



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ISAURA CAROLINA BRANDÃO BEZERRA

**IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Cajazeiras-PB

2015

ISAURA CAROLINA BRANDÃO BEZERRA

**IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes

Cajazeiras-PB

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

B574i Bezerra, Isaura Carolina Brandão
Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica:
percepção dos acadêmicos de enfermagem. / Isaura Carolina Brandão
Bezerra. - Cajazeiras: UFCG, 2015.
64f. il.
Bibliografia.
Orientador (a): Prof. Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Enfermagem- estudantes- CFP/UFCG. 2. Enfermeiro-
identidade profissional. 3. Atenção Primária à Saúde-
Enfermeiro. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –616-083

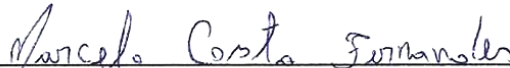
ISAURA CAROLINA BRANDÃO BEZERRA

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em:02/12/2015


BANCA EXAMINADORA



Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
Orientador



Prof.^a. Me. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
1º Membro



Prof.^a Dra. Erlane Aguiar Feitosa de Freitas
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAL
2º Membro

**Cajazeiras-PB
2015**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser a força que me guia, e aos meus pais pela dedicação, carinho e esforço, o que tornou possível a realização desse sonho.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente gostaria de agradecer a Deus por ser a fé que me guia e chama viva que nunca se apaga no meu coração.

Agradeço aos meus familiares que sempre estiveram presentes me apoiando e dando forças para que eu continuasse na luta, fazendo eu me sentir segura.

Um agradecimento especial a minha mãe que sempre se dedicou para me proporcionar o melhor, pela compreensão, incentivo, amor incondicional e por me ajudar carinhosamente em cada gesto e palavras a concretizar esse sonho.

Muito obrigada ao meu pai, que mesmo não estando mais presente fisicamente, está eternizado em meu coração, e sei que está muito feliz com as vitórias que alcancei até aqui.

Agradeço ao meu namorado, André Luís, que compartilhou comigo esse momento, sendo paciente em minhas ausências e me ajudando nas batalhas diárias.

Obrigada as minhas amigas da universidade, Kathariny, Mayara, Jade e Marília que sempre torceram por mim e me apoiaram.

Reverencio o meu professor orientador Marcelo Costa, por gentilmente e pacientemente ter me ajudado e me guiado no decorrer deste trabalho, me dando todo o conhecimento e suporte necessário.

Agradeço por fim, aos entrevistados que dedicaram seu tempo precioso para participar do meu estudo.

“Eu tentei noventa e nove vezes e falhei, mais na centésima tentativa eu consegui. Nunca desista dos seus objetivos mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.”

Albert Einstein

BEZERRA, Isaura Carolina Brandão. **Identidade Profissional do Enfermeiro Na Atenção Básica**: percepção dos acadêmicos de enfermagem. 2015. 63p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2015.

RESUMO

A Enfermagem, como profissão da área da saúde, vem cada vez mais buscando a consolidação de seus fundamentos científicos e conseqüentemente a sua delimitação, com elementos que podem guiar com mais precisão o seu saber-fazer no cotidiano das práticas. Ações estas que podem proporcionar maior visibilidade e reconhecimento da identidade profissional do enfermeiro na rede de atenção à saúde. Esse estudo teve como objetivo averiguar a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre a identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. O mesmo foi realizado no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande no *campus* da cidade de Cajazeiras, no estado da Paraíba, com 18 estudantes regularmente matriculados no nono período e que estavam cursando a disciplina “Estágio Supervisionado II – Rede Hospitalar”, no período 2015.1. A coleta de dados foi feita através de entrevista semiestruturada, e para proceder à ordenação e organização dos dados empíricos, foi recorrido ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma ferramenta que viabiliza a representação do pensamento de um determinado grupo. Evidenciou-se no estudo que inicialmente os estudantes visualizam a Atenção Básica como o acesso inicial à rede de atenção à saúde brasileira, além disso, ficou claro que eles percebem o enfermeiro como responsável por todos os serviços na unidade básica de saúde, desempenhando várias ações. Percebeu-se ainda que para os participantes deste estudo a identidade profissional do enfermeiro é construída ao longo de toda a graduação, bem como nas futuras vivências profissionais. Por fim, foi observada a crítica dos estudantes sobre a deficiência de experiências práticas. Conclui-se, assim, que a incompreensão da especificação da identidade profissional do enfermeiro, pode ser um reflexo do processo de formação acadêmica, onde não é debatido e discutido com precisão essa temática.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estudantes de Enfermagem. Papel do Profissional de Enfermagem.

BEZERRA, Isaura Carolina Brandão. **Nurse Practitioner's identity In Primary Care: perception of nursing students.** 2015. 63p. Monograph (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Cajazeiras-PB, 2015.

ABSTRACT

Nursing, as a health profession, has seeking each way more the consolidations of your own scientific fundamentals and consequently your delimitation thorough elements which can precisely guide and develop your know-how daily at practice. Those actions may provide more visibility and recognition at the nurse identity towards the health association attention. This study had ascertained, as your principal objective, nursing academic perception about your own professional identity. It deals with a descriptive study, with a qualitative approach that was done at the Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras city, at the state of Paraíba, among 18 registered students on ninth period, attending the “Supervised internship II – Hospital network”, during the 2015.1 semester. The data collection was made by a structured interview to proceed with the ordination and also the organization of those empirical data, It has run to the methodological process of the Collective Subject Discourse (CSD), which is a toll that enables thoughts representation of single groups. This specific study has revealed at the beginning that all the students realized the basic attention as the first step to involve the Brazilian health attention network, besides, It is clear that they understand the nurse professional as the most responsible for all of the basic health services among several health functions. The students could observe either that the nurse identity is build during the whole graduation, as well as the professional experiences in the future. Lastly, the study noticed the critical observation of each participant about the low amount of practical classes. Therefore, the incomprehension of the nurse identity may be the reflection of a lost academic formation when It's not discussed as an exceptional issue.

Key-words: Primary Health Care. Students Nursing. Nurse's Role.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01- Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras, PB.....	25
Quadro 01- Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 01. Cajazeiras-PB, 2015.....	31
Quadro 02- Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 02. Cajazeiras-PB, 2015.....	36
Quadro 03- Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 03. Cajazeiras-PB, 2015.....	41
Quadro 04- Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 04. Cajazeiras-PB, 2015.....	43
Quadro 05- Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 05. Cajazeiras-PB, 2015.....	46
Quadro 06- Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 06. Cajazeiras-PB, 2015.....	48

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ACD- Auxiliar de Consultório Dentário

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

ECH- Expressões-Chaves

ESF- Estratégia de Saúde da Família

IC- Ideias Centrais

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

PSF- Programa Saúde da Família

RS- Representação Social

SUS- Sistema Único de Saúde

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. OBJETIVOS.....	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	18
3.2 ATENÇÃO BÁSICA.....	20
3.3 PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA.....	22
4. MATERIAL E MÉTODO.....	25
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO.....	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA	25
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	26
4.4 COLETA DE DADOS	27
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	32
5.1 APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS.....	53
APÊNDICES	58
APÊNDICE A	59
APÊNDICE B	60
ANEXOS	61
ANEXO A.....	62
ANEXO B.....	64

1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como profissão da área da saúde, vem cada vez mais buscando a consolidação de seus fundamentos científicos e conseqüentemente a sua delimitação, com elementos que podem guiar com mais precisão o seu saber-fazer no cotidiano das práticas, proporcionando qualidade na assistência e satisfação dos sujeitos que buscam os serviços de saúde a fim de sanar as suas necessidades numa perspectiva singular e multidimensional do ser. Ações estas que podem proporcionar maior visibilidade e reconhecimento da identidade profissional do enfermeiro na rede de atenção à saúde.

Nesse contexto, entende-se que a identidade é algo dinâmico, ou seja, passa por um processo contínuo de construção, desconstrução e reconstrução, visto que a mesma vai se modificando ao longo do tempo e sofrendo influências econômicas, sociais e culturais do espaço onde essas relações acontecem.

Para Campos e Oguisso (2008) a identidade de uma pessoa é definida como algo exclusivo, bem como a aglutinação de elementos particulares e únicos como: nome; local; data de nascimento; filiação; sexo e profissão, os quais caracterizam a identidade de um sujeito.

Além disso, a identidade de cada ser humano começa a ser construída na infância e vai se refazendo ao longo da vida. Esta é revelada por meio das crenças, valores, opiniões e atitudes que estão presentes em cada indivíduo.

Já a identidade profissional pode ser entendida como um fenômeno complexo e dinâmico, que a todo o momento é reconstruído de acordo com as relações sociais, ou seja, a interação entre o indivíduo, sociedade e as organizações de saúde (CAÇADOR, 2012).

Agredando a essa definição, Dubar (2005) menciona que a identidade profissional é um fenômeno relacional, construído da dinâmica entre o que proporciona ao sujeito perceber-se como integrante da equipe de trabalho e as práticas que são incorporadas no cotidiano das ações.

Já a identidade profissional do enfermeiro, segundo Santos (2010), se forma por meio de complexos sistemas que vão se construindo a partir da interação de elementos não específicos e específicos. Entende-se como elementos não

específicos aqueles cujo essência abrange todo e qualquer tipo identidade, já os elementos específicos são aqueles que apresentam singularidades da profissão de enfermagem, como o próprio cuidado que é objeto de trabalho desta categoria.

A identidade do enfermeiro é um tema que vem sendo cada vez mais abordado nas pesquisas científicas. Percebe-se que a construção da identidade desse profissional vem se modificando com o tempo e de acordo com os fatos históricos.

Segundo Vargens (1989), inicialmente as enfermeiras eram pessoas leigas, sem formação acadêmica, que exerciam a profissão em decorrência da religião e por serem do sexo feminino, características que influenciaram nas primeiras impressões da identidade dessa profissão e que ainda repercutem na atualidade.

Debatendo sobre esse assunto, Lima (2013) fala que o reconhecimento da enfermagem como profissão da saúde ocorreu a partir da metade do século XIX na Inglaterra, com a influência de Florence Nightingale, passando-se assim a formar e diplomar enfermeiras, onde se consolidou a identidade desta categoria profissional.

Destaca-se que essa identidade foi marcada pela cisão entre o cuidar e o gerenciar, como consequência da divisão técnica e social imposta por Florence com as *nurses* (cuidado direto) e pelas *ladies nurses* (cuidado indireto) e que atualmente essa dicotomia gera conflitos do enfermeiro com ele mesmo e com a profissão, o que corrobora na imprecisão de suas reais competências.

Logo, percebe-se que ainda é difícil à definição e compreensão da identidade profissional do enfermeiro em todos os níveis de atenção à saúde, porém nesta investigação, será abordada a Atenção Básica (AB).

Entende-se por AB como a convergência de atividades de saúde, no contexto individual e coletivo, que envolve a promoção e proteção da saúde, redução de danos, prevenção de agravos, tratamento, diagnóstico, reabilitação e manutenção da saúde, visando realizar uma atenção integral que repercuta na situação de saúde e na independência dos sujeitos, bem como nos condicionantes e determinantes de saúde da população. É desenvolvida através de ações de gestão e cuidado, participativas e democráticas, a partir do trabalho em equipe, direcionadas à coletividade de territórios específicos, as quais se responsabilizam pelas questões sanitárias, levando em conta a dinamicidade presente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2011a).

Dentro da AB é importante ressaltar a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que segundo Fernandes e Silva (2013), foi constituída por meio da Política Nacional da Atenção Básica, como estratégia essencial para o crescimento e consolidação das práticas nesse nível de atendimento. Ainda conforme esses autores a ESF possibilita o acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), almeja fortalecer as ações da AB, incentiva mudanças nas relações de trabalho entre o profissional e o usuário, além de fomentar a reorganização do modelo de atenção à saúde.

O processo de trabalho da AB requer competências específicas dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, da Enfermagem. Nota-se, nesse primeiro nível de atenção, falta de delimitação das atribuições dessa categoria, que pode ter sua origem na atuação dos próprios profissionais, que ainda não se apropriaram da finalidade principal de seu trabalho no cotidiano da ESF, agregando atribuições e funções que não são próprias (SANTOS; RIBEIRO, 2010).

Agregando a essa discussão Lima (2013) menciona que devido à multiplicidade de papéis assumidos pelo enfermeiro, acaba por contribuir para a invisibilidade do seu trabalho e, conseqüentemente, dificulta a expressão da identidade profissional na AB.

Nota-se que a precarização do processo de trabalho também direciona a não compreensão da real identidade por parte dos enfermeiros da AB, os quais assumem funções dos demais profissionais da equipe de saúde, assim como atividades essencialmente burocráticas, que os afastam do seu principal objeto de trabalho, ou seja, o cuidar.

Essa incompreensão da especificação da identidade profissional do enfermeiro, pode ser um reflexo do processo de formação acadêmica, onde não é debatido e discutido com precisão essa temática. Logo, aponta-se a seguinte questão norteadora para o desenvolvimento desse estudo: Qual a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre a identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica?

O motivo que influenciou à realização desta pesquisa estão atreladas as vivências acadêmicas durante as disciplinas de Saúde Coletiva I e II que me despertaram a curiosidade de conhecer as atribuições do enfermeiro no primeiro nível de atenção.

Durante os estágios percebi nos discursos dos enfermeiros os dissabores das práticas na AB, ambiente este ainda marcado por ambivalências dos modelos de

atenção à saúde. Essa situação fomenta o distanciamento das reais competências desses trabalhadores e conseqüentemente da identidade profissional.

Além disso, durante os seminários dessas disciplinas, era presente na fala dos estudantes a dificuldade em definir qual o papel do enfermeiro nesse cenário de atuação, o que levou a abordar essa temática com esse público específico.

Esse estudo busca contribuir na elucidação e conseqüentemente na sensibilização, a partir da formação acadêmica, da identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica, com vistas a contribuir na aproximação das reais atividades que são de competência desses trabalhadores, visando maior reconhecimento social, bem como visibilidade e credibilidade pelo o que o enfermeiro é e não pelo o que ele faz, já que muito do que ele faz, não condiz com o que ele é.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Averiguar a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre a identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar a compreensão dos estudantes sobre a Atenção Básica;
- ✓ Descrever, a partir dos alunos, as ações que representam a identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica;
- ✓ Verificar os fatores intervenientes da formação acadêmica para a compreensão da identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica;

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 IDENTIDADE PROFISSIONAL

Antes de se discutir sobre a identidade profissional é interessante abordar a compreensão que se tem sobre a identidade, a qual é um processo contínuo de transformação formada a partir da relação e das formas pelas quais os seres humanos são representados ou interpelados nos sistemas culturais que os rodeiam, sendo reafirmada ao longo do tempo, de modo que sua unidade permanece sempre incompleta (HALL, 2014).

Acrescentando a essas discussões, Dubar (2006) menciona que identidade é o resultado de uma diferenciação e de uma generalização. Já que o indivíduo é aquele que se diferencia, se singulariza perante os outros, ao mesmo tempo em que é aquele que possui pontos em comum, que pertence a um mesmo grupo. A contradição da identidade é precisamente aquilo que é único, mas que também é dividido. E a solução desta contradição está justamente na alteridade, na identificação de e pelo outro.

Já a identidade profissional, para Krawulski (2004), é um processo permanente, sendo a consequência das experiências que objetivamente o mundo do trabalho proporciona e também das razões que subjetivamente sustentam cada categoria profissional.

A identidade profissional é concomitantemente coletiva e individual. A identidade individual refere-se a conteúdos simbólicos que retratam expectativas e desempenhos de papel, e aos sentimentos de valor e desvalor atrelados. A identidade coletiva refere-se a discursos e práticas que se estruturam e são estruturados por representações sociais e características organizacionais (LOPES, 2008; LOPES, 2009).

Agregando a essas discussões, Dubar (2000) menciona que a identidade profissional é um fenômeno complexo, resultado dos mecanismos de socialização secundária do sujeito e que apresenta continuidades e descontinuidades com o que designa por identidade herdada e a identidade atribuída ao sujeito pelos outros. Neste sentido, a identidade profissional será sempre forjada num jogo de interações

sociais onde o contexto institucional, as características biográficas do indivíduo e os seus percursos formativos desempenham um papel imprescindível.

Apoiando essa ideia, Blin (1997) discute que o contexto social onde se desempenha determinada profissão é essencial para a consolidação da sua identidade profissional. Esta encontra-se relacionada com o que o autor diferencia por práticas e saberes profissionais. Mais do que os elementos biográficos dos indivíduos importa, sim, avaliar, descrever e compreender as características organizacionais que se encontram presentes. Desta forma, elementos como formação, estruturas organizacionais, saberes e práticas específicas aparecem como determinantes para a consolidação da identidade profissional do sujeito.

Discussões semelhantes foram abordadas por Santos (2011) em seu livro "Profissões e Identidades Profissionais", em que a autora argumenta que a identidade profissional resulta não só dos aspectos coletivos intrínsecos ao mundo organizacional e aos processos de referência, mas, é produto, igualmente, das características individuais do sujeito, dos seus aspectos e vivências biográficas que o caracterizam como um ser distinto que agirá, de forma, única, num mesmo contexto organizacional e num mesmo processo de socialização.

Segundo Berger e Luckmann (2011) construir uma identidade profissional se baseia na incorporação de saberes específicos para determinada categoria profissional, o qual inclui também vocabulário normatizado, padronização de ações, programa e "universo simbólico", o qual transmite uma visão de mundo.

Corroborando com o que foi dito anteriormente, Campos e Oguisso (2008) falam que identidade profissional seria um tipo de identidade coletiva, com base em traços ou características comuns a todos que exercem determinada atividade.

Borges e Silva (2010) discutem que são nas interações sociais diárias que se constroem mutuamente tanto o objeto do trabalho quanto à representação do profissional, elementos estes que irão fomentar na delimitação da identidade de cada categoria profissional.

Sendo assim, a definição de identidade profissional que será adotada neste estudo é aquela constituída por elementos profissionais almejáveis que realizam uma ou outra atividade e que de alguma forma caracterizam um grupo. É o que é específico, o que identifica cada profissional, e envolve tanto a imagem social acerca da profissão como a agregação de aspectos, como conhecimentos, habilidade,

atitudes, comportamentos e valores que identificam uma determinada categoria profissional (BARBACELI, 2013).

3.2 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por uma gama de atividades de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, a reabilitação, o diagnóstico, redução de danos e conservação da saúde, tendo como meta o desenvolvimento de uma atenção holística do ser, que influencia na situação de saúde e autonomia dos sujeitos e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

A AB é desenvolvida com o mais elevado grau de descentralização, capilaridade e próximo da vida dos atores sociais. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Guia-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, integralidade da atenção, equidade e participação social. A AB visualiza o sujeito em sua particularidade e inserção sociocultural, buscando a construção da atenção integral (BRASIL, 2011a).

Destaca-se no âmbito da AB, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve origem em 1994 com a nomenclatura de Programa Saúde da Família (PSF), mas que em seguida passou a ser denominada e difundida como estratégia pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo uma proposta para consolidação, reorganização e expansão da AB em todo território nacional (SCOREL et al., 2007; FERNANDES, SILVA, 2013).

A ESF responde a uma nova percepção da saúde, não mais direcionada na assistência à doença, mas, sobretudo, voltada para a promoção da qualidade de vida e para a intervenção nos fatores que colocam a vida em risco. É uma estratégia de reordenamento da AB e do modelo assistencial brasileiro, possibilitando a efetivação dos princípios doutrinários e organizativos do SUS (FERNANDES, SILVA 2013).

A AB propõe ainda superação da fragmentação dos cuidados, decorrentes da cisão técnica e social do trabalho em saúde. Escolhe a família e seu espaço social como núcleo fundamental da abordagem no atendimento à saúde. Sensibiliza as ações de saúde e visa a satisfação do usuário por meio do estreito relacionamento da equipe com a comunidade e do incentivo à organização comunitária para o exercício efetivo do controle social (SOBREIRA, 2009).

A Atenção Básica utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem ajudar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento que devem ser acolhidos (BRASIL, 2011a).

Segundo Rezende et al. (2009), com a consolidação da capacidade de resolução da AB, a maioria das problemáticas de saúde da sociedade serão resolvidos, e conseqüentemente haverá uma redução do fluxo de usuários para os níveis de maior densidade tecnológica, racionalização do uso de suprimentos e dos recursos terapêuticos mais dispendiosos, proporcionando, com isso, maior acesso da população aos serviços de saúde. Assim, a AB tem como objetivo oferecer, a partir do primeiro nível do cuidado, a integração dos diversos pontos de atenção à saúde, possibilitando uma assistência contínua, de qualidade, com redução de gastos e em lugar e tempo adequados.

A PNAB de 21 de outubro de 2011 define que a assistência no nível primário deve ser prioridade no atendimento em decorrência da sua elevada capacidade resolutive, menciona ainda que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes considerando as concepções atuais (BRASIL, 2011a).

Logo, entende-se que esse primeiro nível da atenção possui como ênfase a atenção aos sujeitos e não à doença. Oferece um cuidado longitudinal, isto é, no decorrer do tempo e em todo ciclo de vida do sujeito. Também coordena ou integra a atenção prestada com os demais níveis do sistema, sendo o pilar que orienta o trabalho de toda rede de atenção à saúde (STARFIELD, 2002).

Conforme a autora supracitada o primeiro nível de atenção retrata as problemáticas mais comuns da população de um território específico, disponibilizando ações e serviços de prevenção, reabilitação e cura para potencializar a saúde e o bem-estar. Aborda a atenção quando há mais de um

problema de saúde, lida com o contexto no qual a doença está inserida e influencia ao empoderamento, ou seja, a resposta dos sujeitos a seus problemas de saúde. É a ação que planeja, coordena, organiza, e racionaliza a uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

3.3 PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

A função essencial do processo de trabalho do enfermeiro no primeiro nível de atenção à saúde é organizar, planejar e prestar cuidado direto e indireto ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de ações para promover, manter ou restaurar a saúde objetivando solucionar as necessidades sociais, como também atender as demandas institucionais. Logo, a geração, bem como a satisfação das necessidades por meio do trabalho, é um processo social e ao mesmo tempo histórico nesse cenário de atuação (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

O papel do enfermeiro na AB são apresentadas na Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, referente à Política Nacional da Atenção Básica, que dá a este profissional às seguintes atribuições: realizar atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, na residência ou nos demais espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, ações em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas, bem como solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando indicado, usuários a outros serviços; planejar, gerenciar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros profissionais; contribuir, participar, e desenvolver ações de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e participar do gerenciamento dos materiais necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde (BRASIL, 2011a).

Ainda de acordo com essa portaria é importante ressaltar, além das atividades específicas do enfermeiro, as ações comuns a todos os profissionais e que conseqüentemente será de responsabilidade do enfermeiro também realizar como: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação

da equipe, identificando grupos, famílias e sujeitos expostos a riscos e vulnerabilidades; participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória; organizar reuniões de equipes a fim de debater em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da uso dos dados disponíveis; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na AB e desenvolver atividades de educação em saúde a população adstrita (BRASIL, 2011a).

Percebe-se assim que o processo de trabalho do enfermeiro na AB apresenta-se com duas dimensões principais aqui destacadas: cuidado e gerência. Na primeira, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado de enfermagem e tem por finalidade o cuidado integral. No segundo, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os trabalhadores em enfermagem, com o objetivo de criar e implementar condições adequadas de cuidado aos usuários e de desempenho para os trabalhadores (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Destaca-se, ainda, que para a viabilização do real papel do enfermeiro na AB, a partir dessas duas dimensões, é necessário o trabalho em equipe, a qual possibilitará ao enfermeiro em seu cotidiano assistencial desenvolver o cuidado e a gerência com qualidade e eficiência. A composição mínima dessa equipe é: médico, enfermeiro; auxiliar ou técnico em enfermagem e ACS, podendo ser incorporados à esta equipe mínima o cirurgião dentista e o Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), que constituem uma Equipe de Saúde Bucal (BRASIL, 2012a).

Segundo um estudo realizado em três UBS, as auxiliares de enfermagem entrevistadas relataram que o enfermeiro é o orientador e coordenador da equipe de enfermagem, sendo às vezes sobrecarregado com atividades burocráticas e administrativas, que o distanciam em alguns momentos do seu real papel no cuidar e conseqüentemente incongruências em sua identidade profissional (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

Logo, existem dificuldades em perceber uma identidade profissional do enfermeiro na AB, uma vez que são prescritas diversas ações, como já abordados anteriormente. Isto faz com que o enfermeiro esteja sempre envolvido em muitos

processos de trabalho, onde se cria uma dificuldade em se perceber uma identidade única, evidenciando-se uma identidade plural. O trabalho desse profissional sempre esteve relacionado a uma profissão polivalente. Portanto, um trabalho complexo que exige o desenvolvimento de muitas e distintas competências e a necessidade de múltiplos e sempre renovados saberes (LIMA, 2013).

Nesse processo de busca por uma identidade no âmbito da AB, é complexo saber o que efetivamente delimita uma profissão. Discute-se muito sobre o presente e o futuro do profissional enfermeiro, porém é imprescindível definir o núcleo da profissão, de maneira clara, incontestável e aceita por todos os pares, sem sofismas e silogismos, definindo-se o enfermeiro pelo que ele é e não pelo que faz (CAMPOS; OGUISSO, 2008).

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

O estudo é de natureza descritiva com abordagem qualitativa. Para Gil (2008) a investigação com aspecto descritivo viabiliza observar, registrar, analisar, correlacionar fatos ou fenômenos sociais, bem como descrever minuciosamente acontecimentos, depoimentos e situações que qualificam a análise dos discursos de forma mais abrangente.

Já a abordagem qualitativa responde a questões muito individuais. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um grau de realidade que não pode ser quantificado, isto é, trabalha com o universo de significados, aspirações, motivos, crenças, valores e atitudes, o que equivale a um campo mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser sintetizados à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande no *campus* da cidade de Cajazeiras no estado da Paraíba. Cajazeiras está situada na região oeste do estado, limitando-se, em sentido horário, com os municípios de São João do Rio do Peixe (norte e a leste), Nazarezinho (sudeste), São José de Piranhas (sul), Cachoeira dos Índios, Bom Jesus (os dois últimos a oeste) e Santa Helena (noroeste). A área do município, distante 468 quilômetros da capital estadual aproximadamente, é de 565,899 km². Possui 58.446 habitantes, sendo 52,2% (30.508) da população composta por mulheres e 47,8% (27.938) por homens (IBGE, 2010).



Fonte: <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/CAJA046.pdf> (acesso 17/11/2014)

Figura 01. Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras-PB

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Antes de iniciar esse debate, é necessário apresentar que para Minayo (2007) a ideia de amostragem não é a mais indicada para certos tipos de investigações, especialmente aqueles de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato que o “universo” em questão são as representações, as práticas, os saberes e as atitudes dos sujeitos em si.

Os participantes desta investigação foram constituídos por 18 acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande *campus* Cajazeiras, Paraíba. Foi adotado como critério de inclusão somente os estudantes regularmente matriculados no nono período e que estavam cursando a disciplina “Estágio Supervisionado II – Rede Hospitalar”, correspondente ao período 2015.1. A escolha do nono período se deve em decorrência desses alunos já terem cursado todas as disciplinas teóricas. Foi adotado como critério de exclusão os acadêmicos que já tiverem realizado estágio extracurricular na Atenção Básica.

Destaca-se que o total de alunos matriculados nessa disciplina foi de 29 acadêmicos, porém a conclusão da coleta de dados ocorreu a partir do momento que foi identificada a saturação teórica, ou seja, quando identificou que os depoimentos já exploraram uma determinada variação de elementos relativos ao assunto, e nas entrevistas subsequentes não surgiram elementos novos para a sua interpretação (FLICK, 2009).

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de informações foi realizada por meio da entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), pois esta, segundo Gil (2008) ao mesmo tempo em que realça a presença do investigador, viabiliza todas as perspectivas possíveis para que o informante atinja a espontaneidade necessária, enriquecendo a pesquisa.

Foi realizada individualmente, constando de cinco questões abertas norteadoras sobre o assunto e respeitando a livre expressão de suas representações. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados, em local reservado. Antes de começar a transcrição, as entrevistas foram ouvidas várias vezes, visando à compreensão das falas.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para proceder à ordenação e organização dos dados empíricos, produzidos nas entrevistas semiestruturadas junto aos acadêmicos de enfermagem selecionados para esta investigação, foi recorrido ao processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma ferramenta que viabiliza a representação do pensamento de um determinado grupo. É uma proposta metodológica que propõe a soma das ideias não de maneira numérica, mas operacionalizando de forma metodológica a expressão do pensamento coletivo por meio do discurso. É um processo complexo, que resulta, ao final, num conjunto de discursos subdividido em vários momentos, efetuados por meio de uma série de

operações realizadas sobre o material verbal coletado na pesquisa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A proposta do DSC consiste, basicamente, em analisar o material construído por uma coletividade por meio dos depoimentos e em seguida, extrair as Ideias Centrais (IC) e suas respectivas Expressões-Chaves (ECH). Ao final, o conteúdo das respostas de sentido semelhante é reunido em discursos-sínteses redigidos na primeira pessoa do singular. Esse discurso-síntese representa a expressão da coletividade que o originou. É como se um único indivíduo, representante do grupo, falasse em nome de todos aqueles os quais representa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O DSC tem como finalidade, enquanto estratégia metodológica, visualizar com maior clareza uma dada representação que surge a partir de uma forma concreta do pensamento nos discursos dos sujeitos. Sua elaboração, como foi abordada, segue uma lapidação analítica de decomposição e é caracterizado, inicialmente, pela seleção das principais IC presentes nos discursos individuais e constituídos, posteriormente, em um único discurso, dando a idéia de que todos estão representados por uma única pessoa (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

A correta utilização destas figuras metodológicas (ECH, IC e DSC), descritas a seguir, proporciona ao pesquisador um campo seguro para a organização e tabulação dos depoimentos, como também uma análise e interpretações seguras.

As Expressões-Chaves (ECH) podem ser definidas como fragmentos, trechos ou transcrições literais do discurso que devem ser destacadas pelo pesquisador e que revelam a essência de todo o conjunto do discurso observado. Apresentam-se, portanto, como uma espécie de comprovação e justificativa da existência da IC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Recomenda-se retirar das ECH tudo que é irrelevante, inexpressivo, secundário, além das particularidades da fala do sujeito que demonstram as individualidades, como por exemplo, nomes, datas, estado civil, idade e história individual, retendo o máximo possível da essência do pensamento, tal como ele aparece no discurso analisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Além disso, é fundamental ter cautela ao decompor o discurso, resultando assim em um material rico e significativo de ECH, produzindo com mais facilidade o DSC correspondente. Se não forem retiradas as particularidades da fala do sujeito, este virá repleto de atributos individuais que, provavelmente, irão impedir ou

dificultar a construção de um discurso mais genérico que envolva a Representação Social (RS) sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Já a Ideia Central IC é um nome ou expressão linguística que revela e descreve da maneira mais sintética e precisa possível, o sentido de cada um dos discursos analisados, e de cada conjunto homogêneo de ECH, que irá dar origem posteriormente, ao DSC. Essas IC podem expressar descrições diretas do sentido do depoimento, revelando “o que foi dito”, ou descrições indiretas que apresentam o tema do depoimento “ou sobre o que” seu sujeito enunciativo fala (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o DSC é um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas expressões-chaves que possuem a mesma IC, é a principal dentre as figuras metodológicas aqui discutidas, sendo também uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal.

Por meio do DSC, o discurso produzido pelos depoimentos não se anulam e nem se reduzem a categorias. O que se busca é a reconstrução, utilizando-se pedaços dos discursos individuais, de discursos-síntese que expressem um determinado modo de pensar característico de determinado grupo presente em um mesmo contexto (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

O objetivo do DSC é construir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo o social falar como se fosse um sujeito, e isso não por um passe de mágica, nem a partir de uma instância científica supostamente transcendente, mas, como dita o rigor científico, utilizando procedimentos explícitos, transparentes e padronizados, passíveis, desta forma, de críticas e contestações (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O pensamento coletivo não está conectado ao somatório dos pensamentos individuais, portanto, a uma representação numérica percentual, mas, ao discurso da coletividade, ao imaginário social, às representações sociais, ao pensamento preexistente. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Logo, o DSC representa um expediente ou recurso metodológico destinado a tornar mais claras e expressivas as representações sociais, permitindo que um determinado grupo social possa ser visto como autor e emissor de discursos comuns, compartilhando entre seus membros. Com o sujeito coletivo, os discursos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora, já que o que se

busca fazer é precisamente o inverso, ou seja, reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos síntese quantos se julgue necessário para expressar uma dada “figura”, um dado pensar ou uma representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O pensamento, materialmente falando, planeja-se como discurso e conseqüentemente demonstra a importância de se conhecer o discurso da coletividade para, assim, conhecer como o coletivo pensa. Ao se conhecer o teor do pensamento desta coletividade, pode-se compreender a forma como ela age (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006).

Vale ressaltar que com o DSC, não se busca uma simples soma aritmética, ou agregação dos discursos iguais apresentados por diferentes sujeitos, com intuito de se formar um “bolo discursivo”. Mais do que isso, ele visa construir a expressão simbólica do contexto ao qual pertencem os indivíduos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Em relação à análise do conteúdo das entrevistas dos acadêmicos, inicialmente, foi realizada a leitura flutuante das falas com o intuito de compreender o conjunto das transcrições. Posteriormente, foram necessárias leituras sucessivas para que fosse possível identificar os núcleos de sentido relacionados às questões norteadoras que compuseram o roteiro da entrevista. Em seguida, foram identificadas as Expressões-Chaves (ECH) em cada resposta, representadas pelas falas literais dos estudantes. Destas expressões, serão construídas as Ideias Centrais (IC), que serão organizadas em categorias e agrupadas e divididas em temáticas para a construção dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC). Vale destacar que cada temática irá surgir como resultado das respostas das perguntas norteadoras realizadas pelo pesquisador por ocasião das entrevistas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino, sob número 953.865. A participação no estudo foi iniciada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), elaborado em duas vias, assinado pelo

convidado a participar da investigação, bem como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias, consta o contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP.

O estudo respeitou a condição humana e cumpriu todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

Foi realizado, aos sujeitos do estudo, esclarecimento quanto aos objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa. Também foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando a garantia do anonimato e a liberdade em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

O estudo apresentou riscos mínimos, já que não envolvia a realização de procedimentos invasivos, mas poderia ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estava preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente.

Por outro lado, benefícios potenciais estavam atrelados a participação desses sujeitos tais como: maior compreensão das atividades específicas do enfermeiro a fim de evitar a realização de ações de outros profissionais e conseqüentemente se distanciar do principal processo de trabalho da enfermagem, ou seja, o cuidar.

Após o término da pesquisa, as entrevistas gravadas e demais materiais utilizados foram guardados com os pesquisadores, em arquivos específicos para esse fim, por um período mínimo de cinco anos após a publicação deste trabalho de conclusão de curso.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS

Temática 01 - Descrição da Atenção Básica a partir dos conhecimentos dos acadêmicos de Enfermagem.

Quadro 01 - Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 01. Cajazeiras, PB, 2015.

CATEGORIAS	Nº DE ACADÊMICOS
CATEGORIA 01 - Acesso inicial à rede de Atenção à Saúde.	7
CATEGORIA 02 - Ambivalência entre as ações de promoção e prevenção com o modelo tradicional na Atenção Básica.	10

A primeira categoria aborda a Atenção Básica como sendo o acesso inicial à rede de Atenção à Saúde. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram sete alunos (A1; A5; A7; A9; A13; A14; A17).

Categoria 01 - Acesso inicial à rede de Atenção à Saúde.

DSC 01: A Atenção Básica é a porta, primeira porta de entrada do SUS (Sistema Único de Saúde) para a população, é lá onde o paciente recebe os primeiros cuidados na sua saúde. A Atenção Básica seria a atenção mais primária da saúde, ela é a mais voltada para essa questão da atenção inicial do processo saúde doença, é a primeira procurada pelo paciente e é onde ele é encaminhado para atenções especializadas, no caso de não conseguir resolver o problema dele ali. É onde tem o contato direto com a população, seria um local mais fácil para população. A Atenção Básica é importante, porque muitas pessoas só têm (Atenção Básica) como ponto de referência.

Nota-se nesse DSC que os alunos observam a Atenção Básica como um serviço importante, por ser a porta de entrada para a população resolver os seus problemas de saúde. A Atenção Básica, ainda segundo esse DSC, seria o serviço que faria a conexão com os demais níveis de atenção, a partir de uma ordem hierárquica de especialização de ações e tecnologias.

O projeto de Saúde Coletiva criado nos anos 70 no Brasil buscou um novo padrão explicativo do processo saúde, doença e cuidado e experimentou, para isto, projetos inovadores de intervenção no campo da organização dos serviços. A possibilidade de ampliar a Atenção Primária à Saúde segundo o paradigma da determinação social da doença implicava organizar o sistema e os serviços de saúde em função das necessidades da população, em que a Atenção Primária à Saúde se colocaria como a porta de entrada ao sistema de saúde, organizado hierarquicamente (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANA, 2008), sendo, assim, notório do discurso dos estudantes a compreensão desses princípios organizativos no campo da Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica.

Segundo os autores citados a cima, nos anos 90 foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), o desafio foi revisar as prioridades do Ministério da Saúde em relação à organização da Atenção Básica à Saúde. Passou-se, então, a organizá-la com base na integração entre a unidade/profissionais da saúde e a comunidade, dentro do território adscrito, tendo por referência o Programa Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (MENDONÇA; VASCONCELLOS; VIANA, 2008) o que fortaleceu o maior contato entres os atores sociais envolvidos na produção do cuidado, também observado no DSC 01.

Convergindo ainda com o discurso dos participantes da pesquisa, destaca-se que a Atenção Básica (AB), no Brasil, é desenvolvida com o mais elevado grau de descentralização, capilaridade e próximo da sociedade. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Tem como princípios a universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, responsabilização, humanização, integralidade da atenção, equidade e participação social. A AB visualiza o sujeito em sua particularidade e inserção sociocultural, buscando a construção da atenção integral (BRASIL, 2011a).

Para a portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011, a AB é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção eficiente e eficaz, que cause um impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas (BRASIL, 2011a).

Conforme ainda a portaria supracitada, a AB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação. Essa estratégia visa à reorganização dos serviços de saúde, fazendo com que haja uma expansão, qualificação e consolidação da AB, impactando assim diretamente na vida das pessoas. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) possibilita o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade (BRASIL, 2011a).

Segundo Rezende et al. (2009), com a consolidação da capacidade de resolução da AB, a maioria das problemáticas de saúde da sociedade serão resolvidos, e conseqüentemente haverá uma redução do fluxo de usuários para os níveis de maior densidade tecnológica, racionalização do uso de suprimentos e dos recursos terapêuticos mais dispendiosos, proporcionando, com isso, maior acesso da população aos serviços de saúde. Percebe-se menção no DSC dos estudantes de que a ESF é o primeiro local procurado pela população para a resolução dos seus problemas, com isso haverá uma redução do fluxo para os outros níveis de saúde.

Nota-se coerência no discurso dos estudantes acerca dos princípios organizativos presentes na AB, mas, cabe destacar, limitação no aspecto desse serviço ser um dos acessos à Rede de Atenção à Saúde, pois de acordo com o decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, menciona a Atenção Básica como a porta preferencial, porém não a única. São considerados também portas de entradas a atenção de urgência e

emergência, a atenção psicossocial, e as especiais de acesso aberto (BRASIL, 2011b).

A segunda categoria aborda a ambivalência entre as ações de promoção e prevenção ao modelo tradicional na Atenção Básica, participaram desse DSC 10 alunos (A2; A3; A5; A6; A8; A10; A11; A12; A14; A15).

Categoria 02 - Ambivalência entre as ações de promoção e prevenção com o modelo tradicional na Atenção Básica.

DSC 02: Eu acho que é um serviço de atenção primária que vai atender os problemas antes mesmo que ele aconteça, tipo ele vai evitar problemas. A Atenção Básica funciona mais para evitar que a doença apareça como forma de promoção, proteção e prevenção de saúde e cuidar também dos problemas que a pessoa já tem, os problemas que as pessoas já são acometidas com eles. Por exemplo, pessoas portadoras de hanseníase, portadores de TB (tuberculose), pessoas portadoras de doenças crônicas, que convivem com doenças DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis). A atenção primária tá ali para dá um suporte tanto na parte de medicação com na parte de informação, atender as gestantes no pré-natal, ou seja, ela tá ali para cuidar de problemas primários que não aconteceram ainda, como forma de prevenção. É um serviço que é oferecido pelo SUS (Sistema Único de Saúde), uma intervenção do ministério da saúde pra trazer pra comunidade uma melhor saúde no intuito de abranger toda a integralidade da saúde. É trazer a saúde mais pra perto da população. A Atenção Básica tem essa função de promover saúde, prevenir doenças, atuar na recuperação do paciente e realizar procedimentos mais simples como curativos, planejamento familiar, pré-natal. Ela é a atenção primária, aquela não relacionada à hospitalização. Mas vão ocorrer tantos métodos curativos como métodos preventivos à doença.

Percebe-se no DSC que os acadêmicos enxergam a AB como um serviço que busca a promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças, assim como a recuperação da saúde dos indivíduos.

Corroborando com o DSC, segundo Starfield (2002) a Atenção Primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos. A atenção primária difere da atenção secundária, de curta duração e do manejo da enfermidade a longo prazo (atenção terciária) por várias características. A atenção primária lida com os problemas mais comuns e menos definidos, geralmente em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas, lares e no

próprio posto de saúde. Os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada ao longo do tempo, para diversos problemas e que inclui a necessidade de serviços preventivos.

Apesar de ser presente no DSC dos estudantes que a finalidade da AB é buscar a promoção e a prevenção, o que acaba sendo prioritário no discurso são as práticas prescritivas, com ênfase no agir por meio de atividades curativistas, medicamentosas, tendo como objeto de trabalho a doença, em detrimento do sujeito, marcando assim, a ambivalência das falas.

Para Fernandes et al. (2013) esse modelo tradicional de cuidados na ESF, com práticas verticalizadas e fragmentadas, possuem como núcleo do processo de trabalho a doença, cuja solução seria objetiva e prática, com foco no tratamento medicamentoso, guiando os usuários a uma equivocada interpretação dos seus problemas de saúde.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004) o modelo médico hegemônico ou tradicional não atende as necessidades da população e convive de forma contraditória nas práticas das equipes de saúde. É preciso encontrar novos caminhos junto aos serviços para que o trabalho seja mais resolutivo e contribua para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das coletividades, entretanto, nos serviços de AB a atuação dos profissionais está prioritariamente centrada em ações curativas e individuais.

Isso mostra que atualmente na área da saúde, o modelo biomédico ainda é vigente, bem como presente na AB. Esse modelo tem como propósito a cura das doenças e a recuperação da saúde, isto é, atua quando a doença já está instalada, não valorizando ações de prevenção e promoção.

Observa-se, portanto que AB é um espaço ambivalente de práticas, ou seja, ao mesmo tempo em que busca romper com o paradigma tradicional de assistência à saúde, com a implementação de ações da clínica ampliada, ela ainda é muito marcada por ações prescritivas e curativas, conforme observado no DSC.

Temática 02 - Como o acadêmico de Enfermagem percebe o Enfermeiro na Atenção Básica.

Quadro 02 - Categorias e número de acadêmicos participantes da temática 02. Cajazeiras, PB, 2015

CATEGORIAS	Nº DE ACADÊMICOS
CATEGORIA 03 - O Enfermeiro na gerência do cuidado e protagonista da Atenção Básica.	13
CATEGORIA 04 - Diversidade de papéis desempenhados pelo Enfermeiro na Atenção Básica	06

A terceira categoria nos mostra a percepção dos alunos sobre o enfermeiro como um profissional essencial na Atenção Básica, principalmente por meio das ações de gerência do cuidado, tendo participado desse DSC 13 alunos (A1; A2; A5; A6; A7; A8; A9; A10; A11; A13; A15; A16; A18).

Categoria 03 - O Enfermeiro na gerência do cuidado e protagonista da Atenção Básica.

DSC 03: O enfermeiro hoje na Atenção Básica ele é a peça chave, porque na verdade ele hoje tem a função de gerente da unidade, assim também como ele desempenha a questão assistencial. Então, hoje a ESF (Estratégia Saúde da Família), a própria Atenção Básica ela seria inviável sem a presença do enfermeiro, porque ele é a peça chave da estrutura atual da Atenção Básica. Dentro da Atenção Básica eu vejo o enfermeiro como uma peça fundamental, que deve tá capacitado pra desenvolver educação em saúde, ele tem que tá capacitado pra coordenar a equipe. Ele tem que tá preparado para atuar na equipe, capacitar a equipe, atender as demandas, conhecer a sua comunidade, desenvolver ações com a comunidade pra auxiliar na promoção da saúde. Ele é um gestor no caso, e tá ali para informar ele é como uma peça chave entre a secretaria de saúde, o ministério e a comunidade. É como se fosse um elo entre eles. Assim o enfermeiro é como se fosse a chave de tudo, porque é ele que vai dá o suporte a população é como se ele fosse guiar [...] Ele não só exerce as funções de enfermagem, mas de administrador também e muitas vezes lhe dá com os conflitos dos próprios funcionários. Então eu acredito que é de fundamental importância. Acho que o enfermeiro desempenha um

dos papéis mais importantes lá dentro, porque além da prática dele, ele atua como organizando tudo.

Percebe-se no DSC03 que os acadêmicos visualizam o enfermeiro dentro da Atenção Básica, como um profissional essencial, o qual é responsável não só pelas ações de cuidado direto, mas também pelas atividades de cuidado indireto, ou seja, as práticas gerenciais pertinentes ao serviço.

Nota-se ainda nesse discurso, que os participantes da pesquisa compreendem a importância da relação de aproximação dessas duas dimensões (cuidado e gerência) do processo de trabalho do enfermeiro, isto é, a gerência do cuidado, a qual proporciona qualidade e efetividade das ações realizadas, tornando-o com isso um profissional essencial para o bom desempenho da Atenção Básica.

Segundo Christovam, Porto e Oliveira (2012), a gerência do cuidado acontece quando ocorre uma articulação e integração entre as ações de cuidado e gerência, dessa forma o enfermeiro desenvolve a sua melhor prática profissional. Percebe-se nesse momento uma complementaridade e entrelaçamento do cuidar (cuidado direto) e gerenciar (cuidado indireto), formando uma relação dialética e não dicotômica dessas ações, tendo como resultado a integralidade das atividades do enfermeiro.

É perceptível no DSC que o enfermeiro é visto como o responsável pela gerência do cuidado, sendo assim ele acaba se tornando o protagonista na AB e consequentemente um líder da equipe, além de gestor, e elo entre os serviços públicos e a comunidade e vice-versa, diminuindo assim a distância entre os mesmos, sendo também um intermediador que busca resolver conflitos tanto da equipe quanto da comunidade.

No estudo de Marta et al. (2010), sobre a gestão de conflitos como competência gerencial do enfermeiro, percebe-se que este profissional possui conhecimentos, habilidades e atitudes para administrar conflitos nas instituições de saúde, principalmente as atreladas a comunicação e ao relacionamento interpessoal, o que reverbera em um ambiente saudável de convivência, seja com a comunidade, seja com os demais membros da equipe de saúde, algo imprescindível para o desenvolvimento das ações propostas pela Atenção Básica.

Corroborando com isso segundo Santos (2007), o enfermeiro que trabalha na Unidade Básica de Saúde, passou a assumir um papel importante não apenas na prestação de ações de cuidado, como também na gestão da unidade e na interlocução entre as esferas municipal, estadual e federal.

De acordo com a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, é função exclusiva do enfermeiro a coordenação, planejamento, organização, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem. Percebe-se assim que esse conjunto de ações estão incorporados na realização das atividades de supervisão. Logo, a supervisão é uma atividade gerencial essencial para esse profissional, onde ele pode exercê-la com respaldo legal (BRASIL, 1986). Como é possível observar no DSC, o enfermeiro é o profissional responsável pelo planejamento e organização das ações de serviço na AB.

Outro ponto presente no DSC foi a menção das ações educativas como práticas de gerência do cuidado. Para Fernandes et al. (2015) as ações de educação em saúde, como atividade de gerência do cuidado na ESF devem valorizar as questões subjetivas, sociais e dialógicas, no objetivo de fomentar a integralidade do cuidado realizado e o empoderamento dos atores sociais envolvidos.

Identifica-se, portanto, que o enfermeiro que atua na AB precisa desenvolver um conjunto de competências que lhe possibilitem atingir os objetivos a que se propõe enquanto profissional de saúde inserido numa equipe multiprofissional. O trabalho do enfermeiro neste âmbito é diversificado, pois além do cuidado ao indivíduo, grupos da comunidade e famílias, compreende também práticas gerenciais, em especial a gerência do cuidado conforme abordado anteriormente. Esta atividade, ao ser exercida, possibilita a consolidação da identidade profissional do enfermeiro, tornado, com isso, visível as ações tanto para a sociedade, quanto as instituições de saúde.

A quarta categoria trata diversidade de papéis desempenhados pelo enfermeiro na Atenção Básica, participaram desse DSC 06 alunos (A1; A3; A4; A13; A14; A17).

Categoria 04 - Diversidade de papéis desempenhados pelo Enfermeiro na Atenção Básica.

DSC 04: Assim, o contato que eu tive com a Atenção Básica me fez vê que você exerce diversas funções, função de psicóloga, assistente social, diversas coisas, porque você cria um vínculo com a comunidade. Ele (enfermeiro) é um profissional muito atarefado com as ocupações [...] quando tem muitas coisas para fazer, e muita burocracia principalmente na Atenção Básica. Por isso, na maioria das vezes atua mais visando os serviços burocráticos e muitas vezes deixa a assistência em segundo plano ou não presta assistência adequada ao usuário. Ele é visto assim como o profissional que carrega a unidade básica, digamos assim, nas costas. E que muitas vezes se vê sobrecarregado com várias atribuições que é dada a ele. Se o enfermeiro for um profissional que se dedique ao seu trabalho tem bastante função pra fazer.

No DSC acima os alunos observam o enfermeiro como um profissional que exerce várias funções, inclusive as que não são de sua competência, tornando-o sobrecarregado, uma vez que agrega diversas atribuições ao seu cotidiano de práticas, distanciando, assim, da sua essência, ou seja, o cuidado.

Segundo Lima (2013) apesar do enfermeiro ser historicamente reconhecido como um profissional que sempre esteve presente na AB, sendo desde a criação da ESF parte integrante da equipe mínima, ou seja, uma presença obrigatória; a multiplicidade de papéis assumidos por esse profissional parece contribuir para invisibilidade do seu trabalho e, conseqüentemente, para dificultar a expressão de uma única identidade profissional na ESF. E esses conflitos na identidade do enfermeiro também resultam em conseqüências para a sua atuação.

O trabalho da AB requer competências específicas dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, do enfermeiro. Nota-se, nesse primeiro nível de atenção, falta de delimitação das atribuições dessa categoria, que pode ter sua origem na atuação dos próprios profissionais, que ainda não se apropriaram da finalidade principal de seu trabalho da ESF, agregando atribuições e funções que não são próprias (SANTOS; RIBEIRO, 2010), sendo inclusive constatado esta situação na fala dos estudantes.

Segundo Caçador (2012) a identidade profissional pode ser entendida como um fenômeno complexo e dinâmico, que a todo o momento é reconstruído de acordo com as relações sociais, ou seja, a interação entre a sociedade, o indivíduo e as

organizações de saúde. Mesmo compreendendo a dinamicidade da identidade profissional do enfermeiro, visto que a mesma é formada a partir da interação permanente do sujeito com ele mesmo e com a sociedade, é necessário a conformação da mesma, onde este profissional possa exercer suas ações segundo os seus fundamentos científicos e não adentrando às competências de outros profissionais, conforme observado no DSC 04.

Vislumbra-se, a partir da portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011, algumas atividades específicas do enfermeiro, porém pouco citados nos discursos dos participantes deste estudo, como: realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas, observadas as disposições legais da profissão; solicitar exames complementares; prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe (BRASIL, 2011b).

Porém, mesmo estabelecido em portaria as atribuições do enfermeiro, ecoa na percepção dos estudantes a imprecisão das ações inerente à identidade desse profissional, já que este trabalhador da saúde acaba por assumir atividades de outros profissionais do serviço, às vezes pela própria incompletude da equipe e pela ânsia de resolver os problemas presentes na população, contribuindo, assim, para o distanciamento com o seu núcleo de saber-fazer, o cuidado.

Estudos realizados entre as décadas de 60 e 90 demonstraram que os enfermeiros se dedicavam principalmente às tarefas de organização do serviço. É necessário destacar que essas pesquisas mostraram que o trabalho dos enfermeiros eram predominantemente atividades administrativas de caráter burocrático (COSTA; SHIMIZU, 2005), o que converge com os achados desta investigação.

Porém, cabe destacar que é necessário a burocracia no serviço de saúde com vistas a organização do ambiente de trabalho, todavia o enfermeiro não deve centralizar as suas atividades somente nessa ótica de trabalho, mas agregando novas perspectivas de cuidado às atribuições de planejamento dos estabelecimentos de saúde.

Logo, no intuito de amenizar essa problemática do desconhecimento da real identidade profissional do enfermeiro, é necessário estimular o trabalho multiprofissional nas Unidades de Saúde, respeitando as especificidades de cada trabalhador, com o objetivo de reunir conhecimentos para enriquecimento da prática em saúde, de modo que melhor se possa responder às necessidades da população, a partir de um cuidado interdisciplinar.

Temática 03 - O que o acadêmico de Enfermagem entende por identidade profissional.

Quadro 03 - Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 03. Cajazeiras, PB, 2015.

CATEGORIA	N ^o DE ACADÊMICOS
CATEGORIA 05 - Identidade Profissional como algo construído ao longo da graduação e nas vivências profissionais.	5

A quinta categoria mostra a percepção dos acadêmicos de Enfermagem sobre a Identidade Profissional, sendo para eles algo que é construído ao longo da graduação e nas vivências. Participaram desse DSC 6 alunos (A2; A4; A10; A12; A16; A17).

Categoria 05 - Identidade Profissional como algo construído ao longo da graduação e nas vivências profissionais.

DSC 05: Eu acho que identidade profissional é aquilo que o indivíduo vai adquirindo desde a graduação até a sua formação profissional, por exemplo, de nós enfermeiros, como a gente se comporta [...] a gente já sabe o que faz a nossa identidade, de como a gente vai se portar diante a nossa profissão. Ou seja, nós como estudantes a gente tá formando nossa identidade profissional e isso vai sendo feito ao longo da sua graduação, vai ser o jeito que nós vamos ser como

profissional. E também de acordo com suas experiências de vida você vai montando sua identidade, então identidade profissional seria a questão das experiências dentro da profissão, então de acordo com suas experiências vividas na profissão [...] eu entendo que identidade é a questão de seus conceitos, suas ideologias, sua subjetividade. Aquilo que você tem conhecimento e que aprendeu durante a sua vida [...] então identidade profissional seria a questão das experiências dentro da profissão [...] Acho que o Estágio Supervisionado I [...] a gente tem um contato direto com o usuário de um serviço de saúde de uma Atenção Básica, porque a gente pôde tá acompanhando o enfermeiro de fato e fazendo o seu papel [...] as disciplinas que a gente teve, por exemplo, saúde coletiva que a gente estudava sobre o SUS, as competências de cada profissional então a gente assim acabou tendo aproximação com a Atenção Básica, com o papel do enfermeiro.

Conforme abordado anteriormente entende-se que Identidade Profissional é um processo permanente que o indivíduo vai construindo desde a graduação até a sua formação profissional. Ela vai ser a consequência das experiências vividas no trabalho assim como da subjetividade que sustenta cada profissão (KRAWULSKI, 2004), elementos estes que convergem com o DSC dos estudantes, o qual menciona a relação direta entre a graduação e a construção da Identidade Profissional do enfermeiro.

Segundo Oliveira e Pereira (2008) a formação da Identidade Profissional no acadêmico de Enfermagem é resultado da somatória de suas habilidades inicialmente conquistadas em um ambiente educacional, e seus conhecimentos adquiridos durante as experiências práticas dentro de um processo de socialização bem gerenciado. Essa socialização vai ter como consequência o aprendizado a partir de novos conhecimentos, habilidades e atitudes, os quais estão na base da Identidade Profissional do enfermeiro.

Corroborando com isso no DSC os alunos mencionam que na graduação vão estar todos os subsídios para que o enfermeiro compreenda quais são as suas competências, e o que ele deve desenvolver no seu cotidiano assistencial. Logo a graduação é o fomentador e incentivador para a construção dessa Identidade Profissional do enfermeiro.

Entende-se também que as experiências práticas no campo cotidiano de atividades do enfermeiro têm uma contribuição significativa, pois elas consolidam o aprendizado teórico. E essas experiências acadêmicas se contextualizam na conquista de novos recursos práticos para lidar com o paciente e se estende até a

vivência para lidar consigo mesmo, revendo padrões e paradigmas, levando assim a construção contínua da Identidade Profissional (OLIVEIRA; PEREIRA, 2008).

Dentro desse contexto, observa-se que a Identidade Profissional é algo multável, dinâmico, ou seja, ela é construída e reconstruída a todo o momento. Sendo a graduação o local onde é iniciado a construção da Identidade Profissional, e a partir das práticas vivenciadas no dia a dia essa identidade vai ser desconstruída e reconstruída constantemente.

Assim, o cotidiano de práticas vai fazer com o que os enfermeiros vivenciem situações que a própria formação era incapaz de proporcionar. Então ao vivenciar novas experiências, ele vai ter um olhar e tomada de decisão diferente, e isso está diretamente ligado a sua Identidade Profissional.

Nota-se, ainda nesse DSC, como fator facilitador para a compreensão da identidade profissional do enfermeiro pelos estudantes, as vivências das disciplinas teórico e práticas, em especial o Estágio Supervisionado I, o qual proporciona ao longo de quase quatro meses, totalizando 420 horas, a vivência do acadêmico com o cenário da Atenção Básica.

Percebe-se, portanto, que a Identidade Profissional é diretamente influenciada e construída na graduação, e que as experiências de vida, a personalidade e as práticas do cotidiano em conjunto vão estar nesse processo de desconstrução e reconstrução contínua dessa Identidade Profissional do enfermeiro.

TEMÁTICA 04 - Percepção dos acadêmicos de Enfermagem sobre a identidade profissional do enfermeiro na ESF.

Quadro 04 - Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 04. Cajazeiras, PB, 2015.

CATEGORIA	N ^a DE ACADÊMICOS
CATEGORIA 06 - Identidade profissional atrelada à clínica	

ampliada na Atenção Básica.	13
-----------------------------	----

A sexta categoria mostra o conhecimento dos alunos sobre a Identidade Profissional do Enfermeiro na ESF, sendo essa identidade atrelada à clínica ampliada na Atenção Básica. Para a construção desse DSC participaram 13 acadêmicos (A1; A2; A4; A5; A6; A7; A8; A11; A12; A13; A14; A16; A17).

Categoria 06 - Identidade profissional atrelada à clínica ampliada na Atenção Básica.

DSC 06: Seria uma identidade de escuta, o enfermeiro tem que ser uma pessoa ouvinte. Primeiramente ele tem que ouvir muito a população para tentar solucionar os problemas da população. Ele tem que tá a par de tudo que a comunidade está passando das condições de vida que aquela comunidade tá. Ele tem que ter uma identidade principalmente de escuta, tem que ser uma pessoa compreensiva, atenciosa, tem que ser uma pessoa sempre presente na vida dos pacientes e da comunidade [...] eu acho que dá meios para que o cidadão possa desenvolver sua autonomia, possa ter conhecimento a respeito da saúde, da doença de forma específica de acordo com a sua necessidade [...] O enfermeiro tá lidando direto com a comunidade, ele é muito conhecido pela comunidade então ele tem que também conhecer a realidade de onde tá a Atenção Básica, de onde é que tá a sua UBS (Unidade Básica de Saúde), ele tem que saber de todos os pontos [...] Pra atuar na ESF (Estratégia Saúde da Família) ele tem que ser um profissional que goste de se inteirar com o paciente, uma relação mais próximo, justamente porque a Atenção Básica ela é construída também por relação interpessoal entre o profissional e o paciente né?!

Percebe-se no DSC que os alunos se referem ao enfermeiro como um profissional ouvinte, e a escuta está diretamente atrelada as tecnologias do cuidado, lembrando que tecnologia não é somente algo palpável. Segundo Nietzsche e Leopardi (2000) as tecnologias do cuidado podem ser conceituadas como todos os procedimentos, técnicas, e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro no cuidado ao paciente.

De acordo com Merhy (2002) as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde, podem ser classificadas como: leves, que são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento, autonomização, gestão como uma forma de gerenciar os processos de trabalho; leve-duras, como no caso dos saberes bem

estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a epidemiológica, a psicanalítica, o taylorismo e duras, como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, estruturas organizacionais e normas.

Percebe-se, assim, que o enfermeiro tem que utilizar no seu cotidiano prático as tecnologias do cuidado, dentre elas as tecnologias leves, que são aquelas utilizadas nas interações humanas e sociais para solucionar problemas de saúde. E um exemplo de tecnologia leve é a escuta qualificada, ou seja, uma atitude interativa, a qual inclui o relacionamento entre o profissional de saúde e o usuário, com vistas a integralidade e conseqüentemente a realização da clínica ampliada (RAIMUNDO; CADETE, 2012).

A Política Nacional de Humanização propõe como uma das suas diretrizes a clínica ampliada, que tem como objetivo qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, como também da família e da comunidade. Essa ampliação da clínica almeja integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas, na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário (BRASIL, 2009).

Com a clínica ampliada o enfermeiro estará executando a sua prática além das queixas físicas, ou seja, o paciente deixa de ser visto só como a doença específica que o acomete, e passará a ser ouvido pelo enfermeiro para que esse profissional conheça as suas reais necessidades para tentar solucioná-las com integração multiprofissional.

Para a formação do enfermeiro a ação educativa deve ser pensada como eixo essencial na identificação de ambientes pedagógicos capazes de potencializar essa prática. (SILVA; DIAS; RODRIGUES, 2009). Em muitos casos, e em muitas de suas funções, o profissional enfermeiro atua orientando o paciente, promovendo a saúde, bem como a prevenção e a recuperação de doenças, por meio de atos educativos, os quais devem buscar inicialmente trabalhar com o conhecimento prévio dos sujeitos envolvidos, com vistas à educação libertadora. Essa educação em saúde é muito importante, pois ela pode determinar como os indivíduos e as famílias são capazes de conduzir o autocuidado.

Percebe-se nesse DSC que o enfermeiro é um educador, e quando ele assume esse papel ocorre um rompimento dos paradigmas tradicionais, ou seja, ele passa a compartilhar conhecimento com a população com o objetivo de trabalhar o empoderamento, que é justamente compartilhar poder, fazer com que a população se torne capaz de compreender o seu processo saúde, doença e cuidado por meio das orientações de saúde.

TEMÁTICA 05 - Percepção dos acadêmicos de Enfermagem sobre as ações de referência da identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica.

Quadro 05 - Categoria e número de acadêmicos participantes da temática 05. Cajazeiras, PB, 2015.

CATEGORIA	Nº DE ACADÊMICOS
CATEGORIA 07 - Liderança do serviço de saúde.	14

A sétima categoria mostra o conhecimento dos alunos sobre as ações que eles destacam como referência da Identidade Profissional do Enfermeiro na AB, sendo essas ações a de gerente e líder. Para a construção desse DSC participaram 14 acadêmicos (A1; A2; A3; A4; A5; A6; A7; A8; A9; A10; A11; A13; A16; A18).

Categoria 07 - Liderança do serviço de saúde.

DSC 07: A liderança da equipe e do posto da Atenção Básica, primeiro. Assim que você pensa no enfermeiro da Atenção Básica, você já pensa nele como líder daquela equipe, acima mesmo do médico ou de qualquer outro administrador. Ele vai ser o líder daquela equipe e de acordo com o enfermeiro aquela equipe pode andar ou não. O que nós aprendemos na universidade, ele vai ser não só pra equipe como um líder, como um guia para o paciente. Sendo assim, exclusivo do enfermeiro dentro da Atenção Básica é o gerenciamento da unidade.

No decorrer do desenvolvimento do cuidado, compete ao enfermeiro o gerenciamento da assistência prestada aos usuários, a execução de atividades educativas, administrativas e de pesquisa, com o objetivo de melhorar a sua prática profissional. Assim, o enfermeiro destaca-se na sua equipe pela multiplicidade de atividades que desenvolve, as quais incluem, a coordenação das ações da equipe, a organização, o trabalho intelectual e a implementação da assistência. Sendo a liderança um instrumento imprescindível no gerenciamento do seu processo de trabalho, conforme visto no discurso acima.

Segundo Robbins (2002) a liderança pode ser definida como a capacidade de influenciar um grupo em direção ao alcance de objetivos comuns a todos. E como um líder o enfermeiro vai gerenciar o serviço, coordenar a equipe, desenvolver atividades de educação tanto com a equipe como com a comunidade e por isso deve ser um profissional capacitado.

Para que o enfermeiro exerça a liderança é necessário que ele compreenda o significado e a relevância de ser um líder e entenda que é uma competência profissional, reconhecendo os atributos essenciais para que ela aconteça.

Segundo Lanzoni e Meirelles (2013) é inerente ao enfermeiro da ESF o exercício da liderança, já que o mesmo incentiva a interlocução e age como um moderador do trabalho em equipe na promoção da saúde, além de fornecer suporte gerencial na organização do cuidado e fomentar boas relações, bem como de direcionar as atividades e conduzir o fluxo de informações.

O bom líder deve ser envolvido pelo compromisso, responsabilidade, comunicação, habilidade para tomada de decisões, empatia, e gerenciamento de forma eficaz, qualificando o serviço e atendendo as expectativas dos usuários e serviço. O enfermeiro como um líder deve resolver entraves a fim de que os profissionais de sua equipe possam ofertar um serviço de qualidade (MAX, 2006).

Segundo Ribeiro et al (2006) a liderança é importante, porque a partir dela o enfermeiro vai compartilhar e buscar soluções para os problemas surgidos com toda sua equipe, vai oferecer oportunidades de participação, ouvir as opiniões dos membros, e desenvolve a comunicação verbal e não-verbal com a equipe. Dessa forma fica claro que os líderes em saúde são agentes de mudança que podem

influenciar positivamente a cultura organizacional através de seu comportamento e práticas.

Observa-se com o DSC 07 e a literatura que existe a necessidade de que os enfermeiros sejam líderes inovadores e criativos, capazes de estimular e implementar mudanças, sem comprometer sua função assistencial dentro de um serviço de saúde. Lembrando que o sucesso de um líder não depende exclusivamente dele, e sim de toda a equipe, sendo, portanto, essa competência implicada na conformação da identidade profissional do enfermeiro na AB.

TEMÁTICA 06 - Percepção dos acadêmicos de Enfermagem sobre quais fatores dificultam a compreensão da identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica.

Quadro 06 - Categorias e número de acadêmicos participantes da temática 06. Cajazeiras, PB, 2015.

CATEGORIAS	Nº DE ACADÊMICOS
CATEGORIA 08 - Lacunas teóricas e práticas como um fator que dificultou a compreensão da Identidade Profissional do Enfermeiro na Atenção Básica.	12

A oitava categoria mostra que a distância existente entre teoria e prática foi o que dificultou a compreensão da Identidade Profissional do Enfermeiro na AB pelos estudantes. Para a construção desse DSC participaram 12 acadêmicos (A2; A5; A4; A7; A8; A10; A11; A12; A14; A16; A17; A18).

CATEGORIA 08 - Lacunas teóricas e práticas como um fator que dificultou a compreensão da Identidade Profissional do Enfermeiro na Atenção Básica.

DSC 08: O que dificultou foi o pouco campo de prática [...] o campo de prática ser muito curto e pouco [...] na prática você [...] às vezes, você encontra profissionais que não exercem todas as atribuições que deve, e também o contato quase que exclusivo só no final do curso no oitavo período, porque até então a maioria dos estágios acho que noventa por cento, na verdade acho que boa parte dos estágios que teve até chegar no sétimo foi na unidade hospitalar e existiram visitas técnicas e eu não consigo, pra você ver foi tão pouco, que eu não consigo recordar de alguma coisa que a gente tenha feito, a não ser um estágio só de saúde da mulher que foi na Estratégia de Saúde da Família, mas os outros foi tudo em rede hospitalar. Então foi focado quase por todo o curso a unidade hospitalar em si e a unidade básica ficou mais na teoria [...] E também o que dificultou foi a caminhada até o estágio supervisionado um, de alguns profissionais não terem o conhecimento de passar aquilo pra o aluno, ficava sempre um pouco confuso, não era claro, e também as pessoas não cumprem essa identidade profissional. Eu acho assim que a distância, essa discrepância da realidade com a teoria. A teoria é muito distanciada da realidade [...]Eu acho que você chega no local e as vezes você tem dificuldade com determinadas situações, você muitas vezes não sabe como agir diante daquilo [...] Ou seja, é um assunto pouco debatido dentro do curso eu não vi nenhuma cadeira que focasse a construção da identidade profissional.

Como já abordado anteriormente, a formação acadêmica contribui para a elaboração inicial da identidade profissional do enfermeiro, porém o que se observa no DSC, é a deficiência que a graduação tem com relação aos campos práticos, ou seja, a insuficiência dessas atividades ofertadas pela faculdade faz com que ocorra uma dificuldade na compreensão por parte dos estudantes sobre a identidade profissional do enfermeiro nesse cenário de atuação.

Nota-se também no DSC 08, a limitação do enfermeiro que está inserido na AB, em exercer as suas ações. Percebe-se que se este profissional da AB não entende a sua real identidade nesse campo de atenção, como já foi expressado em discursos anteriores, uma vez que o mesmo assume competências de outros profissionais, ele acaba repassando esse desconhecimento para os estudantes, quando estes estão nas visitas técnicas, aulas teórico-práticas e durante o Estágio Supervisionado I que são ofertados pela instituição de ensino.

Entende-se que a deficiência de vivências no campo de atuação proporciona o distanciamento entre teoria e prática, o que pode gerar insegurança na atividade profissional (TREVISAN et al., 2013), assim como falácias sobre o real papel desempenhado pelo enfermeiro no serviço de saúde, seja no aspecto do cuidado direto aos usuários, seja no aspecto do gerenciamento do serviço.

Por sua vez, De Oliveira et al. (2013), no estudo realizado com os discentes de enfermagem, identificaram que há um paradoxo entre o que se vê na sala de aula e o que se vê na prática. Comprovando assim que essa distância entre a teoria e a prática é algo real e presente durante a graduação.

A prática é uma situação inesgotável, ou seja, não tem como conseguir durante a graduação citar todos os exemplos que o acadêmico vai encontrar na sua vivência prática. A teoria, por sua vez busca dar algumas explicações das possíveis experiências a serem vivenciadas, porém, cabe ao futuro enfermeiro fazer o elo entre a teoria e a prática para a efetivação do seu processo de trabalho com mais segurança, eficiência e eficácia.

Além dos poucos momentos de práticas, observa-se também o desenvolvimento de ações distantes das funções desempenhadas pelos enfermeiros nos respectivos serviços, sendo uma situação corriqueira em algumas aulas práticas, contribuindo para o distanciamento do estudante da dinâmica própria das instituições de saúde, fomentando a dicotomia entre teoria e prática (BARLEM et al., 2012) e conseqüentemente incongruência na elaboração da identidade desse futuro enfermeiro.

Outro fator que contribui para a incompreensão dos alunos sobre a identidade profissional, segundo o DSC 08, são as instituições de ensino que muitas vezes priorizam as ações e estágios no serviço hospitalar, desvalorizando, assim, as ações da AB. Esse é mais um fator que contribui para que os estudantes tenham deficiência para compreender qual é a identidade profissional do enfermeiro AB.

Portanto, essas contradições entre a formação teórico-prática e a práxis profissional é um desafio cotidiano na formação do enfermeiro. Logo, é fundamental a criação de estratégias pedagógicas, como as metodologias ativas, para buscar sanar essas limitações apontadas anteriormente (CORBELLINI, 2010).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do caminho percorrido nesta investigação, buscou-se averiguar a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre a identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica, por entender que esta temática ainda possui lacunas no ensino, na pesquisa e na prática da enfermagem.

Identificou-se inicialmente que os estudantes visualizam a Atenção Básica (AB) como o acesso inicial à rede de atenção à saúde brasileira, porém sendo esse espaço de atenção ainda marcado pela incongruência das práticas, uma vez que é presente a ambivalência entre as ações de promoção e prevenção com o modelo tradicional de atenção à saúde.

Além disso, ficou evidente que os estudantes percebem o enfermeiro como responsável por todos os serviços na unidade básica de saúde, isto é, o protagonista desse nível de atenção. Ainda segundo os investigados o enfermeiro desempenha uma gama de ações, tanto as de cunho de cuidado direto quanto as de cuidado indireto, com vistas à gerência do cuidado, já que almeja a articulação entre essas duas dimensões do processo de trabalho do enfermeiro.

Para os participantes deste estudo, a identidade profissional do enfermeiro é construída ao longo de toda a graduação, bem como nas futuras vivências profissionais. Outro aspecto notado foi a menção da articulação da clínica ampliada com a identidade profissional do enfermeiro nesse cenário de atuação.

Por fim, outro achado significativo foi a crítica dos estudantes sobre a deficiência de experiências práticas, situação esta que dificulta a aproximação da teoria com a prática e conseqüentemente a formação da identidade profissional do enfermeiro na AB.

Entende-se, como limitação deste estudo, a restrição da pesquisa em uma única instituição de ensino, o que impede generalizar esses achados a nível nacional, sendo, portanto necessário envolver em novas pesquisas, além das instituições públicas as particulares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

BARBACELI, J. T. **Da identidade universitária à identidade profissional docente: a FEUSP e a formação inicial de professores para os primeiros anos de escolarização**. 2013. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, USP, Programa de Pós-graduação em Educação, 2013.

BARLEM, J. G. T. et al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-363, Jun. 2012.

BERGER, P; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 33 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BORGES, M. S.; SILVA, H. C. P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 823-29. Out. 2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Lei nº 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício Profissional da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 de junho de 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.625 de 10 de julho de 2007. Altera as atribuições das Equipes de Saúde da Família – ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2007. Seção 1:47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 64p, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2011a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto 7.508 de 28 de Junho de 2011b. Regulamenta a Lei 8.080, 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência a saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 jun 2011. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília; 2012a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 12p, 2012b.

BLIN, J. F. **Représentations, pratiques et identités professionnelles**. Paris: L'Harmattan; 1997.

CAÇADOR, B. S. **Configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família**. 2012. 180 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2012.

CAÇADOR, B. S. **Configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família**. 2012. 180 f. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2012.

CAMPOS, P. F. S.; OGUISSO, T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional da Enfermagem Brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 892-98, dez. 2008.

CECCIM R. B.; FEUERWERKER L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**. v. 20, n. 5, p. 1400-410, 2004.

CHRISTOVAM B.P.; PORTO I. S.; OLIVEIRA D.C. Gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares: a construção de um conceito. **Rev Esc Enferm USP**. n. 46, v. 3, p. 734-41, 2012.

COSTA R. A.; SHIMIZU H. E. Atividades desenvolvidas pelos enfermeiros nas unidades de internação de um hospital escola. **Rev Latino-am Enfermagem**. Setembro-outubro; 13(5), p.654-62, 2005.

CORBELLINI, Valéria Lamb et al. Nexos e desafios na formação profissional do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 63, n. 4, p. 555-560, Ago. 2010.

DE OLIVEIRA, G. J. N. et al . Fatores relacionados à identidade profissional do enfermeiro: visão dos discentes. **Enferm. glob.**, v. 12, n. 29, p. 130-37, 2013.

DUBAR, C. **A crise das identidades**: a interpretação de uma mutação. Porto: ed. Afrontamento, 2006.

DUBAR, C. **A socialização**: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes, 343p, 2005.

DUBAR, C. **La Crise des Identités**. Paris: Presses Universitaires de France; 2000.

ESCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 21, n. 2-3, Mar. 2007.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. 2ª e. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.

FERNANDES, M. C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família**: enfoque na gerência do cuidado. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico

Cuidados Clínicos em Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2012.

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Rev Rene**. Fortaleza, v.14, n. 2, p.438-47. 2013.

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S.; MOREIRA, T. M. M.; SILVA, M. R. F. Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo. **Online braz j nurs**. v.12, n. 2, p. 522-33, 2013.

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S.; SILVA, M. R. F.; MOREIRA, T. M. M. Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**. Set-out; 16(5): 664-71. 2015.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

GIL, C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n 4, p. 856-62. 2009.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução: Tomás Tadeu da Silva e Guaracira Lopes Louro. Rio de Janeiro: Lamparina, 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 02 ago. 2011.

KRAWULSKI, E. **Construção da identidade profissional do psicólogo: vivendo as “metamorfoses do caminho” no exercício cotidiano do trabalho**. 2004. 206 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2004.

LANZONI, G. M. M.; MEIRELLES, B. H. S. Liderança do enfermeiro: elemento interveniente na rede de relações do agente comunitário de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 66, n. 4, p. 557-63, Agosto. 2013.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul: EducS, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 517-24, 2006.

LIMA, F. R. O. **A identidade profissional da enfermeira na estratégia saúde da família**. 2013. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2013.

LOPES, A. La construcción de identidades docentes como constructo de estructura y dinámica sistémicas: argumentación y virtualidades teóricas y prácticas. **Profesorado Rev Curric Form Prof.** v.11, n.3. 2008.

LOPES, A. Teachers as professionals and teachers' identity construction as an ecological construct: an agenda for research and training drawing upon a biographical research process. **Eur Educ Res J.** v. 8, n. 3, p. 461-75. 2009.

MARTA, C. B.; LACERDA, A. C.; CARVALHO, A. C.; STIPP, M. A. C.; LEITE, J. L. Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro. **R. pesq. cuid. fundam. Online.** Out/dez. 2(Ed. Supl.), p. 604-08, 2010.

MENDONÇA, M. H. M.; VASCONCELLOS, M. M.; VIANA, A. L. A. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cad Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 24, (Suppl 1), p. s4-s5, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde:** cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 3ª Ed, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10ª. ed. São Paulo: Hucitec--Abrasco, 2007.

NIETSCHE, E. A.; LEOPARDI, M. T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto Contexto Enferm.** Jan-Abr; 9 (1): 129-52, 2000.

OLIVEIRA, R. S. M.; PEREIRA, C. M. O. A socialização como facilitadora na formação da identidade profissional do acadêmico de enfermagem em um hospital privado. **Revista Tecer.** Belo Horizonte, vol. 1, n. 1, Dezembro, 2008.

PAULA K. A.; PALHA P. F.; PROTTI S. T. Intersetorialidade uma vivencia pratica ou um desafio a ser conquistado? O discurso do sujeito coletivo dos enfermeiros nos núcleos de saúde da família do distrito oeste-Ribeirão Preto. **Rev Interface-Comunic Saúde Educ.,** Botucatu, SP, v.8, n.15, p.331-48, mar./ago. 2004.

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. **Acta paul. enferm.,** São Paulo , v. 25, n. spe2, p. 61-67, 2012.

REZENDE, M. et al . A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro, v.14, p. 1403-10, 2009.

RIBEIRO, Mirtes; SANTOS, Sheila Lopes dos; MEIRA, Taziane Graciet Balieira Martins. Refletindo sobre liderança em Enfermagem. **Esc. Anna Nery,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 109-115, Abr. 2006.

ROBBINS, S. P. Comportamento organizacional. 9a Ed. São Paulo: **Prentice Hall;** 2002.

SANTOS, A. S. Reflexos da história das políticas públicas e de saúde e gestão em atenção primária: desdobramentos para a enfermagem. In: SANTOS, A. S.;

MIRANDA, M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, p. 41-62, 2007.

SANTOS, E. I. Formação da identidade profissional de enfermagem: uma reflexão teórica. **Estud. pesqui. psicol**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 967-71, dez. 2010.

SANTOS, R. M.; RIBEIRO, L. C. C. Percepção do usuário da Estratégia Saúde da Família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. v. 15, n. 4, p. 709-15, 2010.

SANTOS, C. C. **Profissões e Identidades Profissionais**. Imprensa da Universidade de Coimbra. 75p, 2011.

SILVA, C. P.; DIAS, M. A. S.; RODRIGUES, A. B. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. vol.14, supl.1, p. 1453-1462. 2009.

SOARES, Candida Elizabete dos Santos; BIAGOLINI, Rosangela Elaine Mineo; BERTOLOZZI, Maria Rita. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, Ago. 2013.

SOBREIRA, M. V. S. **Repercussão da terapia comunitária no processo de trabalho da estratégia saúde da família**: um estudo representacional. 2009. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte (RN), 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 726p, 2002.

TREVISAN, D. D.; MINZON, D. T.; TESTI, C. V.; RAMOS, N. A.; CARMONA, E. V.; SILVA, E. M. Formação de enfermeiros: distanciamento entre a graduação e a prática profissional. **Cienc Cuid Saude**. Abr/Jun; 12(2): p.331-37, 2013.

VARGENS, O. M. C. **O homem enfermeiro e sua opção pela enfermagem**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. 1989.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Dados de Identificação:

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____
3. Estado civil: () Casado () Solteiro () Outros: _____
4. Tem filhos: () Não () Sim Quantos: _____
5. Cidade de origem: _____
6. Religião: _____
7. Mora sozinho () Com os pais () Outros familiares () Outros: _____
8. Financeiramente você é: Dependente () Independente () Parcialmente dependente ()
9. Você trabalha: () Não () Sim Qual atividade: _____

Questões norteadas:

1. Descreva a atenção básica e como você percebe o enfermeiro nesse espaço?
2. O que você entende por identidade profissional? E qual seria a identidade profissional do enfermeiro na ESF?
3. Quais ações você destacaria como referência/representação da identidade profissional do enfermeiro na AB?
4. Quais fatores facilitam e dificultam a compreensão da identidade profissional do enfermeiro na AB?
5. Como esse assunto é debatido na formação acadêmica?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) estudante,

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de conclusão de curso intitulada **IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA**: percepção dos acadêmicos de enfermagem. Que tem como objetivo averiguar os conhecimentos dos acadêmicos de enfermagem de uma instituição de ensino superior pública sobre a Identidade Profissional do Enfermeiro na Atenção Básica. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista que poderá ser gravada se você concordar.

Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre um determinado tema. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando você à vontade para decidir sobre sua participação no estudo posteriormente. Por outro lado, benefícios potenciais decorrerão diante de sua participação tais como: identificação do panorama dos conhecimentos da Identidade Profissional do Enfermeiro na Atenção Básica no âmbito acadêmico e conseqüentemente propor possíveis adequações na grade curricular.

Ressaltamos que todas as informações obtidas nesse estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale lembrar que sua participação é voluntária e você poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: acadêmica de enfermagem **Isaura Carolina Brandão Bezerra** (83) 9815-5571; e Orientador da pesquisa **Prof^a. Me. Marcelo Costa Fernandes**: (85) 9922-1287.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina do Centro de Formações de Professores encontra-se disponível para esclarecimento pelo telefone: (083) 3532-2000 – Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, Campus Cajazeiras,

CEP: 58900-000 – Cajazeiras – Paraíba. Esse termo está elaborado em duas vias sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Eu, _____, tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Cajazeiras, ____ de _____ de _____.

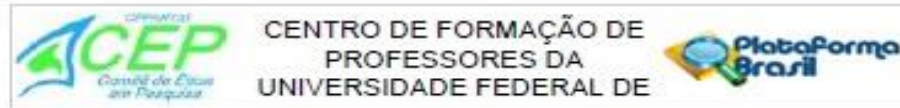
Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador(a)

ANEXOS

ANEXO A

Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: percepção dos acadêmicos de enfermagem

Pesquisador: Marcelo Costa Fernandes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41375514.9.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 953.865

Data da Relatoria: 12/02/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: percepção dos acadêmicos de enfermagem, 41375514.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes trata de um estudo de natureza descritiva com abordagem qualitativa.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: percepção dos acadêmicos de enfermagem tem por objetivo principal averiguar a percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre a identidade profissional do enfermeiro na atenção básica.

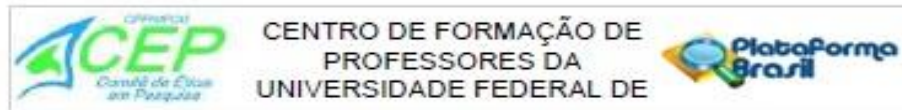
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: percepção dos acadêmicos de enfermagem é importante e os métodos especificados estão adequados a proposta do trabalho.

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cef.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 053.005

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Marcelo Costa Fernandes redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a **APROVAÇÃO** do projeto IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: percepção dos acadêmicos de enfermagem, número 41375514.9.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

CAJAZEIRAS, 12 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

ANEXO B
Carta de Anuência



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
Campus de Cajazeiras

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins que a pesquisa intitulada "**IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM**", a ser desenvolvida pela pesquisadora **Isaura Carolina Brandão Bezerra**, sob orientação do Professor Me Marcelo Costa Fernandes, está autorizada para ser realizada junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, fica condicionada à apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao serviço que receberá a pesquisa.

Cajazeiras, 10 de dezembro de 2014.


ANTÔNIO FERNANDES FILHO
DIRETOR CFP/UFCG

Antônio Fernandes Filho
DIRETOR DO CFP/UFCG
MATRICULA SIAPE Nº 1514508