



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

JÉSSICA TAVARES DE ASSIS

**IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Cajazeiras-PB

2016

JÉSSICA TAVARES DE ASSIS

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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. Dr. Marcelo Costa Fernandes

Cajazeiras- PB

2016

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

A848i Assis, Jéssica Tavares de.
Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: percepção da
equipe mínima da estratégia de saúde da família / Jéssica Tavares de
Assis. - Cajazeiras, 2016.
63p. : il.
Bibliografia.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2016.

1. Enfermeiro - identidade profissional. 2. Saúde da família. 3.
Identidade profissional. I. Fernandes, Marcelo Costa. II. Universidade
Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV.
Título.

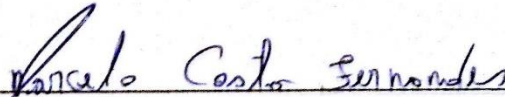
JÉSSICA TAVARES DE ASSIS

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:
PERCEPÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

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: 06/10/16

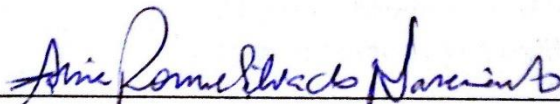
BANCA EXAMINADORA



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



Prof.ª Dra. Anúbes Pereira de Castro
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
1º Membro



Prof.ª Dra. Aissa Romina Silva Nascimento
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF
2º Membro

Cajazeiras - PB
2016

Dedico este trabalho a Deus, que com sua mão poderosa e generosa sempre me manteve de pé diante das adversidades da vida.

Aos meus pais, Francisco e Edneide, pelo amor, carinho, firmeza e dedicação de sempre, meus exemplos em tudo na vida.

Ao meu irmão Ravelly, pelo amor, cuidado, zelo, orações e proteção.

Ao meu namorado Filipe, pelo amor, dedicação, respeito e motivação constante diante dos desafios, tornando os meus dias mais leves.

Ao Dr. Marcelo, meu orientador deste trabalho, pela paciência e empenho na construção do conhecimento, pelo exemplo de vida e dedicação profissional.

AGRADECIMENTOS

A **DEUS**, grande autor da minha vida, por jamais desamparar-me diante dos obstáculos impostos pelo caminho. Obrigada, pois *“fizeste em mim Sua morada”*. *Te louvo e a Ti rendo graças por mais esta dádiva!* Peço para que me abençoe e me dê sabedoria para lidar com as fragilidades do ser humano em todos os momentos da sua vida.

AOS MEUS PAIS, FRANCISCO E EDNEIDE, por toda dedicação e amor que me dão, por me apoiar nos momentos mais difíceis, pela educação que ajudou a construir o meu caráter, por toda a luta dedicada para a realização do meu sonho. Obrigado por terem me dado algo que vai além de um diploma, valores. A vocês todo o amor do mundo, nenhuma palavra será capaz de expressar meu sentimento de infinita gratidão.

AO MEU IRMÃO, RAVELY, por sempre preocupar-se comigo, por ter me colocado em cada uma das suas orações, por cada joelho dobrado em meu nome. Obrigada por tudo meu amor.

AO MEU AMOR, FILIPE, por todo apoio, cuidado, amor, zelo, carinho e incentivo diário, torcendo e vibrando comigo a cada obstáculo vencido. Ele que faz-me sentir capaz de ganhar o mundo. Obrigada por fazer parte dos meus dias, tornando-os ainda mais felizes, *“Tudo por você, nada sem você”*.

A MARCOS E ERIDAN, por todo amor, carinho, alegria, simplicidade, amizade, fé, vibração e acolhida especial com que me receberam em seu lar, espero poder retribuir com todo carinho sempre. Meu mais sincero agradecimento.

AOS MEUS TIOS, FABIANA E MANUEL, pela oportunidade que me deram anos atrás de buscar melhores oportunidades para minha vida, pelo coração aberto a me acolher em seu lar, somente palavras não mensuram meu eterno agradecimento. Deus os protejam e os cubram de bênçãos.

AOS MEUS TIOS, JOSÉ VIEIRA E GERLÂNIA, por toda força, carinho, ajuda, amor e incentivo, muito obrigada por tudo, à vocês minha eterna gratidão.

A MINHA AVÓ MARIA, Por todo amor a mim depositado, por tão generosamente ter me acolhido em seu lar no início da minha caminhada, obrigada por tudo vó. Te amo!

A MINHA AVÓ GERTRUDES, anjo na minha vida, reza diariamente para o sonho dos netos com toda força do seu coração, obrigada por tudo minha vovó-dinda. Te amo!

AOS MEUS AVÔS, JOSÉ TAVARES E FRANCISCO ANTÔNIO, Minhas estrelas que brilham lá no céu, presentes de Deus na minha vida. Obrigada por todo amor transmitido, cada palavra, cada presente, cada brincadeira compartilhada. Eternamente, amo vocês.

AOS MEUS FAMILIARES, por torcerem e me acompanharem por toda a vida, laços que o meu coração quer tornar inquebráveis, lembranças que jamais se apagarão da minha memória. Muito obrigado.

A MINHA CUNHADA MIKELY E MEU COMPADRE HARRISON, pela amizade, amor, carinho e palavras de incentivo, eles que vivenciaram essa batalha bem de perto, obrigada pela torcida e palavras valiosas a mim direcionadas. Meu muito obrigada por tudo.

AO MEU EX- PATRÃO JOSÉ ALVES, por todo incentivo, força, parceria e torcida para que esse sonho pudesse estar se realizando, meu muito obrigada por tudo. Nunca vou esquecer toda ajuda.

AOS MEUS POCOS, PORÉM ESPECIAIS AMIGOS, ao longo da vida tive muitos amigos, na minha história poucos, porém, os que participaram da minha vida me fizeram lembrar que sou querida.

AO MEU “PRIMO- FILHO” (risos), GUSTAVO FURTADO, por toda dedicação, cuidado, carinho e amizade. Obrigada meu “filho” trabalhado no Inglês (risos).

AO MEU ORIENTADOR, MARCELO COSTA FERNANDES, pela paciência e dedicação, disponibilidade e competência, por orientar-me ao longo deste trabalho, me guiando pelos melhores caminhos para a conclusão deste escrito. Muito obrigada.

AOS PROFISSIONAIS DAS UNIDADES BÁSICAS DE CAJAZEIRAS, pela disponibilidade e ajuda no percurso desse estudo, minha mais calorosa gratidão.

"Nem olhos viram, nem ouvidos ouviram, nem jamais penetrou em coração humano o que Deus tem preparado para aqueles que o amam."

1 Coríntios 2:9

ASSIS, J. T. **Identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica**: percepção da equipe mínima da estratégia de saúde da família 2016. 63p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2016.

RESUMO

No campo da enfermagem, a identidade profissional do enfermeiro aparece ligada a consciência do sujeito, inserida na relação com o outro e consigo mesmo. Esta se constrói pouco a pouco dentro do ambiente no qual o indivíduo está interagindo, refletindo na maneira como o enfermeiro enxerga a si mesmo e aos demais, bem como o papel que deve exercer e o resultado final do seu trabalho. O estudo objetivou averiguar a percepção da equipe mínima de saúde da família sobre a identidade profissional do enfermeiro da Atenção Básica. Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Foi realizado com 29 profissionais, destes, nove médicos, 10 técnicos de enfermagem e 10 agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família do município de Cajazeiras, Paraíba. Foi utilizado para coleta de dados uma entrevista semiestruturada, sendo realizada entre os meses de julho e agosto de 2016, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa nº1.610.409. Para a análise de dados optou-se pelo Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre, obtendo-se 05 temáticas e 13 Discursos. Todas as etapas da pesquisa seguiram fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Durante os discursos foi possível perceber a superficialidade do conhecimento acerca da identidade profissional do enfermeiro no cenário da Atenção Básica, evidenciada no discurso dos profissionais participantes das entrevistas. Observou-se a fragilidade por parte da equipe mínima de saúde acerca do conhecimento do papel específico do enfermeiro, gerando conflito de identidade desse profissional, bem como prejuízo na formação da sua identidade. Percebeu-se ainda que os membros da equipe de saúde atrelavam a identidade profissional do enfermeiro a suas vestimentas, bem como aquele que faz tudo nesse nível de atenção. Este estudo discerniu também a importância que o enfermeiro exerce dentro do ambiente da Atenção Básica, sendo considerado fundamental para a boa realização do serviço em saúde. Portanto, há a necessidade do fortalecimento das competências específicas do enfermeiro, diminuindo as lacunas existentes sobre a real identidade deste no cenário de práticas da Atenção Básica. Além disso, pode fomentar reflexões de como a profissão é percebida e por conseguinte construir estratégias para aproximação do profissional enfermeiro para o espaço do saber-fazer, sendo reconhecido pelo que realmente é, e não somente pelo que faz.

Palavras-chave: Identidade profissional. Equipe de assistência ao paciente. Estratégia Saúde da família.

ASSIS, J. T. **Professional identity of the nurse in Basic Attention**: perception of the minimum family health strategy team 2016. 63p. Monograph (Bachelor of Nursing) – Federal University of de Campina Grande, Teacher Formation Center, Nursing Academic Unit, Cajazeiras-PB, 2016.

ABSTRACT

In nursing, the professional identity of the nurse appears linked to the conscience of the individual, in the relation of another with himself. This relations is built little by little in the environment the subject is interacting, reflecting in the way the nurse sees himself and the others, as well as the role they must practice and the final result of their work. The study aimed at investigating the perception of a minimum family health team about the professional identity of the nurse of the Basic Attention. This way, it is a descriptive field study with a qualitative approach. It was done a research with 29 health professionals, having among it 09 doctors, 10 nursing technician, and 10 community heath agents from the Family Health Strategy from the district of Cajazeiras, Paraíba. It was also used to collect data a semi-structured interview, which was used between July and August of 2016, after the approval of the Research and Ethics Committee n°1.610.409. For the data analysis it was chosen the Discourse of the Collective Subject proposed by Lefèvre e Lefèvre, obtaining 05 themes and 13 speech. All the stages of the research followed faithfully the Resolution 466/2016 of the National Health Council. During the speeches was possible to see the superficiality of the nurse's knowledge about the professional identity of the nurse in the Basic Attention scenario, emphasized in the speeches of the participants of the interview. It was also clear the weakness of the minimum health team about the knowledge of the specific role of the nurse, generating identity conflicts on this professional, as well as the loss in formation of its identity. In addition to that, it could be seen that the members of the health team linked the professional identity to their particular clothing, as well as those who do everything in this level of attention. This study also distinguished the importance of the nurse in the Basic Attention scenario, being considered fundamental to an overall good health service. Therefore, there is a need to strengthen the specific competences of nursing, diminishing the existing gaps about such identity in the practical scenario of Basic Attention. Besides that, it can lead to reflections of how the job is seen and as a result build strategies to cause the approach of the nurses to the schools, being recognized by what they are, and not by just what they do.

Keywords: Professional identity, Patient assistance team, Family health strategy.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01-	Mapa da 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.....	26
Figura 02-	Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras-PB.....	26
Quadro 01-	Categoria e número de profissionais participantes da temática Cajazeiras-PB, 2016.....	32
Quadro 02-	Categoria e número de profissionais participantes da temática. Cajazeiras-PB, 2016.....	35
Quadro 03-	Categoria e número de profissionais participantes da temática. Cajazeiras-PB, 2016.....	41
Quadro 04-	Categoria e número de profissionais participantes da temática. Cajazeiras- PB, 2016.....	45

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB- Atenção Básica

ACS- Agente Comunitário de Saúde

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

DSC- Discurso do Sujeito Coletivo

ECH- Expressão-Chave

ESF- Estratégia Saúde da Família

IC- Ideia Central

M- Médico

MS- Ministério da Saúde

PSE- Programa Saúde na Escola

PSF- Programa de Saúde da Família

PNAB- Política Nacional de Atenção Básica

SUS- Sistema Único de Saúde

TB- Tuberculose

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TE- Técnico de Enfermagem

UBS- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO	18
3.2 ATENÇÃO BÁSICA	20
3.3 COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA	22
4 MÉTODO	25
4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO	25
4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	25
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
4.4 COLETA DE DADOS	27
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	28
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	32
5.1 APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	56
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	57
ANEXOS	59
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA.....	60
ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-UFCG)	61

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma profissão em constante evolução, cuja assistência aos atores sociais inseridos no campo da Atenção Básica (AB) é realizada de forma individual, bem como coletiva, com vistas a integralidade do cuidado. Os usuários, inseridos neste cenário de atenção, possuem necessidades particulares na área da promoção, proteção e reabilitação da saúde, além da prevenção de doenças e agravos.

O enfermeiro, em seu processo formativo, é apresentado à AB, onde poderá exercer o seu processo de trabalho a partir de conhecimentos, habilidades e atitudes específicos para aquele nível de atenção e, portanto, necessitando de uma identidade profissional bem definida, contribuindo, com isso, para uma prática efetiva e de qualidade.

Ao discutir sobre a temática foco desta investigação, faz-se necessário a imersão inicial sobre a definição de identidade, a qual é compreendida como algo próprio e pessoal como: nome; filiação; local e data de nascimento; profissão; sexo e impressões digitais, dados esses que caracterizam a pessoa (CAMPOS; OGUISSO, 2008).

Agregando a essas, Dubar (2005) acrescenta que o sujeito não constrói sua identidade sozinho, ela é formada desde a infância e deve ser reconstruída com o transcorrer da vida, sendo um componente que consegue conduzir o caminhar do sujeito em variados ângulos. A identidade de uma pessoa é um bem valioso, a perda dela pode causar a alguém ocasiões de sofrimento, alienação, angústia e morte.

Por sua vez, a identidade profissional, ainda conforme o autor supracitado, é um fenômeno relacional, que proporciona ao sujeito perceber-se como integrante da equipe de trabalho, como também das práticas que são incorporadas no cotidiano das ações. Entende-se também que esse tipo de identidade pode ser caracterizada a partir das práticas que são atribuídas pelas organizações que normatizam a profissão.

Agregando a essas discussões, Campos e Oguisso (2008), relatam que a identidade profissional seria uma espécie de identidade coletiva, que traz traços e características comuns a todos os indivíduos que exercem uma determinada atividade.

Já a identidade profissional do enfermeiro está fortemente ligada a consciência do sujeito, que da profissão usufrui como agente ou requerente dos seus benefícios. (BULLAGUARDA et al., 2011). Neste sentido, Netto e Ramos (2004) discutem que a identidade profissional do enfermeiro está intrínseca na relação com o outro e consigo mesmo. Se constrói pouco a pouco com o convívio no ambiente de trabalho, o qual facilita a reflexão

crítica, assim como o julgamento expresso em diversas situações cotidianas do profissional, sobretudo na maneira como o enfermeiro se vê, como vê o outro, qual o papel que foi exercido e o saldo do trabalho. Tais situações são importantes, pois estruturam a identidade desse profissional.

A identitária do enfermeiro pode ser construída e reconstruída de acordo com interações com ele mesmo, com a comunidade e os grupos sociais nela inseridas. Portanto, a conformação da identidade do enfermeiro se faz por meio de um processo dinâmico, histórico, social, econômico e cultural (OLIVEIRA, 2006).

Porém, na visão de Carvalho (2013) a identidade profissional do enfermeiro sofre os efeitos das crises sociais, econômicas e de saúde, sempre passando por recorrentes modificações, o que contribui para os conflitos do enfermeiro com ele mesmo e com sua profissão.

Nesse contexto, percebe-se que ainda é complexa a compreensão da identidade profissional do enfermeiro em todos os níveis de atenção à saúde, entretanto, nesta investigação, será abordada a AB como cenário de estudo.

Logo, compreende-se por AB um conjugado de ações de saúde, de forma individual e coletiva, que contempla as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o propósito de obter uma atenção integral ao indivíduo. É realizada por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, com base no trabalho em equipe, conduzidas a territórios distintos os quais assumem o encargo sanitário de acordo com a dinâmica existente em cada território. Deve ser a porta de entrada preferencial de acesso e comunicação dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

Inserida dentro da AB, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), criada com o objetivo de expandir o acesso à assistência à saúde, priorizando ações no próprio território adscrito, a partir do trabalho em equipe multiprofissional, além de fomentar a reorientação do modelo de atenção (SANTOS; FREITAS, 2014).

A forma de trabalho da AB demanda aptidões particulares dos profissionais de saúde e, por conseguinte, do enfermeiro. Observa-se, nesse primeiro nível de atenção, ausência da delimitação das atribuições dessa categoria, que pode ter sua origem no desempenho dos próprios profissionais, que ainda não entendem a finalidade principal do seu papel no cotidiano da ESF, acrescentando atribuições e funções que não são próprias de sua profissão (SANTOS; RIBEIRO, 2010).

Além disso, a falta de delimitação do espaço de competência do enfermeiro pode ser atrelada a vários aspectos como: ausência de clareza sobre o cuidar e o tratar; gênero feminino que é atribuído a profissão; carga de trabalho que lhe é imposta e multiplicidade de papéis exercidos por essa categoria (BORGES; SILVA, 2010), elementos estes que podem dificultar inclusive a consolidação da identidade profissional do enfermeiro na AB.

Diante das considerações apresentadas, delimita-se a seguinte questão norteadora: qual a percepção da equipe mínima da Estratégia Saúde da Família quanto a identidade profissional do enfermeiro no cenário da Atenção Básica?

O interesse em discutir esse assunto surgiu no momento em que cursava o 7º período, em específico durante as apresentações dos Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), cujo temáticas abordavam também a identidade profissional do enfermeiro. A complexidade apresentada pelas acadêmicas durante as apresentações despertou-me a curiosidade sobre o que a equipe mínima de saúde reconhece como a identidade profissional do enfermeiro no seu campo de atuação, uma vez que os trabalhos em questão tratavam somente da visão dos enfermeiros inseridos no serviço e dos acadêmicos ainda no processo formativo, demonstrando, portanto, essa lacuna.

Por conseguinte, ao compreender a visão da equipe sobre a identidade profissional do enfermeiro na AB, poderá contribuir no ensino, pesquisa e assistência a fomentar reflexões de como essa profissão é percebida e conseqüentemente construir estratégias para aproximação do enfermeiro do seu núcleo de saber-fazer, sendo reconhecido pelo o que ele é, e não somente pelo o que ele faz.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Averiguar a percepção da equipe mínima de saúde da família sobre a identidade profissional do enfermeiro da Atenção Básica.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Compreender como os profissionais da equipe de saúde da família reconhecem o enfermeiro da Atenção Básica;

Descrever, na ótica dos profissionais da equipe, as atribuições do enfermeiro nesse nível de atenção;

Identificar as atribuições que são compartilhadas entre os membros da equipe com os enfermeiros.

Verificar o significado da presença, na percepção dos profissionais da equipe, do enfermeiro na Atenção Básica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

Antes de iniciar as discussões sobre a temática cerne desta pesquisa é indispensável abordar o entendimento que se tem acerca da identidade, a qual trata-se de um processo contínuo de mudanças formada com base nas relações e formas que os seres humanos são representados nos sistemas culturais que os rodeiam, de modo que sua unidade permanece sempre incompleta (HALL, 2014).

Segundo Dubar (2005) a identidade não é uma característica inata do ser humano, ela é formada de forma progressiva ao longo da vida. Para que o sujeito forme sua identidade é necessário suas autodefinições, bem como a avaliação das outras pessoas, ou seja, o olhar que o outro possui para com o sujeito em questão.

Neste sentido a identidade é a junção de experiências e fundamentos que se agrupam em sincronia no espaço social em que o sujeito está inserido. Contudo, participar da sociedade é estar imerso nesse processo. Para que o sujeito seja considerado membro de um determinado grupo é necessário que ele seja apto para externar tais experiências e fundamentos (BERGER; LUCKMANN, 2003).

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

A identidade é construída por meio da socialização, as questões que norteiam essa perspectiva dizem respeito a como essa identidade é criada, a partir de que, por quem ela é construída e qual o objetivo disso. As definições, ideias e imagens de uma identidade segue os ideais de quem a constrói e depende do objetivo pela qual é construída. As pessoas, os grupos e a sociedade reorganizam seu conteúdo de acordo com as definições hegemônicas de tempo e espaço (OLIVEIRA, 2006).

Para Beck et al. (2009) a identidade do indivíduo é construída e reconstruída continuamente, essa (re)construção permanente faz com que a mesma esteja sempre de forma

incompleta. Portanto, a identidade é formada na relação do homem com ele mesmo e com os outros, além de com a sociedade na qual está incluso.

Por sua vez, a identidade profissional é um processo constante, sendo a junção que as experiências do trabalho proporcionam, bem como as razões que sustentam cada categoria profissional (KRAWULSHI, 2004), sendo, desta forma, um elemento específico da identidade do ser humano.

Corroborando com esse debate, Santos (2011) relata que a identidade profissional é o resultado não só dos aspectos coletivos inerentes ao mundo organizacional e aos processos de referência, mas, é objeto dos traços individuais do sujeito, aspectos que o caracterizam como um ser único, num mesmo contexto organizacional.

Para Gorz (2007) o sujeito é capaz de adquirir, por meio do trabalho, sua existência e a determinação das características necessárias para a concretização de um trabalho específico. Conjuntamente Dubar (2005) aborda que a identidade profissional tem como principal característica o aprimoramento do saber e a formação intelectual no momento em que o sujeito é inserido no mercado de trabalho. Logo, a influência que as profissões têm sobre a identidade é imprescindível, visto que a profissão irá dimensionar a construção da identidade social dos sujeitos.

Convergindo com essa ideia, Blin (1997) fala que o contexto social onde se desempenha determinada função é primordial para a consolidação da sua identidade profissional. Além disso, elementos como formação, estruturas organizacionais, saberes e práticas específicas mostram-se como determinantes para a consolidação da identidade profissional do indivíduo.

Com relação a identidade profissional do enfermeiro, Netto e Ramos (2004) discutem que a mesma é construída por meio do tempo, espaço e situações cotidianas, além de não ter maneira de chegar a um modelo exato do que é o enfermeiro, pois a identidade é constituída de forma individual, como também coletiva, a partir de um processo permanente de reconfiguração dos elementos intrínsecos que constituem o perfil identitário dessa categoria.

Entende-se que a compreensão da real identidade profissional por partes dos enfermeiros, proporciona maior autonomia, uma vez que estes trabalhadores irão atuar conforme o núcleo do seu saber-fazer e, conseqüentemente, mais segurança nas práticas cotidianas, além de agilidade na tomada de decisão frente as problemáticas identificadas, dando, assim, maior credibilidade e reconhecimento a esta profissão.

Para Ribeiro (2011), a autonomia profissional do enfermeiro é a capacidade de cumprir com as suas funções numa forma autodeterminada, cumprindo os aspectos legais,

éticos e práticos específicos da profissão de maneira independente. Nesse sentido, a autonomia é fundamental, entretanto para que o enfermeiro a possua é necessário conhecer as especificidades de sua profissão, ou seja, o mesmo deve ter consciência da sua prática e do seu campo de trabalho (KRAEMER, 2011) de forma delimitada, evitando, com isso, adentrar no espaço de atuação das outras categorias.

Porém, Beck et al. (2009) relatam que a ausência de autonomia, credibilidade e reconhecimento do profissional geram um sofrimento para os trabalhadores, o que mostra a importância de uma identidade bem definida, podendo agir de forma decisiva como “motivação no trabalho”.

Por conseguinte, há uma grande urgência em delimitar o âmbito de atuação do enfermeiro. Na maioria das vezes a falta de conhecimento sobre quais são suas verdadeiras funções geram uma crise de identidade entre estes profissionais, tendo em vista que uma das maiores dificuldades no trabalho do enfermeiro é realizar atividade apenas sob comando dos médicos e exercer tarefas externas ao seu papel (CAMARGO, 2010), características estas que estão atreladas ao processo histórico de formação da profissão, marcadas por elementos de submissão e obediência a categoria médica, o que fomenta distorções na constituição da identidade profissional do enfermeiro.

3.2 ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica (AB) é definida como um conjunto de ações de saúde, no campo individual e coletivo, que engloba a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico e tratamento, a reabilitação e a redução de danos, bem como a preservação da saúde. Há ainda a otimização de uma atenção integral e ampliada aos indivíduos, já que interpreta a saúde como uma gama de determinantes e condicionantes (BRASIL, 2012) como moradia, lazer, trabalho, educação e alimentação os quais influenciam no processo de saúde e doença da coletividade.

A AB é estruturada com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É o contato preferencial dos usuários, sendo a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. É regida pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB

valoriza o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, no intuito de ter uma atenção integral (BRASIL, 2012).

A AB, que é conhecida atualmente no cenário brasileiro, é fruto da Conferência Internacional de Alma Ata de 1978, a qual considerou os cuidados primários de saúde a chave que beneficiaria a todas as pessoas do mundo um nível de saúde onde seria provável ter uma vida social e economicamente produtiva. Contudo, nesse nível deve ocorrer o primeiro contato com os indivíduos, a família e a comunidade, apresentando serviços de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação de acordo com os problemas e as necessidades apresentadas (BRASIL, 2002).

No contexto nacional, a VII Conferência Nacional de Saúde foi um momento importante para a criação de elementos que sustentariam a essência desse primeiro nível de atenção, pois foi durante essa conferência que aprovaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tinha como seus princípios básicos a universalidade, descentralização, equidade, regionalização e a participação social (FAUSTI; MATTA, 2007).

O SUS foi criado pela Constituição Federal de 1988. Na carta magna a saúde é reconhecido como direito de todos e dever do Estado, o que expressa um sistema de saúde nacional de acesso universal e igualitário (BRASIL, 1998).

Várias mudanças ocorreram no SUS na trajetória de sua história, a efetivação dessas mudanças ocorreu no ano de 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente nomeado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que nasceu com o objetivo de reorganizar o sistema de saúde, bem como para concretizar os princípios do SUS e fortalecer a AB. Suas ações possuem como base a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como alvo os indivíduos, as famílias e a comunidade, com atenção integral e continuada (BRASIL, 1994).

A AB sugere a superação da fragmentação dos cuidados, decorrentes da cisão técnica e social do trabalho em saúde. Aponta a família e seu espaço social como centro fundamental da abordagem no atendimento à saúde. Influencia 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).

As ações do campo da AB são desenvolvidas por meio das práticas do cuidado e de gestão, na forma de trabalho multiprofissional direcionadas a grupos de pessoas pertencentes a territórios definidos. São utilizadas várias tecnologias de cuidado complexas e diferenciadas que auxiliam no manuseio dos problemas e necessidades de saúde que ocorrem com maior

assiduidade e destaque no seu espaço territorial, levando em consideração os fatores de risco, vulnerabilidade e resiliência, além de que todas as demandas e necessidades de saúde ou sofrimento que surgirem devem ser amparados (BRASIL, 2012).

Para Starfield (2002) a Atenção Primária à Saúde apresenta os problemas mais comuns da população de um território específico, realizando ações e serviços de prevenção, reabilitação e cura para potencializar a saúde e o bem-estar. 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 o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, conduzindo para a promoção, manutenção e melhora da saúde do indivíduo.

Cabe destacar, por fim, que a Política Nacional da Atenção Básica (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 resolutiva, menciona ainda que os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes considerando as concepções atuais (BRASIL, 2011).

3.3 COMPETÊNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA

A competência do enfermeiro na AB vai desde prestar assistência ao sujeito sadio, ou doente, família e comunidade, a desenvolver ações de promoção, manutenção e recuperação da saúde. O enfermeiro no desenvolver do seu papel acaba estabelecendo relações diretas com o usuário, incorporando nas suas ações as tecnologias leves, como a escuta, o acolhimento, o vínculo, a responsabilização, além de habilidades na função de gestor do projeto terapêutico. O enfermeiro vivencia inquietações características da articulação dos variados núcleos do saber, bem como, dos diferentes profissionais envolvidos no projeto terapêutico (MATUMOTO et al., 2011).

A AB, como relatada anteriormente, propõe ações descentralizadas e mais próximas da comunidade, com atividades individuais e coletivas, tendo como objetivo a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A ESF é o principal método para a consolidação da AB, sendo um cenário singular de prática e, por consequência, a identidade profissional do enfermeiro deve ser construída de acordo com o contexto no qual o mesmo está inserido.

Nesse sentido, faz-se importante conhecer quem é o enfermeiro nesse nível de atenção, já que este profissional possui papel central na liderança e organização do processo de trabalho na AB (SANTOS; RIBEIRO, 2010).

A Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, referente à Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), dá ao enfermeiro às seguintes atribuições: Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc.); realizar consulta de enfermagem, ações em grupo e conforme protocolos ou normas técnicas, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar o usuário a outros serviços quando indicado; planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os demais profissionais; contribuir, participar, e desenvolver atividades de educação permanente, participar do gerenciamento de materiais necessários para o bom funcionamento da unidade de saúde. Essa portaria também ressalta várias outras atividades comuns a todos os profissionais, o que também é de responsabilidade do enfermeiro realizar (BRASIL, 2011).

A AB é identificada pela capacidade e habilidade de fomentar o cuidado integral, com vistas à clínica ampliada, pela facilidade de identificar as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias, bem como a interação e relação entre o cliente, entre a equipe de saúde e a comunidade. Entretanto, há dificuldade de delimitar a identidade profissional do enfermeiro nesse campo, o que fragiliza as suas ações de protagonista, sendo necessário clarificar o seu núcleo do saber-fazer e, assim, melhorar a qualidade da assistência de enfermagem nos serviços de saúde (FREITAS; SANTOS, 2014).

A competência do enfermeiro na AB nem sempre é bem esclarecido, o que gera conflitos e imprecisões das atribuições a serem realizadas. Como esse profissional deve trabalhar em conjunto, é necessário que o usuário conheça as funções de cada um, e em particular do enfermeiro para o desenvolvimento de vínculo e confiança no cuidado proporcionado (FORTIN et al., 2010).

Nessa mesma linha de discussão, Avila et al. (2013) acrescentam que a sociedade de modo geral, ainda desconhece a importância da Enfermagem, não a valorizando como uma categoria fundamental para o cuidado em saúde.

Em um estudo realizado por Santos e Ribeiro (2010), atesta-se a inespecificidade do papel do enfermeiro na ótica dos usuários da AB, uma vez que essa falta de delimitação do papel é estabelecida pelo próprio profissional que não deixa claro o que é de sua competência e acaba inserindo-se em atividades fora da esfera da Enfermagem.

Portanto, o enfermeiro deve ser visto como o interlocutor e o incentivador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, especialmente para a AB que precisa de um envolvimento afetivo com as fragilidades e as necessidades de saúde das famílias e da comunidade (BACKES et. al. 2012).

O enfermeiro deve participar também nas atividades de ensino e pesquisa da AB, criadas com o objetivo de suprir as necessidades de saúde da população. Para que essas tarefas sejam realizadas é preciso levar em consideração aspectos socioeconômicos e históricos que influenciam no processo saúde-doença, exigindo do enfermeiro que acolha o indivíduo através da escuta, da humanização e do vínculo com o usuário (SCHIMITH; LIMA, 2009).

Para dar de conta de tantas atividades, o enfermeiro necessita desenvolver a competência gerencial que existe na enfermagem desde o tempo de Florence Nightingale. As ações gerenciais do enfermeiro na AB devem ser vistas como uma ação educativa capaz de levar os indivíduos a se auto avaliarem e a mudanças de atitude (OLIVEIRA; BEZERRA, 2011).

4 MÉTODO

4.1 TIPO E NATUREZA DO ESTUDO

Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, o estudo é de natureza descritiva e abordagem qualitativa. Para Gil (2008) a pesquisa com aspecto descritivo viabiliza observar, registrar, analisar, correlacionar fatos ou fenômenos sociais, assim como descrever de forma minuciosa acontecimentos, depoimentos e situações que qualificam a análise dos discursos de forma mais abrangente.

O estudo descritivo possibilita ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno. Este tipo de investigação busca conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do sujeito de forma isolada quanto de grupos e comunidades de forma mais complexa (CERVO, BERVIAN, 2006; OLIVEIRA, 2002).

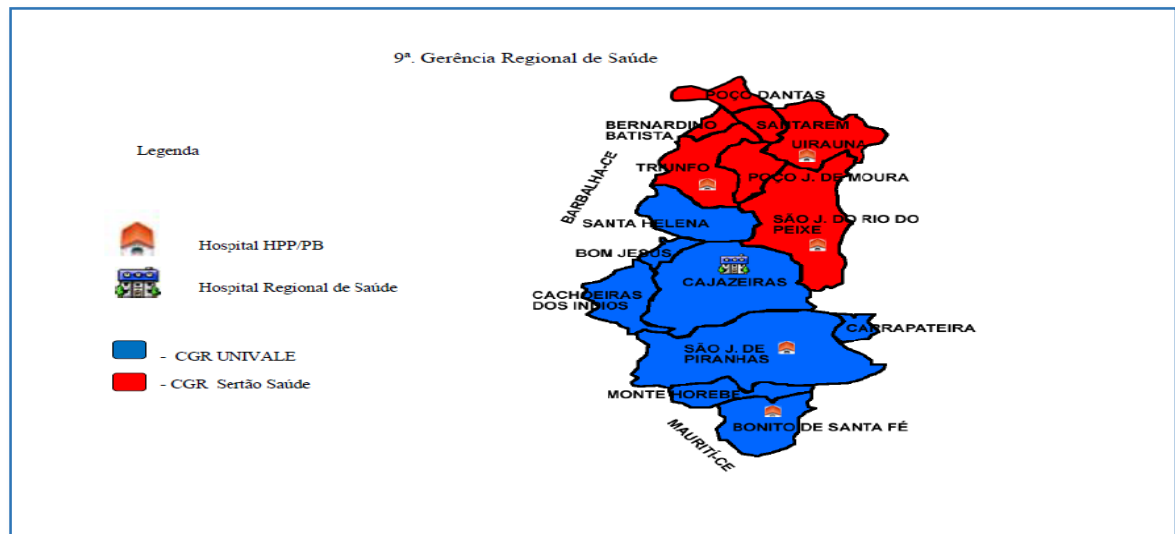
Já a abordagem qualitativa responde a questões muito particulares. Ela empenha-se nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, isto é, trabalha com o universo de significados, aspirações, motivos, crenças, valores e atitudes, o que significa um campo mais profundo das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

Percebe-se nesse tipo de abordagem um envolvimento maior do pesquisador, além de alto grau de complexidade em termos de pressupostos, coleta, transcrição e análise dos dados (GUNTHER, 2006).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado na Atenção Básica (AB) do município de Cajazeiras no estado da Paraíba. A cidade faz parte da 4ª Macrorregião de Saúde e 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba, sendo cadastrada atualmente 19 Estratégias de Saúde da família, com um total de 23 equipes de saúde (PARAÍBA, 2008).

Figura 01. 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba



Fonte: <http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf> (acesso 26/04/2016)

O município de Cajazeiras está situado na região oeste do estado da Paraíba, 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).

Figura 02. Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras-PB



Fonte: <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/CAJA046.pdf> (acesso 23/04/2016)

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Segundo Minayo (2007) a forma de amostragem não é a mais preconizada para alguns tipos de investigações, especialmente aquelas de cunho qualitativo. Isto refere-se ao fato que o “universo” em questão são as representações, as práticas, os saberes e as atitudes dos sujeitos em si.

A pesquisa contou com a participação da equipe mínima de saúde da família, exceto enfermeiro, ou seja, Médicos, Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que compõem as 19 Unidades de Saúde da Família de um total de 23 Equipes de Saúde da Família da AB de Cajazeiras, sendo que atualmente são registrados: 20 médicos, 23 técnicos de enfermagem e 145 ACS. No entanto, só participaram da pesquisa 09 médicos, 10 técnicos de enfermagem e 10 ACS. Foi utilizado como critério de inclusão: trabalhar no mínimo há um ano na AB. Compreende-se que este seja o período mínimo para criar um vínculo com as atividades desse nível de atenção. Constitui-se como critério para exclusão: estar de férias, afastados ou de licença-saúde. O encerramento da coleta de dados ocorreu a partir do momento que foi identificado a saturação teórica.

4.4 COLETA DE DADOS

As informações foram obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, obtendo assim, dados para análise, com base nas impressões individuais sobre aspectos relacionados aos objetivos do estudo.

Essa forma de entrevista ao mesmo tempo em que valoriza a presença do pesquisador, adequa todas as perspectivas possíveis para que o informante atinja a espontaneidade necessária, enriquecendo, com isso, a investigação (GIL, 2008).

A entrevista semiestruturada relaciona perguntas abertas e fechadas, onde o informante pode discorrer sobre a temática proposta. As questões necessitam ser coerentes em seus objetivos, possibilitando, assim, atingir o objeto de trabalho, ampliar e aprofundar a comunicação e viabilizar a expressão dos sentimentos e valores dos entrevistados.

A entrevista foi realizada de forma individual, constando de questões abertas, norteadoras sobre o assunto e respeitando a livre expressão de suas representações (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Para executar a ordenação e organização dos dados empíricos desta investigação foi utilizado do processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma ferramenta que possibilita a exposição do pensamento de uma determinada coletividade. Esse método propõe extrair as ideias centrais, de forma não numérica, que organizadas metodologicamente expressem o pensamento de um determinado grupo por meio do discurso. Ao final desse procedimento, têm-se um conjunto de discursos subdivididos em vários momentos, executados através de várias operações efetuadas sobre o material verbal coletado no estudo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O DSC compreende uma estratégia metodológica de organização e tabulação dos dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Essencialmente, consiste em analisar o material coletado para se extrair dele as Ideias Centrais (IC) e suas correspondentes Expressões-Chaves (ECH). Contudo, esses depoimentos irão compor a matéria-prima, sob a forma de um ou vários discursos-sínteses na primeira pessoa do singular, ou melhor, na primeira pessoa (coletiva) do singular, uma vez que ao mesmo tempo em que se destaca a presença de um ser individual do discurso, faz-se uma referência do coletivo, pois esse ser individual fala em nome da coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O DSC enquanto estratégia metodológica objetiva visualizar mais claramente uma determinada representação que emerge de uma forma concreta dos pensamentos dos discursos dos sujeitos. Para sua elaboração, inicialmente seleciona-se as principais Ideias Centrais nos discursos individuais, para posteriormente constitui-los em um único discurso, dando a ideia que o discurso de todos pode ser representado por um único indivíduo, caracterizando assim uma lapidação analítica de decomposição (PAULA; PALHA; PROTTI, 2004).

O DSC forma um painel de representações sociais sob a forma de discursos, que utilizando vários artifícios metodológicos, extrai o pensamento coletivo de forma mais concreta. A técnica baseia-se em analisar o material verbal coletado no estudo que têm os depoimentos como sua matéria-prima, condensando-se de cada um destes suas Ideias Centrais,

em seguida constituindo-os em um único discurso (FIGUEIREDO; CHIARI; GOULART, 2013).

Para elaboração do DSC alguns passos necessitam ser trabalhados de forma cautelosa para que os resultados correspondam à proposta e intencionalidade da investigação. Contudo, para o pesquisador poder organizar, tabular, analisar e interpretar seguramente os depoimentos é necessário a utilização adequada das figuras metodológica (ECH, IC e DSC), expostas a seguir.

As Expressões-Chaves (ECH) são partes, trechos ou transcrições exatas do discurso que necessitam ser ressaltadas pelo pesquisador, permitindo resgatar aquilo que é essencial no conteúdo de todos os discursos observados (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Propõe-se retirar das ECH tudo que for tratado como irrelevante ou inexpressivo. Algumas operações também devem ser executadas, como “limpar” as particularidades das falas dos sujeitos, como por exemplo, retiram-se dos discursos individuais todas as verbalizações que remetem a individualidade de cada sujeito: nomes, datas, estado civil, idade e história individual, doença específica. Se essas particularidades da fala do sujeito não vierem a ser retiradas, o discurso ficará repleto de atributos individuais, o que impossibilitara tratar-se de uma representação social (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Por conseguinte, a Ideia Central (IC) é um nome ou expressão linguística que irá revelar ou descrever da forma mais fidedigna possível, o sentido e tema das ECH de cada um dos discursos analisados, que posteriormente vai dar origem ao DSC. Essas IC não são uma interpretação dos discursos individuais, mas podem expressar descrições diretas do sentido de um ou de um conjunto de depoimentos, revelando “o que foi dito”, ou descrições indiretas que remetem ao tema dos depoimentos “ou sobre o que” seu sujeito enunciador fala. Portanto, pode-se dizer que a IC é a síntese do conteúdo dos depoimentos analisados. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

O DSC é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH com a mesma IC, sendo também a principal dentre as figuras metodológicas aqui discutidas, ele busca “resgatar o discurso do signo de conhecimentos dos próprios discursos”. No entanto, com o DSC os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum, pelo contrário, busca-se reconstruir com fragmentos dos discursos de cada sujeito a quantidade de discursos-síntese necessários para expressar um pensamento social ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Por intermédio da busca de um discurso compartilhado nas IC e ECH nos discursos efetivamente existente, o DSC cria o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo

correspondente, fazendo o social falar como se fosse um ser individual, como manda o rigor científico, valendo-se de procedimentos explícitos, transparentes e padronizados, suscetível, deste modo, de críticas e contestações, construindo-se a fala do social com o material empírico (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Para à avaliação do conteúdo das entrevistas da equipe mínima, em primeiro lugar, foi realizada a leitura flutuante das falas com o propósito de entender as transcrições. Em seguida, foi realizada sucessivas leituras para que fosse possível identificar os objetivos propostos através das questões norteadoras que compõe o roteiro da entrevista semiestruturada.

Em seguida, foi identificado as ECH correspondente à resposta de cada questão, representadas pelas falas dos profissionais. Destas expressões, foi elaborado as IC, que foram organizadas em categorias e agrupadas, como também divididas em temáticas para a construção dos DSC. É importante salientar que cada temática criada foi em decorrência das respostas às perguntas norteadoras exibidas pelo pesquisador ao longo das entrevistas realizadas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino, nº1.610.409. A participação no estudo iniciou mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), elaborado em duas vias, assinado pelo participante da investigação, bem como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias, constaram o contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP.

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, respeitando a condição humana e cumprindo com os requisitos de autonomia, justiça e equidade, não-maleficência e demais exigências exigidas (BRASIL, 2012).

Como primeiro procedimento foi encaminhado à Secretaria de Saúde do município em que se realizou a pesquisa, um ofício solicitando a permissão para o desenvolvimento da investigação, especificando os objetivos e os riscos que o estudo envolve, além de destacar os benefícios mais amplos da pesquisa.

Foi também esclarecido aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos do estudo, bem como foi solicitada a assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando-os sobre a garantia do anonimato e a livre autonomia em participar ou retirar seu consentimento em qualquer etapa da investigação. Os profissionais foram protegidos por meio da codificação, cada sujeito entrevistado foi identificado pela sigla “M” (Médicos), “TE” (Técnico de Enfermagem) e “ACS” (Agente Comunitário de Saúde). À medida que foi efetivada as entrevistas, acrescentou-se as palavras (M, TE, ACS) e um numeral, em ordem crescente.

O estudo possuiu riscos mínimos, já que não envolveu a realização de procedimentos invasivos, mas podia ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar os conhecimentos específicos sobre o seu ambiente de trabalho. Nesse caso, o pesquisador esteve 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 decorreram diante de sua participação tais como: maior compreensão, por parte dos demais membros da equipe, da identidade profissional do enfermeiro, evitando com isso, possíveis incongruências no compartilhamento de funções nesse nível de atenção.

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 – Identidade profissional do Enfermeiro na Atenção Básica ao olhar dos membros da Equipe de Saúde da Família.

Quadro 01 – Categoria e número de profissionais participantes da Temática 01. Cajazeiras, PB, 2016.

Categorias	Nº de Profissionais
Categoria 01 – Identidade profissional do Enfermeiro atrelado à vestimenta.	Oito Médicos, cinco Técnicos de Enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde.

A primeira categoria aborda a visão dos profissionais quanto a identidade profissional do enfermeiro atrelada à vestimenta que os mesmos usam em seu cotidiano de práticas. Para a construção do DSC dessa categoria, participaram oito Médicos (M02; M04; M11; M15; M21; M23; M24; M 27), cinco Técnicos de Enfermagem (TE08; TE09; TE18; TE19; TE22) e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS 01; ACS05; ACS12; ACS25).

Categoria 01 – Identidade profissional do Enfermeiro atrelado à vestimenta

DSC01-M: É complicado a gente dizer que visualmente falando já sabe quem é o enfermeiro, porque geralmente a gente vai ao seu encontro ou ele vai nos receber, na maioria das vezes a gente é conduzido a ele dentro do ambiente da unidade. Uma outra coisa que a gente ver muito, nós como profissionais da atenção básica é que nós não costumamos usar uma bata, assim, a gente fica um pouco mais com roupas normais mesmo, sem bata, sem coisa muito formal pra

tentar ficar mais próximo da população e não ficar aquela coisa, eu sou o profissional e você é o paciente e tem que me obedecer, seria meio que tirando isso, com essa “igualdade”, vamos dizer assim, todo mundo com a mesma roupa, o mesmo traje, fica difícil identificar quem é o enfermeiro da unidade. Na unidade que eu trabalhava a gente tinha crachá de identificação, então, o enfermeiro tinha a apresentação bem assim, agradável entendeu. Tem que vestir realmente a roupa adequada para enfermagem.

DSC02-TE: A gente chegou no posto, quem é a enfermeira da unidade? [...], não dá para saber logo de cara porque ela se veste muito simples, ela não se veste assim como é pra ser o enfermeiro, entendeu, não veste jaleco, ela é uma pessoa simples, se veste igual aos outros funcionários, entendeu? Portanto, só vai identificar se procurar quem é o enfermeiro, porque não tem crachá, muitos não usam jaleco, não tem muito a identificação, a não ser que a gente procure quem é o enfermeiro, porque se eu estou de jaleco e a enfermeira também tá mas eu não sei quem é a pessoa. Então, reconheço pelas ações, pela coordenação, principalmente também pela identificação visual, ou um crachá, um jaleco, nem sempre a postura é o suficiente para gente identificar que aquele é o coordenador da unidade, que é o enfermeiro que coordena a unidade, ou o enfermeiro mesmo que não esteja coordenando, pra eu identificar tem que ser por alguma identificação visual seja crachá, seja jaleco.

DSC03-ACS: Se for pelas vestimentas você não conhece, aliais, os profissionais praticamente não se vestem de acordo com a função que ele executa, então a gente não conhece. Se ele está na unidade de saúde, ele tem que usar um jaleco pra se identificar, porque assim todo mundo vai identificar quem é, mesmo porque eu acho que deveria estar com uma roupa, um crachá, é minha concepção, raramente isso acontece nas unidades de saúde a gente tá caracterizado com sua roupa e com seu crachá. Na verdade, eu acho que para você identificar realmente teria que ser assim, acaba quase todos vindo de roupa comum e permanece o dia todinho com a roupa que estava. Aqui mesmo, o povo tá falando com ele e pergunta quem é o enfermeiro [...] Aqui eu tive uma certa dificuldade de saber quem era o enfermeiro, porque assim, eu venho de outro PSF está com pouco menos de um ano que estou nesse PSF e no outro que eu trabalhava a enfermeira sempre usava jaleco, já aqui não, quando eu cheguei ela estava até lá fora, a recepcionista tinha faltado e ela estava fazendo a ficha e eu achava que era ela a recepcionista, então quando eu cheguei aqui eu passei uma semana achando que ela era a recepcionista, já que não usa jaleco, não tinha identificação, aí depois na reunião foi que ela se apresentou como enfermeira e eu fiquei até surpresa, acontece mesmo, porque de inicial a gente reconhece mais pelas vestimentas, nome, identificação, eu acho que é fundamental importância, né?

Historicamente, a vestimenta do profissional da enfermagem nos serviços de saúde, em especial nos hospitais, tornou-se o centro de sua identificação profissional. Tal vestuário, ao passo que evoluiu e adotou as tendências do momento social, continuou a ser determinante para o público e demais profissionais da saúde no momento de reconhecer os atributos e características da profissão.

As evoluções dos procedimentos da saúde, bem como da enfermagem, trouxeram a necessidade de ir além dos hospitais, trazendo consigo um modelo de assistência traduzido em práticas de cuidados realizadas no território em que as famílias estão inseridas, introduzindo,

portanto, um sistema voltado para além do indivíduo doente e focado na ação de promoção da saúde e prevenção de agravos, na ótica do cuidado longitudinal.

A atuação do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família (ESF) progrediu, e conforme tornou-se um dos profissionais mais próximo da sociedade, e por consequência a referência do serviço, percebeu-se a necessidade da consolidação da sua identidade profissional. Porém, conforme observado nos DSC dos profissionais da equipe de saúde, os mesmos atrelam a imagem do enfermeiro a farda que os mesmos devem utilizar, o que demonstra uma certa restrição dos elementos que representam a configuração identitária do enfermeiro.

Há, nesses discursos, a visão limitada dos profissionais como demonstrando nos respectivos fragmentos demonstrando a seguir: DSC02TE *“A gente chegou no posto, quem é a enfermeira da unidade? [...], não dá para saber logo de cara porque ela se veste muito simples, ela não se veste assim como é pra ser o enfermeiro”* DCS03 ACS *“Se for pelas vestimentas você não conhece”*.

Desta maneira, nota-se em tais discursos a visão reducionista que os profissionais apresentam sobre a identidade profissional do enfermeiro, demonstrando superficialidade de conhecimento relativa a identificação do mesmo. A observação atenta torna evidente a necessidade de maior conexão entre os profissionais das unidades de saúde, para que a identidade do enfermeiro vá além da simples farda ou crachá e objetive ser reconhecida pelo saber-fazer específico da profissão.

Estudos comprovam que a construção da identidade do enfermeiro ocorre pela relação do mesmo com a própria profissão e com a sociedade em que está inserido, onde através dessa interação ocorre sua identificação. Em diversas circunstâncias, a sociedade, e até os membros da própria equipe de trabalho, não difere entre o enfermeiro e os demais profissionais atuantes na saúde, o que termina por refletir na autoimagem e na auto (des)valorização dos profissionais acerca do seu trabalho e função (BECK et al., 2009).

Corroborando com a discussão, Ribeiro (2011) destaca que a construção do papel do enfermeiro relaciona-se diretamente com a construção de sua identidade profissional, explicitando o que é específico do enfermeiro, o saber e o fazer que caracteriza a profissão. Não sendo, portanto, a sua identificação balizada somente a partir da roupa que este profissional usa, mas dos elementos intrínsecos que fundamentam os princípios científicos e filosóficos da categoria.

Netto e Ramos (2004) relatam que a proximidade com o cotidiano de trabalho leva à questão de julgamentos, no qual o profissional identifica imagens de si, do outro, e do papel realizado. Assim, a imagem que os membros da equipe de saúde da Atenção Básica (AB)

possuem sobre o enfermeiro, isto é, a imagem do outro, tendo como guia de diferenciação o vestuário, ecoa de maneira negativa na configuração identitária dessa profissão.

Nesse contexto, percebe-se o quanto os profissionais demonstram uma visão distorcida da categoria, quando mencionam a identidade do enfermeiro vista sobre a ótica do uniforme e crachá. Acredita-se que tais equipamentos podem de certa maneira contribuir sim na diferenciação do enfermeiro com os demais profissionais do serviço, porém não deve se restringir a isso, mas caracterizada a partir dos elementos nucleares da profissão que constituem a prática do cuidar.

A identidade do enfermeiro e sua atuação na AB carregam um ofício determinante relativo ao cuidar do ser humano, bem como no fomento a atividades preventivas e proativas na defesa do cidadão. A enfermagem cresce e junto deste protagonismo do cuidar, são necessárias ações no sentido de reunir regularmente a equipe multidisciplinar da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e deixar evidente sua atuação e identificação entre os próprios membros da equipe, para que por meio dessa integração e trabalho coletivo, a população colha um trabalho bem delimitado e eficaz.

Temática 02 – Ações que expressam a Identidade profissional do Enfermeiro na Atenção Básica ao olhar dos membros da Equipe de Saúde da Família.

Quadro 02 – Categoria e número de profissionais participantes da Temática 02. Cajazeiras, PB, 2016.

Categorias	Nº de Profissionais
Categoria 02 – Ações do enfermeiro centralizadas nos programas ministeriais.	Oito Médicos, oito Técnicos de Enfermagem e 10 Agentes Comunitários de Saúde.
Categoria 03 – Coordenação na Atenção Básica pelo enfermeiro.	Sete Médicos e seis Técnicos de Enfermagem.

A segunda categoria aborda sobre a identidade profissional do enfermeiro expressa a partir de ações centralizada nos programas ministeriais. Para a construção dos DSC dessa categoria, participaram oito médicos (M02; M04; M11; M15; M17; M23; M24; M27), oito técnicos de enfermagem (TE03; TE07; TE08; TE09; TE13; TE16; TE19; TE20) e 10 agentes comunitários de saúde (ACS01; ACS05; ACS06; ACS10; ACS12; ACS14; ACS25; ACS26; ACS28; ACS29).

Categoria 02 – Ações do enfermeiro centralizadas nos programas ministeriais.

DSC04-M: As ações que geralmente cabem aos enfermeiros são a avaliação de pré-natal que é uma consulta comigo outra consulta com ele, a gente faz juntos principalmente no caso de gravidez de risco, tendo maior cuidado para evitar morte materna, aborto, morte neonatal, acho que isso, é mais essa parte mesmo, puericultura posso fazer a intervenção também, ou ele pode direcionar a puericultura pra mim caso a necessidade que é pra avaliar o desenvolvimento e crescimento da criança, verificar os casos de risco para evitar a mortalidade infantil, visita a puérpera, prevenção do câncer do colo que eu já não faço a coleta direta se não for necessária, mais posso acompanhar uma coleta e se necessário for posso intervir na coleta, agregado ao câncer de mama, orientação anticoncepcional, planejamento familiar, atendimento de hiperdia, que seria tanto a consulta quanto a promoção e a prevenção, as visitas domiciliares também são realizadas pelo enfermeiro, afim de poder colher as informações da comunidade e repassar para médica, além de coordenar também a parte de vacinação. Reuniões de equipe no geral, atividades de educação, palestras, divisões de tarefas para alguma atividade extra, educação na escola também que é a parte do PSE, saúde na escola, eu acho que é praticamente tudo.

DSC05-TE: A maioria das atividades exercidas pelo enfermeiro é de prevenção, saúde da criança e do adolescente, saúde da mulher, saúde da gestante, e ações comunitárias também relacionadas a hipertensão, diabetes, ou qualquer agravo que venha aparecer, saúde das pessoas com doenças crônicas, relacionado também ao reconhecimento do seu território, e dá maior suporte a sua comunidade da região adstrita. Temos por exemplo, dia do hipertenso e diabético que é um dia especialmente dedicadas a essas pessoas, então, as ações são desenvolvidas no sentido de prevenir ou ajudar ao paciente a encerrar a doença com maior facilidade. Ela faz o pré-natal, supervisiona curativos, retirada de pontos, curativos de grande porte é com ela, visitas domiciliares, primeiro, se for curativo domiciliar ela vai comigo para avaliar e depois orientar o que eu vou continuar fazendo, puericultura, consulta de enfermagem, entrega de prevenções, faz também a prevenção, orientação em geral. Ela vai desde de receber o paciente na recepção até uma consulta de enfermagem, dentre ele tem a realização do exame citológico, planejamento familiar, acompanhamento das puericulturas junto com o médico, dentre outros. Consulta simples de enfermagem, transcrições de receitas, bota a mão na massa. Administração de imunização, realização de curativos infectados, simples às vezes também, contaminados, infecto-contaminado também, as vezes um acolhimento ao paciente, a gente atua em conjunto.

DSC06-ACS: O enfermeiro ele desenvolve todos os programas que estão ligados a atenção básica, como pré-natal, prevenção, citológico, puericultura, visita puerperal ou puerpério, visita domiciliar, ele faz curativos no domicílio, tanto no domicílio quanto na própria unidade básica de saúde, é... planejamento familiar, na ausência da técnica a enfermeira faz também procedimentos como retirada de pontos, curativos, aferição de pressão, auxilia no andamento dos trabalhos dos ACS, é quem orienta a gente, né? Orienta também o médico entre aspas, no caso das reuniões, em qualquer função do PSF ele sempre está presente, tudo começa por ele, com relação ao trabalho em equipe no geral, todos os programas são desenvolvidos a partir do enfermeiro, também as questões administrativas ficam tudo a cargo do enfermeiro, ele que resolve, ele é que é o chefe, né? [...] acompanha os hipertensos, assim, os hipertensos quem acompanha são os agentes de saúde, mas ele tem o dia do hiperdia que é feito pelo enfermeiro com os hipertensos e diabéticos na unidade [...].

Os programas ministeriais são importantes para guiar as ações dos enfermeiros no âmbito da AB, porém estas não devem focar apenas nos programas, mas buscar outras possibilidades de produção do cuidado, especialmente fincadas na utilização de tecnologias interacionistas que fomentem da coparticipação do sujeito, família e comunidade no seu processo saúde e doença.

Cabe destacar que são várias as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro dentro da ESF, inclusive em consonância com a Portaria 2.488 da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), as quais podem ser realizadas tanto no âmbito individual quanto coletivo, envolvendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento, o diagnóstico, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, com a pretensão de estabelecer atenção integral que reverbere nas condições de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

O enfermeiro tem a oportunidade de atuar na AB de forma mais autônoma em comparação com os demais níveis de atenção, sendo que uma das principais ações é a educação em saúde, a qual deve ser com vistas a práticas pedagógicas de forma libertadora, problematizadora e dialogada. Esta educação em saúde pode ocorrer de maneira dialética inclusive com os programas ministeriais, ou seja, presente nos momentos em que o enfermeiro faz prevenção ginecológica, pré-natal, puericultura, planejamento familiar, atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos.

Porém, conforme observado nos discursos dos participantes desta pesquisa, notou-se que os mesmos percebem o enfermeiro como um profissional que se envolve predominantemente, em seu cotidiano de práticas, às determinações que são normatizadas pelo Ministério da Saúde (MS) no cenário da AB. Tal situação pode limitar a iniciativa, liberdade e criatividade do enfermeiro, bem como a aproximação com os problemas e necessidades da

população assistida. Esse contexto resulta em um nível de atenção retrógrado, mecanicista, com base apenas nas atividades programáticas (MERHY et al., 2014).

Corroborando com os autores supracitados Fernandes et al. (2015), constataram também que as atividades do enfermeiro na AB permanecem limitadas à programação do MS e, especialmente, à lógica da atenção clínica individual, curativista e sem ampliação da compreensão do processo saúde, doença e cuidado como produção social, já que as práticas de cuidado estão destinadas a grupos específicos, com ênfase nas doenças, procedimentos e tratamento medicamentoso.

Logo, faz-se necessário frisar que mesmo o MS possuindo uma quantidade importante de programas os quais devem ser cumpridos, o enfermeiro deve atuar para além do que está estabelecido por estas normatizações, atuando inclusive com base em subsídios da lei do exercício profissional, com liberdade de escolhas e planejamento das ações programáticas (FERNANDES, 2016).

Agregando a essas discussões, Freitas e Santos (2014), acrescentam que o enfermeiro mesmo tendo como orientador de práticas os programas ministeriais, ele enquanto profissional da AB deve ser capaz também de gerenciar, supervisionar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar estratégias que correspondam às necessidades da população do seu território adscrito, muitas vezes situações estas que requerem ações distintas de acordo com o problema ou conjunturas encontradas, o que fomenta o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro e, por consequência, a sua identidade profissional.

Portanto, no que tange ao enfermeiro na área da AB, poderia dispor de um processo de trabalho de cuidado que represente o aporte teórico, metodológico e científico inerente a profissão, que mesmo pautado pela programação ministerial, possa transpor o pensamento e a prática normativa e tradicional, para aquela que demonstra o pensamento e as diretrizes de formação dessa categoria, e por consequência, a sua real identidade profissional ao olhar dos demais membros da equipe de saúde (FERNANDES et al., 2015).

A terceira categoria aborda sobre a identidade profissional do enfermeiro percebida a partir da coordenação na Atenção Básica. Para a construção dos DSC dessa categoria, participaram sete médicos (M04; M11; M15; M17; M23; M24; M27) e seis técnicos de enfermagem (TE03; TE13; TE16; TE19; TE20; TE22).

Categoria 03 - Coordenação na Atenção Básica pelo enfermeiro

DSC07-M: Reconheço como o coordenador da equipe, né? Esse é um cargo que ele recebe até que involuntariamente na Atenção Básica, é um profissional de fundamental importância, primeiro que ele faz parte da equipe básica, que é formada pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, e os agentes comunitários de saúde. É o enfermeiro que coordena as atividades diárias da unidade básica, o médico também tem participação, mas não é uma participação efetiva como o enfermeiro. Então termina que o enfermeiro vira o coordenador da unidade de saúde, é o responsável pelos os programas da atenção básica, né? Pelo sistema de informação, todo mundo faz o seu, mas o enfermeiro é quem consolida, o enfermeiro é quem sabe os indicadores. Então, eu vejo o enfermeiro na teoria como um articulador, ele realmente deve tá coordenando a equipe, dividindo e organizando os setores para que as atividades aconteçam [...] Embora eu veja o enfermeiro como o articulador eu não vejo ele como um centralizador, as atividades podem ser divididas, mas a gente também percebe que os outros funcionários querem que o enfermeiro seja um representante que faça tudo e resolva tudo, entendeu, então, temos muitas atividades para fazer vamos dividir as tarefas, se o enfermeiro não aprender a ter esse papel e dizer quem vai ficar com tal coisa e dividir, vai ficar complicado porque acaba que os funcionários da UBS deixam de realizar, de trazer ideias, porque ficam esperando que o enfermeiro vá trazer ideias, vá resolver os problemas, tudo ele que vai resolver, então eu acho que o enfermeiro fica muito sobrecarregado se ele não souber direcionar as coisas. Em qualquer lugar, em qualquer serviço a gente precisa de organização e pra gente organizar o serviço a gente precisa de alguém que tenha capacidade de dirigir, de coordenar o espaço, se foi atribuído esse papel ao enfermeiro a pergunta já tem uma resposta clara, é fundamental que ele esteja.

DSC08-TE: O enfermeiro na verdade ele lidera a coordenação de toda a unidade, ele tem esse grande papel, não sei se é porque o médico ele não quer assumir ou se é algo ligado ao município que impõe isso. Ele supervisiona o trabalho dos outros, quando tem que chamar atenção, claro que ele faz isso de forma particular, mas ele faz também, ele chama atenção, ele que cobra [...] Ele é responsável pela parte de administração do posto, de chefia e tudo, porque o médico e os técnicos só trabalham com a supervisão dela, é em tudo. Tudo, porque eu só posso me movimentar aqui se ela estiver aqui. O enfermeiro ele completa, sem ele falta, tá incompleto, ainda que eu tenha segurança em algo mais eu preciso da opinião dele, até porque também tem toda a questão de distribuir funções, fiscalizar o serviço da gente como técnico, ela está sempre passando, olhando, acompanhando, fazendo curativos de médio e alta complexidade, ela supervisiona o de baixa complexidade, supervisiona sala de vacina, olha se está tudo direitinho, se a geladeira está funcionando corretamente e fiscaliza todo o trabalho da enfermagem [...] faz todo o acompanhamento se tem material, se tem ou se está faltando, faz os pedidos mensais, prepara toda a parte da papelada que é a parte burocrática da unidade, envia o material, saber se os nossos está tudo direito, os dele também do mesmo jeito, toda a parte de papel. Nessa parte administrativa é tudo com eles, quem é o dono da casa é eles, chega dá uma canseira, faz pedidos de medicação, de insumos, faz pedido da feira, material que quebra ele faz a licitação, birô, cadeira, foi repostado bastante coisa agora. [...] a questão própria mesmo de ordenar as atividades da equipe, eu vejo o perfil do enfermeiro nessa ótica.

A identidade do enfermeiro está intrinsecamente relacionada com a função de coordenação na AB, prática esta destacada nos discursos dos membros da equipe de saúde. A legislação brasileira, especificamente a lei 7.498/1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, normatiza como competência privativa do enfermeiro a função de coordenar os serviços de enfermagem e, conseqüentemente, as ações a ela atreladas como avaliação, organização, planejamento e execução das atividades (BRASIL, 1986).

A PNAB (BRASIL, 2011) traz como atribuição específica do enfermeiro a função de planejar, gerenciar, e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe, bem como contribuir, participar, e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe, além de participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Além das atribuições específicas, a portaria traz as atribuições em comuns a todos os profissionais, como a realização de reuniões a fim de discutir o planejamento e avaliação das ações na AB.

Nota-se que a função de coordenação na AB pode ser compartilhada, mas como destacado nos DSC07-M *“É o enfermeiro que coordena as atividades diárias da unidade básica, o médico também tem participação, mas não é uma participação efetiva como o enfermeiro...”* e DSC08-TE *“O enfermeiro na verdade ele lidera a coordenação de toda a unidade, ele tem esse grande papel...”* é uma ação que o enfermeiro assimila como específica sua, fazendo com que o mesmo seja reconhecido como coordenador do serviço.

Além disso, percebe-se também a relação intrínseca entre a coordenação e a liderança. Logo, o enfermeiro ao exercer o papel de liderança e, por conseguinte a coordenação na AB, acaba por articular maneiras de promover a saúde e efetivar a gênese do Sistema Único de Saúde (SUS). Como elementos da liderança o enfermeiro atua de forma proativa, realizando inovações e benefícios para a coletividade que o cerca no exercício profissional, atuando inclusive no gerenciamento dos recursos humanos e materiais da UBS pela qual atua, como abordando anteriormente (JUNIOR et al., 2011).

O enfermeiro, enquanto líder, surge como apoio da equipe, resolvendo as adversidades mais complicadas e construindo alternativas para a problemáticas identificadas, realizando assim o papel de coordenador que dele se espera (SOARES et al., 2013), seja compartilhando, persuadindo, delegando e determinando também as atividades a serem realizadas pela equipe na UBS.

Assim, compreende-se o enfermeiro líder como aquele que guia, tendo a responsabilidade do desenvolvimento das pessoas, além de fornecer as condições para que suas habilidades aflorem, sendo, portanto, capaz de gerenciar um grupo de pessoas, monitorando

suas realizações e resultados para que o objetivo da equipe seja alcançado. Tal conceito encaixa perfeitamente no papel que o enfermeiro exerce nas UBS (MARQUES, 2010).

A perspectiva de liderar e coordenar o serviço é reforçada nos discursos como destacado no fragmento do DSC08-TE: *“O enfermeiro ele completa, sem ele falta, tá incompleto, ainda que eu tenha segurança em algo mais eu preciso da opinião dele, até porque também tem toda a questão de distribuir funções, fiscalizar o serviço da gente como técnico...”*, sendo, portanto, elementos estes, liderança e coordenação, constitutivos da configuração identitária do enfermeiro.

Há de destacar que o próprio MS recomenda como função específica do enfermeiro na AB, além de realizar a assistência integral em todas as etapas do avanço humano, coordenar as atividades desenvolvidas pelos ACS e técnicos de enfermagem, orientando-os e gerenciando-os (JUNIOR et al., 2011; SOARES et al., 2013).

Ocorre que, na atuação de coordenar a equipe de saúde, a mesma torna-se dependente do enfermeiro, como observado nos DSC, transferindo a este uma gama de funções que poderiam ser compartilhadas com os demais profissionais da AB, sobrecarregando-o e imputando-o toda responsabilidade dos serviços prestados, algo negativo para a enfermagem e para o serviço. As consequências dessa prática podem ser diversas, como a falha em algum ponto do serviço pela enorme quantidade de demanda, e não raras vezes o adoecimento do enfermeiro, malefício de ordem pessoal e que poderia ser evitado.

Temática 03 – Significado da presença do enfermeiro na Atenção Básica.

Quadro 03 – Categoria e número de profissionais participantes da Temática 03. Cajazeiras, PB, 2016.

Categorias	Nº de Profissionais
Categoria 04 – Imprescindibilidade do enfermeiro para a Atenção Básica.	Seis Médicos, seis Técnicos de Enfermagem e nove Agentes Comunitários de Saúde.

A quarta categoria aborda sobre a imprescindibilidade do enfermeiro para a AB. Para a construção dos DSC dessa categoria, participaram seis médicos (M02; M04; M11; M17; M21; M23), seis técnicos de enfermagem (TE03; TE07; TE08; TE09; TE13; TE19) e 10 agentes comunitários de saúde (ACS05; ACS06; ACS10; ACS12; ACS14; ACS25; ACS26; ACS28; ACS29).

Categoria 04 – Imprescindibilidade do enfermeiro para a Atenção Básica.

DSC09-M: *Assim, o enfermeiro é como se fosse o coração, é essencial, não existe atenção básica sem o enfermeiro, ele que tem o conhecimento geral da população, pra saber cada caso, pra onde caminhar ou o que resolver. Se não houvesse o enfermeiro, é a mesma coisa de não ter a sapata da casa, adianta, não. Porque é ele que tem essa ligação com o agente de saúde, não que a gente não deva ter, é obrigação da gente ter, mas quem convive mais a gente já sabe a tempo, dentro da unidade é o enfermeiro, quem é conhecedor da população, quem tem elo de comunicação com a comunidade, então assim, eu acho que ele é peça essencial dentro da unidade de saúde, não só dentro da unidade, dentro do serviço de saúde. Essencial, essencial, sem o enfermeiro não existe atenção básica, eu acho que é impossível. Eu acho de extrema necessidade, de primeira necessidade. Até porque eu posso dizer que a enfermeira são os olhos da unidade, trabalhar em um posto desse sem o enfermeiro não trabalhava nunca, antes pensei que o trabalho do enfermeiro era só aplicar injeção e fazer curativo sabe, mais a partir do momento que comecei a frequentar os postos de saúde aí eu vi que é muita coisa. É muito importante, é uma base de sustentação, na verdade nós só podemos fazer essa parte do atendimento com a visualização da enfermagem, o enfermeiro é que repassa pra gente tudo isso.*

DSC10-TE: *O enfermeiro é o cabeça da unidade [...] Pra mim é o papel, é a chave da equipe, é o profissional mais importante, porque é o único que está diretamente com a população, fora o ACS, que o ACS é um escudo e a enfermagem é o escudo daqui, no caso o enfermeiro, pra mim é a peça principal, é essencial, sem o enfermeiro como é que funciona o PSF, a gente vai se dirigir a quem [...] ela é imprescindível. Como ele é um profissional de nível superior ele tem um aparato tanto técnico como científico para ordenar toda a estratégia de saúde da família [...] ele tem a coordenação, ele tem que estar pra manter a equipe andando, em ordem, para que não falte nada no PSF [...] é indispensável, não existe PSF sem o enfermeiro, não existe, pra mim não existe. É a base, o pilar, no final do mês tudo tem que passar pela mão da enfermeira, [...] Além de trabalhar o mês inteiro, no final do mês ela tem que dá de conta de todos os trabalhos de toda a equipe.*

DSC11-ACS: *O enfermeiro ele é uma das peças fundamentais para que a equipe do PSF funcione, ele é no caso o pai de todos nós da equipe. Ele é muito importante, né? Até pra tirar dúvida da gente, a gente tem dúvida e pergunta ao enfermeiro. O enfermeiro eu acho que é até mais importante talvez que o médico da equipe, porque o enfermeiro, é através dele que esses programas, essas ações tudim funcionam, já parte do enfermeiro, quem desenvolve mais, quem se dedica mais, quem está sempre presente em todas as atividades do PSF é mais o enfermeiro*

do que mesmo o médico, então, ele é de suma importância, é uma peça fundamental que não pode faltar em equipe nenhuma. Se não existisse o enfermeiro no PSF era todo mundo batendo a cabeça, sem coordenação pra nada, todo mundo fazia o que queria, (risos), sem o enfermeiro o PSF não funciona, você vê se o enfermeiro não estiver no posto não pode ser feito vacina, curativo, não pode ser feito nenhum procedimento sem a presença do enfermeiro, por isso digo que ele é de suma importância, tem que ter o enfermeiro, até porque o conhecimento dele vai mais além do nosso, ele é um profissional mais capacitado. Até porque muitas das demandas a gente discute muito, precisa dessa troca de conhecimento, essa troca assim, o enfermeiro ele tem uma base teórica até mais completa. No PSF ele é tudo, eu acho que é o essencial, nosso porte, é a mola maior, né? Ele que comanda, que organiza apesar de nós sermos uma equipe e todo mundo trabalhar, mas ele é o suporte, pra mim. Diante de tantas coisas que acontece o enfermeiro sempre tá a par de tudo, quando a gente tem alguma queixa, quer resolver algum problema de paciente, tá faltando isso, tá faltando aquilo, tá faltando gases, se não fosse ele a gente ia recorrer a quem? Lá na secretária de saúde ficava muito distante. A troca com a secretária de saúde da gente é através dele, por isso que eu digo que é muito importante o enfermeiro está na unidade por isso, porque sempre ele faz relatórios, se falta uma tinta na impressora para imprimir o cartão do SUS é com ele, fita de glicemia, então tudo o enfermeiro está à frente, alguns problemas que acontecem temos reuniões.

A discussão a respeito desta categoria mostra o papel de destaque exercido pelo enfermeiro na AB. A partir da leitura das entrevistas, observa-se o respeito que o enfermeiro exerce perante os demais profissionais da saúde, sendo de fundamental importância a sua presença para o funcionamento das UBS, já que o mesmo é um dos membros da equipe que mais conhece as particularidades do território adscrito, bem como possui competências específicas, principalmente gerencias, para a sua viabilização.

Destaca-se como é percebido o enfermeiro para os médicos no campo da AB a partir do fragmento do DSC09-M: *“Assim, o enfermeiro é como se fosse o coração, é essencial, não existe atenção básica sem o enfermeiro...”*.

Realizando uma analogia entre a função do coração e a função do enfermeiro, extrai-se a seguinte reflexão: o coração divide-se em lado esquerdo e direito, assim como o enfermeiro divide-se no papel do cuidar do paciente e o de coordenar a equipe de saúde; a partir do seu lado esquerdo (átrio esquerdo e ventrículo esquerdo) e direito (átrio direito e ventrículo direito), o coração exerce a primordial função de bombear sangue para todo o corpo e manter o ser humano vivo, assim como o enfermeiro age no cuidar dos pacientes com a competência que dele se espera e coordena a equipe de saúde, distribuindo as atividades em todos os ramos da AB e mantendo vivo o bom funcionamento das unidades básicas.

Mesmo enquanto o ser humano dorme o coração continua funcionando, tal qual o enfermeiro que continua a trabalhar e pensar em maneiras de melhorar as atividades da AB, mesmo fora do seu horário de trabalho ou distante do seu campo de atuação, demonstrando,

assim, a imprescindibilidade desse profissional para a rede de atenção em saúde, a fim de garantir os pressupostos do SUS.

A importância e destaque do enfermeiro são ainda reconhecidas pelos agentes comunitários, no fragmento do DSC11-ACS: *“O enfermeiro eu acho que é até mais importante talvez que o médico da equipe...até porque o conhecimento dele vai mais além do nosso, ele é um profissional mais capacitado...”*. Também merece salientar os discursos dos técnicos de enfermagem sobre o enfermeiro, em destaque no trecho do DSC10-TE: *“Pra mim é o papel, é a chave da equipe, é o profissional mais importante, porque é o único que está diretamente com a população... sem o enfermeiro como é que funciona o PSF, a gente vai se dirigir a quem [...] ela é imprescindível. Como ele é um profissional de nível superior ele tem um aparato tanto técnico como científico para ordenar toda a estratégia de saúde da família...”*.

Apreende-se deste contexto a confiança depositada no enfermeiro para as soluções dos problemas e dúvidas que aparecem. Este profissional transmite confiança, bem como conhecimentos necessários para saber agir nas diversas situações que possam surgir na AB, propondo soluções e alternativas para as problemáticas identificadas, elementos estes que contribuem na valorização e reconhecimento social e profissional do enfermeiro, fomentando, com isso, a visibilidade da categoria enquanto profissão essencial do SUS e na conformação da identidade profissional à luz dos eixos estruturantes da AB.

Há de se destacar ainda que segundo Costa e Miranda (2008), o enfermeiro atua como importante protagonista do modelo assistencial na AB, com capacidade de remodelar o perfil do seu local de trabalho, elaborando novas ações para gerar dinamicidade de trabalho, envolvendo-se com o engrandecimento da ESF.

O enfermeiro possui a importante e necessária função de organizar a UBS, formando, educando e capacitando de maneira duradoura. Destaca-se também a atribuição de organizar o processo de trabalho, tarefa de imensurável importância e competência (SANTOS, 2007) as quais acabam emergindo nos DSC da equipe de saúde.

A AB transfere ao enfermeiro a titularidade de importante papel na equipe multidisciplinar, reconhecendo o crescimento social do profissional, dado seu elemento influente para consolidar as políticas públicas que visa o SUS. Desta maneira, observa-se o amplo destaque presente na atividade desse profissional na AB como modelo de reorientação de atenção à saúde (SILVA et al., 2010).

Apesar do destaque conferido ao enfermeiro, é necessário tecer uma crítica a respeito das responsabilidades excessivas a ele conferidas, gerando uma sobrecarga muito além da capacidade de resolubilidade do enfermeiro, e a partir disso perde-se o equilíbrio necessário

para manter a unidade repleta de iniciativas, ações e cuidados, podendo muitas vezes comprometer o bom funcionamento da AB.

É necessário que o enfermeiro não se conforme com essa carga de atribuições, todos dele esperam, viciaram-se no ideal que o enfermeiro tudo resolverá, que apresentará a solução dos problemas e demandas, que a iniciativa sempre dele partirá, gerando um comodismo por parte dos demais profissionais da saúde, conforme observado dos discursos acima.

Nota-se o viés centralizador de iniciativas e soluções que querem conferir ao enfermeiro, esperando tudo a partir dele. É preciso que o enfermeiro tome iniciativa de reunir a equipe e através do diálogo sejam resolvidos tais problemas, para que as adversidades que surgirem sejam compartilhadas por todos os profissionais atuantes na AB.

Ao se responsabilizar por uma diversidade de atividades, sendo às vezes inadequadas para com o núcleo do saber-fazer da categoria, como observado nos discursos dos membros da equipe em que mencionam que o enfermeiro faz tudo, esta situação ofusca o real objeto de trabalho dessa profissão. Isso interfere, de acordo com Borges e Silva (2010), na especificidade das competências dos enfermeiros, bem como na delimitação da sua identidade profissional.

Temática 04 – Borramento das práticas do enfermeiro na Atenção Básica.

Quadro 04 – Categoria e número de profissionais participantes da Temática 04 Cajazeiras, PB, 2016.

Categorias	Nº de Profissionais
Categoria 05 – Ambiguidade nas práticas específicas do enfermeiro.	Sete Técnicos de Enfermagem e oito Agentes Comunitários de Saúde.

A quinta categoria aborda sobre a Ambiguidade nas práticas específicas do enfermeiro. Para a construção dos DSC dessa categoria, participaram sete técnicos de enfermagem (TE03; TE07; TE09; TE13; TE16; TE18; TE19) e oito agentes comunitários de saúde (ACS 01; ACS05; ACS06; ACS10; ACS12; ACS25; ACS28; ACS29).

Categoria 05 – Ambiguidade nas práticas específicas do enfermeiro

DSC12-TE: O pré-natal que é específico dele, a consulta ginecológica da paciente é só dele, a consulta de enfermagem é só dele, a orientação é da parte da enfermagem, orientar nós também fazemos, né? O técnico, mas aí a responsabilidade maior é a do enfermeiro e também em comandar a equipe, que não é o médico e sim o enfermeiro. A prevenção também, puericultura, o que mais ... O que eu vejo mais é prevenção, só quem faz é o enfermeiro, puericultura é só o enfermeiro também, né? Não sei, não lembro no momento mais o que ele faz a não ser a prevenção que é só o enfermeiro, e acompanhar os casos mais específicos como TB para pegar alguma medicação, Hanseníase, a questão de visitas também, realização de consultas de enfermagem, curativos de média e alta complexidade é de competência dele a gente já não faz mais, algumas administrações de alguns medicamentos e a coordenação própria da unidade.

DSC13-ACS: Apesar de ser eles que fazem quase tudo, assim é o pré-natal que são as consultas com as gestantes é só específico dele, a puericultura também, visitas domiciliares, acompanhamento dos casos mais específicos como TB, hanseníase, curativos de ferimentos mais graves, o trabalho com o hipertenso, diabético, a gente faz uma vez por mês até na área de atuação da gente, vacina faz também. Uma série de atendimento, tudo aqui, né? Até questão assim, disciplinares. O citológico, uma das coisas que é mais específico dele, quer dizer, a médica faz também, mas é uma tarefa atribuída diretamente ao enfermeiro. Tem também a coordenação da equipe todinha, eu acho que seja isso, geralmente aqui tudo que faz é em conjunto com a equipe, com a técnica, com o médico. A coordenação da equipe vamos dizer assim, ao meu ver acho que é mais específico dele, as questões que são com a atenção básica, essas questões que tem que ser resolvidas, o que acontece na unidade, o que falta, do que precisa, do que vai fazer, é específico dele, ele já faz isso e depois repassa pra gente, né? [...] estar sempre supervisionando o trabalho da equipe, é a supervisão, né? A supervisão geral da equipe e o próprio PSF em si. Tudo é com o enfermeiro, tudo é com ele, faz é tudo aqui, se faltar recepcionista aqui ele vem pra cá, vai pra lá, só não vai para o dentista, com ele não tem “boquinha” não. Faz ainda palestras, orientações, reuniões com a equipe em si, ele como enfermeiro chefe ele comanda.

Nota-se nos discursos acima, as ambiguidades sobre as práticas do enfermeiro nesse nível de atenção. Percebe-se a dificuldade de se definir as competências específicas da profissão, a partir do olhar dos demais membros da equipe de saúde, o que contribui negativamente para a construção de identidade profissional do enfermeiro, uma vez que a mesma deve, segundo Barbaceli (2013) ser constituída por elementos profissionais almejavéis 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.

Para Dubar (2011), a confusão criada sobre a imagem do enfermeiro pode gerar rupturas na sua identidade que impacta diretamente no olhar que o enfermeiro tem de si mesmo, pois é por meio do olhar do outro que a identidade do sujeito é formada de maneira contínua, ou seja, a identidade do indivíduo é construída e reconstruída continuamente, essa (re)construção permanente faz com que a mesma esteja sempre de forma incompleta. Portanto, a identidade é formada na relação do homem com ele mesmo e com os outros, além de com a sociedade na qual está incluso (BECK et al., 2009).

Essa inespecificidade que se tem das práticas do enfermeiro, pode ser notado nos seguintes fragmentos: DSC12-TE “*O pré-natal que é específico dele, a consulta ginecológica da paciente é só dele ...*” DSC13-ACS “*Apesar de ser eles que fazem quase tudo, assim é o pré-natal que são as consultas com as gestantes é só específico dele, a puericultura também ...*”.

Beck et al. (2009) afirmam que o trabalho do enfermeiro se encontra em conexão com outros trabalhos na área da saúde e possui características que o identificam. Em muitas circunstâncias, inclusive como observado nesta pesquisa, o membros da equipe da ESF não sabe fazer diferenciação entre o que corresponde de maneira específica ao enfermeiro, o que acaba causando reflexos na auto (des)valorização dos trabalhadores acerca de suas funções.

Existe certa confusão sobre o papel do enfermeiro, além da transferência de atribuições, por parte da equipe, ao enfermeiro, tornando-o sobrecarregado, como discutido anteriormente e observado nos discursos supracitados.

Resultados semelhantes também foram constatados em investigação acerca dos processos de trabalhos da equipe de saúde da família, onde foi identificado que o enfermeiro realiza sozinho ações que poderiam ser repassadas a outros profissionais, especialmente em relação às atividades-meio, como organização do ambiente de trabalho, organização de prontuários e controle de estoque (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Ao se comprometer com essa gama de atribuições, o enfermeiro fica com excesso de trabalho e, conseqüentemente, remete a ideia de um profissional continuamente ocupado, instigando a indisponibilidade para o diálogo, ocasionando afastamento tanto da equipe quanto da comunidade (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

Portanto, faz-se necessário a definição da prática do enfermeiro no cenário da AB, com vista a construir novos espaços para a profissão, onde a equipe reconheça seu espaço de atuação, guiados por situações de produção do cuidado que atenda as reais necessidade da população (CAÇADOR et al., 2012) e uma identidade profissional condizente com o saber-fazer dessa categoria profissional.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso dessa pesquisa teve como objetivo geral averiguar a percepção da equipe mínima de saúde da família sobre a identidade profissional do enfermeiro da Atenção Básica (AB). Escolheu-se esse nível de atenção como campo de investigação, pelo fato de existirem lacunas no conhecimento acerca da compreensão sobre a identidade profissional do enfermeiro na AB.

No curso da análise deste estudo foi possível perceber a superficialidade do conhecimento dos profissionais acerca da identidade profissional do enfermeiro, evidenciado nos discursos apresentados. Observa-se ainda a percepção dos profissionais quanto a vestimenta dos enfermeiros, algo que não é o fundamental para definir sua identidade, já que a mesma deve ser em decorrência dos elementos constitutivos que expressam o saber-fazer específico da profissão.

Este estudo identificou também a identidade profissional do enfermeiro centralizada dos programas ministeriais. Há de se destacar que as normatizações são fundamentais na condução do processo de trabalho do enfermeiro, porém este profissional deve focar somente nesses programas do MS, mas buscar outras possibilidades de produção do cuidado.

Percebe-se também nesse estudo a identidade do enfermeiro atrelada a coordenação e sua importância diante desse papel, porém os demais profissionais acabam tornando-se dependente do enfermeiro, jogando para este uma série de funções que poderiam ser compartilhadas com os demais profissionais da equipe, levando sobrecarga ao profissional, repassando a ele toda responsabilidade dos serviços prestados, algo negativo para esta categoria, já que o enfermeiro acaba se distanciando da essencialidade da profissão e por, consequência sua própria identidade, para responder as demandas do serviço.

Destaca-se ainda a imprescindibilidade do enfermeiro na AB e sua importância para o bom desempenho da equipe e do serviço prestado, a partir do olhar dos demais membros da equipe de saúde, sabe-se do papel primordial que este exerce, porém muitas vezes acabam confundido seu papel como o “quebra galho” do serviço.

Por fim, nota-se também as ambiguidades nas práticas específicas do enfermeiro, onde o mesmo acaba desempenhando atividades que não são ou poderia ser compartilhada com os demais profissionais da equipe.

Almeja-se que esta pesquisa gere reflexões no âmbito da identidade profissional do enfermeiro, no ensino, na pesquisa e no serviço, na perspectiva de ampliar os saberes nesse campo, com vistas à concretização desse espaço tão almejado pelo enfermeiro da AB.

Destaca-se também que os resultados aqui apurados possuem limitações, já que foi realizado na AB de um município, de forma que não se pode generalizar aos demais serviços, uma vez que depende do olhar dos atores sociais envolvidos, bem como de todo o contexto onde as práticas são realizadas.

Acredita-se que ao revelar as particularidades e fragilidades que perpassam a identidade profissional do enfermeiro, viabilizou-se uma melhor compreensão acerca do papel do enfermeiro no âmbito da AB o que poderá permitir cada vez mais um olhar diferenciado ao profissional e a atividades por ele exercidas.

Finalmente, existe a necessidade de novas pesquisas, principalmente no que tange a identidade profissional do enfermeiro no cenário da Atenção Básica, pois este necessita definir seu espaço, conseqüentemente possibilitando melhora na qualidade do serviço e melhor desempenho de suas ações.

REFERÊNCIAS

- AVILA, L.I; SILVEIRA, R.S; LUNARDI, V.L; FERNANDES, G.F.M; MANCIA, J.R; SILVEIRA, J.T. Implicações da visibilidade da Enfermagem no exercício profissional. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 34, n. 3, p 102-109, 2013.
- BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.17, n. 1, p 223-230, 2012.
- BARBACELI, J. T. **Da identidade universitária à identidade profissional docente: a FEUSP e a formação inicial de professores para os primeiros ano de escolarização.** 2013. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, USP, Programa de Pós-graduação em Educação, 2013.
- BECK, C.L.C.; PRESTES, F.C.; TAVARES, J.P; SILVA, R.M.; PROCHNOW, A.G NONNENMACHER, C.Q. Identidade profissional dos enfermeiros de serviços de saúde municipal. **Cogitare Enferm.** v. 14, n.1, p 114-9, 2009.
- BELLAGUARDA, M.L.R; SILVEIRA, L.R; MESQUITA, M.P.L; RAMOS, F.R.S. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Enfermagem em foco.** v. 2, n. 3, p. 180-183, 2011.
- BERGER, P. L. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: um tratado de sociologia do conhecimento.** Petrópolis: Vozes, v. 23, p. 73-74, 2003.
- 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. 823-9, 2010.
- BLIN, J. F. **Représentations, pratiques et identités professionnelles.** Paris: L'Harmattan; 1997.
- 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**, 2011.
- 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. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAÇADOR, B. S. **Configuração identitária do enfermeiro do contexto da estratégia de saúde da família**. 2012. Dissertação (Mestrado). Belo Horizonte (MG). Universidade Federal de Minas Gerais, UFGM, Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, 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, 2008.

CAMARGO, B, I.L; CARO, C.V. El papel autónomo de enfermería en las consultas. **Avances en Enfermería**. v.18, n.1, 2010.

CARVALHO, V. Sobre a identidade profissional na enfermagem: reconsideração pontuais em visão filosófica. **Ver. Bras Enferm.** v.66, p. 24-32, 2013.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice-Hall, 2006.

COSTA, R. K. S; MIRANDA, F. A. N. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuições para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, v.9, n.2, p.120-28, 2008.

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

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

DUBAR, C. Entre crise global e crises ordinárias: a crise das identidades. Tradução de Roberta Console Akaoui e Mariana Toledo Ferreira. **PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP**. São Paulo, v.18, n.1, p175-84, 2011.

FAUSTO, M. C. R; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). **Modelo de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FERNANDES, M.C. **Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus**. 2016. Tese “doutorado”, Programa de Pós- Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2016.

FERNANDES, M. C. et al. Actions Related to Care and Management of Nursing Work Process in Primary Health Care. **International Archives of Medicine**, v. 8, p. 1-7, 2015.

FIGUEIREDO, M.Z.A; CHIARI, B.M; GOULART, B.N.G. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualitativa. **Disturb Comum**. São Paulo, 2013.

FORTIN, M.; HUDON, C.; GALLAGHER, F.; NTETU, A.L.; MALTAIS.D.; SOUBH, H. Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. **BMC Family Practice**, 2010.

FREITAS, G.M; SANTOS, N.S.S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **Rev. Enferm. Cent. O. Min.** Rio de Janeiro v.4, n.2, 2014.

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

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho: crítica da razão econômica**. São Paulo: Annablume, 2007.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, 2006.

HALL, S. **A identidade cultural na pós- modernidade**. 12 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2014.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 10 ago. 2016.

JUNIOR, D.A.B et al. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **Rev. Enferm.** UFSM, 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.

KRAEMER, F.Z; DUARTE, M.L.C; KAISER, D.E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 32, n.3, p.487-94, 2011.

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

MARQUES, M.D. **Liderança: a importância de um líder dentro de uma organização**. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso em grau de bacharel em Administração - Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS/MG, Minas Gerais, 2010.

MATUMOTO, S.; FORTUNA, C.M; KAWATA, L.S; MISHIMA, S.M; PEREIRA, M.J.B. A prática clínica do enfermeiro na Atenção Básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am.Enfermagem**. v.19, n. 1, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

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

NETTO, L.F.S.A; RAMOS, F.R.S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Rev. Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v.12, n.1, p.50-57, 2004.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

OLIVEIRA, B.G.R.B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Rev. Texto e Contexto Enferm**. v.15, n.1, p.60-7, 2006.

OLIVEIRA, W.M.A; BEZERRA, A.L.Q. Autoavaliação da estratégia saúde da família por enfermeiros. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 20-5, 2011.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. 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-São Paulo, v. 8, n.15, p.331-48, 2004.

PAVONI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, 2009.

RIBEIRO, J.M.S. Autonomia profissional dos enfermeiros. **Rev. Enf**. v.1, n.5, p. 27-36, Coimbra, 2011.

SANTOS, C. V. A. **A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente- Sapopemba**: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem; Universidade de São Paulo, 2007.

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, S.R.B. **Sentidos da automedicação para enfermeiras de hospital público de Niterói**. 2011. 99 f. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca Rio de Janeiro, 2011.

SILVA, V.G; MOTTA, M.C.S; ZEITOUNE, R.C.G. A prática do enfermeiro na estratégia saúde da família: o caso do Município de Vitória/ ES. **Rev. Eletr. Enf**. v.12, n. 3, p. 441-8, 2010.

SOARES, C. E. S; BIAGOLINI, R. E. M; BERTOLOZZI, M. R. 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, 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.

SCHIMITH, M.D; LIMA, M.A.D.S. O enfermeiro na equipe de saúde da família: estudo de caso. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p. 252-6, 2009.

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

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____. Profissão: _____

Questões norteadoras:

1. Como você reconhece quem é o enfermeiro da Atenção Básica?
2. Quais ações são realizadas pelo enfermeiro nesse nível de atenção em saúde?
3. Descreva quais são as atribuições específicas do enfermeiro nesse cenário de práticas?
4. Quais atividades você desenvolve em conjunto com o enfermeiro?
5. Qual o significado da presença, para você, do enfermeiro na Atenção Básica?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Caro (a) Trabalhador (a) de Saúde,

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa de Conclusão de Curso intitulada **“Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: percepção da equipe mínima da estratégia de saúde da família”**, que tem como objetivo averiguar a percepção da equipe mínima de saúde da família sobre a identidade profissional do enfermeiro da Atenção Básica. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre sua percepção acerca do cotidiano de trabalho do enfermeiro nesse nível de atenção, que poderá ser gravada se o (a) Sr. (a) 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 sobre as singularidades do seu ambiente de trabalho. 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: maior compreensão, por parte dos demais membros da equipe, da identidade profissional do enfermeiro, evitando com isso, possíveis incongruências no compartilhamento de funções nesse nível de atenção.

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 o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou danos. 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 **Jéssica Tavares de Assis (83) 99939-5982**; e Orientador da pesquisa **Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes: (85) 9922 1287**.

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Campina Grande 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 – TERMO DE ANUÊNCIA



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS
PROGRAMA REDE ESCOLA/ DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado “Identidade profissional do Enfermeiro nas Atenções Básicas: percepção da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família”, a ser desenvolvido pelo (a) aluno (a) Férica Tavares de Azevedo, sob orientação do (a) Professor (a) M^h. Marcelo Costa Fernandes, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, sob CNPJ:08.923.971/0001-15 fica condicionada a 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.

Sem mais,

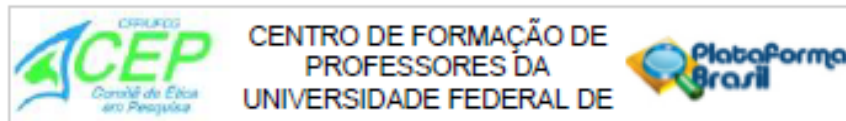
Cajazeiras, 24 de maio de 2016

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo

Renata Emanuela de Queiroz Rêgo
Coordenadora do Programa Rede Escola

Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Educação em Saúde
Rede Escola - Programa Rede Escola

ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-UFCG)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Marcelo Costa Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56866016.5.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.610.409

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, 56866016.5.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes trata de um estudo de natureza descritiva e abordagem qualitativa, cujo objetivo é averiguar a percepção da equipe mínima de saúde da família sobre a identidade profissional do enfermeiro da Atenção Básica.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA tem por objetivo principal Averiguar a percepção da equipe mínima de saúde da família sobre a identidade profissional do enfermeiro da Atenção Básica.

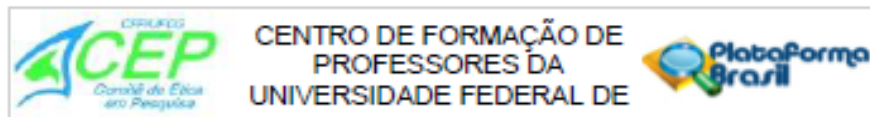
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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 DA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA é importante por contribuir para o ensino, pesquisa e assistência a fomentar reflexões de como essa profissão é percebida e

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (03)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 1.610.409

consequentemente construir estratégias para aproximação do enfermeiro do seu núcleo de saber-fazer, sendo reconhecido pelo o que ele é, e não somente pelo o que ele faz; e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

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:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

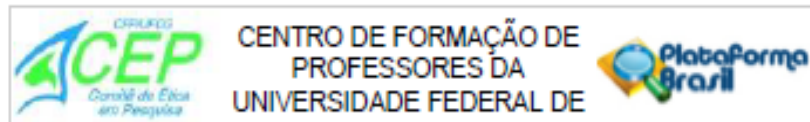
Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, número 56866016.5.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_730414.pdf	02/06/2016 10:30:36		Aceito
Outros	Roteirodeentrevista.doc	02/06/2016 10:30:03	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Outros	Termodeanuencia.pdf	02/06/2016 10:29:08	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Anuência	TCLE.doc	02/06/2016 10:28:34	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.doc	02/06/2016 10:28:13	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Orçamento	Orçamento.doc	02/06/2016 10:27:55	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	02/06/2016 10:26:54	Marcelo Costa Fernandes	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderoστοassinada.pdf	02/06/2016 10:26:33	Marcelo Costa Fernandes	Aceito

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/nº
 Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
 UF: PB Município: CAJAZEIRAS
 Telefone: (83)3532-2075 E-mail: cep@cp.ufpb.edu.br



Continuação do Parecer: 1.613.436

Situação do Parecer:

Aprovado

Neocessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 28 de Junho de 2016

Assinado por:
Paulo Roberto de Medeiros
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Morais de Figueiredo, s/n
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000
UF: PB Município: CAJAZEIRAS
Telefone: (33)3532-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br