**

-Mychelle Dantas de Almeida Noletto, Secretária de Saúde de Cajazeiras-PB: assinatura da carta de anuência e liberação para realização da pesquisa nas Unidades Básicas de Saúde.

- Prof<sup>a</sup>. Dra. Janete Lima de Castro, docente do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, UFRN: participou das revisões e contribuiu com sugestões para qualificação do trabalho.

- Prof<sup>a</sup>. Dra. Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, UFScar: participou das revisões e contribuiu com sugestões para qualificação do trabalho.

### **Conflitos de interesse:**

Não há conflitos de interesse, incluindo interesses pessoais, financeiros, acadêmicos, políticos ou relacionados à afiliação institucional relevantes ao tema ou materiais discutidos no manuscrito.

---

### **Autor Correspondente:**

Marcelo Viana da Costa  
marcelo.viana@ufrn.br

Recebido: 25/06/2024

Aprovado: 18/11/2024

Editor: Prof. Dr. Paulo Henrique Manso

---