

Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família*

Kátia Yumi Uchimura¹
 Maria Lúcia Magalhães Bosi²

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Abilities and skills among Family Health Strategy workers. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.16, n.40, p.149-60, jan./mar. 2012.

Interdisciplinary work developed within the scope of the Family Health Strategy, in the municipality of Fortaleza, Brazil, was investigated with the aim of understanding healthcare workers' perceptions regarding the positions held by different professional groups within this proposal for primary healthcare. The study was based on a qualitative approach, using the technique of in-depth interviews. Eighteen interviews were conducted with doctors, nurses and community health workers. The analysis on the empirical material followed the procedures of thematic analysis. The results made it possible to identify the existence of different degrees of familiarity among the workers, regarding professional abilities and skills. The cognitive, procedural and attitudinal dimensions were highlighted to a greater or lesser extent, thus showing the place occupied by each of the categories and the vertical relationships established as a function of control over professional knowledge and action.

Keywords: Primary health care. Professional competence. Human resources formation. Qualitative research. Public Health.

Investiga-se o trabalho interdisciplinar desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF, no Município de Fortaleza, Brasil, visando compreender as percepções dos trabalhadores de saúde acerca das posições ocupadas pelas diferentes categorias profissionais no interior dessa proposta de atenção primária em saúde. Fundamentou-se na abordagem qualitativa, utilizando, como técnica, entrevistas em profundidade. Foram realizadas 18 entrevistas junto a médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. A análise do material empírico seguiu os procedimentos da análise temática. Os resultados permitiram identificar a existência de diferentes graus de familiaridade entre os trabalhadores, acerca de competências e habilidades profissionais. Os domínios cognitivo, procedimental e atitudinal se destacam com maior ou menor expressividade, denotando o lugar ocupado por cada uma das categorias e as relações verticalmente estabelecidas em função do controle sobre o saber e o fazer profissionais.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Competência profissional. Formação de recursos humanos. Pesquisa qualitativa. Saúde Pública.

*Resultado parcial de tese (Kátia Yumi Uchimura, 2010), pesquisa financiada pelo CNPq (Proc. n. 403351/2004-9) e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Evangélica do Paraná.

¹ Programa de Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla de IES (UECE/UFC/UNIFOR). Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770. Bairro Bigorrião. Curitiba, PR, Brasil. 80.730-000. uchimurakatia@terra.com.br

² Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará.

Introdução

O presente artigo versa sobre o trabalho interdisciplinar desenvolvido no âmbito da Estratégia Saúde da Família – ESF, no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, tendo como objetivo compreender as percepções dos trabalhadores envolvidos no cotidiano das práticas, acerca dos lugares ocupados pelas diferentes categorias profissionais nessa proposta de atenção primária em saúde.

A Estratégia Saúde da Família surge no Brasil em 1994, como PSF – Programa Saúde da Família, na tentativa de contribuir para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, mediante o fortalecimento da atenção primária à saúde. A sua apropriação como estratégia, no intuito de transcender a noção restrita e eleitoreira atribuída à categoria programa, tem início em 1997, quando o Ministério da Saúde assinala seu destacado papel na reorientação do modelo assistencial (Fraiz, 2007; Brasil, 1997).

Com efeito, a partir desse marco, se atribui, à Estratégia Saúde da Família, a responsabilidade pelo desenvolvimento e aplicação de propostas referentes à organização do processo de trabalho e à atenção à saúde. Pretendia-se, assim, superar as práticas de cuidado eminentemente curativas alavancadas pelo Modelo Médico-Assistencial Privatista (Paim, 2003).

Em suma, competiria, à Estratégia Saúde da Família, a responsabilidade de viabilizar o SUS como um modelo assistencial plural, cuja ênfase estaria na promoção da saúde, com o objetivo de alterar a volumosa demanda espontânea por ações e serviços de saúde, por meio da organização e do controle dessa mesma demanda.

Para levar a cabo uma tarefa dessa envergadura, seria imprescindível operar inúmeras transformações na produção do cuidado em saúde. Dentre estas, assinala-se a abordagem da ação em saúde voltada à família e seu contexto, passando a demandar um olhar e um fazer interdisciplinares (Fraiz, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2011), “esta concepção supera a antiga proposição de caráter exclusivamente centrado na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, **sob a forma de trabalho em equipes**, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais assumem responsabilidade” [grifo nosso].

É importante destacar que a produção cotidiana do cuidado em saúde depende, em grande parte, das competências dos trabalhadores da saúde, bem como do grau de interação entre as várias identidades profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família (Silva, Félix, 2007). Esse conjunto de atributos desejáveis aos trabalhadores da saúde consta como *competências* e *habilidades* nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área de Saúde (Brasil, 2001).

As competências que se esperam dos profissionais de saúde podem ser circunscritas a três domínios (Saupe et al., 2007; Silva, Felix, 2007): o conhecimento (saber); as habilidades (saber fazer); e as atitudes (saber ser e conviver/querer fazer). Pode-se ainda identificar, nesses domínios, competências clínicas e não clínicas (Silva, Tanaka, 1999).

O verbete *competência* é definido, em Ferreira (2009), como “qualidade de quem é capaz de apreciar e resolver certo assunto, fazer determinada coisa; capacidade, habilidade, aptidão, idoneidade”. Para Perrenoud (1999, p.7), significa “uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. E continua, afirmando que, “para enfrentar um situação da melhor maneira possível, deve-se, via de regra, pôr em ação e em sinergia vários *recursos cognitivos* complementares, entre os quais estão os conhecimentos” (Perrenoud, 1999, p.7).

No campo da formação e do trabalho em saúde, as competências aparecem como recursos demandados aos trabalhadores, materializados via conhecimentos, habilidades e atitudes imprescindíveis para consolidação do Sistema Único de Saúde e Estratégia Saúde da Família (Saupe et al., 2007), entendido como um conjunto de processos técnicos e sociais.

Entendemos que as várias identidades profissionais que interagem na Estratégia Saúde da Família, se horizontalmente organizadas e articuladas, podem atuar sinergicamente e enxergar o contexto social e psicoafetivo de histórias de saúde de indivíduos e de famílias (Silva, Félix, 2007), ampliando o potencial resolutivo da atenção básica a níveis mais próximos do que se apregoa (Fraiz, 2007).

Essa expectativa, em relação aos processos humanos que se estabelecem no trabalho em saúde, e que muito se reitera nos documentos oficiais, remete-nos invariavelmente à discussão acerca da hierarquia de saberes e de poderes no cotidiano das práticas e do cuidado. No entanto, a despeito da sua importância, ainda é escassa a produção científica concernente a essa temática, sinalizando uma lacuna que carece ser preenchida, a fim de se identificar a intensidade do avanço ou da permanência registrados nessas relações e, por conseguinte, produzir respostas que contribuam para a superação de hiatos que ainda se observam entre a teoria e a prática no cotidiano dos serviços de saúde.

Percurso metodológico

Ante a diversidade de vertentes que caracterizam a tradição qualitativa (Denzin, Lincoln, 2006; Tesch, 1995), esta investigação se alinha com o enfoque crítico-interpretativo, uma vez que toma a subjetividade na interface com a materialidade a que se vincula, dialeticamente. Noutras palavras, essa conjugação possibilita construir uma reflexão crítica acerca do objeto, com a pretensão de subsidiar ações de intervenção, entendendo a pesquisa como processo transformador no sentido da ampliação dos horizontes de compreensão dos atores envolvidos.

O espaço de observação deste estudo compreende o Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, Nordeste do Brasil, em função da expressiva ampliação das equipes de Saúde da Família e da cobertura da Estratégia Saúde da Família, e incorporação de um conjunto de ações voltadas à efetiva alteração do modelo assistencial, observada a partir de 2006.

Fortaleza é um município com população estimada em 2.458.545 habitantes. O município se subdivide político-administrativamente em seis Secretarias Executivas Regionais (SER), responsáveis pela operacionalização das políticas públicas governamentais, onde se inserem seis Distritos de Saúde, que atendem a população residente em 84 bairros (Fortaleza, 2007). A Atenção Básica é constituída por 304 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 87 Centros de Saúde da Família (Fortaleza, 2011).

O estudo envolveu médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde integrantes das Equipes de Saúde da Família. A não-inclusão da categoria de dentistas se justifica pelo fato de que, na ocasião da elaboração do projeto ao qual se vincula esta pesquisa, não havia, ainda, a instituição da equipe ampliada – que incluiu os trabalhadores da saúde bucal – junto às Equipes de Saúde da Família, no Município em questão.

Assim, as categorias profissionais incluídas neste estudo são pertencentes à equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde para as equipes de saúde da família, observando que a categoria de auxiliar de enfermagem não foi incluída no escopo deste estudo. Foram convidados a participar profissionais das categorias referidas, atuantes nesse modelo por um período igual ou superior a seis meses, no momento da entrevista, de modo a possibilitar um acúmulo subjetivo capaz de possibilitar a compreensão do objeto demarcado para estudo.

Na tradição qualitativa, não se observa relevância da validação numérica da amostra no sentido de possibilitar a generalização dos achados (Minayo, 1998; Patton, 1987; Triviños, 1987). Nestes termos, sua seleção foi intencional, como usualmente se procede em pesquisas qualitativas (Coyne, 1997), alinhando-se à proposta de *amostra teórica* ou *theoretical sampling*, definida por Strauss e Corbin (2008, p.195) no sentido de “tornar densas categorias em termos de suas propriedades e de suas dimensões”.

Destituída de lógica probabilística, a amostra foi dimensionada de modo a permitir a “... *exaustão*, ou seja, a recorrência das categorias no material coletado” (Bosi, 1996, p.30), ou, ainda, a *saturação teórica* (Fontanella, Ricas, Turato, 2008; Strauss, Corbin, 2008), que propõe a coleta de dados até que todas as categorias estejam *esgotadas*, e se alcance a subsequente compreensão, em profundidade, da produção subjetiva que emerge na relação com os grupos/atores investigados.

Para a apreensão das narrativas dos informantes, foram realizadas entrevistas individuais, com conteúdo gravado após seu consentimento. Em momento posterior, essas entrevistas foram transcritas. Consoante o princípio da não-diretividade (Thiollent, 2008), o instrumento utilizado para a obtenção do material foi um roteiro norteador flexível, contendo algumas questões abertas, oportunamente

desdobradas em novas perguntas, a partir do conteúdo emergente nas falas dos entrevistados. As questões solicitavam seu livre pronunciamento acerca da proposta e de seu trabalho junto à Estratégia Saúde da Família, contemplando aspectos como: sentimentos, vivências, relação com os usuários e relação com outros trabalhadores.

Os trabalhadores foram convidados a participar por livre adesão informada e, posteriormente, entrevistados no próprio local de trabalho. As entrevistas – 18 no total – tiveram, em média, a duração de trinta minutos. As transcrições foram realizadas sob supervisão das próprias pesquisadoras, logo após a obtenção do material empírico.

Após a transcrição, o material empírico foi submetido à leitura transversal e horizontal, de maneira a permitir a impregnação pelo sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos *temas centrais* e *dimensões* presentes nas narrativas, e que constituem os *eixos de significação* da análise empreendida, conforme se propõe na abordagem de *análise temática* (Pope, Ziebland, Mays, 2009).

Esse processo teve início com a compilação das informações ou categorias por temas, tomando-se o cuidado para que todas as manifestações sobre os temas encontrados tenham sido incluídas. Desse estágio inicial, de caráter mais descritivo, passamos à análise de interconexões entre os temas e dimensões e, então, ao processo de interpretação dos sentidos dos discursos, ou seja, à construção da *rede de significados* (Bosi et al., 2010). As categorias analíticas não foram, portanto, estabelecidas *a priori*, tendo sido construídas a partir dos discursos emergentes no material empírico.

Ao final, analisamos, de forma comparativa, as correspondências e discrepâncias entre os discursos produzidos pelos atores sociais das diferentes categorias profissionais que compõem o universo pesquisado, relacionando-os com as singularidades e/ou condições históricas específicas.

Resultados e discussão

O recurso adotado para a exposição dos resultados consiste na apresentação das falas mais evocativas, as quais se reiteram na quase totalidade dos relatos. Os referidos discursos aparecem codificados conforme o grupo ao qual pertence seu autor. Nesse sentido, foram utilizados os seguintes códigos: E = enfermeiro; M = médico; ACS = agente comunitário de saúde.

Entre os *médicos* entrevistados, destacamos a **fluência** com que os princípios doutrinários norteadores da estratégia se mostram presentes em suas falas, quando solicitados a se pronunciar sobre a mesma.

“É uma visão diferente, é uma visão que a gente trabalha dentro da equidade, diversidade, integralidade, acesso longitudinal”. (M1)

“O Programa Saúde da Família consiste basicamente num acompanhamento pelo sistema da longitudinalidade e também pelo princípio da universalidade e equidade. O cuidado de favorecer aos que são mais desfavorecidos...”. (M3)

Já nas narrativas dos *enfermeiros*, os aspectos organizativos ou **operacionais** decorrentes da implantação da estratégia no Município emergem com maior nitidez quando comparados à dimensão teórica ou conceitual atinente ao SUS e à ESF. No tocante a esses temas, observa-se que a menção aos princípios aparece destituída da preocupação em aparentar conhecimento ou compreensão. Em contrapartida, é inequívoca sua maior familiaridade com a descrição da operacionalização das ações.

“É muito bom porque aquele negócio (de ficar) só receitando no consultório, atendendo, também cansa; e o bom do PSF é isso: porque tem muita coisa diferente e não é sempre a mesma coisa e a gente pode fazer isso”. (E1)

“Aqui a gente trabalha com idosos basicamente, que a maior incidência é de hipertensão e diabetes. A gente trabalha com puericultura e pediatria até cinco anos de idade, a gente

trabalha com mulheres em idade fértil no planejamento familiar, na prevenção do câncer ginecológico. A gente faz também grupos, pré-natal. Eu acho que basicamente é isso, os programas codificados pelo PSF e grupos educativos". (E1b)

É notória a compreensão da proposta da Estratégia Saúde da Família nas duas categorias profissionais entrevistadas. No entanto, o predomínio de um dos recursos das competências – o *saber*, representado pela preocupação em dar visibilidade ao *domínio teórico* da proposta, por meio do emprego dos termos técnico-científicos que integram os textos oficiais –, prevalece no discurso dos médicos. Esse domínio, o do *saber*, é definido por Saupe et al. (2007, p.656) como o "conjunto de conteúdos obtidos predominantemente por meio de exposição, leitura e re-elaboração crítica, que possibilitam ao profissional o domínio cognitivo de um saber e a capacidade de tomar decisões e resolver problemas em sua área de atuação".

"Os médicos, eles têm um conhecimento bom, mas eles chegam com dificuldade na aplicação dessas outras coisas". (M1)

Por outro lado, entre enfermeiros, fica claro o entendimento da proposta a partir das implicações desse novo referencial nas práticas em saúde, ou seja, no campo das habilidades – do *saber fazer*, já que os princípios norteadores da proposta e os termos técnicos mais empregados para sua caracterização não são colocados em relevo. As habilidades (Saupe et al., 2007, p. 656):

representam o saber fazer do domínio psicomotor e são indicadas pelo 'conjunto de práticas adquiridas, sobretudo por demonstração, repetição e re-elaboração crítica, que fornecem ao profissional o domínio psicomotor, a perícia de um saber fazer e a capacidade de tomar decisões e resolver questões no seu campo de atuação'.

Os depoimentos dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS demandam uma leitura particular, por se tratar de uma categoria que prescinde de formação profissionalizante institucionalizada. Nesse sentido, fomos surpreendidos pelo fato de esta ter sido a única categoria a referir a necessidade de um 'novo olhar' sobre a saúde e de um outro jeito de fazer saúde', sugerindo, assim, não apenas o conhecimento de pressupostos teóricos que sustentam a proposta, como, também, o *compromisso* com aspectos como a promoção da saúde e os princípios filosóficos do SUS, revelando, assim, uma compreensão ampliada de saúde.

"O PSF acho que é um programa muito importante porque nele você cuida daquela comunidade **já com outros olhos**". (ACS1)

"Eu não entendia muito bem como (era) o Programa Saúde da Família, mas com o passar do tempo você vai vendo como acontece, você vai vendo que **é um outro jeito de fazer saúde**. Eu vejo isso, então as pessoas estão acostumadas ter a saúde curativa: quando ela vem, chega, é atendida e ela volta e o médico não sabe o nome do paciente, o paciente não sabe o nome do médico e vai embora e por isso fica". (ACS5)

Nessas falas, o que se explicita é uma mudança do olhar e uma mudança de atitude frente ao usuário e suas necessidades de saúde. *As atitudes*:

representam o saber ser e conviver do domínio afetivo e compreendem o 'conjunto de comportamentos adquiridos por intermédio de observação, introjeção e re-elaboração crítica que conferem ao profissional o domínio ético e afetivo de um saber ser e saber conviver, além da capacidade de tomar decisões e de solucionar problemas na sua área de atuação'. (Saupe et al., 2007, p.656)

Em síntese, enquanto o discurso médico revela sua correspondência com o domínio cognitivo – o saber –, temos, entre os enfermeiros, a compreensão da proposta a partir das habilidades – o fazer; e, entre os ACS, cuja identidade se constrói no cotidiano do trabalho – valoriza-se a dimensão atitudinal –, o ser e conviver.

O fato de os diferentes recursos que envolvem as competências não se mostrarem presentes com a mesma intensidade no discurso das categorias profissionais que integram este estudo não significa, necessariamente, sua completa ausência; no entanto é reveladora da existência de uma hierarquia de valores internamente semelhante – já que compartilhada entre seus membros – e externamente diferenciada – ao se reconhecer a especificidade e a interdependência entre os códigos de valoração e a construção social de cada uma delas.

Partindo dessa premissa, julgamos pertinente evocar a reflexão sobre como tais domínios – o saber, o fazer e o *querer fazer* – têm sido trabalhados no processo de formação.

Para tanto, recuperamos uma discussão anteriormente iniciada (Bosi, Uchimura, 2007), acerca dos valores presentes na formação em saúde, pois, ainda que os conhecimentos/saberes sejam contemplados, o que dizer acerca das habilidades e atitudes, tão importantes quanto o domínio cognitivo para a consolidação do modelo assistencial plural? Por esse motivo, reiteramos, agora de forma contextualizada, a seguinte questão (Bosi, Uchimura, 2007), a qual remete, inequivocamente, ao questionamento da formação em saúde: como transformar o sistema buscando torná-lo o que ainda não somos?

São ilustrativas dessa situação as narrativas assinalando a frágil influência do processo de formação médica na escolha pela área de atuação:

“Depois que a gente saiu da faculdade [...] é que (es)tavam mudando o currículo pra ir mais pra atenção básica. É, tanto que agora aumentou mais seis meses [...]. Da minha parte foi mais o interesse, vim de uma família mais humilde que teve problema com atendimento e que tá mais ligada nessa área. É (o) que (me) fez optar por essa área e não a faculdade em si”. (M2a)

A formação tampouco ofereceu o preparo técnico adequado para a atuação na atenção primária:

“Aí passa cinco anos sem ver nada. Sem ver nada, sem ir pro posto. Aí no último ano, é que (em) um mês a gente passou no posto de saúde. É muito pouco diante da necessidade; e sem falar que a maioria dessas pessoas que se formam, querendo ou não, acaba indo pra um PSF, acaba indo pra atenção primária pelo menos inicial. E vão muitas vezes despreparados, porque a formação não era pra atenção primária e sim pra atenção secundária e terciária. Agora que isso está mudando e isso é bom”. (M2b)

“Porque quando a gente termina o curso de medicina – e que não é diferente de hoje – a gente não tá preparado pra entrar aqui. [...] porque a parte prática mesmo a gente só aprende com o dia-a-dia. Então uma residência, seja ela no saúde da família, seja ela em qualquer área que você quiser fazer, eu acho que é importante pra que você tenha segurança no que você realmente vai fazer”. (M4)

Para efetivação da mudança do modelo assistencial, a formação assume, evidentemente, posição de destaque. E, sobre a formação médica, Feuerwerker (2002, p.1) afirma:

Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam médicos diferentes. Médicos com formação geral, **capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar suas decisões considerando** não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes. (grifo nosso)

Freidson (1998) defende que a análise da consolidação de competências, a serviço da profissionalização de uma dada categoria profissional, exige reconhecer as relações entre as competências específicas e suas expressões na história dessa mesma categoria, como condição imprescindível para a definição da sua identidade social. Partindo dessa premissa, recuperamos alguns elementos da história de formação dessas duas categorias profissionais atuantes na saúde.

Na história da formação médica, observa-se o predomínio do ensino na modalidade tradicional, baseado na transmissão de saberes, na experiência do professor e na valorização do conteúdo *em detrimento da formação de valores* (Feuerwerker, 2002). Não por acaso, já que tal formação tem sido fortemente condicionada: pelas macroestruturas econômicas e políticas, pelo entendimento que se tem de saúde-doença e de necessidades de saúde, pela organização dos serviços e políticas de saúde e, particularmente, pela prática médica, embora as escolas formadoras tenham relativa liberdade no que tange seu funcionamento (Feuerwerker, 2002).

Em documento recentemente publicado, a Organização Pan-americana da Saúde (2008) assinala os principais problemas da formação médica nos países americanos, dentre os quais destacamos: os **escassos conhecimentos e habilidades**, por parte dos egressos, **para o manejo da atenção primária** em saúde; a ênfase no modelo biologicista; a **centralização das práticas** de aprendizagem **nos hospitais**; a **ausência** de um enfoque **de promoção da saúde** e prevenção de doenças em níveis individual, familiar e comunitário desde os primeiros anos da formação; e a **carência de uma formação integral** sob as perspectivas técnica e humanista.

No que se refere ao percurso adotado pela Enfermagem no sentido de sua profissionalização, o avanço da prática ocupacional para essa categoria profissional foi alicerçado no esforço de melhoria da imagem, a fim de se conquistar reconhecimento, por meio do investimento na formação acadêmica ou dimensão cognitiva (De Domenico, Ide, 2006).

Com efeito, a história da formação em Enfermagem – e de outras ocupações de saúde – no Brasil revela contornos semelhantes àqueles apresentados pela formação médica, pois, em sua origem, o ensino da Enfermagem fora influenciado pelo Modelo Hospitalocêntrico, orientado pelas demandas de mercado que se faziam presentes àquela época. Até 1972, todas as mudanças empreendidas no currículo mínimo de enfermagem privilegiaram o modelo médico/hospitalar (Ito et al., 2006).

Em um estudo acerca das competências do enfermeiro a partir das percepções de técnicos e docentes, De Domenico e Ide (2006, p.399) encontraram resultado semelhante, pois, conforme afirmam, “competências referidas como de exercício diário não traduziram todas as dimensões do exercício profissional que são almejadas pelas diretrizes para a formação do graduado...”. Nesse contexto, adquire destaque o fato de que as competências técnico-científicas apareceram com maior destaque nas ações de natureza curativa, de forma associada ao **fazer** prescritivo.

Transpondo a reflexão para outro domínio além da formação, a divisão do trabalho entre as categorias no interior das equipes também exerce sua influência nessa diferenciação de posições ocupadas no interior da Estratégia Saúde da Família.

Entre os médicos, houve menção de que a integração e o sentimento de pertencimento à equipe são resultados de iniciativas de acolhimento de uma categoria por outra(s). Nessas falas, a afirmação acerca da aceitação *do outro e pelo outro* assume especial relevância na constituição do trabalho em equipe:

“E, do grupo aqui, a gente trouxe a auxiliar de enfermagem que estava só dentro da unidade e ela tá participando e foi excelente, ela tá satisfeita, **ela tá sentindo que faz parte da equipe**. E, as agentes comunitárias, **mostrei pra elas que elas são importantes**, que elas precisam, que elas que convivem, elas é que fazem o início, explicam a idade, fazem os convites da volta. Então, a equipe toda tá trabalhando – o médico, a enfermeira, o auxiliar e o agente comunitário”. (M1)

“O saúde da família pela rede é o trabalho em equipe, se não houver esse trabalho em equipe fica difícil, então **tem que haver uma boa interação** entre o médico e o enfermeiro, principalmente entre o médico e o enfermeiro [...]. Principalmente médico e enfermeiro, eles

têm que estar muito unidos, ter o mesmo ideal, trabalhar conjuntamente com a visão global do paciente e decidindo tudo em equipe mesmo, as estratégias, como atuar preventivamente na comunidade vendo quais são os riscos que aquela comunidade, aquela área ta enfrentando". (M6)

A fala abaixo confirma a importância da aceitação e do respeito mútuo, para que o trabalho em equipe possa ser considerado bom ou produtivo:

"Eu acho que no momento eu trabalho com uma boa equipe, eu acho que a gente fala a mesma língua, então fica fácil. **Particularmente eu não tenho o que dizer, a gente tem o apoio da equipe, a gente tem o apoio do médico, tem apoio do enfermeiro. Eles também têm o nosso apoio.** Então, assim, eu acho que cada um trabalha como cada um tivesse uma função, mas uma função dependente da outra". (ACS. 2)

Por outro lado, aquelas mesmas falas (de médicos) nos autorizam a supor que exista o reconhecimento de uma suposta superioridade técnica ou, simplesmente, de uma distinta relevância, que privilegiaria algumas categorias que integram as equipes em detrimento de outras. Essa (oficiosa) hierarquia técnica entre os membros da equipe é apontada como obstáculo para enfermeiros; mas, em contraposição, a **autonomia técnica** que se viabiliza e o maior reconhecimento da sua importância, em saúde coletiva, são motivos de comemoração:

"Bem, a enfermagem é uma coisa que realmente se avançou muito atualmente. A gente sabe que vem engatinhando aos poucos e com o PSF graças a Deus a nossa autonomia aumentou bastante". (E3)

"A gente tem oportunidade de atuar com mais autonomia, atende a criança na puericultura. Eu me sinto muito bem trabalhando no programa de saúde da família porque eu acho que é um programa que satisfaz a enfermeira porque ela pode atuar com mais autonomia, é um trabalho multidisciplinar, é um trabalho de equipe, mas a gente se sente mais à vontade prá trabalhar". (E5)

Na obra de Bosi (1996, p.51), "a autonomia [...] representa a capacidade de avaliar e controlar o desenvolvimento do trabalho. É nisso que reside a essência do profissionalismo." E complementa: "O conceito de *autonomia*, em Freidson, liga-se intrinsecamente à dimensão do conhecimento, **ao saber**, já que expressa uma competência técnica legitimada" (Bosi, 1996, p.51, grifo nosso).

Essa noção de superioridade técnica de uma categoria em relação às demais, no campo da saúde, tem suas raízes no Modelo Médico-Assistencial Privatista. É esse modo de *fazer saúde* que se pretende superar mediante a construção do SUS e a efetivação pela Estratégia Saúde da Família (Brasil, 1997).

Naquela perspectiva – curativista –, todo e qualquer ato técnico em saúde – à exceção das imunizações – somente teria início a partir do adoecimento, o que colocava, evidentemente, o médico em posição central, já que toda ação terapêutica derivava, e ainda deriva, necessariamente, de um diagnóstico clínico – prerrogativa médica. No entanto, a finalidade da Estratégia Saúde da Família consiste em contribuir para a alteração do modelo assistencial, priorizando, juntamente com as ações curativas, as ações de promoção da saúde. E não ao acaso, pois a Organização Pan-americana da Saúde (2008, p.8) reconhece que a Atenção Primária em Saúde "sigue sendo la principal y más efectiva estratégia para promover la salud y alcanzar el más alto nível de salud posible para cada persona". Invariavelmente, essa mudança de foco – a saúde em lugar da doença – provoca alterações nas relações de poder anteriormente instituídas.

Entendemos ser importante o estabelecimento de novas relações entre os profissionais da saúde, baseadas, agora, na interdisciplinaridade, e não apenas na multidisciplinaridade, a fim de se construírem novas formas de produção do cuidado, que questionem as "certezas profissionais" instituídas pelo modelo biomédico (Saupe et al., 2005).

Com efeito, a interdisciplinaridade – discutida em Vilela e Mendes (2003) como a necessidade de se superar a fragmentação do conhecimento, com vistas à unidade do saber – leva à necessidade de transformação das formas de relação anteriormente instituídas, o que se nos apresenta como um desafio de grande magnitude a ser transposto, pois, como sustenta Assunção (2005), ao afirmar a indissociabilidade entre a interdisciplinaridade e a intersubjetividade, não há como escapar desse encontro, dessa interação entre diferentes identidades profissionais historicamente construídas.

Não obstante, reconhecendo que todos os trabalhadores em saúde “fazem clínica cuidadora e operam práticas sanitárias” que constituem um núcleo comum a ser matriciado pelas especificidades de cada formação, o movimento de mudança dessa relação, da verticalidade para a horizontalidade, poderá, também, aproximar o fazer técnico do universo e lógica dos usuários (Merhy, 2007).

Considerações finais

A realização deste estudo nos permitiu identificar a existência de diferentes graus de familiaridade, entre os trabalhadores de saúde, acerca das competências e habilidades profissionais. Nessa perspectiva, os domínios cognitivo (do saber), procedimental (do saber fazer) e atitudinal (querer fazer) se destacam, com maior ou menor expressividade, em cada uma das categorias profissionais consideradas no âmbito deste recorte, denotando o *lugar* ocupado por cada uma delas e as relações verticalmente estabelecidas em função do controle sobre o saber e o fazer profissionais.

Com efeito, a instituição de tais **lugares** ou espaços obedece à dinâmica da história de organização e profissionalização de cada uma dessas categorias, inerentes à divisão social e técnica do trabalho e à evolução das políticas da saúde em nossa sociedade, por conseguinte, à evolução do processo de formação em saúde no mundo ocidental.

A interdisciplinaridade, para se efetivar nas práticas de saúde, demanda outras formas de relação que se distanciem da hierarquia de poder instituída por modelos assistenciais curativistas; e novos **lugares** para as diversas categorias atuantes no campo da saúde, atualmente muito mais diversificadas e numerosas que aquelas consideradas no âmbito deste estudo.

Sustentamos, pois, a necessidade de oportunizarmos, no processo de formação, experiências integradoras e interdisciplinares, a fim de que **saberes** e **fazer** diferenciados estejam presentes no processo de vinculação do estudante com uma determinada identidade profissional, de maneira que esta não resulte associada a apenas uma **categoria** ou corporação profissional, mas a um *campo* de conhecimento e práticas, voltado a atender necessidades e demandas sociais, em especial aquelas que se apresentam no âmbito da saúde.

Colaboradores

Kátia Yumi Uchimura e Maria Lucia Magalhães Bosi trabalharam conjuntamente na concepção, delineamento do estudo, análise e interpretação do material empírico. Kátia Yumi Uchimura atuou na redação do artigo, e Maria Lucia Magalhães Bosi na sua revisão crítica, bem como na aprovação da versão a ser publicada.

Referências

ASSUNÇÃO, I.C.A. Interdisciplinaridade: uma tentativa de compreensão do fenômeno. In: FAZENDA, I. (Org.). **Práticas interdisciplinares na escola**. 10.ed. São Paulo: Cortez, 2005, p.23-35.

BOSI, M.L.M.; PONTES, R.J.S.; VASCONCELOS, S.M. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. **Rev. Saude Publica**, v.44, n.2, p.318-24, 2010.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saude Publica**, v.41, n.1, p.150-3, 2007.

BOSI, M.L.M. **Profissionalização e conhecimento**: a nutrição em questão. São Paulo: Hucitec, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção básica e a saúde da família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>>. Acesso em: 12 maio 2011.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES N. 3, de 07 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem. **Diário Oficial da República Federativa da União**. Brasília, DF, 9 nov. 2001. Seção 1, p.37.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

COYNE, I.T. Sampling in qualitative research: purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? **J. Adv. Nurs.**, v.26, n.3, p.623-30, 1997.

DE DOMENICO, E.B.L.; IDE, C.A.C. As competências do graduado em enfermagem: percepções de enfermeiros e docentes. **Acta Paul. Enferm.**, v.19, n.4, p.394-401, 2006.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Trad. Sandra Regina Netz. Porto Alegre: Artmed Bookman, 2006. p.15-42.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário eletrônico Aurélio** – versão 6.1. Curitiba: Positivo Informática, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Rede Unida/Hucitec, 2002.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saude Publica**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Rede de atenção primária**. Disponível em: <http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/sms_v2/redes_atencaoBasica_Apresentacao.asp>. Acesso em: 11 maio 2011.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. **Relatório de Gestão 2006**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde, 2007.

FRAIZ, I.C. Saúde e sociedade. In: ARCHANJO, D.R.; ARCHANJO, L.R.; SILVA, L.L. (Orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007. p.48-74.

FREIDSON, E. **Renascimento do profissionalismo**: teoria, profecia e política. Trad. Celso Mauro Pacionirk. São Paulo: Edusp, 1998.

ITO, E.E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.40, n.4, p.570-5, 2006.

MERHY, E.E. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modelos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY E.E. et al. (Orgs.). **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p.15-35.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5.ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud**. Washington: OPS, 2008. (Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, n. 2).

PAIM, J.S. Modelos de atenção e vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Epidemiologia e saúde**. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p.567-71.

PATTON, M.Q. **How to use qualitative methods in evaluation**. 2.ed. Newbury Park: Sage, 1987.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Trad. Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed, 1999.

POPE, C.; ZIEBLAND, S.; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Trad. Ananyr Porto Fajado. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p.87-99.

SAUPE, R. et al. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do sistema único de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, v.16, n.4, p.654-61, 2007.

_____. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v.9, n.18, p.521-36, 2005.

SILVA, L.L.; FELIX, S.B.C.M. Gerência e trabalho em equipe na atenção primária. In: ARCHANJO, D.R.; ARCHANJO, L.R.; SILVA, L.L. (Orgs.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: IBPEX, 2007. p.75-98.

SILVA, R.F.; TANAKA, O.Y. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.33, n.3, p.207-16, 1999.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada**. Trad. Luciane Oliveira da Rocha. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TESCH, R. **Qualitative research: analysis, type & software tools**. New York: The Falmer Press, 1995.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHIMURA, K.Y. **Integralidade e humanização na Estratégia Saúde da Família: percepções de atores implicados na atenção básica de Fortaleza-CE**. 2010. Tese (Doutorado com ampla associação de IES) - Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará, Universidade de Fortaleza. 2010.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-am. Enferm.**, v.11, n.4, p.525-31, 2003.

UCHIMURA, K.Y.; BOSI, M.L.M. Habilidades y capacidades de los trabajadores en la Estrategia Salud de la Familia. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.16, n.40, p.149-60, jan./mar. 2012.

Se investiga el trabajo interdisciplinario desarrollado en el ámbito de la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Fortaleza del estado de Ceará, Brasil, con el objeto de comprender las percepciones de los trabajadores de salud acerca de las posiciones ocupadas por las diferentes categorías profesionales dentro de esta propuesta de atención primaria en salud. Se basa en un enfoque cualitativo utilizando como técnica entrevistas en profundidad. Se han realizado 18 entrevistas con médicos, enfermeros y agentes comunitarios de salud. El análisis del material empírico ha seguido los procedimientos del análisis temático. Los resultados permiten identificar la existencia de diferentes grados de familiaridad entre los trabajadores sobre competencias y habilidades profesionales. Los dominios cognitivo, de procedimiento y de actitud se destacan con mayor o menor expresividad denotando el lugar ocupado por cada una de las categorías y las relaciones verticales establecidas en función del control sobre el saber y el hacer profesionales.

Palabras clave: Atención primaria a la salud. Capacidad profesional. Formación de recursos humanos. Investigación cualitativa. Salud Pública.

Recebido em 01/10/2010. Aprovado em 09/05/2011.