

Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção

I¹ Ana Ecilda Lima Ellery, ² Ricardo Jose Soares Pontes, ³ Francisco Antonio Loiola I

Resumo: Este estudo objetiva sistematizar e analisar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de estudo qualitativo, com construção das informações através de entrevistas abertas e oficinas de produção de conhecimento, com 23 profissionais da ESF e das residências médica e multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, no período de março a agosto de 2011, no município de Fortaleza. O campo comum é o espaço do compartilhamento, da socialização de práticas e saberes entre os trabalhadores que integram a atenção primária à saúde no Brasil, ou seja, profissionais das equipes da ESF, incluindo o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). É constituído, em grande parte, por acúmulos teórico-práticos da Saúde Coletiva, mas também por outros conhecimentos, como o da clínica e o da reabilitação, e os aportes de setores diversos, como Geografia, Pedagogia e Educação Popular. Os saberes e práticas essenciais do campo comum da ESF foram consolidados em dez grupos. A interface do trabalho dos profissionais é complexa e cada vez mais ampla. Há diversas ações comuns a várias profissões; algumas são complementares; outras estão muito imbricadas. O que vai possibilitar estabelecer um campo comum de atuação interprofissional é o debate democrático da equipe. Esse processo é gradativo, carece de pactuação, não sendo resolvido somente na disputa legal, definindo verticalmente essa interface. Configura-se num campo em permanente construção, à medida que novas categorias profissionais vão sendo incorporadas à ESF, trazendo novos saberes e novas práticas.

► **Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; equipe de cuidados de saúde; equipe interdisciplinar de saúde; relações interprofissionais.

¹ Psicóloga, Assistente Social, doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará, com doutorado sanduíche na Université de Montreal; mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Endereço eletrônico: ana.ellery@gmail.com

² Médico sanitarista, epidemiologista e Professor Associado do Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Mestrado e Doutorado (1992) em Medicina Preventiva, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Endereço eletrônico: rjpontes@fortalnet.com.br

³ Filósofo, doutorado em Psicopedagogia pela Université Laval, Canadá (2000); professor da Université de Montreal, Canadá. Endereço eletrônico: fa.loiola@umontreal.ca

Recebido em: 28/10/2011
Aprovado em: 16/05/2013

Introdução¹

Após 18 anos de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), diversos estudos (MENDONÇA et al., 2012; AQUINO et al., 2009) afirmam sua relevância na redução das iniquidades sociais e na melhoria da qualidade de vida da população. A ESF vem se consolidando, afinada com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial, o da integralidade, compreendendo ter o processo saúde e doença múltiplas causas. Assim, equipes multiprofissionais são constituídas para atender à complexa demanda da população.

A partir de 2008, visando ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Primária, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estes podem ser compostos por psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, profissional da educação física, nutricionista, terapeuta ocupacional, ginecologista, homeopata, acupunturista, pediatra e psiquiatra (BRASIL, 2008).

No Brasil, existem 14 áreas de nível superior reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde como desse setor: Biomedicina, Biologia, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. As entidades de classe vêm empreendendo esforços para garantir a inserção de categorias na ESF. Isso certamente permitirá a ampliação do campo de saberes e práticas na atenção primária à saúde. Uma questão, contudo, se coloca: como organizar saberes e práticas de um leque cada vez mais amplo de profissões, organizando-os em benefício dos usuários e de uma melhor resolutividade dos serviços de saúde? Como pactuar interfaces que viabilizem e aperfeiçoem as relações interprofissionais, considerando que, tradicionalmente, a formação acadêmica se ancora na lógica da profissionalização (D'AMOUR, 1997; FURTADO, 2009), segundo a qual profissionais disputam poder e status em suas áreas?

Como assinalam Girardi, Fernandes Jr. e Carvalho (2010), a regulamentação de uma atividade profissional implica reserva de mercado ou direito exclusivo de propriedade sobre campos de prática, concedido pelo Estado. A despeito dessa lógica da profissionalização, com delimitação estreita de territórios de atuação, os profissionais, nos espaços de trabalho, se deparam com situações complexas, sentindo-se impotentes para responder a elas sozinhos. São, então, desafiados a construir práticas interprofissionais colaborativas. Convivem,

assim, com lógicas contraditórias: a da profissionalização, focada nos interesses das corporações, e a da interprofissionalidade, centrada nas necessidades dos usuários, num compromisso com a resolubilidade e a integralidade (D'AMOUR et al., 2008; FURTADO, 2009).

A interprofissionalidade resulta do processo de integração de saberes, que se processa no campo epistemológico, e da colaboração interprofissional, que tem lugar na organização do trabalho, ou seja, no campo das práticas (COLET, 2002). A figura 1 expressa a dinâmica contraditória vivenciada pelos profissionais na saúde.

Figura 1. Dinâmica contraditória entre a lógica da profissionalização e a lógica da interprofissionalidade na saúde



Mesmo sem a plena consciência dos trabalhadores de saúde, seu cotidiano nos serviços, lugares por excelência de especialistas e da fragmentação do saber (JAPIASSU, 1976), é permeado pelo conflito de como compatibilizar as dinâmicas contraditórias da profissionalização e da interprofissionalidade.

Evitando uma postura maniqueísta e paradoxal entre o “isolamento” na atuação dos profissionais da saúde e a eliminação das fronteiras entre eles, com a “fusão” das práticas, Campos e seus colaboradores (1997) propuseram que a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas fossem processadas mediante a conformação de “núcleos” e de “campos” de atuação. Campos (2000) propõe a definição de núcleos de atuação específicos, demarcando “a identidade de uma área de saber e de prática profissional” (p. 220). Por outro

lado, o “campo” é um espaço com limites imprecisos, onde cada disciplina e profissão busca apoio para responder às demandas que se apresentam no seu cotidiano profissional (CAMPOS, 2000).

Andrade e seus colaboradores (2004), ao criticarem o modelo multiprofissional tradicional, marcado pelo isolamento entre os trabalhadores da saúde, propõem a construção de um “novo campo” de saber, “comum a todas as categorias”. Este vai sendo criado a partir da “interseção dos conhecimentos, habilidades e práticas de cada categoria, com o objetivo de responder adequadamente às necessidades de saúde da população, promovendo qualidade de vida” (ANDRADE et al., 2004, p. 159). Entretanto, afirmam que

[a] construção e o exercício desse “novo campo de conhecimento” de forma alguma implica o abandono do núcleo de conhecimentos de cada categoria profissional da saúde, senão que exige humildade, respeito mútuo e espírito científico entre os vários profissionais componentes das Equipes de Saúde da Família (ANDRADE et al., 2004, p. 160).

Quando se trata da organização do processo de trabalho dos NASF, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) preconiza ações comuns nos territórios de responsabilidade das equipes desses núcleos, desenvolvidas em articulação com as equipes da ESF e outros setores, tais como: o desenvolvimento de projeto de intervenção em saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos (escolas, igrejas, etc.). A Política Nacional de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2011b) também estabelece atribuições comuns a serem desenvolvidas por todos os profissionais da ESF.

Apesar do prescrito para as equipes da ESF, o trabalho interprofissional em saúde permanece um desafio, face à predominância de “atuações fragmentadas, mantenedoras do isolamento e das relações de poder entre os profissionais e destes com os usuários dos serviços, [as quais] inviabilizam a produção do trabalho em equipe desejado na atenção à saúde mais integral e resolutiva” (COSTA; ENDERS; MENEZES, 2009, p. 534, 535).

Apesar das inúmeras barreiras existentes, saberes e práticas estão sendo compartilhados nas equipes, forjados pelo imperativo de responder às situações complexas do cotidiano profissional. Considerando, portanto, a importância do trabalho interprofissional e, ao mesmo tempo, as dificuldades para sua materialização, o presente artigo objetiva sistematizar e analisar saberes e práticas que integram o campo comum de atuação das equipes multiprofissionais da ESF.

Metodologia

Trata-se de estudo qualitativo, que adotou como categorias teóricas de análise os conceitos de “campo” e “núcleo”, segundo Campos e seus colaboradores (1997) e Campos (2000), já definidos na introdução.

As informações foram construídas através de entrevistas abertas e de oficinas de produção de conhecimento. Estas são espaços em que dialogicamente se ensina e se aprende, se socializa e se constrói conhecimento, numa relação fecunda entre educador e educando e entre pesquisador e sujeitos do campo da prática. Nas oficinas, o pesquisador se apresenta como facilitador do processo de reflexão sobre a prática, que dá sustentação para a construção do conhecimento, num processo de criação e recriação que vai sendo aperfeiçoado passo a passo (FREIRE, 1983).

Das oficinas de produção de conhecimento participaram 23 profissionais, sendo 13 de equipes mínimas – três agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de enfermagem, uma dentista, quatro enfermeiros e quatro médicos; seis médicos da Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC); três profissionais (psicóloga, educador físico, assistente social) da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC); e um nutricionista dos dois que integrava o NASF no Centro de Saúde da Família (CSF). Desses participantes das oficinas, 19 foram entrevistados. Como vimos, as oficinas tiveram uma participação ampliada, contando com a presença de quatro médicos residentes em MFC que não haviam sido entrevistados.

Todos os sujeitos participantes da pesquisa estavam ligados a um mesmo CSF, localizado no município de Fortaleza, estado do Ceará. Esse CSF foi escolhido por ser reconhecido como uma unidade de saúde onde existe um bom nível de integração no trabalho entre as categorias que atuam na atenção primária à saúde.

Foram realizadas duas oficinas de produção de conhecimento para sistematização do campo comum da ESF, com base na experiência de trabalho dos profissionais. Após acolhimento dos participantes e socialização dos objetivos, a primeira oficina teve início com uma “chuva de ideias” das tarefas que podem ser desenvolvidas por qualquer um dos membros da ESF. Por tarefa, entendemos as ações que correspondem às principais atividades desenvolvidas pelos membros da equipe da ESF, independente da categoria profissional. Foram distribuídas tarjetas de cartolina (medindo 20 cm x 10 cm), nas quais os participantes escreveram as tarefas que compõem o campo comum da ESF.

Algumas orientações foram pactuadas com o grupo antes dessa etapa inicial de levantamento das ideias: a) descrever as tarefas sem preocupação com o seu ordenamento ou exatidão terminológica; b) utilizar verbos de ação no infinitivo, como: adotar, aplicar, acolher, cuidar, elaborar, orientar, promover, dentre outros; c) escrever uma tarefa por tarjeta; d) não censurar nenhuma colaboração, sem discussão inicial das ideias apresentadas; e) evitar debates prolongados ou fora do objetivo da oficina.

Após a fase de levantamento de ideias sobre as tarefas do campo comum da ESF, as tarjetas foram afixadas em painel, de forma a possibilitar sua visualização e apreciação por todos os participantes. Foram agrupadas as tarjetas com ideias semelhantes. Algumas tarjetas foram suprimidas por estarem repetidas ou já terem sido contempladas em outras, segundo avaliação dos participantes. Também novas tarjetas foram elaboradas, quando houve necessidade de expressar melhor determinada tarefa.

Na realização de uma segunda oficina de produção de conhecimento, com outro grupo de profissionais e residentes, foi desenvolvido o mesmo procedimento. Na sequência, foi entregue aos participantes dessa segunda oficina uma síntese do trabalho realizado na primeira para análise e complementações no material produzido.

Após a fase de análise e sistematização das informações obtidas nas entrevistas e nas duas primeiras oficinas de produção de conhecimento, uma terceira foi realizada com os mesmos participantes, para apresentação da síntese preliminar das informações construídas e sistematizadas. O objetivo foi tanto dar um retorno do conhecimento produzido aos atores sociais que podem se beneficiar desta pesquisa como também validar os resultados preliminares das oficinas realizadas e das entrevistas. Nessa terceira oficina, após a leitura do material consolidado pela pesquisadora, novas reflexões emergiram, seguindo-se debates em plenária, até o consenso circunstancial sobre saberes e práticas que compõem o campo comum de atuação dos profissionais da atenção primária à saúde. Os resultados validados são socializados no presente artigo.

A construção das informações empíricas foi feita no período de março a agosto de 2011. A análise do material obtido nas entrevistas e oficinas de produção de conhecimento foi feita com a utilização do software *QDA Miner 3.2*, recurso facilitador do processo de organização e da análise das informações em estudos qualitativos.

Esclarecemos que os resultados aqui expostos não refletem, na totalidade, o cotidiano interprofissional do CSF estudado, mas envolve também um “vir-a-ser”, no sentido de contemplar o desejado pelo grupo de participantes, que venha a ser construído entre os profissionais da ESF. Dessa forma, efetivam-se os dois momentos do “ciclo do conhecimento” (FREIRE, 2009, p.192), “que se relacionam permanentemente: um é o momento em que conhecemos o conhecimento existente, produzido; o outro, o em que produzimos o novo conhecimento”.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, protocolo COMEPE nº 251/10.

Resultados e discussão

O campo comum da ESF é o espaço do compartilhamento, da socialização de práticas e saberes entre os diversos profissionais que integram a atenção primária à saúde no Brasil, ou seja, profissionais das equipes da ESF, incluindo o NASF. É constituído não somente por acúmulos teórico-práticos das categorias da saúde, mas também por outros campos do conhecimento, como Geografia, Cultura, Pedagogia, Educação Popular, dentre outras. A execução desse campo comum envolve tanto os profissionais de nível superior como também os de nível médio.

O campo comum da ESF é bem amplo. Tem um campo comum que envolve não só os profissionais de nível superior, mas também o ACS e o auxiliar de enfermagem, e um campo específico, que, se somados, geram um potencial muito grande. Ele realmente existe. O campo comum, onde todos podem atuar: a questão do território, a abordagem à família, abordagem relacionada à violência, problemas mais específicos em relação à faixa etária (Médico ESF, preceptor RMFC).

O processo reflexivo e analítico de construção do conhecimento, do qual participaram atores sociais que podem ser beneficiados por esse mesmo conhecimento, possibilitou a sistematização de dez grupos de saberes e práticas essenciais que compõem o campo comum de atuação na ESF, incluindo o NASF, apresentados e discutidos a seguir:

Trabalhar em equipe

Trabalhar em equipe é uma competência abordada exaustivamente pelos atores sociais pesquisados. Ressaltam que esse trabalho multiprofissional tem o desafio de construir a interprofissionalidade, que se expressa na integração de saberes disciplinares e na colaboração interprofissional, trazendo resultados

substanciais para a população e para os próprios profissionais, como assinalam as falas que se seguem:

Trabalhar sozinho e trabalhar em equipe não são a mesma coisa. Antes da ESF, os ACS trabalhavam sozinhos. Eu estou aprendendo bastante. Cada dia que passa, eu aprendo mais (ACS).

Quando a gente pega um, dois, três casos que a gente vai trabalhando em equipe interprofissional e a gente vê os resultados dos casos, não tem mais jeito de não fazer assim (Médica da ESF, preceptora RMFC).

Na perspectiva do trabalho interprofissional, destaca-se a capacidade a ser desenvolvida em todos os profissionais de lidar com crises e mediar conflitos interpessoais: “Onde tem gente tem conflito. [...] A gente senta e discute” (médica residente).

Nós resolvemos conflitos conversando. Já aconteceu conflito e aí a gente sentou e lavou a roupa suja. Conseguimos resolver conversando. É bom conversar, pois se você ficar só mastigando, mastigando, quando a gente não está se entendendo, termina repercutindo na comunidade (ACS).

Apesar da necessidade do trabalho em equipe ser enfatizada com muita força por diferentes autores (PERRENOUD, 2000; ARAÚJO; ROCHA, 2007; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), há evidências de ser essa competência negligenciada na formação dos profissionais de saúde, conforme atestam os depoimentos de vários trabalhadores da ESF:

A relação com outros profissionais está sendo um terreno novo, porque em relação a essa questão de convívio com outros profissionais, a gente não tem na faculdade formação nesse sentido. [...] Quando comecei a residência, já comecei convivendo com os profissionais da residência multiprofissional em Saúde da Família, com toda uma equipe formada. No começo, foi uma adaptação. Eu tive que aprender essa habilidade. No começo, eu me senti meio perdido, com dificuldades. O mais difícil foi me situar; um desafio constante é perceber o meu real papel na equipe. É muita coisa, muitos desafios e cada um fazendo sua parte, a gente tentando integrar, mas ao mesmo tempo, eu passei um tempo de adaptação para me encontrar na equipe (Médico residente).

Os profissionais que vêm da graduação, de cursos mais formais, eles acabam se perdendo um pouquinho dessa questão da equipe. Na realidade, a gente é formada para trabalhar no individual, nós com nós mesmos (Assistente social, residente RMSFC).

Eu aprendi a trabalhar em equipe na vida, na minha vida profissional (Enfermeiro ESF, preceptor do PET-Saúde).

Na faculdade, a gente não trabalha em grupo com outras profissões. A gente trabalha, no máximo, com outros colegas da mesma profissão. Eu não acho que a faculdade prepara a gente pra o trabalho de equipe (Dentista ESF, preceptora PET-Saúde).

Os depoimentos anteriores reforçam a necessidade de, na formação dos profissionais de saúde, ser oportunizada aos alunos a vivência de experiências de trabalho em equipe, sem a qual eles não vão responder às necessidades do SUS e à complexidade do cotidiano profissional na saúde.

Construir um plano de ação nos territórios, em conjunto com a população, suas organizações sociais e demais instituições que atuam no território

Os elementos desse grupo de saberes e práticas se referem à identificação das características do território, incluindo recursos institucionais, comunitários, bem como seu potencial organizativo.

O serviço social historicamente trabalha em comunidade. Um assistente social não começa a trabalhar em lugar nenhum sem conhecer o território. Esse é um conhecimento que o assistente social aporta / socializa para o campo comum (Assistente social, residente RMSFC).

O conhecimento do território inclui, ainda, a avaliação da saúde ambiental, identificando principais fatores de risco e vulnerabilidades da comunidade, em especial, relacionadas às doenças endêmicas, como a dengue.

A Medicina contribui para o campo comum, por exemplo, com a questão de sintomas. Vamos dizer a dengue, identificação dos sintomas da dengue. É somente para o médico? Não. Todos devem conhecer e estar atentos. O que seria especificidade? O diagnóstico, teoricamente, seria só para o médico; mas pelos protocolos, o enfermeiro pode fazer. O tratamento, aí já é mais específico do médico. O seguimento desse paciente já entra de novo no campo comum (Médico da ESF, preceptor RMFC).

Outro elemento estruturante para a construção de um plano de ação no território é a articulação de ações intersetoriais, com a educação, a assistência, a previdência, a habitação, o saneamento, o trânsito, dentre outras:

A gente tem que conhecer o que tem na área. Não somente a situação de doença, de saúde, mas a condição geral do povo, os problemas gerais da área (ACS).

Cabe aos profissionais participar da execução do plano de ação da ESF no território, envolvendo outras instituições que nele atuam.

Desenvolver ações de educação em saúde

Trata-se de ações muito relacionadas à Saúde Coletiva, tradicionalmente desenvolvidas na ESF pelos profissionais da equipe mínima, mas que, gradativamente, passam a ser atribuições do campo comum, tais como orientar medidas de higiene, incentivar e promover uma vida menos sedentária à população:

Promover sessões de alongamento, por exemplo, é uma prática que qualquer profissional da ESF pode desenvolver. Trata-se de um campo que já tem interface com a fisioterapia e que vem sendo trazido para o campo comum (Educador físico, residente RMSFC).

Destacam-se ainda outras ações de educação em saúde: orientar hábitos alimentares saudáveis; participar das campanhas de saúde, como vacinação, prevenção do câncer de colo, dentre outras; orientar para redução do tabagismo; orientar para o autocuidado; verificar presença de animais na residência familiar e orientar sobre vacinação animal:

Nunca imaginei o que um veterinário faz no “Saúde da Família”. Hoje eu vejo imprescindível [sic]. Faz parte da minha história clínica perguntar se tem animais em casa, quantos, se está vacinado, fazer a avaliação ambiental (Médica residente).

Há práticas que, historicamente, são trabalhadas pela Educação Física e pela Fisioterapia, mas que também são socializadas no campo comum, como a observação das posturas dos pacientes:

A Fisioterapia tem ensinado a observar as posturas dos pacientes, como se sentam, como trabalham e orientar para uma postura correta (Educador físico, residente da RMSFC).

Outra ação relacionada à educação em saúde é a observação da disponibilidade qualitativa e quantitativa da alimentação familiar e possíveis implicações na saúde da clientela:

Todo profissional deve estar atento ao que as famílias comem. Quando entro na casa de uma família, não consigo mais deixar de ver o que elas têm para comer, que aprendi com a nutricionista (Médico residente).

Intervir em situações relacionadas à saúde da criança

Grande parte dos elementos dessa competência são ações desenvolvidas pela equipe mínima da ESF, em especial dos agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, tais como verificar cartão de vacinas, observando se estão atualizadas; encaminhar para o CSF caso não estejam; e orientar ações de puericultura.

A preocupação com a violência também deve fazer parte da atuação dos profissionais, identificando crianças e adolescentes com sinais de agressão e tomar medidas cabíveis. A violência se expressa, ainda, no abandono social, exigindo uma ação profissional em defesa da vida e do bem-estar da população.

A gente faz muito trabalho em comum na nossa equipe, exceto as condutas dos médicos, medicação, tratamento. Afora isso, a gente faz tudo junto: educação em saúde [...]. A gente discute problemas juntos; a gente traz dificuldades para reunião para definir todo mundo junto. Várias coisas são em comum: resolução de problemas, propostas de resolver problemas (Enfermeira ESF, preceptora do PET-Saúde).

Intervir em situações relacionadas à saúde da mulher e do homem

A melhoria dos indicadores de saúde, como a ampliação da cobertura do pré-natal e do aleitamento materno, de forma a reduzir a mortalidade infantil e materna, é um desafio que demanda pró-atividade de todos os profissionais da atenção básica. Estão incluídas nessa categoria, ainda, ações como: incentivar e encaminhar para exames preventivos e planejamento familiar e oferecer aconselhamento pré e pós-teste de HIV, com a realização de testagem rápida de HIV.

O respeito à vida e o combate a todas as formas de violência também estão presentes, através da identificação de mulheres e idosos com sinais de violência e maus tratos, tomando medidas cabíveis.

A fisioterapeuta, por exemplo, se ela não atuar no campo comum, só vai olhar força muscular. Vai chegar numa visita e não vai ver que uma idosa está sendo mal cuidada, que ela está se urinando, que o ambiente está cheio de reservatórios de dengue. Eu acho que tem que ter isso e tem que fortalecer a especificidade, e, no final, avaliar em um projeto terapêutico comum (Médico ESF, preceptor RMFC).

Na fala anterior, consideramos que, ao apontar a necessidade do fisioterapeuta observar se o idoso “está se urinando”, o profissional médico não aborda, necessariamente, o tratamento da incontinência urinária. Antes, parece destacar que, no campo comum, o fisioterapeuta ou outro profissional deve estar atento aos cuidados dispensados ao idoso, em especial, àqueles que não têm independência nas atividades da vida diária, não podendo, portanto, atender a suas necessidades básicas sem a ajuda de terceiros. Nesse contexto, necessário se faz observar a qualidade dos cuidados que estão sendo dispensados ao idoso.

Intervir em condições sociais da clientela

Refere-se ao necessário compromisso de toda pessoa, em especial daqueles que operacionalizam as políticas sociais, em contribuir na identificação de crianças fora da escola e adultos analfabetos, articulando-se com o sistema escolar para engajamento destes no sistema de ensino. Além do acesso à educação formal ser direito da pessoa e dever do Estado, previsto na Constituição, o compromisso com a redução do analfabetismo é um indicador que tem forte impacto na saúde da população.

Outro elemento importante se refere a identificar pessoas sem registro civil, condição que as impede de acessar as políticas públicas, com impacto na saúde. Inserem-se ainda nesse grupo de saberes e práticas a identificação de pessoas incapacitadas para o trabalho e o seu encaminhamento para acesso aos benefícios previdenciários.

Eu não falo só da parte da nutrição. [...] Eu tento trabalhar algo mais, visualizar algo mais. Faço perguntas que eu não fazia antes, como: a senhora é aposentada? Alguém da casa recebe algum benefício? [...] Realmente, trabalhando aqui neste CSF, eu pude ter uma visão ampliada do que é saúde da família. Sair um pouco daquela parte que é só da nutrição (Nutricionista do NASF).

Aplicar técnicas de primeiros socorros

Para redução de complicações de acidentes domésticos ou comunitários, o conhecimento de procedimentos simples, aplicáveis por qualquer pessoa, desde que capacitada, ajudará a resolver situações de emergência até a chegada de atendimento especializado de saúde. Se esses são procedimentos de acesso a qualquer pessoa, urge que todos os trabalhadores da saúde tenham a competência de aplicar técnicas de primeiros socorros.

A experiência na residência multiprofissional é única. Não tem comparação com nada. É um processo muito rico. A gente acaba saindo um pouquinho educadora física, um pouquinho veterinária. Pela convivência, a gente acaba aprendendo um pouquinho da área do outro, que acaba fazendo parte do seu próprio trabalho. É muito rico. É uma experiência que eu tinha que passar. Eu não sou a mesma de dois anos atrás (Psicóloga, residente RMSFC).

Adotar medidas de autocuidado, de cuidado com os colegas e com seu espaço de trabalho

Cuidar do seu espaço de trabalho e acolher colegas de trabalho, desenvolvendo a necessária solidariedade entre eles, são atitudes, saberes e práticas essenciais entre cuidadores:

Quando você sabe que o profissional está com a vida um pouco difícil, quando ele está um pouco disperso, porque está passando por muitos problemas, você proteger um pouquinho... Oh, ele não veio hoje porque precisou fazer tal coisa, mas eu estou aqui para ficar no lugar dele. Uma cumplicidade, não de encobrir coisas erradas do profissional, mas de ter uma cumplicidade, de mostrar que a equipe está coesa e, na falta de um, tem o outro pra dar suporte (Psicóloga, residente RMSFC).

Necessário se faz que, em meio à rotina árdua da saúde, a equipe fomente espaços de “escuta”:

A gente senta pra conversar, ver quais são os problemas, o que cada um está sentindo, quais são as dificuldades. Todo mundo sai morto de satisfeito (Médica ESF, preceptora RMFC).

A responsabilidade pelo autocuidado se expressa também na aplicação de técnicas e cuidados relacionados à segurança no trabalho.

Adotar uma postura de acolhimento e estabelecimento de vínculo e responsabilização com usuários e trabalhadores da saúde

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão (BRASIL, 2006) enfatiza a necessidade do acolhimento em saúde como estratégia de interferência nos processos de trabalho e de avaliação de risco como dispositivo tecnológico e as mudanças possíveis no trabalho da atenção e da produção de saúde.

Eu acho assim... eu me arrisco a dizer que o campo comum de atuação dos profissionais seja no acolhimento. Acho que todo mundo pode fazer (Médico residente).

O acolhimento é compreendido como ato de acolher as pessoas, ouvi-las, dar-lhes crédito, empenhar-se na resolução de suas demandas, numa ação de aproximação, de “estar com”, “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2008).

Aplicar procedimentos metodológicos de pesquisa em saúde

Saberes e práticas sobre vigilância à saúde são essenciais a todos os profissionais da ESF por permitirem avaliar continuamente os resultados e impactos da intervenção e das políticas públicas. Para tanto, necessário se faz desenvolver nos trabalhadores da saúde o compromisso com o registro das ações e das condutas terapêuticas individuais e grupais. Isso possibilitará a reflexão sobre os registros feitos, identificando evolução, em termos dos indicadores de saúde. O perfil epidemiológico das populações sofre alterações, sendo necessário acompanhá-lo para a efetividade da atuação profissional.

Em Fortaleza, o que eu mais senti foi a mudança do perfil da população e dos profissionais. Situações novas, como a violência, a drogadicção. [...] A gente foi aprendendo a lidar com isso (Médico da ESF, preceptor RMFC).

Analisando a fala do profissional, podemos compreender que, para ele, como médico, trabalhar com o aumento da violência, da drogadicção é uma “situação nova”. Isso porque os médicos, como outros trabalhadores da saúde, em geral, não são capacitados para tratar os agravos à saúde decorrentes da violência e da drogadicção. Via de regra, são despreparados para atuar em situações complexas como aquelas com que se deparam no trabalho na ESF, que exigem um olhar voltado para grupos sociais específicos, supondo um rompimento dos muros dos serviços de saúde e conformando um alto grau de complexidade do conhecimento (SOUZA; HAMANN, 2009).

Os indicadores de saúde devem ser utilizados enquanto instrumento de gestão, compartilhados nas rodas de gestão do CSF, facilitando o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e das relações interprofissionais.

Eu participo da reunião da minha equipe. No posto, tem os dias da roda de gestão do CSF. Tem vezes que são rodas de equipe. Gosto das rodas. Na grande roda é muita gente, muitas pautas; se todo mundo for falar, é muito tempo. Uma tarde é pouca [sic]. [...] Antes de começar as rodas, perguntam quem tem pauta, e quem tem coloca. A gente fala. Todo mundo que quer falar, fala. Eu posso falar (ACS).

Socializar os indicadores de saúde com lideranças comunitárias e conselhos de saúde oferece subsídios para o controle social. Além disso, a sistematização das práticas e a reflexão teórica sobre as mesmas possibilitam divulgar o conhecimento produzido, através de produção científica.

Além dos dez grupos de saberes e práticas referidos anteriormente, algumas dimensões subjetivas emergiram, como a necessidade de uma identificação dos profissionais com o modelo de atuação na ESF, que exige a atuação destes para além

dos espaços do consultório, tanto física como simbolicamente. Outras dimensões ressaltadas foram: a capacidade de lidar com situações novas, a abertura para trabalhar em equipe, a capacidade de diálogo e de pactuação, sem as quais a construção de um plano terapêutico construído coletivamente não pode ser viabilizada.

Foi acontecendo de uma forma tão natural. Não foi imposto pela equipe. Não chegaram e disseram: “você tem que atender com outro”. As necessidades foram surgindo e os papéis foram se estabelecendo de uma forma natural. Nunca teve assim isso: o paciente é meu ou é seu; a minha conduta é a certa, a sua não é. A gente construiu uma equipe tão... a gente se deu tão bem como equipe! Ninguém se sentiu perdendo espaço ou poder sobre o paciente (Médica residente).

O campo comum de atuação dos profissionais da ESF, incluindo o NASF, é sintetizado no quadro 1.

Quadro 1. Saberes e práticas que compõem o campo comum de atuação dos profissionais da ESF, incluindo o NASF

Saberes e práticas interprofissionais	Detalhamento
1. Trabalhar em equipe	1.1. Trabalhar em equipe multiprofissional na perspectiva da construção do trabalho interdisciplinar, integrando saberes e colaborando com colegas de trabalho;
	1.2. Coordenar grupo de trabalho e reuniões;
	1.3. Administrar crises ou conflitos interpessoais;
2. Construir um plano de ação nos territórios, em conjunto com a população, suas organizações sociais e demais instituições que atuam no território.	2.1. Identificar as características do território;
	2.2. Identificar as instituições, ONGs, grupos, associações existentes no território;
	2.3. Identificar e conhecer lideranças;
	2.4. Identificar limites e potencialidades do território.
	2.5. Avaliar os principais fatores de riscos e vulnerabilidades do território, em especial, relacionadas às doenças endêmicas, como a dengue.
	2.6. Articular ações intersetoriais com as políticas sociais que intervêm nas condições de vida da população, como a educação, a assistência, a previdência, a habitação, o saneamento, das condições de trabalho, dentre outras.
	2.7. Incentivar a comunidade para se organizar e encaminhar alternativas / soluções para os problemas comunitários;
	2.8. Participar da execução do plano de ação da ESF/NASF no território, envolvendo outras instituições que atuam no mesmo.

Saberes e práticas interprofissionais	Detalhamento
3. Desenvolver ações de Educação em Saúde	3.1. Orientar medidas de higiene;
	3.2. Incentivar e promover uma vida menos sedentária da população;
	3.3. Orientar hábitos alimentares saudáveis.
	3.4. Observar disponibilidade qualitativa e quantitativa da alimentação familiar e possíveis implicações na saúde da clientela
	3.5. Orientar para redução / fim do tabagismo;
	3.6. Verificar presença de animais na residência familiar e orientar sobre vacinação animal;
	3.7. Orientar para o autocuidado;
	3.8. Participar das campanhas de saúde, como as do “Dia D”
	3.9. Aplicar técnicas de trabalho de grupo e educação popular;
4. Intervir em situações relacionadas à Saúde da Criança	4.1. Verificar o cartão de vacinas, observando se estão atualizadas;
	4.2. Encaminhar para o CSF para atualização das vacinas, se necessário.
	4.3. Orientar ações de puericultura;
	4.4. Identificar crianças e adolescentes com sinais de violência e tomar medidas cabíveis;
	4.5. Identificar crianças e adolescentes com sinais de abandono social e/ou privação, adotando medidas cabíveis;
5. Intervir em situações relacionadas à Saúde da Mulher e do Homem	5.1. Incentivar e encaminhar para exames preventivos;
	5.2. Orientar o planejamento familiar;
	5.3. Incentivar a realização do pré-natal;
	5.4. Incentivar a prática do aleitamento materno
	5.5. Fazer aconselhamento pré e pós teste de HIV
	5.6. Realizar testagem rápida de HIV;
	5.7. Identificar mulheres e idosos com sinais de violência e maus tratos, tomando medidas cabíveis.

Saberes e práticas interprofissionais	Detalhamento
6. Intervir em condições sociais da clientela	6.1. Identificar criança fora da escola e adultos analfabetos;
	6.2. Articulação com o sistema escolar para engajamento das crianças e adultos analfabetos na escola;
	6.3. Verificar se há pessoas sem registro civil e, em caso positivo, encaminhá-las para órgão competente;
	6.4. Articular com as instituições públicas, de forma a facilitar o acesso da pessoa aos direitos de cidadania.
	6.5. Identificar pessoas incapacitadas para o trabalho e encaminhá-las para acesso aos benefícios previdenciários.
7. Aplicar técnicas de primeiros socorros	7.1. Aplicar procedimentos simples com o objetivo de resolver situações de emergência, feitas por pessoas comuns com esses conhecimentos, até à chegada de atendimento especializado de saúde.
8. Adotar medidas de autocuidado, de cuidado com os colegas e com seu espaço de trabalho.	8.1. Cuidar do seu espaço de trabalho;
	8.2. Acolher o cuidador;
	8.3. Promover ações de cuidado com os cuidadores;
	8.4. Promover / participar de momentos de “escuta” entre a equipe, com ênfase na dimensão terapêutica da roda de gestão da unidade de saúde;
	8.5. Responsabilizar-se pelo seu autocuidado;
	8.6. Aplicar medidas de segurança no trabalho.
9. Adotar uma postura de acolhimento e estabelecimento de vínculo e responsabilização com usuários e trabalhadores da saúde	9.1. Conhecer a dinâmica de funcionamento do CSF e das redes de atenção à saúde no município;
	9.2. Participar da estruturação da sistemática de acolhimento do CSF;
	9.3. Adotar uma postura de acolhimento com usuários e trabalhadores da saúde;
	9.4. Melhorar o nível de informação no CSF, inclusive, afixando setas indicativas, profissionais usando crachás para facilitar a identificação, etc.
	9.5. Facilitar o acesso dos usuários as redes assistenciais, independente de quaisquer tipos de diferenças entre os mesmos (gênero, perfil étnico-cultural, condição social, preferência sexual, dentre outras).

Saberes e práticas interprofissionais	Detalhamento
10. Aplicar procedimentos metodológicos de pesquisa em saúde	10.1. Registrar ações, procedimentos e condutas terapêuticas individuais, grupais e comunitárias;
	10.2. Refletir sobre os registros feitos, identificando evolução em termos dos indicadores de saúde;
	10.3. Utilizar os indicadores de saúde e de desempenho das equipes enquanto instrumento de gestão, aperfeiçoando processos de trabalho e relações interprofissionais;
	10.4. Socializar os indicadores de saúde do território, com lideranças comunitárias e conselhos de saúde, enquanto instrumento de controle social;
	10.5. Divulgar o conhecimento produzido com comunidade científica, através de produção científica.

Embora o campo comum represente um espaço privilegiado de efetivação da interprofissionalidade, esta também influencia os espaços privativos das profissões, ou seja, os núcleos. Quando a equipe constrói a possibilidade de trocas, da ajuda mútua, ampliando a compreensão do processo saúde, doença e intervenção, a forma de atuação do profissional na sua área restrita também se modifica.

Tudo isso tem um campo comum e tem os profissionais, que, dependendo da sua formação, vão trabalhar suas especificidades. Mas hoje, eu acho que essas especificidades têm que ser trabalhadas em conjunto. Há coisas que todo mundo pode fazer e deve fazer. Tem coisas que são da minha competência como médico, e, se eu for fazer sozinho, eu vou fazer de um jeito; mas se eu fizer em equipe, compartilhando com outro profissional, eu vou fazer de outro jeito (Médico ESF, preceptor RMFC).

Discussão

Analisando os grupos de saberes e práticas discutidos anteriormente, percebemos que o campo comum de atuação dos profissionais da atenção primária à saúde incorpora muitos acúmulos teóricos e práticos da Saúde Coletiva, em especial o desenvolvimento de ações educativas e de vigilância à saúde. Não obstante, a Saúde Coletiva não contempla, em sua totalidade, esse campo comum da ESF. Outros conhecimentos, políticas e práticas relevantes para saúde da população são produzidos a partir de outros campos, como o da clínica e o da reabilitação

(CAMPOS, 2000) e os aportes de setores diversos. As complexas situações cotidianas vividas na ESF exigem a intersetorialidade com outras políticas, como educação, previdência e assistência social, com forte impacto na atuação dos profissionais da ESF.

A interface do trabalho dos profissionais é tema complexo, considerando serem as áreas de atuação de cada profissional cada vez mais inter-relacionadas. Há diversas ações comuns a várias profissões; algumas são complementares, outras estão imbricadas. Encontramos evidências de serem mais facilmente compartilhados os saberes e as práticas ligadas ao social e à educação em saúde. O que vai regulamentar e estabelecer áreas de interfaces é o debate democrático da equipe (WENGER, 2009; ELLERY, PONTES; LOIOLA, 2012.). Esse processo é gradativo, carece de pactuação, não sendo resolvido somente na disputa legal, para definir verticalmente essa interface.

Considerações finais

A construção do campo comum de atuação dos profissionais na atenção primária à saúde no Brasil tem sido um desafio contínuo e crescente, dada a necessidade de superação da fragmentação do conhecimento, fruto de uma formação fortemente alicerçada na Biomedicina (GARBOIS et al., 2008) e na lógica privatista e neoliberal de consumir saúde. A construção de uma atenção integral e resolutiva requer a integração de saberes e colaboração entre os profissionais, em que progressivamente “os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe” (BRASIL, 2011b, p.15).

É justo e compreensível que as várias profissões que compõem o campo da saúde se organizem para participar da ESF, trazendo suas contribuições teóricas e práticas. Entretanto, para que seja disponibilizado um cuidado ampliado, não nos parece necessário e nem viável que uma pessoa ou família precise ser atendida, obrigatoriamente, por todos os tipos de profissionais da ESF. Um trabalho interprofissional, com integração de saberes e colaboração entre os trabalhadores da saúde, implica certo número de práticas compartilhadas, potencializando a atuação profissional.

Nesse contexto, torna-se imperativo que a organização dos saberes e práticas se processe, essencialmente, em função dos interesses e das necessidades dos

usuários, e não dos interesses corporativos, marca da lógica da profissionalização. Se essa lógica dominar o trabalho das equipes multiprofissionais na ESF, correremos o risco de termos um usuário “fatiado”, disputado. Consideramos, portanto, ser a lógica da interprofissionalidade a que torna factível a convivência entre os profissionais e otimiza seus aportes.

Em outras palavras, urge ser o usuário o foco da organização dos serviços de saúde e da atuação dos diversos profissionais, de forma a não transformar as unidades de saúde em “campos de batalha” por espaço, prestígio, reconhecimento e poder entre diversas categorias, ainda formadas para reservar mercados e fatias do conhecimento e de atuação prática (GIRARDI; FERNANDES Jr.; CARVALHO, 2010; FURTADO, 2007; 2009).

A socialização dos saberes e das práticas, que tem no campo comum de atuação profissional uma das suas expressões de materialidade, atesta a interação entre os campos disciplinares e a colaboração interprofissional, dando lugar a um quadro de referência que não é exclusivo de nenhuma disciplina específica. O campo comum resulta da interação e troca estabelecidas entre as disciplinas (conceitos, teorias, métodos, instrumentos de análise, etc.) e do grau de interpenetração obtida entre elas (COLET, 2002).

Este estudo não teve a intenção de esgotar o campo comum da ESF, por ser este um campo em permanente construção, à medida que outras categorias profissionais vão sendo incorporadas à ESF, aportando novos saberes e novas práticas. Trata-se de um processo em constante disputa, não havendo uma representação consensual, completa e estável do campo trabalhado.²

Referências

- ANDRADE, L.O.M. et al. Organização da atenção básica e estratégia saúde da família no Município de Sobral, Ceará, Brasil: principais avanços e desafios na perspectiva de produzir mudanças positivas na Saúde. In: FERNANDES, A.S.; SECLÉN, J. (Org.). *Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil*. Brasília: OPAS, 2004. p.143-179 (Série Técnica Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, 8).
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N.F.; BARRETO, M.L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am. J. Public Health*, v.99, p.87-93, 2009.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de Saúde de Família. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.12, n.2, p.455-64, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 14 set. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de jan. 2008. Institui os Núcleos de Apoio a Saúde da Família.

_____. Ministério da Saúde. Nova Política Nacional de Atenção Básica, 2011. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011b. Disponível em: <http://www.rededesquisaaps.org.br/noticias/noticia_int.php?id_noticia=104>. Acesso em: 27 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Manual instrutivo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. Brasília, 2011a. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 15 abr. 2013.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CAMPOS, G.W.S., CHAKOU, M.; SANTOS, R.C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Pública*, v.13, n.1, p.141-144, 1997.

COLET, N.R. *Enseignement universitaire et interdisciplinarité: un cadre pour analyser, agir et évalue*. Bruxelles: Boeck & Larcier, 2002.

COSTA, R.K.S.; ENDERS, B.C.; MENEZES, R.M.P. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Ciênc. Cuidado Saúde*, v.7, n.4, p.530-536, 2008.

D'AMOUR, D. *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Tese (Doutorado) - Université de Montreal, Montreal/Canadá, 1997.

D'AMOUR, D. et al. A model of collaboration among professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv. Res.*, v.8, p.188-202, 2008.

ELLERY, A.E.L.; PONTES, R.J.S.; LOIOLA, F.A. Comunidade de Prática enquanto modo coletivo de aprendizagem e desenvolvimento de práticas e sabers na Estratégia Saúde da Família: um estudo teórico. *Rev Bras Prom Saúde*. Fortaleza, v.25, n.2 Supl, p.104-112, abr-jun 2012.

FREIRE, P. *Educação como prática da liberdade*. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

_____. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a Pedagogia do oprimido*. 16. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009.

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

_____. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface, Comun. Saúde e Educ.*, v. 11, n. 22, p. 239-55, 2007.

- GARBOIS, J.A., VARGAS, L.A., CUNHA, F.T.S. O direito à saúde na estratégia saúde da família: uma reflexão necessária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.18, n.1, p.27-44, 2008.
- GIRARDI, S.N.; FERNANDES JR., H.; CARVALHO, C.L. *Espaço para a Saúde. A Regulamentação das profissões de saúde no Brasil*. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v2n1/RPSB.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2010.
- JAPIASSÚ, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro, Imago, 1976.
- MENDONÇA, C.S.et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. *Health Policy Plan*, v.27, n.4, p.348-55, jul 2012.
- MORIN, E. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 6 ed., São Paulo: Cortez, 2002.
- NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde Soc.*, v.19, n.4, p.814-827, 2010.
- PERRENOUD, P. Dez novas competências para ensinar. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- SOUSA, M.F.; HAMANN, E.M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.14, supl.1, p.1325-1335, 2009.
- WENGER, E. *La théorie des communautés de pratique*. Apprentissage, sens et identité. Quebec: Presses de L'Université Laval, 2009.

Notas

¹ A pesquisa é parte de tese de doutorado, tendo financiamento da CAPES. Os autores declaram não haver conflitos de interesse envolvidos na pesquisa.

² A.E.L. Ellery contribuiu com a coleta e análise de dados e na redação do artigo. R.J.S. Pontes e F.A. Loiola participaram igualmente da discussão dos resultados e da revisão final do artigo.

Abstract

Common field of expertise of professionals in the Family Health Strategy in Brazil: a scenario construction

This study aims to systematize and analyze knowledge and practices that are part of the common field of action extended teams of the Family Health Strategy (ESF). This qualitative study sought to obtain information through open interviews and workshops of knowledge production, with 23 professionals, from March to August 2011, in Fortaleza city. The common ground is the area of sharing, socialization practices and knowledge among workers that make up the primary health care in Brazil, or professional teams from the ESF, including the Support Center for Family Health. It is composed largely by knowledge and practices of Public Health, but also other knowledge, such as clinic and rehabilitation healthcare, and the contributions of several fields, such as geography, pedagogy and popular education. The essential knowledge and practices of the common field of ESF were consolidated into ten groups. The interface between the work of different professionals is a complex issue, because the main responsibilities of each professional are increasingly related. There are several actions that are common to many professions, some are complementary and others are very much intertwined. What will make it possible to establish a common field of activity is the existence of a democratic debate on the team. This process is gradual, lacks agreement, cannot be solved only in the legal dispute, vertically defining this interface. It is a field in constant construction, as new professions are being incorporated into the ESF, bringing new knowledge and new practices.

► **Key words:** primary health care; family health; patient care team; interdisciplinary health team; interprofessional relations.