



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

**MAYARA EVANGELISTA DE ANDRADE**

**IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:**  
percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família

**Cajazeiras-PB**

**2015**

**MAYARA EVANGELISTA DE ANDRADE**

**IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
percepção dos enfermeiros 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. Me. Marcelo Costa Fernandes

**Cajazeiras- PB**

**2015**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)

Denize Santos Saraiva - Bibliotecária CRB/15-1096

Cajazeiras - Paraíba

A553i Andrade, Mayara Evangelista de  
Identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica:  
percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. / Mayara  
Evangelista de Andrade. - Cajazeiras: UFCG, 2015.

76f. il.

Bibliografia.

Orientador (a): Prof. Marcelo Costa Fernandes.

Monografia (Graduação) – UFCG.

1. Enfermeiros- atuação profissional. 2. Atenção Primária à  
Saúde. 3. Saúde da família. 4. Enfermagem. 5. Identidade  
Profissional- enfermeiros. I. Fernandes, Marcelo Costa. II.  
Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –614.253.5

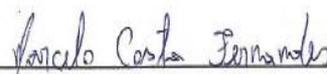
**MAYARA EVANGELISTA DE ANDRADE**

**IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:**  
percepção dos enfermeiros 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: 02/12/2015

**BANCA EXAMINADORA**



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

*Orientador*



Profa. Dra. Anubes Pereira de Castro  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAENF

*1º Membro*



Profa. Me. Erliane Miranda da Rocha Ferreira  
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/UAE

*2º Membro*

**Cajazeiras- PB**

**2015**

ANDRADE, Mayara Evangelista. **Identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica:** percepção dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. 2015. 67p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2015.

## RESUMO

São várias as áreas de atuação do enfermeiro, o que demanda competências específicas para cada nível de atenção e conseqüentemente uma identidade delimitada. Entende-se que a personalidade, influenciada por questões familiares, culturais e sociais, irão contribuir na formação da identidade profissional do enfermeiro. Esta investigação teve como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros quanto a sua identidade profissional no cenário da Atenção Básica. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi com 16 enfermeiros da na Atenção Básica do município de Cajazeiras no estado da Paraíba. Utilizou-se a entrevista semiestruturada como a técnica de coleta de dados. As informações deste estudo foram analisadas por meio da Análise de Discurso, compreendendo que esta possui respaldo para o entendimento dos sentidos interconectados ao tempo e ao espaço das práticas, mediado pelo discurso, pela história e seu contexto social, sendo este discurso visto ainda como espaço de compreensão entre língua, ideologia e sentido para aqueles que o proferem. Evidenciou-se que cotidiano de práticas do enfermeiro na Atenção Básica é influenciado diretamente pelos princípios doutrinários, bem como organizativos do Sistema Único de Saúde, sendo marcante a busca de um cuidado longitudinal, com vistas à promoção da saúde e a prevenção de agravos da população adscrita, além disso, parte do processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica são as ações de liderança, a qual possibilita gerenciar, como também supervisionar os setores e os serviços desenvolvidos pelos profissionais da unidade. Percebeu-se que o enfermeiro é elemento principal da Atenção Básica, sendo responsável pela efetivação e consolidação da Estratégia Saúde da Família. A Formação Ideológica desta investigação foi o Fazer da (In) visibilidade, visto que o enfermeiro tenta nesse movimento desempenhar ações que possam repassar a visibilidade de suas práticas, entretanto acaba por se perder ao pulverizar excessivamente as suas práticas, principalmente em algumas situações por desconhecer os limites éticos e legais de sua profissão. Nota-se a importância de novas pesquisas que possam modificar a realidade, seja no ensino e na assistência, com vistas a sensibilizar as reais práticas do enfermeiro, objetivando assim tornar visível o trabalho invisível dessa categoria profissional.

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

ANDRADE, Mayara Evangelista. **Nurse professional identity in basic care: Nurses' perceptions on the Health Family Strategy**. 2015. 67p. Monography (Bachelor in Nursing) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores. Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2015.

### **ABSTRACT**

There are several nursing practice areas, which require specific skills for each level of attention and consequently a defined identity. It is understood that the personality, influenced by family, cultural and social issues, will contribute to the training of professional nursing identity. This research aimed to understand the perception of nurses as their professional identity in the Primary Care setting. This is a descriptive study with a qualitative approach. The research was with 16 nurses in Primary Care of Cajazeiras municipality in the state of Paraíba. We used a semi-structured interview as data collection technique. The information from this study were analyzed by Discourse Analysis, understanding that this has support for understanding the interconnected senses to time and space practices, mediated by speech, history and social context, and this speech still viewed as space of understanding between language, ideology and meaning for those who utter. It showed that everyday nursing practice in Primary Care is directly influenced by the doctrinal principles as well as organizing the Unified Health System, striking being the search for a longitudinal care, with a view to promoting health and preventing people's grievances ascribed also part of the nursing work process in Primary Care are the leading stocks, which enables you to manage, as well as oversee the sectors and services developed by the unit staff. It was noticed that the nurse is the main element of the Primary Care, responsible for the realization and consolidation of the Family Health Strategy. The Ideological Formation of this investigation was the Making (In) visibility, as the nurse tries this movement perform actions that can pass the visibility of their practices, but it ends up losing the excessively spray their practices, especially in some situations by ignoring the legal and ethical boundaries of their profession. It is noted the importance of further research which will influence the reality, whether in teaching and assistance, with a view to sensitizing the actual practices of the nurse, aiming thus make visible the invisible work of this professional category.

**Keywords:** Primary Health Care; Nursing; Nurse's Role.

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 01.** 9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.....27

**Figura 02.** Mapa do estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras-PB.....28

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**AB-** Atenção Básica

**AD-** Análise de Discurso

**ANVISA** – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**APS-** Atenção Primária à Saúde

**COFEN-** Conselho Federal de Enfermagem

**COREN-** Conselho Regional de Enfermagem

**ESF-** Estratégia de Saúde da Família

**MS-** Ministério da Saúde

**NASF-** Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**PNAB-** Política Nacional de Atenção Básica

**PACS-** Programa de Agentes Comunitário de Saúde

**PSF-** Programa de Saúde da Família

**SUS-** Sistema Único de Saúde

**UBS-** Unidade Básica de Saúde

Este trabalho é dedicado a Deus, o meu grande amor, razão da minha vida. A minha família, em especial a minha avó e ao meu avô que nunca mediram esforços para que eu pudesse alcançar essa meta, a minha tia Landa que sempre me incentivou e acreditou no meu potencial contribuindo para a realização desse grande sonho.

## AGRADECIMENTOS

Acima de tudo agradeço a Deus, por ter me sustentando até aqui, sem Ele tudo seria em vão. Agradeço ao Senhor por sempre ter tomado conta de mim, me ajudando a enfrentar as situações adversas, sem Ti tudo seria mais difícil, obrigada por não ter me deixado desistir nunca, obrigada por Teu amor incondicional. Te amo com todas as minhas forças e de todo o meu entendimento.

Agradeço a minha família, especialmente à minha vó “Bitita”, que sempre me incentivou e sempre me ajudou para que eu pudesse chegar até aqui, com seu cuidado e amor. Ao meu avô Antônio, que sempre vibra com minhas conquistas e está sempre ao meu lado. Vocês são os principais responsáveis pela realização desse sonho. À minha mãe, que sempre está do meu lado acreditando sempre na minha capacidade de enfrentar as dificuldades e vencer. Aos meus tios que se mostram cada dia mais orgulhosos e felizes com a minha vitória. Aos meus primos que me tem como espelho e por essa amizade tão linda que nos une. Vocês são o meu alicerce, são os donos de todo o amor que eu carrego no peito, essa conquista é nossa!

Agradeço às minhas melhores amigas Mariana e Wigna que estiveram comigo desde o início de tudo e hoje estamos vivendo juntas a finalização de mais um ciclo, obrigada pela amizade de vocês, Deus foi maravilhoso comigo quando escolheu vocês para serem minhas irmãs de coração!

Agradeço à Isaura, Jade, Kathariny e Marília pela amizade que construímos ao longo do curso, peço a Deus que ela perdure pelo resto da vida, pois a amizade de vocês é um tesouro valioso pra mim!

Agradeço ao meu orientador e amigo Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes por ter sido tão paciente comigo, por ver um potencial em mim que nem mesmo eu enxergava, você foi uma das pessoas que mais contribuiu para a minha formação acadêmica, tenho você como exemplo de profissional o qual eu procuro me espelhar, desejo que a nossa parceria esteja apenas começando.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>17</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>18</b>
<b>3.1 Identidade Profissional do Enfermeiro .....</b>	<b>18</b>
<b>3.2 Atenção Básica.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Papel do enfermeiro na Atenção Básica.....</b>	<b>24</b>
<b>4 MATERIAL MÉTODO .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Tipo e natureza do estudo.....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 Local da pesquisa .....</b>	<b>29</b>
<b>4.3 Participantes da pesquisa .....</b>	<b>30</b>
<b>4.4 Coleta de dados.....</b>	<b>31</b>
<b>4.5 Análise e interpretação dos dados .....</b>	<b>32</b>
<b>4.6 Aspectos éticos .....</b>	<b>37</b>
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2 Formações Discursivas .....</b>	<b>41</b>
<b>5.2.1.Cotidiano de práticas do enfermeiro na Atenção Básica e a implicação na identidade profissional.....</b>	<b>41</b>
<b>5.2.2. Do imprescindível ao tudo: identidade profissional do enfermeiro da Atenção Básica.....</b>	<b>50</b>
<b>5.2.3. Legislação na conformação da identidade profissional: (des) conhecimento dos enfermeiros da Atenção Básica.....</b>	<b>52</b>
<b>5.2.4. Da dialética à dicotomia no trabalho em equipe na Atenção Básica e a reverberação na identidade profissional do enfermeiro .....</b>	<b>55</b>

<b>5.2.5. Formação acadêmica distância oceânica ou circunvizinhas na realização da prática do enfermeiro na Atenção Básica.....</b>	<b>57</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>71</b>
<b>APÊNDICE B .....</b>	<b>72</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>73</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO B.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma profissão que tem como núcleo central o cuidado ao sujeito, o qual possui necessidades específicas no âmbito da promoção e reabilitação da saúde e prevenção de doenças. São várias as áreas de atuação do enfermeiro, o que demanda competências específicas para cada nível de atenção e conseqüentemente uma identidade delimitada. Entende-se que a personalidade, influenciada por questões familiares, culturais e sociais, irão contribuir na formação da identidade profissional do enfermeiro.

Além desses aspectos, a formação da identidade do enfermeiro perpassa por um processo de construção, desconstrução e construção permanente de seus fundamentos, visto que a mesma está atrelada também ao contexto organizacional onde as ações do processo de trabalho são desenvolvidas.

Entende-se que a identidade começa a ser formada na infância e perdura seu processo de composição ao decorrer da vida. A perda ou falta da identidade pode causar a alguém situações de sofrimento, alienação e angústia, tendo em vista a identidade ser um bem precioso (DUBAR, 2005), bem como um elemento que consegue guiar o caminhar do ser humano, tanto profissionalmente, quanto nos aspectos individuais.

Ainda segundo Dubar (2005) a identidade é a soma de vários fatores influenciáveis, como por exemplo, o julgamento das demais pessoas e os seus próprios ideais, suas crenças, suas orientações e autodefinições. Além disso, o processo de formação da identidade é entendido como socialização, tendo em vista que essa construção faz parte do conjunto de pertencimento e de relação, portanto o indivíduo passa a pertencer aos grupos e de tomar para si as atitudes dos demais membros desse grupo, direcionando, de forma imperceptível o comportamento dos sujeitos.

Já a identidade profissional envolve cada indivíduo de particularidades e características no qual desenham o perfil geral do profissional através do reconhecimento de suas habilidades práticas, conhecimentos específicos e atitudes, dotando-os assim de autonomia profissional (GOMES, 2002).

Este fato evidencia que a identidade profissional é a caracterização do sujeito a partir das práticas que são atribuídas pelas organizações que normatizam a profissão. Cada

trabalhador deve justificar a razão pelo qual os seus serviços são importantes, deve delimitar o espaço de sua atuação para que dessa forma seja reconhecido perante a sociedade (DUBAR, 2005).

Para melhor compreensão da profissão é importante que o indivíduo assuma ideologias, crenças, filosofias e políticas com as quais se identifique. A identidade é constituída também em momentos de construção e reconstrução através de opiniões, valores e atitudes (OLIVEIRA, 2006).

Por sua vez, a identidade profissional do enfermeiro, com base nas discussões de Netto e Ramos (2004), está implicada com a relação com o outro e com si mesmo. Se constrói gradativamente de acordo com o convívio no ambiente de trabalho, o qual facilita a reflexão crítica, assim como o julgamento expressos em diversas situações cotidianas do profissional, principalmente na forma como o enfermeiro se vê, como vê o outro, qual o papel que foi desempenhado e o resultado do trabalho.

Todas essas visões são repletas de conflitos que ajudam na formação, fixação e no rompimento das identificações do enfermeiro. Tais situações são julgamentos valiosos que estruturam a identidade desse profissional (NETTO; RAMOS, 2004).

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

Logo, a construção das identidades sociais está atrelada a história de cada ser, elaborando subsídios para a formulação da identidade social e profissional, tendo em vista esse acontecimento é necessário que se faça uma análise para a reconfiguração da identidade profissional do enfermeiro levando em consideração as constantes mudanças do modelo assistencial em saúde. Outro ponto discutido nessa perspectiva é a identidade como um processo que está sempre em reconstrução e está ligada à relação dos indivíduos e dos grupos (BRITO; GAZZINELLI; MELO, 2006).

Entende-se que identidade profissional conduz-se como eixo essencial da profissão que possibilita um bom relacionamento entre a enfermagem com a equipe de saúde e a população (GOMES, 2002).

A visão dos autores Brito, Gazzinelli e Melo (2006) a composição da identidade apresenta uma significativa relação com a prática do cuidar, porém cada vez mais este profissional vem agregando em sua prática ações de cunho gerencial, o que torna necessário uma maior articulação e integração entre essas dimensões do processo de trabalho da enfermagem, ou seja, a gerência do cuidado.

A gerência do cuidado de enfermagem envolve uma relação dialética entre o saber-fazer gerenciar e o saber-fazer cuidar. Há um jogo de relações que resulta em um processo dinâmico, situacional e sistêmico, que articula os saberes da gerência e do cuidado possibilitando a existência de uma interface entre esses dois objetos na prática profissional (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012).

Segundo Beck et al. (2014) a identidade profissional do enfermeiro pode estar presente no reconhecimento do seu papel como sendo o trabalhador da saúde que, apesar de atuar de forma interdisciplinar, é o responsável pela gerência do cuidado, sendo este um fator positivo quando relacionado à construção dessa característica identitária.

Percebe-se que há a necessidade de especificar a identidade profissional do enfermeiro em todos os níveis e cenários de atenção à saúde, entretanto neste estudo será abordado o campo da Atenção Básica (AB) da saúde e em específico nas ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família (ESF).

No Brasil, a regulamentação do exercício profissional do enfermeiro, assim como a especificação de suas atribuições é feito por meio do Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987, o qual regulariza a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Esse Decreto apresenta quem são os profissionais de Enfermagem e suas atribuições (BRASIL, 1987), porém não diferencia entre o trabalho da Enfermagem no contexto da AB e nos demais níveis de atenção à saúde (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013), uma vez que na época de sua elaboração e publicação, ainda não havia no Brasil a conformação de um sistema de saúde, com especificação evidente dos níveis de atenção. Isto gera entraves que repercutem na delimitação da identidade profissional do enfermeiro nesse primeiro nível de atenção à saúde.

Além disso, várias são as atribuições do profissional enfermeiro da AB, este é responsável por atividades diversas e específicas da enfermagem, bem como de ações que não são de sua competência, como a responsabilização pelo consolidado da produção da equipe de

saúde e conseqüentemente pelo repasse da verba, o que o distancia do seu real papel na gerência do cuidado aos sujeitos que procuram os serviços de saúde.

Diante das considerações apresentadas, delimita-se a seguinte questão norteadora: qual a percepção dos enfermeiros quanto sua identidade profissional no cenário da Atenção Básica?

O interesse em discutir a temática surgiu no momento em que cursava o 5º período, na disciplina de Saúde Coletiva I, onde tive o primeiro contato com os profissionais enfermeiros da AB. Durante a disciplina de Saúde Coletiva II amadureci mais este assunto, em específico sobre as atribuições desenvolvidas por este profissional nesse cenário de atuação, assim como as controvérsias e os dissabores presentes na sua identidade.

Portanto é imprescindível que o profissional de enfermagem da AB reconheça quais são as suas atribuições e tome para si apenas o que é de competência do enfermeiro, compreendendo sua identidade profissional de acordo com as suas ações no ambiente de trabalho juntamente com sua identidade pessoal construída através de sua trajetória e convivência em sociedade.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Compreender a percepção dos enfermeiros quanto a sua identidade profissional no cenário da Atenção Básica.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- ✓ Descrever as práticas realizadas cotidianamente pelo enfermeiro na Atenção Básica;
- ✓ Identificar as ações que representam a identidade profissional do enfermeiro;
- ✓ Averiguar os conhecimentos dos enfermeiros sobre os instrumentos legais que delimitam as suas atividades na Atenção Básica;
- ✓ Verificar a relação do trabalho em equipe na conformação da identidade profissional do enfermeiro;
- ✓ Analisar as influências da formação acadêmica na realização das práticas do enfermeiro na Atenção Básica.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Identidade Profissional do Enfermeiro**

Ao iniciar as discussões sobre a temática foco desta pesquisa é imprescindível questionar as definições que se tem acerca da identidade, a fim de compreender melhor as singularidades que permeiam tal questão.

Para Dubar (1997) a identidade não é uma característica inata do ser humano, é construída gradativamente da infância ao longo da vida. Para que o indivíduo construa sua identidade são necessárias as suas orientações e autodefinições bem como o julgamento de outras pessoas. Em suma a identidade é o resultado de diversas interações sociais.

Por sua vez, Hall (2014) afirma que a Identidade se forma e se transforma constantemente, dessa forma está sempre inserida em um processo de reconstrução fazendo com que nunca chegue a sua forma concluída. Tendo como base essa afirmação deduz-se que a caracterização do sujeito são as suas interações com ele mesmo, como os outros sujeitos e com a sociedade na qual ele faz parte.

Agregando a essas discussões Beger e Luckmann (2003) acrescentam que a identidade é o acúmulo de experiências e fundamentos que acontecem sincronicamente na sociedade, resultando na subsistência da mesma. Desta forma, participar da sociedade é fazer parte do debate desse processo. Para que o indivíduo seja considerado um membro da sociedade é preciso que ele seja capaz de interiorizar, objetivar, subjetivar e exteriorizar tais experiências e fundamentos.

Além disso, para que a identidade seja construída é preciso submeter-se a dois processos heterogêneos. São eles a identidade atribuída por outros e a identidade para si. Com isso observa-se duas definições de identidade a virtual e a real (DUBAR, 2005).

De acordo com o autor supracitado a identidade virtual são as características que os indivíduos adquirem por meio das instituições e dos agentes sociais. Identidade real consiste nas atribuições que o indivíduo carrega na sua identidade por meio da sua vivencia e seus

conceitos próprios. Acredita-se que o processo de construção da identidade é feito por meio de um processo comunicativo da articulação desses processos.

Toda e qualquer identidade é construída através da socialização, conforme abordado anteriormente, as questões que norteiam essa perspectiva diz respeito a como essa identidade é criada, a partir de que, por quem ela é construída e qual o objetivo disso. As definições, ideias simbólicas 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).

Por sua vez, a identidade profissional é o resultado dos atributos individuais de cada categoria, juntamente com a trajetória de vida de cada trabalhador, os quais irão caracterizar a forma de agir de cada sujeito de maneira singular e não somente dos aspectos coletivos ligados as organizações. A identidade de um grupo de profissionais tem também aspectos em comum com uma perspectiva do pensamento entre o contexto histórico e social e os mecanismos característicos do processo de formação da identidade (SANTOS, 2011).

Agregando a essas discussões, Gorz (2007) afirma que o indivíduo, por meio do trabalho, é capaz de adquirir sua existência e conseqüentemente a delimitação das características necessárias para a realização de um trabalho específico. Paralelamente Dubar (2005) aborda que a identidade profissional tem como principal característica o aperfeiçoamento do saber e a formação intelectual no momento em que o sujeito é inserido no ambiente de trabalho.

Outro ponto a ser destacado é a influência que as profissões exercem sobre a identidade, sendo de grande relevância, visto que a profissão irá dimensionar a construção da identidade social. As diversas escolhas e orientações recebidas no período escolar onde são relativamente influenciadas ou assumidas, desempenham uma preexistência da futura identidade social e a escolha por uma especialidade (DUBAR, 2005).

Já para Santos (2011a) é no momento em que o profissional entende a essência e o conceito de sua profissão dentro do contexto sócio-histórico e cultural, que ele passa a compreender a construção da sua identidade profissional. A percepção de si como profissional é construída gradativamente, esse processo tem início na formação profissional e finaliza

através das relações de trabalho, que é um fator indispensável na constituição do ser como trabalhador.

Por meio dessas relações há uma troca de valores que são proporcionados por todos os participantes de uma organização e as interações que fazem parte desse contexto contribuem na construção e consolidação de uma identidade profissional efetiva e gratificante para o próprio sujeito, assim como para o coletivo, pelo fato da identidade ser construída socialmente haverá uma maior visibilidade e reconhecimento (SANTOS, 2011b).

Em 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 existir a possibilidade de chegar a um modelo exato do que é o enfermeiro pelo fato de que a identidade é constituída individualmente.

Entende-se que a especificação da identidade profissional do enfermeiro viabiliza maior autonomia ao seu cotidiano de práticas, sendo esta uma ferramenta imprescindível para uma melhor tomada de decisão, resolutividade dos problemas identificados e consequentemente maior credibilidade das ações desempenhadas pelo enfermeiro.

Para Camargo (2010) a autonomia do enfermeiro engloba o controle de suas atribuições que são provenientes do exercício e desenvolvimento profissional, adesão e efetivação de modelos, teorias e qualificação das responsabilidades que estão incumbidas no código de ética da profissão, além de apresentar responsabilidade e independência nas decisões a serem seguidas.

No âmbito da Enfermagem a autonomia é fundamental, para que o enfermeiro a exerça deve ser dotado de criatividade e resolutividade, além do profissional ter que conhecer as especificidades de sua profissão, ou seja, o enfermeiro deve tomar consciência da sua prática e do seu campo de atuação (KRAEMER, 2011).

Portanto, há uma grande relevância na exigência 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 esses profissionais, tendo em vista que a maior fraqueza no trabalho do enfermeiro é realizar tarefas apenas sob comando dos médicos e atribuir para si tarefas externas ao seu papel (CAMARGO, 2010).

De acordo com o estudo realizado por Gomes e Oliveira (2005b), o enfermeiro absorve atividades para si que não são de sua competência, o que ocasiona uma invisibilidade do profissional perante a instituição, a equipe e a sociedade.

Entretanto, as dificuldades para a reconfiguração da Enfermagem já vêm ao longo do tempo, visto que os maiores exemplos de obstáculos para que o enfermeiro tenha uma recharacterização da sua profissão é a falta de autonomia, longa jornada de trabalho, baixa remuneração, falta de reconhecimento da sociedade que implica no fato das pessoas não diferenciarem o enfermeiro dos demais integrantes da equipe de enfermagem (BECK et al, 2009).

### **3.2 Atenção Básica**

No começo do século XX já existiam debates sobre organização e o financiamento dos sistemas de saúde da Europa, essas discussões foram validadas por meio do relatório de Dawson no ano de 1920 na Inglaterra, no qual define a organização dos serviços de saúde com base na regionalização e população alvo, esse documento teve forte influência para que diversos países pudessem reorganizar os seus sistemas de saúde. Esse relatório tinha como uma das finalidades para os serviços de saúde a divisão em três níveis de atenção, com atribuições específicas capazes de atender às diferentes demandas da saúde pública. Os níveis de atenção foram classificados em atenção primária, atenção secundária e atenção terciária (FAUSTO; MATTA, 2007).

Atenção Primária à Saúde (APS) passou a ser debatida exaustivamente a partir dos anos 70, o que foi resultado de várias indagações a respeito do modelo médico hegemônico especializado e intervencionista. Este modelo é caracterizado pela fragmentação da assistência, com ações centralizadas nas atividades tecnicistas e medicamentosas, além de não apresentar resultados satisfatórios na situação de saúde dos cidadãos (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Segundo Starfield (2002), a APS é definida como o primeiro nível do sistema, onde se disponibiliza a porta de entrada para as diversas necessidades e problemas, enfatizando sempre o sujeito, com o passar do tempo. Também se caracteriza como base determinante dos

serviços prestados aos demais níveis de atenção, assim como é responsável por coordenar e integrar o cuidado oferecido com serviço dos outros níveis do sistema.

A APS é responsável por abordar os problemas cotidianos da população, proporcionando serviços de prevenção, recuperação e reabilitação para melhorar a saúde e o bem-estar. É capaz de integrar ao plano de cuidados os diversos problemas de saúde que são apresentados pelos atores sociais, além de considerar o contexto que o sujeito está inserido. É nesse nível que ocorre a organização, a distribuição e a utilização dos recursos especializados e básicos com o objetivo de manter e melhorar a saúde da população (STARFIELD, 2002).

Em 1978 houve a conferência de Alma Ata, que considera os cuidados primários de saúde a chave que favoreça a todas as pessoas do mundo um nível de saúde onde seja possível ter uma vida social e economicamente produtiva. Nesse nível deve ocorrer o primeiro contato com os indivíduos, a família e a comunidade, oferecendo serviços de proteção, prevenção, recuperação e reabilitação de acordo com os problemas e as necessidades apresentadas (BRASIL, 2002).

Ainda na década de 70, o Brasil começava a vivenciar o Movimento da Reforma Sanitária, que envolvia estudantes, profissionais da saúde, professores de medicina preventiva e social, movimento social e intelectuais liberais. Esses grupos lutavam pela democratização do Brasil e pela unificação do sistema de saúde, por meio de alterações no modelo assistencial e no conceito mais amplo de saúde (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005; GIOVANELLA, MENDONÇA, 2009; LIMA, 2005).

Um fato marcante no processo da reforma sanitária brasileira foi a VII Conferência Nacional de Saúde, momento em que foi aprovado a criação do Sistema Único de Saúde, o qual tinha como seus princípios básicos a universalidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização e a participação social. Foi na VII Conferência que ocorreu a abertura para que as discussões acerca da integralidade das ações fossem incorporadas aos serviços de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

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

Nas ações desenvolvidas pelo SUS permanecia o modelo centralizado nas atividades curativas que eram oferecidas nos hospitais e ações preventivas desenvolvidas por campanhas sanitárias. Esse modelo era prevalente devido à falta de debates no Ministério da Saúde sobre a organização da atenção. A crise econômica e a democratização no Brasil nos anos 80 favoreceram as discussões no cenário político em relação à saúde, resultando nas mudanças objetivas do sistema nos anos 90 (FAUSTO; MATTA, 2007; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Logo, 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 surgiu com o objetivo de reorganizar o sistema de saúde, bem como para efetivar os princípios do SUS. 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).

Diversas mudanças ocorreram no âmbito da saúde brasileira, com o desenvolvimento do SUS, incluindo a nomenclatura referente à APS que passou a ser substituída pela proposta da Atenção Básica (AB) (GIL, 2006).

No Brasil, A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece que AB deve ser desenvolvida com grande nível de descentralização, sendo o contato inicial e preferencial dos indivíduos, além de ser o elo de comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde. Dessa forma é crucial que a AB seja orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, humanização, participação social, humanização e equidade (BRASIL, 2011).

A AB é definida por diversas ações de caráter individual e coletivo, as quais abordam a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o intuito de promover um cuidado integral e que repercuta na situação de saúde assim como também da autonomia dos usuários e dos determinantes e condicionantes de saúde da comunidade. As ações do âmbito 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, resiliência além de que todas as demandas e necessidades de saúde ou sofrimento que surgirem devem ser amparados (BRASIL, 2012)

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada através da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Esse documento estabelece a revisão das normas e diretrizes para a organização da atenção básica (AB) para orientar as ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011).

Essa política 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.

Desse modo, ao longo desta pesquisa, bem como já apresentando pelo título, será adotado a expressão “Atenção Básica” por esta ser adotada no Brasil pelo Ministério da saúde em seus documentos oficiais.

### **3.3 Papel do enfermeiro na Atenção Básica**

O papel do enfermeiro no cenário da Atenção Básica (AB) é caracterizado pela habilidade e eficiência em atender o sujeito de forma integral. Com isso, esse profissional apresenta grande capacidade de promover uma relação harmoniosa entre o usuário, à equipe e a comunidade, com vistas a resolver os problemas de saúde identificados. É por meio dessa relação que o enfermeiro potencializa o cuidado, viabilizando, assim, um plano de ações conforme as necessidades e realidades locais (CAÇADOR, 2012).

A AB, conforme discutido anteriormente, visa ações descentralizadas e mais próximas da comunidade, com atividades individuais e coletivas, tendo como pilar a promoção da saúde e a prevenção de doenças. A ESF é a principal estratégia para a consolidação da AB e que também irá influenciar no papel do enfermeiro nesse cenário de atuação.

Dentro da equipe da ESF é fundamental conhecer quem é o enfermeiro, já que o mesmo possui papel central na liderança e consequentemente organização do processo de trabalho nesse nível de atenção (SANTOS; RIBEIRO, 2010), já que o mesmo pode conseguir dialogar com os diversos profissionais inseridos na AB, bem como garantir a construção coletiva das ações a serem realizadas.

Porém, o papel do enfermeiro na AB muitas vezes não é bem esclarecido, o que gera conflitos e imprecisões das atribuições a serem desempenhadas. Como esse profissional deve trabalhar em conjunto, é crucial que o usuário conheça as funções de cada um, e em especial do enfermeiro para o desenvolvimento de vínculo e confiança no cuidado prestado (FORTIN et al., 2010).

De acordo com essa questão, em uma pesquisa realizada por Santos e Ribeiro (2010), comprova-se a inespecificidade do papel do enfermeiro na visão do usuário da AB, visto que essa falta de delimitação do papel é determinada pelo próprio profissional que não especifica o que é de sua competência e acaba incorporando atividades fora do âmbito da própria Enfermagem.

Desta forma, uma definição do papel do enfermeiro facilita uma maior visualização de sua identidade profissional na AB e consequentemente visibilidade da sua importância na rede de atenção à saúde. Com as funções bem definidas é possível diminuir a ambiguidade do território e das funções, seja com os próprios membros da equipe de enfermagem, seja com os demais integrantes da equipe de saúde, o que aumenta a autonomia do enfermeiro no âmbito de sua prática (OELKE; BESNER; CARTER, 2014).

É importante destacar, que a enfermagem sempre foi vista como uma profissão multifuncional, o que leva o enfermeiro a desempenhar atividades assistenciais, gerenciais, educativas e de pesquisa. É um trabalho complexo que exige do profissional a renovação e a busca de múltiplos saberes. Logo, essa gama de atividades desempenhadas pelos enfermeiros de AB evidencia uma identidade pluralizada devido às múltiplas atribuições que são incorporadas e assumidas por esses profissionais (LIMA, 2013) o que pode contribuir nas imprecisões e contradições mencionadas anteriormente.

Na busca de sanar essas problemáticas o Ministério da Saúde (MS) definiu algumas atividades a serem realizadas pelo enfermeiro na AB tais como: realização de atenção a saúde

a indivíduos e as famílias cadastradas; realização da consulta de enfermagem, procedimentos e atividades em grupo de acordo com os protocolos estabelecidos; realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planejamento, gerenciamento e avaliação, junto com os demais membros da equipe; avaliação das atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde; contribuição, participação e realização de atividades de educação permanente da equipe; participação do gerenciamento dos insumos necessários para o funcionamento adequado da Unidade Básica de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012).

Portanto, as principais funções do enfermeiro na AB consistem na vigilância das condições de saúde, individual ou coletiva, como eixo da atenção da enfermagem, levantamento e controle dos problemas de saúde e também exercer uma prática de comunicação com os usuários do serviço com um objetivo de emancipação e de ampliação da autonomia dos indivíduos, ou seja, o enfermeiro deve buscar resolutividade para os problemas sociais da comunidade (ERMEL; FRACOLLI, 2006).

Em vista disso, o enfermeiro deve ser reconhecido como o interlocutor e o estimulador 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 como um todo (BACKES et. al., 2012).

Além de ter um papel relevante para oferecer melhores condições aos usuários, o enfermeiro também deve ser visto como uma figura de referência com relação à equipe que compõe a AB por desenvolver uma ação de coordenação e organização do processo de trabalho (GOMES; OLIVEIRA, 2005a).

Essa atribuição de coordenação do enfermeiro está atrelada a liderança, já que ele deve conhecer as funções de cada membro da equipe e a rotina da unidade, direcionando com isso o funcionamento do serviço da AB (KAWATA et al, 2009).

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

Entretanto, apesar de todas essas atribuições mencionadas anteriormente, Biagolini e Bertolozzi (2013) concluíram que o trabalho realizado pelo enfermeiro na AB é de caráter administrativo e burocrático. Essa característica é resultante das demandas que são produzidas pelas instituições e também pelo fato de que a assistência é fornecida por demais membros da equipe de enfermagem, o que fragiliza o desenvolvimento da identidade profissional nesses serviços de saúde.

## **4 MATERIAL MÉTODO**

### **4.1 Tipo e natureza do estudo**

Com a finalidade de alcançar os objetivos formulados nesta investigação, optou-se por trabalhar com um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Para Gil (2008) a pesquisa com caráter descritivo possibilita observar, registrar, analisar, correlacionar fatos ou fenômenos sociais, bem como detalhar acontecimentos, depoimentos e situações que qualificam a análise dos discursos de forma mais ampla.

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

Já a abordagem qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa 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 equivale a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser resumidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2007a).

Ainda segunda a autora supracitada, deve-se considerar também que o campo da saúde corresponde uma realidade complexa a qual engloba os aspectos sociais do ser humano, a sua essência, o seu saber, para um olhar além do aspecto biológico e que transita nas relações dos indivíduos com o meio, dimensões profundamente relevantes nas pesquisas de abordagem qualitativa.

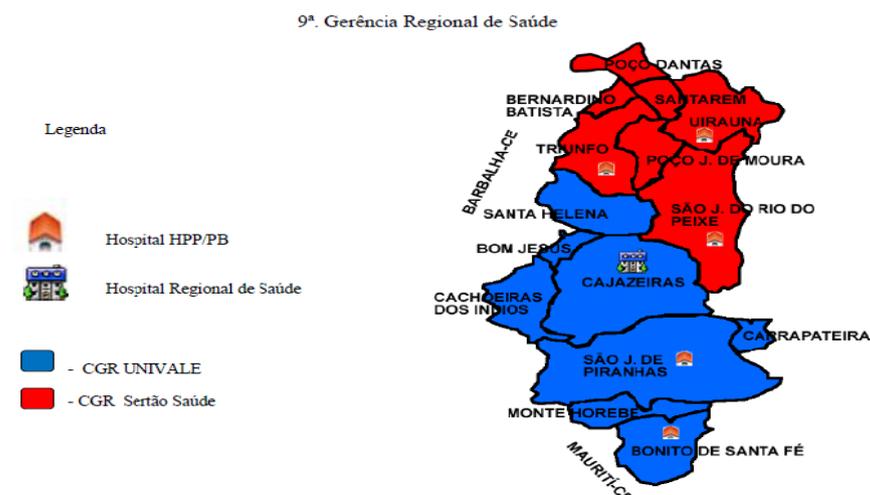
Nota-se nesse tipo de abordagem um elevado grau de envolvimento do pesquisador, além de alto grau de complexidade em termos de pressupostos, coleta, transcrição e análise dos dados. Identifica-se que, em geral, a coleta de dados desenvolveu textos que foram interpretados baseados em diferentes técnicas analíticas (GUNTHER, 2006).

Remetendo aos sujeitos desta investigação, os enfermeiros da Atenção Básica, torna-se necessário considerar suas realidades, seus ambientes de trabalho, as relações ali estabelecidas, para que assim seja possível alcançar, de forma satisfatória, os objetivos desta pesquisa, o que é viável por meio da abordagem qualitativa (MINAYO, 2007b).

#### 4.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Atenção Básica do município de Cajazeiras no estado da Paraíba. Esta cidade consta atualmente cadastrada 19 Equipes de Saúde da Família. Faz parte da 4ª Macrorregião de Saúde e 9ª Gerência Regional de Saúde da Paraíba. É considerada uma cidade universitária por abranger instituições de ensino superior, tanto públicas quanto privadas (PARAÍBA, 2008).

Logo, todas as unidades de saúde da sede de Cajazeiras são campo para estágios dos acadêmicos de Enfermagem o que contribui para o processo permanente de capacitação dos enfermeiros, uma vez que os mesmos atuam também como preceptores.



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

Cajazeiras está situada 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 km<sup>2</sup>. Possui 58.446 habitantes, sendo 52,2% (30.508) da população composta por mulheres e 47,8% (27.938) por homens (IBGE, 2010).



Fonte: <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/CAJA046.pdf> (acesso 26/08/2014)

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

### 4.3 Participantes da pesquisa

Antes de iniciar essa discussão, é imprescindível ressaltar que para Minayo (2007a) a ideia de amostragem não é a mais indicada para certos tipos de estudos, especialmente aqueles

de cunho qualitativo. Isto se deve ao fato que o “universo” em questão são as representações, as práticas, os saberes e as atitudes dos sujeitos em si.

Os participantes desta investigação são constituídos pelos 16 enfermeiros que integram as 19 Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica de Cajazeiras. Foi adotado como critério de inclusão somente os enfermeiros que trabalham há mais de doze meses na unidade de saúde. Entende-se que esse período seja o mínimo necessário para que o enfermeiro esteja familiarizado com a dinâmica da AB. Foram adotados como critérios de exclusão os enfermeiros que estavam de férias, licença-saúde ou afastados.

#### **4.4 Coleta de dados**

Utilizou-se a entrevista semiestruturada como a técnica de coleta de dados, obtendo assim, informações para a análise, a partir das impressões individuais sobre aspectos relacionados aos objetivos do estudo.

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

Conforme Flick (2009), a entrevista semiestruturada é amplamente utilizada nos estudos de abordagem qualitativa, em virtude, principalmente, da maior possibilidade dos entrevistados expressarem o seu ponto de vista sobre determinado assunto.

A entrevista semiestruturada possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-estabelecidas pelo investigador. Assim, julga-se sua utilização adequada, uma vez que possibilitará obter, por meio do depoimento de cada um dos entrevistados, o conteúdo pretendido e necessário para a análise e interpretação à luz do referencial e dos objetivos formulados (MINAYIO, 2007a).

Por ser a entrevista semiestruturada um instrumento imprescindível de coleta de dados, as questões necessitam ser coerentes em seus objetivos, possibilitando, assim, delinear o

objeto de trabalho, ampliar e aprofundar a comunicação e viabilizar a expressão dos sentimentos e valores dos enfermeiros.

A entrevista foi realizada individualmente, constando de questões fechadas, que permitiram a caracterização do perfil dos sujeitos, e perguntas abertas, norteadoras sobre o assunto e respeitando a livre expressão de suas representações (APÊNDICE A). As entrevistas foram gravadas com a autorização dos entrevistados, nas próprias unidades de saúde em sala reservada.

#### **4.5 Análise e interpretação dos dados**

A interpretação dos dados é uma atividade de responsabilidade do pesquisador, que subsidiada pelo referencial teórico, fomenta a aproximação com os dados, com os sujeitos do estudo e com as próprias inferências do investigador. Assim, as informações deste estudo foram analisadas por meio da Análise de Discurso (AD), compreendendo que esta possui respaldo para o entendimento dos sentidos interconectados ao tempo e ao espaço das práticas, mediado pelo discurso, pela história e seu contexto social, sendo este discurso visto ainda como espaço de compreensão entre língua, ideologia e sentido para aqueles que o proferem (ORLANDI, 2009).

A AD é uma disciplina interpretativa, que almeja interrogar os sentidos fixados em inúmeras formas de produção, tanto verbal quanto não verbal, bastando que sua materialidade elabore sentidos para a interpretação. O entendimento dos sentidos leva em consideração, o contexto social e histórico do indivíduo que o enunciou e faz uma re-leitura, uma nova interpretação do que foi dito (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

A AD trabalha as contradições de outras disciplinas. Envolve a exterioridade excluída pela linguística e adiciona a linguagem que as ciências sociais rejeitam em decorrência do exterior, centralizando assim nos sujeitos e situações. Para a AD o social forma a língua, onde as construções discursivas remetem-se ao mundo para aquele ser e não como o mundo é (ORLANDI, 2007).

Orlandi (2006a) coloca que a AD tem como unidade o texto, a sua materialidade, pensando seu funcionamento em relação às condições de produção, à sua exterioridade, e assim, a historicidade inscrita nele, apontando-o como um objeto linguístico-histórico. Ainda de acordo com a autora o texto apresenta-se como um objeto como começo, meio e fim, sendo que, sua incompletude (do texto) se instala quando é pensado do ponto de vista do discurso. Logo, o texto é considerado como uma unidade de análise inteira que possui relação com outros textos, porém não é uma unidade fechada.

Segundo Orlandi (2006b) a AD retrata uma teoria crítica que aborda a determinação histórica dos processos de significação, o que pressupõe trabalhar com os processos e as condições de produção da linguagem. Nesse sentido, considera-se a materialidade, de natureza histórico-social do texto, e, a partir da historicidade inscrita nele, objetiva-se a compreensão da sua relação com a exterioridade que o constitui e dos processos de constituição do sujeito, que instituem o funcionamento do discurso, ou seja, o discurso e o texto são considerados distintamente, já que o discurso é definido como prática linguística e o texto como produto do discurso que conserva nele mesmo as pistas, os elementos que dizem respeito à materialidade histórica.

O discurso, de acordo com Orlandi (2007) torna possíveis as reflexões acerca os sujeitos e suas situações, desconstruindo o sentido de real que é apresentada, trabalhando, com isso, seus processos de produção. Assim, o discurso pode ser visto como a conexão entre o inconsciente e a linguagem.

A AD possibilita o desvelar de uma ideologia que se solidifica de maneira complexa por não estar de forma deliberada exposta nas falas, e sim obscura nas entrelinhas. Para a interpretação desse discurso é imprescindível compreender a história como pano de fundo, não se restringir ao dito, mas sim em como esse dizer é elaborado (ORLANDI, 2008).

A AD se define pela sua proposta das novas maneiras de ler, colocando o dito em relação ao não dito, ao dito em outro lugar, problematizando as leituras de arquivo, expondo o olhar do leitor à opacidade do texto (ORLANDI, 2008).

Na AD, cabe ao investigador formular uma questão de que desencadeará e norteará a análise do material, uma vez que cada material de análise necessita que seu pesquisador, conforme a questão que formulada, mobilize conceitos que outro pesquisador não mobilizaria,

face as suas (outras) questões. Desse modo, ressalta-se que o dispositivo teórico da interpretação singulariza-se em um dispositivo analítico determinado, mediante a questão posta pelo pesquisador, a natureza do material de análise e a finalidade (objetivo) das análises (ORLANDI, 2009).

Conforme Orlandi (2009) a natureza dos materiais analisados, a questão posta, as diversificadas teorias dos distintos campos disciplinares, tudo isso forma o dispositivo analítico construído pelo pesquisador.

No que se refere aos procedimentos de análise, um dos primeiros pontos a considerar é a constituição do *corpus*. Entende-se que a melhor forma de atender a questão de constituição do *corpus* é elaborar montagens discursivas que sigam critérios que decorrem de princípios teóricos da análise de discurso, face aos objetivos da análise, e que possibilitam chegar à sua compreensão. Esses objetivos, em sintonia com o método e os procedimentos, não almeja a demonstração, mas a mostrar como um discurso funciona produzindo (efeitos de) sentido (ORLANDI, 2009).

Neste sentido a AD configura-se como dispositivo utilizado para interpretar os vestígios e pistas deixados pelos sujeitos ao longo do *corpus*. Para tanto, Orlandi (2009) direciona três etapas, as quais foram percorridas ao longo da análise: passagem da superfície linguística para o objeto discursivo; passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e passagem do processo discursivo para a formação ideológica.

Na primeira etapa a transcrição ocorreu de forma literal preservando todas as particularidades discursivas, além disso, foi destacada a enunciação no contexto discursivo e uso de recursos pelos sujeitos, buscando, com isso, preservar os sentidos produzidos (GOMES, 2007).

Após a transcrição torna-se necessário a reconstrução da materialidade linguística por meio da inserção de símbolos no *corpus* da pesquisa com a finalidade de entender as falas em envolvimento das formações discursivas presentes (GOMES, 2007).

A simbologia utilizada na dessuperficialização do *corpus* discursivo e sua devida explicação serão apresentadas a seguir conforme indicado por Gomes (2006):

1. *(itálico)*: Comentários do pesquisador clarificando o contexto da enunciação, como movimentação do sujeito, a quem ou a que se referem, motivações que fomentaram os participantes a falarem, entre outras coisas.
2. ... Incompletude do pensamento.
3. > Interrupção da fala de um sujeito por outro.
4. < Interrupção da fala de um sujeito pelo pesquisador.
5. (INAUDÍVEL) Fala não pode ser transcrita, já que é inaudível.
6. SUBLINHADO Quando ocorrem falas simultâneas.
7. / Pausa breve na fala do sujeito.
8. // Pausa longa na fala do sujeito.
9. \_ Início da enunciação.
10. \* Inconclusão do dizer.
11. **Negrito** Ênfase no dizer

O uso desses marcadores de produção de sentido possibilitam a dessuperficialização do *corpus*, caminhando da superfície para o objeto do discurso (GADET; HAK, 1997). É necessário leituras exaustivas do *corpus* a fim de superar a análise apriorística dos discursos e conseqüentemente a compreensão do objeto discursivo (GOMES, 2007).

Na segunda etapa foram utilizados os seguintes dispositivos analíticos: metáfora; polissemia, paráfrase, interdiscurso e a negação. A identificação destes dispositivos possibilitou compreender os sentidos das palavras e dos enunciados, fundamentais ao processo de desvendamento de uma discursividade (GOMES, 2006).

Metáfora é definida como o fenômeno semântico construído por uma substituição contextual, pelos deslizamentos de sentidos, é a tomada de uma palavra pela outra por meio de um mecanismo de transferência.

Polissemia externa os múltiplos sentidos construídos pelo sujeito, o diferente do já dito. Representa uma ruptura na continuidade discursiva e onde se possui a escassez do discurso e, após esta, novos sentidos são elaborados. Este dispositivo, por sua vez, comprova para uma mesma palavra sentidos diferentes quando ela situa-se em formações discursivas distintas.

Paráfrase constitui o que se mantém em todo dizer, isto é, o dizível, a memória, representando o retorno aos mesmos espaços do dizer. A partir desse dispositivo, podem ser produzidas diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado.

Interdiscurso o sujeito, o sujeito constrói o seu dizer remetendo-o a outros discursos em decorrência da sua aproximação com os mesmos e das suas posições ideológicas. Esta condição resulta também da posição que o sujeito ocupa no contexto do discurso, sendo chamado de memória discursiva, o saber discursivo que torna viável todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está no alicerce do dizível (GOMES, 2006). No interdiscurso, o dizer também é retomado, porém em uma relação de esquecimento que insiste em dizer algo que já foi dito, mas que possui status de “novo” para o sujeito, uma forma de ser original (ORLANDI, 2009).

Negação surge no interior da memória discursiva evidenciado o sujeito constituído pelo esquecimento do que o determina. Entretanto, negar o inconsciente não representa que ele não exista, ele persiste mesmo assim, nos atos falhos, fazendo sonhos, articulando sintoma, definindo estrutura, lançando efeitos a sua história de vida (INDURSKY, 1990).

Além de identificar os dispositivos analíticos, também houve o trabalho com a compreensão do silêncio, entendido como necessário para a produção do sentido. Esse pode se apresentar como silêncio fundador, como condição de significação, “lugar” que permite à linguagem significar, pois resulta de uma incompletude constitutiva da linguagem quanto ao sentido. Ainda pode ser percebido como silenciamento ou política do silêncio, pois se dá a partir de um recorte entre o que se diz e o que não se diz, uma vez que todo dizer apaga necessariamente outros sentidos possíveis (ORLANDI, 2002).

Por fim, na última etapa, busca-se compreender as relações de formações discursivas com os efeitos da ideologia, considerando que as formações ideológicas deixam marcas linguístico-discursivas, as quais o analista de discurso busca em seu dispositivo de

interpretação. Entende-se que não há produção de sentidos sem ideologia e de que todo signo é ideológico (BAKHTIN, 2006).

Assim, o gesto de interpretação se dá, haja vista que o espaço simbólico é marcado pela incompletude, pela relação com o silêncio. Associa-se a isto o fato de que interpretação é o vestígio do possível e o lugar próprio da ideologia, sendo materializada pela história (ORLANDI, 2007).

É fundamental considerar que, na AD não se objetiva a exaustividade que se chama horizontal (em extensão), nem a completude, ou exaustividade em relação ao objeto empírico. A exaustividade desejada que chamada vertical, deve ser considerada em relação aos objetivos da análise e sua temática. Essa exaustividade vertical (em profundidade) leva a consequências teóricas relevantes e não trata os “dados” com simples ilustrações. Trata de “fatos” da linguagem com sua memória, sua espessura semântica, sua materialidade linguístico-discursiva (ORLANDI, 2009).

Com essas considerações metodológicas, a análise discursiva atende a proposta do estudo, cujo enfoque incide sobre análises enunciativas, para além das evidências, sentidos produzidos em contextos históricos e sociais e discursos circulantes sobre a identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica.

Para a melhor identificação dos dispositivos analíticos foi atribuído as seguintes cores no *corpus* discursivo:

**ROSA:** Paráfrase

**VERMELHO:** Polissemia

**AZUL:** Interdiscurso

**VERDE:** Metáfora

#### **4.6 Aspectos éticos**

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior, o qual irá envolver além do município de Cajazeiras, a atenção Básica da Cidade de Maracanaú no estado do Ceará. A pesquisa teve

início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição de ensino, sob número de parecer 965879. A participação no estudo foi iniciada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), elaborado em duas vias, assinado pelo convidado a participar da investigação, bem como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias, constam o contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP.

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

Em primeiro lugar foi encaminhado às Secretarias de Saúde da Atenção Básica dos municípios em que se realizou a pesquisa, um documento solicitando a permissão para a execução do projeto, especificando os objetivos do estudo e os riscos envolvidos, destacando-se que os possíveis benefícios da pesquisa serão mais amplos.

## **5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **5.1 Caracterização dos participantes da pesquisa**

Foram entrevistados 16 enfermeiros, no município de Cajazeiras-PB, onde 11 desses enfermeiros trabalham nas Unidades Básica de Saúde (UBS) do contexto urbano e 5 no contexto rural.

Dos 16 participantes desse estudo, 15 eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Resultados semelhantes de uma pesquisa que apresentava o perfil do gênero dos profissionais da Atenção Básica no município de Maracanaú, Ceará, apresentou que dos 32 enfermeiros investigados como sujeitos do estudo, a maioria era do sexo feminino, 30 (FERNANDES et al. 2013).

Esses achados refletem o processo histórico de formação da enfermagem enquanto categoria profissional, visto que a mulher sempre esteve atrelada ao ato de cuidar, em decorrência da própria relação da maternidade, o que reverbera nos fundamentos dessa profissão, sendo marcante, ainda hoje, o gênero feminino no desenvolvimento das práticas da enfermagem.

Corroborando com isso, segundo Pereira (2008), é possível constatar que o profissional de enfermagem possui de acordo com o cenário social, características femininas, as quais são imprescindíveis para ser um bom cuidador. Isso por conta da composição cultural de gênero o qual posiciona a mulher como sensível, meiga, amável, dócil e atenciosa. Esses resultados confirmam uma característica marcante da história da Enfermagem, uma profissão majoritariamente feminina desde o seu princípio (BARROS et al., 2011).

No que diz respeito à idade dos participantes da pesquisa a maior frequência está entre 31 a 35 anos, totalizando seis enfermeiros inseridos nessa faixa etária, seguido de 26 a 30 anos, com cinco enfermeiros. Esse resultado é semelhante ao encontrado na cidade de Ceará-Mirim, no Rio Grande do Norte, em que a média da idade dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 35,4 (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010).

Apesar dos participantes apresentarem certa experiência de vida, não significa, obrigatoriamente, experiência profissional, uma vez que 14 atuam de um a cinco anos e dois atuam de seis a dez anos na Atenção Básica, o que demonstra o pouco tempo de atividades nesse cenário de atuação.

O limitado tempo desses profissionais nesse nível de atenção, pode ser em decorrência da criação “recente” do Programa Saúde da Família (PSF), 1994, bem como devido a vários municípios ainda não possuírem um quadro efetivo de profissionais concursados, sendo ainda recorrente a contratação por cargos comissionados, o que leva a precarização do processo de trabalho e consequentemente a elevada rotatividade dos profissionais de enfermagem.

No que se refere à pós-graduação, de todos os participantes apenas dois não possuem especialização. As áreas que são mais escolhidas pelos enfermeiros são os cursos relacionados à Atenção Básica, sendo seis em Saúde da Família. As outras especializações nesse âmbito realizadas pelos sujeitos são: Saúde Coletiva; Saúde da Família; Programa de Saúde da Família e Saúde Pública. O interesse por esses cursos pode ser justificado pela necessidade de atender as demandas da competitividade do mercado de trabalho. Quanto mais qualificado for o profissional maior será a probabilidade de conseguir um emprego, assim como também a expectativa por melhores remunerações. Outro ponto que contribui para a busca de pós-graduação é o desejo por um perfil profissional diversificado, além da viabilidade de trabalhar em outros campos, como o ensino (VARELLA, 2008).

Já as especializações fora do contexto da Atenção Básica (AB) estão Urgência e Emergência, Unidade de Terapia Intensiva, Enfermagem do trabalho e Obstetrícia. Cabe destacar também o curso de Geriatria e gerontologia. Essa relação com áreas fora do contexto da AB, podem estar relacionadas a vinculação desses profissionais com outros níveis de Atenção à Saúde, como Hospitais da região estudada.

Por fim, ressalta-se que a maior parcela dos participantes dessa pesquisa apresenta o contrato temporário como forma de vínculo empregatício, conforme abordado anteriormente, sendo apenas cinco enfermeiros com o vínculo de regime estatutário.

Há uma relação evidente entre a contratação temporária e a precarização do processo de trabalho. Entre as várias consequências dessa forma de vinculação está a desproteção social, isto é, a instabilidade com relação aos direitos e benefícios trabalhistas, refletindo na

vulnerabilidade social dos profissionais com esse tipo de vínculo empregatício (PINTO; MENEZES; VILLA, 2010), o que pode prejudicar as ações desenvolvidas, visto que a rotatividade elevada fragiliza a criação de vínculo entre o trabalhador da saúde e os usuários.

## 5.2 Formações Discursivas

### 5.2.1. Cotidiano de práticas do enfermeiro na Atenção Básica e a implicação na identidade profissional

O cotidiano de práticas do enfermeiro na Atenção Básica (AB) é influenciado diretamente pelos princípios doutrinários, bem como organizativos do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo marcante a busca de um cuidado longitudinal, com vistas à promoção da saúde e a prevenção de agravos da população adscrita.

A menção das atividades de promoção e prevenção são recorrentes nos dizeres parafrásticos dos enfermeiros, isto é, aquele dizer que há sempre algo que se repete, sendo o dizível, a memória presente no discurso (OLANDI, 2013), sendo os mesmos apresentados a seguir:

Enf04: \_Atenção Básica é uma rede, certo? De prevenção e promoção, certo? A atenção desses pacientes de uma determinada área.

Enf15: \_Atenção básica é uma estratégia para trabalhar com **prevenção e promoção** da saúde, né?

Enf 16: \_Bem, Atenção Básica é um conjunto de ações, né? Voltados a promoção e a prevenção de agravos, com direito individual e coletivo.

Com base nessas falas nota-se a convergência dos discursos dos enfermeiros com a portaria 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica, em que é marcante a busca de ações

que prezem, tanto de forma individual, quanto coletiva, pela promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2011).

Em revisão integrativa realizado acerca da produção do conhecimento sobre promoção da saúde e pratica da enfermeira na Atenção Primaria, foi bastante comum na literatura as ações com base na prevenção de doenças, assim como na promoção da saúde, sendo esta última interpretada como um campo de práxis capaz de modificar a realidade social e a própria prática da enfermagem (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Para Oliveira e Pereira (2013), as principais estratégias para se alcançar a promoção e prevenção na AB, seria por meio de uso de tecnologias de cuidado, alicerçadas preferencialmente nas tecnologias leves, como o acolhimento, escuta, vínculo, negociação e fala.

Acredita-se que essas tecnologias de cuidado fomentam a participação dos atores sociais na construção do seu autocuidado, ou seja, o empoderamento do processo saúde, doença e cuidado que permeia o cotidiano desses atores que buscam os serviços de saúde a fim de solucionar os seus problemas de saúde.

Porém, mesmo com essas paráfrases sobre as ações de promoção e prevenção, o que acaba emergindo nos dizeres são as polissemias, isto é, o deslocamento nos processos de significação, o equívoco no discurso (ORLANDI, 2013) dos enfermeiros, o qual é demonstrado no fragmento do *corpus* discursivo a seguir:

Enf15: \_Atenção básica é uma estratégia para trabalhar com **prevenção e promoção** da saúde, né? Só que eu acho que, infelizmente, ela não funciona como deveria/, porque as pessoas elas estão bitolados a tomar só o remédio/ e fazer exame, elas não trabalham, elas não aceitam a prevenção, as orientações, muitas vezes dadas, eles não aceita, eles gostam mesmo é da/, do medicamento [...] Eles não veem uma Atenção Básica como ela realmente é só com a promoção da Saúde.

Observa-se com essa polissemia, a ruptura no discurso, sendo a prática desenvolvida pelo enfermeiro no campo da AB ainda influenciada pelo modelo tradicional de assistência à saúde, com ênfase nas ações prescritivas e medicamentosas. Esta situação condiciona o

enfermeiro à uma prática ambivalente, ora visando atividades com base na clínica ampliada e o uso de tecnologias leves, porém fomentado fortemente pelo modelo biomédico.

Fernandes et al. (2013) também encontraram em pesquisa realizada com enfermeiros da Atenção Básica no Ceará, resistência da população em aderir às ações de prevenção e promoção, priorizando somente as medicações prescritas por esses profissionais.

Essa resistência reflete o processo histórico de desenvolvimento dos modelos de atenção à saúde, principalmente do modelo biomédico focado na concepção clínica da fisiopatologia, que negligencia outros elementos determinantes do processo saúde, doença e cuidado, como quesitos culturais, políticos e econômicos. Tal paradigma assistencial tradicional ainda é bastante recorrente nos serviços de saúde brasileiro (CEOLIN et al. 2009).

Ainda para Fernandes et al. (2013), esse modelo de assistência à saúde influenciou e permanece influenciando tanto os profissionais da saúde, como os próprios atores sociais que buscam a Atenção Básica, situação esta constatada inclusive nesta pesquisa. Esse modelo com abordagem individualista, guia as ações aos sujeitos doentes, com ações e saberes culturalmente interiorizados e reproduzidos mecanicamente na Atenção Básica (FRANCO; MERHY, 2007).

Outro ponto presente nas falas dos enfermeiros, com relação ao cotidiano de práticas, é o dizer parafrástico das ações com base nos programas ministeriais, as quais são organizadas por meio do cronograma com o intuito de planejar a demanda da comunidade adscrita ao território de atuação.

Enf05: \_ Assim, o cronograma segunda é pré-natal, terça é minha folga, na quarta pela manhã é/ hiperdia, e à tarde citológico, quinta pela manhã é citológico e à tarde visita domiciliar e na sexta é demanda livre, **mas nunca ocorre**, sempre a gente marca pré-natal, mas eles não vêm, eles vêm na sexta e assim eu pelo menos eu não mando voltar, eu faço.

Enf14:[...] nesse cronograma eu boto, segunda-feira é pré-natal, na terça-feira é minha folga, na quarta citológico, na quinta demanda livre, posso atender hipertenso, diabético e na sexta-feira eu sempre deixo pra puericultura.

Observa-se, no sentido que emergiu nos fragmentos expostos, que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros são ancoradas em práticas reducionistas, uma vez que ora prioriza uma certa doença apresentada pela população, ora foca em procedimentos técnicos, sendo esses os pilares das ações diárias realizadas por essa classe profissional.

Em um estudo realizado com enfermeiros da AB na cidade de Maracanaú no estado do Ceará, também foi notório o destaque das ações assistenciais de acordo com a programação do Ministério da Saúde e, principalmente, a luz da clínica individual, curativista e sem conseguir romper com a compreensão do processo saúde/doença como produção social, já que as atividades de cuidado demonstradas estão focadas a grupos específicos, com ênfase nas doenças, procedimentos e tratamento medicamentoso (FERNANDES et al, 2015b).

Discursos semelhantes com ações restritas também foram encontrados na investigação de Matumoto et al. (2011) com enfermeiros da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, onde foram identificadas também como principais práticas desse profissional o exame de prevenção ginecológica, a visita domiciliar, as consultas de puericultura, pré-natal, planejamento familiar e atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos. Isto é, o enfermeiro desenvolve o cuidado na Atenção Básica limitado aos protocolos de atendimentos (KAWATA et al., 2011).

No entanto, as práticas do processo de trabalho que o enfermeiro desenvolve na AB poderiam ser realizadas independentes da programação do Ministério da Saúde, uma vez que na legislação dessa categoria profissional estão contempladas como atividades que podem ser implementadas nesse cenário de atuação a consulta de enfermagem, prescrição da assistência, elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde e atividades de educação visando à melhoria de saúde da população (BRASIL, 1986).

Portanto, faz-se necessário um movimento ascendente dos enfermeiros inseridos na AB de romper com essas práticas tradicionais e buscar agregar em seu cotidiano novas possibilidades de produção do cuidado, como a clínica ampliada, uma vez que a mesma, segundo Heck et al. (2012), busca a construção do plano de cuidado com ênfase no usuário, ou seja, além da doença atentar para o contexto em que o sujeito está inserido. Essa estratégia tem como objetivo a cura e o alívio do sofrimento, bem como o oferecimento de condições para que os usuários desenvolvam sua autonomia para lidar com as suas condições de vida.

Outra atividade que foi citada como parte do processo de trabalho do enfermeiro na Atenção Básica são as ações de liderança, a qual possibilita gerenciar, como também supervisionar os setores e os serviços desenvolvidos pelos profissionais da unidade.

Enf 03:[...] **eu coordeno a sala de vacina**, eu como enfermeira eu tenho que, que, que especificar se tá limpa, se, se a geladeira tá, tá no horário adequado, o termômetro se/ tá alocada adequadamente, isso é privativo do enfermeiro.

Enf 08:[...]Tem a questão de tá supervisionando o serviço do técnico de enfermagem, seja na sala de vacina ou seja na parte de curativo ou de outra atividade que ele desempenhe.

Enf 01:[...]**Porque se eu não coordenar não vai**.[...] então tem que ter gerenciamento, tem que ter pulso, tem que ter coordenação, isso aí eu acredito que o enfermeiro tem que ser num posto de saúde.

Enf16:[...] **além de ser assistencial também gerencia**.

Entende-se que a liderança deve se fazer presente na AB. Ser líder é a capacidade de influenciar uma pessoa ou um grupo, estimulando atitudes que irão facilitar o alcance de determinada meta. A liderança está cada vez mais inserida na prática da enfermagem, visto que o enfermeiro, cotidianamente, está exposto a situações que requerem tomadas de decisões, flexibilidade, resolução de problemas, mediação de conflitos, coordenação da equipe e planejamento das ações desenvolvidas.

Na pesquisa de Paula et al. (2013) sobre o processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família, foi identificada a liderança como competência imprescindível ao gerenciamento e conseqüentemente a organização da unidade de saúde, com vistas ao aperfeiçoamento da qualidade prestada.

Ainda para esses autores a liderança é fundamental para a supervisão das pessoas e serviços, sendo inclusive observada nessa investigação a ênfase do enfermeiro nesse quesito quando fala “**eu coordeno a sala de vacina**”, denotando o sentido de responsabilidade que esse profissional possui com relação a essa atividade desempenhada.

A execução das atividades gerenciais do enfermeiro deve objetivar a organização do processo de cuidado, uma vez que todo esse trabalho deve ser voltado à assistência da população, seja de forma individual ou coletiva. A gerência deve ser uma ferramenta na execução das tarefas nos serviços de saúde, visto que ela possui grande influência na tomada de decisões as quais buscam ações que favoreçam um melhor desenvolvimento no trabalho em saúde (JÚNIOR et al., 2011).

Ainda conforme os discursos acima, nota-se que o enfermeiro “**além de ser assistencial também gerencia**”, ou seja, há no cotidiano de práticas a articulação dessas duas dimensões do processo de trabalho do enfermeiro.

Tal compreensão se aproxima do que Christovam, Porto e Oliveira (2012) definem por gerência do cuidado, isto é, a relação dialética e não dicotômica entre o saber-fazer cuidar e o saber-fazer gerenciar, cuja interação proporciona qualidade e integralidade das práticas desenvolvidas.

Para Fernandes et al. (2015 a) a gerência do cuidado do enfermeiro na Atenção Básica é imprescindível para a viabilização da formação de planos de ações mais eficientes e eficazes. Para esses autores a gerência do cuidado proporciona a visibilidade das práticas do enfermeiro, sendo um dos elementos para a conformação da sua identidade profissional nesse campo de atuação.

Além das ações de prevenção e promoção, atividades assistenciais baseadas na programação ministerial, supervisão das práticas dos profissionais sob sua responsabilidade e dos setores da unidade de saúde, conforme abordado acima, os enfermeiros mencionam ainda que realizam atividades de competência de outras categorias profissionais.

Enf03: \_Tenho como papel educador, coordenador, orientador, é também tem//..., sirvo também como psicóloga (realiza atividades de outros profissionais, no caso o psicólogo)

Enf07:[...] Coisas que não é da minha competência, coisas que... vamos supor é pra o serviço social, eu já fiz aqui, tá entendendo? Coisas que é pra ser/ de um fisioterapeuta, eu já corri atrás e resolvi, tá entendendo?

Enf 10: [...] Você tem que ser um pouco psicólogo, você tem que ser um pouco assistente social, muitas vezes **você tem que ser um pouquinho de tudo**

Há, nessas paráfrases, o dizer atravessado no âmago de uma profissão que ainda buscar firmar as especificidades de suas atribuições, porém em decorrência de diversos fatores intervenientes, às vezes da própria gestão em saúde, acaba por “borrar” as competências específicas do enfermeiro no campo da AB, fazendo com que o mesmo agregue em sua prática elementos de outros profissionais da saúde.

Dentre as limitações apresentadas pela própria gestão está a problemática da incompletude da equipe de saúde da família (ELIA; NASCIMENTO, 2011). Esta situação reverbera no profissional enfermeiro, já que em decorrências das lacunas profissionais, em diversas situações, o enfermeiro é o trabalhador da saúde que acaba por resolver as demandas que inicialmente seria de responsabilidade de outro profissional resolver, fazendo com que se distancie ainda mais do seu núcleo específico de saber-fazer da gerência do cuidado.

Além, disso, com base na complexidade da atuação do enfermeiro na AB, entende-se que a integralidade do cuidado aumenta a percepção do enfermeiro no que diz respeito aos sentimentos, aflições e necessidades dos usuários, fortalecendo o vínculo entre profissional e os usuários (FREITAS; SANTOS, 2014). De acordo com esse fundamento, percebe-se que a ânsia por tentar resolver os problemas de saúde dos sujeitos, os enfermeiros, muitas vezes, acabam por realizar atividades que fogem do âmbito de sua competência, como é observado nos discursos acima.

Em uma pesquisa realizada por Júnior et al. (2011) acerca das atividades gerenciais do enfermeiro na ESF, os enfermeiros entrevistados indagaram sobre a execução de funções que não lhe competem, diante as necessidades dos usuários, isto é, esse profissional acaba colocando as necessidades dos usuários acima dos aspectos legais que corresponde a sua atuação enquanto enfermeiro, podendo com isso, sofrer processos judiciais por realizar ações fora de seus aspectos legais.

O estudo de Lima (2011) também destaca que, por vezes, o enfermeiro realiza ações de outros profissionais, como ações que seriam cabíveis a um psicólogo ou assistente social.

O enfermeiro quando assume o trabalho na ESF desenvolve um desejo de resolutividade dos problemas que assolam a comunidade adscrita ao seu território, isso faz com que esse profissional desempenha diversas funções dificultando a delimitação da sua identidade no âmbito da AB.

Nauderer e Lima (2008) apresentam o termo “Polivalência do trabalho do enfermeiro” para caracterizar a falta de especificidade no trabalho dessa categoria profissional, visto que os usuários buscam o enfermeiro independente do tipo de problema. Como os enfermeiros, geralmente, apresentam um perfil idealizado para não falhar, isto é, devem buscar soluções para tudo que forem lhes requisitadas acabam se desviando das suas funções. Contudo, a indefinição das atividades específicas sobrecarrega as ações cotidianas do enfermeiro, tendo em vista que utilizam parte do seu tempo com atribuições que não fazem parte da sua competência.

Logo, em decorrência dessa gama de atribuições, ora nitidamente percebidas como inerentes ao enfermeiro, ora questionadas como podendo ser delegadas a outros profissionais, a atividade do enfermeiro é parafrasticamente dita como sobrecarregada na Atenção Básica:

**Enf 13: [...]a gente é mil e uma utilidades na unidade**

Enf2: [...] **é um pouco desesperador**, assim que você chega, porque são muitas responsabilidades [...] Então **é muita coisa** e por mais que eu tente falar, colocar/, só tem a dimensão, só sabe quando você assume um posto de trabalho como esse.

Enf 07:[...] **tudo depende de mim pra funcionar** [...] eu acho, assim, que/ não é todo mundo que tá apto para ser enfermeiro de Atenção Básica, não é todo mundo.

Outro ponto a ser discutido é a ambiguidade no trabalho dos enfermeiros. Por um lado, ampliou seu campo de atuação viabilizando a realização de práticas que vão além da enraizada no modelo biomédico. Por outro lado, aumentou de forma considerável a sobrecarga de trabalho a que estão sujeitos conferindo um caráter estressante, tumultuado e propiciador de esgotamento desses profissionais ao funcionamento do serviço (CAÇADOR, 2012).

Em pesquisa de Silva et al. (2013) acerca da percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba, foi constatado a sobrecarga de trabalho como uma situação frequente no ambiente da Atenção Básica. Esse excesso de atribuições fragmenta o cuidado do enfermeiro, além de impossibilitar uma efetivação de um plano de ações com qualidade.

O enfermeiro por agregar essa gama de responsabilidades, torna-se um ator imprescindível para que a AB funcione, como foi visto na ênfase do dizer do Enf 07: **tudo depende de mim pra funcionar**, o que vai de encontro com um dos resultados de uma pesquisa realizada por Rangel et al. (2011) que fez uma investigação sobre os avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família, onde os demais profissionais da equipe consideram que sem o enfermeiro a ESF não é efetiva, sendo esse profissional o responsável por dar resolutividade a todos os problemas que venham a surgir.

Porém, mesmo diante dessa diversidade de atribuições, há no *corpus* do discurso dessa pesquisa o sentido de paradoxo do papel desempenhado pelo enfermeiro, uma vez que mesmo exercendo diariamente uma série de ações, aparentemente há sensação de invisibilidade de sua identidade, como é percebido no seguinte fragmento:

Enf 04: *\_Então é/, infelizmente eu me vejo uma gota no oceano por conta da dificuldade e das atribuições.*

O enfermeiro relata que se enxerga como uma gota no oceano, pois acaba se perdendo diante a série de funções que desempenha, tal relato vai de encontro com o pensamento de Lima (2011) que diz que por incorporar várias atribuições como sendo de sua responsabilidade o enfermeiro acaba tornando seu trabalho invisível perante à equipe de saúde, à sociedade e a si próprio.

A sobrecarga de trabalho dificulta a devida realização dessas atividades, ou seja, confere a sensação de incompletude, o sentimento de que não realizou o que se desejava e que era imprescindível ao funcionamento do trabalho.

### 5.2.2. Do imprescindível ao tudo: identidade profissional do enfermeiro da Atenção Básica

O enfermeiro é considerado um pilar na AB devido a gama de atividades que são desempenhadas por esse profissional, conforme foi abordado minuciosamente na Formação Discursiva sobre o cotidiano de práticas do enfermeiro na Atenção Básica e a implicação na identidade profissional. Dessa forma, o enfermeiro torna-se imprescindível para que o trabalho na ESF aconteça de forma efetiva e eficaz.

Essa enunciação é bem marcante nos dizeres metafóricos dos enfermeiros. A metáfora é definida como o fenômeno semântico construído por uma substituição contextual, pelos deslizamentos de sentidos, é a tomada de uma palavra pela outra por meio de um mecanismo de transferência (OLANDI, 2013), onde o sentido da palavra enfermeiro é transferido para a palavra tudo, como apresentado a seguir.

Enf02: [...] **de tudo é com a gente.**

Enf 03:[...] **o enfermeiro é tudo um pouco**, é coordenador, é orientador, é psicólogo, porque é o que mais tem, é ombro amigo é tudo, é tudo, é tudo mesmo, é burocrático/, é tudo, **ele se vira nos 30 mesmo** (*expressão metafórica*)

Enf 05:[...] o enfermeiro é **o responsável por tudo**

Enf14:[...] é muita coisa pra enfermeiro, tudo é o enfermeiro

A fragilidade da identidade profissional do enfermeiro é determinada pela falta de especificação do papel próprio do profissional. É importante ressaltar que, na AB, tudo está relacionado à capacitação do enfermeiro, o que traduz, na prática, uma não especificidade desse profissional em saber-fazer, resultando em atribulações na conformação da identidade profissional. Logo, o enfermeiro não consegue delimitar seu próprio papel em virtude da sua atitude pessoal e profissional que se dispõe a fazer tudo o que diz respeito ao cliente e a unidade de saúde (GOMES; OLIVEIRA, 2005 a) como é notório nas falas acima.

Entende-se que o enfermeiro é elemento principal da AB, sendo responsável pela efetivação e consolidação da ESF. Verifica-se o destaque no que se refere as práticas de processos cuidadosos e gerenciais, assim como o domínio sobre todas as atividades que são realizadas no âmbito de trabalho, resultando em uma sobrecarga excessiva de funções, como pode ser visto na ênfase do dizer dos participantes quando relatam que o enfermeiro é responsável por tudo.

Esta sobrecarga de trabalho é reconhecida como um desdobramento da contraditória polivalência que leva o enfermeiro a fazer de tudo um pouco nesse cenário de atuação. A polivalência do enfermeiro estabelece um paradoxo na sua prática profissional, pois os motivos da valorização e reconhecimento são responsáveis pela sobrecarga de trabalho a que está sujeito (CAÇADOR, 2012), elementos estes já abordados anteriormente.

Em uma pesquisa realizada em São Paulo, acerca das atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde sobre percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem, foram encontrados resultados semelhantes no que diz respeito à relação do trabalho do enfermeiro ao tudo (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013). Assim como também em outro estudo realizado no interior do Rio Grande do Sul onde os resultados fomentam a imagem do enfermeiro na ESF como útil e necessário (BECK et al., 2009), sendo a presença desse profissional na unidade de saúde como imprescindível para o prosseguimento do processo de trabalho.

Desse modo percebe-se a indispensável função do profissional enfermeiro no âmbito da AB, tornando-o um ator substancial para as atividades sejam efetivadas e que todas as necessidades dos clientes e unidade sejam sanadas.

Mas há de questionar os limites onde a metáfora do tudo é um ponto que demonstra a imprescindibilidade do enfermeiro, ou que na verdade se trata de uma falácia, em que na verdade demonstra a exploração de uma categoria profissional que ao não firmar a sua identidade profissional, acaba se responsabilizando por uma série de ações da unidade básica de saúde e assimilando, com isso, o tudo do serviço, fazendo com que haja o distanciando de um verdadeiro reconhecimento do seu papel na AB.

### 5.2.3. Legislação na conformação da identidade profissional: (des) conhecimento dos enfermeiros da Atenção Básica

Entende-se a que as ações pertinentes à enfermagem devem ser executadas de acordo com os fundamentos que regem a profissão, e é obrigação dos enfermeiros conhecer os princípios e diretrizes da ética e da legislação que dão respaldo para a realização das práticas que estão imbuídas no exercício profissional.

Nos fragmentos a seguir, os enfermeiros relatam em falas parafrásticas sobre o (des) conhecimento acerca da legislação que dão a cobertura para que esses profissionais possam executar legalmente atividades que lhe são atribuídas.

Enf02: \_Respaldo legal eu sei que **a gente tem portaria**, tem a portaria da atenção básica, tem a política da atenção básica, tem os manuais do ministério da saúde que de alguma forma são algum tipo/ de legislação que respaldam nossa prática/, tem assim, não chega a ser lei, né? Mas tem o protocolo hoje em dia, tem o protocolo do enfermeiro da atenção básica a nível de Paraíba que também respaldam nossa profissão e têm as leis e portarias da própria profissão. A lei que regulamenta a consulta de enfermagem, a lei do exercício profissional, acho que tudo isso contempla.

Enf06; \_Existe, existe, mas assim conhecer eu não conheço, a gente tem assim nossa lei do exercício profissional tudo, mas assim conhecer... sabe dos nossos direitos, mas a gente tem sempre que tá recorrendo e tá lá olhando, porque a gente não tem a prática de tá realmente trazendo pra dentro do nosso dia a dia, esse... essa legalidade//, muitas vezes a gente deixa até de fazer por falta de conhecimento dela.

Enf08: \_A gente tem o código de ética, né? E agora foi lançado o protocolo da Atenção Básica pelo Coren da Paraíba e dá uma certa base pra gente conseguir/ atuar, seja com relação a uma dúvida que a gente tenha/, mas eu acho que é isso, acho que o código de ética, né? Que ele dá um norte pra gente/, os próprios manuais do ministério da saúde que eles nos dão essa base pra um atendimento é/, seja pra gestante ou pra criança, eles dão também essa **base de conduta**, é isso.

Há, nas marcas da discursividade, o não dito, entendido como a dimensão que emerge no discurso em decorrência do silêncio e do silenciamento, esta forma de falar algo está externo à estrutura organizada do discurso onde o sujeito busca aparecer como seu único autor quando, na verdade, ele ocupa um lugar na discursividade. (ORLANDI, 2013).

Nota-se o não dito dos enfermeiros quando aborda as leis que respaldam as suas práticas no cenário da atuação na AB, uma vez que há sempre menção que conhecem as legislações específicas, porém acabam por não dizer quais são.

Uma das leis expressada é a do exercício da profissão, ou seja, a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, e dá outras providências (BRASIL, 1986). Nos sentidos apreendidos dos discursos, percebe-se que os enfermeiros não conseguem atrelar as práticas em seu cotidiano na AB com o que já está respaldado nesta lei em específico.

Outro ponto a ser discutido nos dizeres parafrásticos, são ações por base no protocolo do Coren (PB). Esta entidade, almejando respaldar e proteger o enfermeiro da AB, elaborou um guia para nortear as suas atividades, a qual tem por base a própria lei do exercício profissional mencionada anteriormente, em especial o artigo 11º, inciso II, alínea “g” que aborda que o enfermeiro pode prescrever medicamentos estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pelas instituições de saúde (COREN-PB, 2014).

Entende-se que o protocolo supracitado é uma ferramenta imprescindível para a construção dos planos de ações da enfermagem, sendo um fator contextual que implica diretamente na reconstrução permanente da identidade profissional do enfermeiro, já que o mesmo propõe reedições constantes a partir das inovações científicas descobertas.

Há ainda no não dito a referência ao Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ou seja, a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) número 311/2007, que traz todas as condutas que são partes do processo de trabalho do enfermeiro, assim como, os direitos, as responsabilidades, os deveres e as proibições (COFEN, 2007).

Cabe, por fim, destaque a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Novamente emerge o sentido que os

participantes da investigação desconhecem o que é estabelecido nessa legislação, o que fragiliza o desenvolvimento de suas práticas.

Com base nessas discussões, nota-se, portanto, a falta de associação entre o trabalho e a legislação de forma mais precisa. Os enfermeiros mostram uma insegurança ao relatar quais as leis, decretos e resoluções que respaldam a sua atuação profissional, deixando transparecer as lacunas nos discursos acerca dos dispositivos que legalizam o exercício das práticas, o que é constatada na fala do Enf06 “porque a gente não tem a prática de tá realmente trazendo pra dentro do nosso dia a dia, esse... essa legalidade”.

Além disso, o enfermeiro também deixa de realizar algumas atividades que são respaldadas por lei, por desconhecer o que está dentro dos limites de sua atuação, reduzindo a sua autonomia e conseqüentemente a identidade profissional, como é possível observar no trecho ainda do Enf 06 “muitas vezes a gente deixa até de fazer por falta de conhecimento dela” como a prescrição de medicamentos.

O enfermeiro é respaldado quanto à prescrição de medicamentos, assim como, a solicitação de exames complementares dos programas ministeriais, esse profissional também é acobertado acerca da prescrição de antimicrobianos listados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que permitem que o enfermeiro exerça essa ação, quando esta, é regulamentada pela legislação municipal ou estadual (ANVISA, 2012), no caso para os enfermeiros da cidade de Cajazeiras é regulamentado através do protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do estado da Paraíba.

Esse respaldo de prescrição vai de acordo com a Resolução RDC Nº 20, de 5 de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação (ANVISA, 2012) e a Resolução COFEN-195/1997 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro (COFEN,1997).

Essa fragilidade do conhecimento do enfermeiro quanto o seu respaldo legal também foi identificado no estudo realizado na cidade de Sobral, no Ceará. Esta pesquisa analisou os olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família, os resultados demonstraram que o enfermeiro encontra dificuldade nas ações prescritivas, como também, em apresentar liberdade de ação na

prescrição dentro dos programas de saúde da família, outro ponto observado foi a falta de interesse dos profissionais em realizar essa atividade e a crença que a prescrição não faz parte das atribuições do enfermeiro (NETO et al., 2007).

#### **5.2.4. Da dialética à dicotomia no trabalho em equipe na Atenção Básica e a reverberação na identidade profissional do enfermeiro**

Com a proposta da AB, a equipe que a compõe passa a ter uma base interdisciplinar, dessa forma o trabalho multiprofissional é crucial para que haja uma nova maneira de conceber os processos de trabalho, com base na construção coletivo do cuidado, como é visto nos dizeres parafrásticos a seguir.

Enf04:[...] Então, nós fazemos dois processos de construção, um pra construção de agenda mensal, pra discussões de tema e outro pra tratar PTS (*Projeto Terapêutico Singular*), a gente uma vez por mês trazemos um tema, certo? Projeto terapêutico e discutimos voltado a nossa área. Então, agente de saúde tem um acamado, tem um diabético, então a gente traz esse caso desse paciente e discutimos pra dentro desse processo de discussão a gente chegar a um senso de como pode conduzir esse paciente de maneira mais eficaz e melhor.

Enf08: [...] eu acho que se não tiver essa interlocução, essa ligação, o serviço não anda, entendeu? Porque não tem como eu pegar os problemas, o problema tentar resolver sozinha se eu sei, por exemplo, que a médica ela pode ir lá e resolver, ou eu sei que posso acionar o NASF, um fisioterapeuta ou qualquer outro profissional. Então, acho que não tem\*... o enfermeiro ele não consegue, algumas coisas ele possa resolver sozinho, só uma coisa não, muitas, mas eu acho que pra estratégia ela precisa dessa... ela necessita de... é indispensável que exista essa interligação entre todos os profissionais

Enf09: [...] Então, **um tem que tá ligado ao outro**.

A relação dialética é demonstrada na seguinte ênfase do dizer “[...] Então, **um tem que tá ligado ao outro**”. Nesse cenário, quando ocorre a articulação das práticas entre os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde da família, há a integralidade das

ações, isto é, uma atividade ampliada, em que os profissionais visualizam os usuários de forma abrangente, focando não apenas os aspectos físicos, como também as dimensões sociais e subjetivas (VIEGAS; PENNA, 2013).

Para Oliveira e Spiri (2006) a integração entre os membros viabiliza a troca de informações relacionados aos usuários para tomar a conduta conforme a necessidade identificada pela equipe. O trabalho interdisciplinar é fundamental para o cuidado integral, já que os membros conhecem as particularidades das famílias, o que fomenta a abordagem em sua totalidade.

Corroborando a essa discussão Araújo e Rocha (2007) mencionam que a agregação das ações favorece uma prática inter e transdisciplinar na saúde da família, já que o trabalho em equipe é direcionado ao alcance de um projeto assistencial comum. Além disso, há a conotação de divisão de responsabilidades do cuidado, onde todos os membros com suas especificidades, contribuem, com isso, para a qualidade das ações em saúde.

Ainda segundo os autores supracitados, o trabalho integral, por meio da equipe, favorece o cuidado interdisciplinar nas práticas, em que a valorização das diversas disciplinas fomenta a abordagem ampla e resolutiva. Nesse contexto, a responsabilidade da atenção passa a ser descentralizada do profissional médico e passa a ser compartilhada com demais membros da equipe.

Outra questão abordada sobre o trabalho em equipe no discurso é Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), cujo finalidade é ampliar ainda as ações da AB. O NASF foi criado em 2008 formado por equipes multiprofissionais que atuam em conjunto com os profissionais da ESF. A parceria conjectura a revisão da prática do encaminhamento baseada nos processos de referência e contrarreferência, almejando plena integralidade do cuidado físico e mental dos usuários do SUS (BRASIL, 2008).

Para Silva et al. (2012) o NASF deve ser formado por trabalhadores de diversas áreas profissionais, os quais devem atuar em parceria com a equipe de Saúde da Família, compartilhando atividades em saúde nos territórios sob responsabilidade da ESF. Entende-se que o trabalho interdisciplinar ecoa positivamente da prática do enfermeiro, pois incentiva que o mesmo se responsabiliza somente pelo seu núcleo de saber-fazer no cuidado ao sujeito, família e comunidade.

Porém, há um deslizamento no discurso, isto é, uma polissemia no aspecto do compartilhamento de responsabilidades, sendo na verdade, identificado a transferência de responsabilidade, conforme demonstrado a seguir:

Enf05: \_É uma raridade, na verdade não se integra, **cada um no seu quadrado**, sua função, tem uma gestante minha ela que tem... que tá necessitando de tratamento odontológico, já marquei com o dentista, mas também ela nem quis vim e nem ele perguntou, o pré-natal a gestante só faz o acompanhamento com a enfermeira, uma raridade o médico vim, citológico a gente pede pra mostrar só pra ter um respaldo que mostrou ao médico, mas mostra a enfermeira, a enfermeira que dá o diagnóstico e tudo.

Por haver preocupação do enfermeiro na busca de sanar as necessidades do paciente, acaba assimilando funções que não são de sua competência legal. E por estar em “quadrados” diferentes, acabam dificultando a elaboração de um plano de cuidados coletivos fomentando a fragmentação das praticas como também incentivando a enfermeira a agregar em seu cotidiano assistencial competências de outras categorias profissionais, como no caso o profissional médico, conforme observado no discurso, infringindo assim a lei do exercício profissional e conseqüentemente sujeito a responder pelas infrações realizadas.

Logo, quando o trabalho na AB não há articulação das práticas em equipe e conseqüentemente a construção de um plano de cuidado coletivo, as ações acontecem de forma parcelada e isolada, dificultando o encontro de espaços para a elaboração de projeto assistencial local que atenda às necessidades mais amplas da comunidade adscrita (KELL; SHIMIZU, 2010).

### **5.2.5. Formação acadêmica distância oceânica ou circunvizinhas na realização da prática do enfermeiro na Atenção Básica**

Existe a identificação, a partir dos discursos dos enfermeiros, da relação de distanciamento entre a teoria com a prática, sendo observado nesses aspectos os dizeres interdiscursivos, ou seja, o sujeito constrói o seu dizer remetendo-o a outros discursos em virtude da sua afinidade com os mesmos e das suas posições ideológicas (GOMES, 2006). No

interdiscurso, o dizer também é retomado, porém em uma relação de esquecimento repete algo que já foi dito, mas em uma condição de novo para o sujeito, uma forma de ser original (ORLANDI, 2009), sendo demonstrado a seguir.

Enf04: Olha assim, **infelizmente faculdade não prepara**, essa é uma realidade, a gente trabalha muito teoria, a gente estuda bastante, a gente vê semiologia, a gente vê muita coisa, mas quando a gente chega aqui que o usuário senta aí na nossa frente, no início sente um pouco uma sensaçãozinha de impotência, certo?

Enf12: **A formação acadêmica é muito diferente da prática.**

Enf14:[...] **a prática é muito diferente**

As dificuldades de conseguir a aproximação de conteúdos teóricos com as práticas já foram constatadas por Campos et al. (2009) no trabalho intitulado “Articulação teoria-prática e processo ensino-aprendizagem em uma disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva”, demonstrando ser está uma problemática importante no processo de formação do enfermeiro.

Essa inquietação sobre a dicotomia entre a teoria e a prática também foi demonstrada na investigação realizada por Barlem et al. (2012) em que o desenvolvimento das práticas não próximas das funções realizadas pelos enfermeiros é uma situação corriqueira, o que dificulta a tomada de decisão deste profissional ao se deparar com situações até então não vivenciadas.

Entende-se, entretanto, que a prática é inesgotável, sendo as aulas teóricas situações que o futuro profissional pode se deparar, porém essa aproximação só será efetiva quando o sujeito que o vivencia o proporciona, sendo que uma teoria sem prática é “cega” e uma prática sem teoria é vazia.

Há, portanto, certos paradoxos entre a formação teórico-prática e a práxis profissional, o que representa um grande desafio no cotidiano acadêmico da enfermagem. Nesse contexto, entende-se que estratégias pedagógicas, como metodologias ativas, necessitam ser mais exploradas pelos docentes dos cursos, para incentivar essa aproximação (CORBELLINI et al. 2010).

Apesar de ocorrer o interdiscurso, há ainda a percepção da polissemia no *corpus* do discurso, no que se refere à relevância da teoria e da prática para o início da formação da identidade profissional do enfermeiro, conforme apresentado a seguir:

Enf03: \_Teve, teve tanto influência como na teoria como na prática/ e eu acho que isso também depende de cada profissional [...]

Enf06: [...] mas é lá **na academia que a gente começa a construir um pensamento profissional**, é lá o princípio de tudo [...] porque é tudo construção, a gente não sai de lá com uma identidade profissional, **essa identidade profissional não tá construída ainda**, e ela não vai nunca se construir, ela não vai terminar nunca, ela vai se construindo, né?

Para Keiser e Serbim (2009) a formação do enfermeiro está sempre em movimento e em construção contínua. Neste período, fomenta-se a criação de competências que vão além das habilidades técnicas e o conhecimento, onde há uma busca por uma formação de enfermeiros críticos e criativos, almejando um bom desenvolvimento e a qualificação profissional.

Ainda para os autores supracitados, a postura do aluno diante as problemáticas expostas vivenciadas nas aulas teórico-práticas, irão permitir um maior desenvolvimento, que o capacita na tomada de decisões e quanto ao seu posicionamento diante as situações que irão se deparar em seus cotidianos enquanto futuros enfermeiros, assim como vão subsidiar o início da formação da identidade profissional desses sujeitos ainda na graduação, como é possível observar na ênfase do dizer do Enf06: “mas é lá **na academia que a gente começa a construir um pensamento profissional**”.

Segundo Gomes (2002) a identidade profissional abrange cada pessoa de acordo com suas particularidades e características no qual traça o perfil do profissional por meio da identificação de suas habilidades práticas, conhecimentos específicos e atitudes, atribuindo a esses indivíduos a autonomia profissional, elementos estes adquiridos inicialmente no processo de formação dos enfermeiros nas instituições de ensino.

Dessa forma, compreende-se que a gênese da composição da identidade profissional do enfermeiro é alicerçada no ensino acadêmico, uma vez que, os conteúdos, habilidades

práticas e atitudes que são adquiridos na graduação vão influenciar diretamente na identidade profissional do sujeito, considerando que a mesma permanecerá em processo de construção, desconstrução e reconstrução permanente.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O complexo, e por vezes nebuloso, caminho percorrido ao longo da construção desta investigação teve como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros quanto a sua identidade profissional no cenário da Atenção Básica, tendo por base a Análise de Discurso, uma vez que a mesma busca compreender não somente o que foi dito, mas como foi dito o que os sujeitos almejavam dizer.

Na Análise de Discurso entende-se que o *corpus* discursivo possui origem de uma única ideologia, já que a mesma apresenta marcas linguísticas discursivas, sendo esta a origem das seguintes formações discursivas: Cotidiano de práticas do enfermeiro na atenção básica e a implicação na identidade profissional; Do imprescindível ao tudo: identidade profissional do enfermeiro da atenção básica; Legislação na conformação da identidade profissional: (des) conhecimento dos enfermeiros da atenção básica; Da dialética à dicotomia no trabalho em equipe na atenção básica e a reverberação na identidade profissional do enfermeiro; Formação acadêmica distância oceânica ou circunvizinhas na realização da prática do enfermeiro na atenção básica.

Nota-se que ainda há amarras atrelando a identidade profissional do enfermeiro às normas institucionais, condicionando em diversas situações o enfermeiro a realizar práticas divergentes, contraditórias e em alguns momentos distantes do seu núcleo do saber-fazer da enfermagem, ou seja, a gerência do cuidado.

Além disso, o enfermeiro se percebe como imprescindível ao serviço da AB, porém questiona-se o quanto realmente este profissional é fundamental ao serviço, pois em diversas situações o enfermeiro se sobrecarga com uma demanda excessiva de atribuições as quais poderiam ser compartilhadas com outros profissionais. Essa situação proporciona o sentimento que o enfermeiro faz, faz e faz e às vezes não faz nada, dando o sentido de “uma gotinha no oceano”.

Desta forma, entende-se como a Formação Ideológica desta investigação o Fazer da (In) visibilidade, visto que o enfermeiro tenta nesse movimento desempenhar ações que possam repassar a visibilidade de suas práticas, entretanto acaba por se perder ao pulverizar excessivamente as suas práticas, principalmente em algumas situações por desconhecer os limites éticos e legais de sua profissão.

Portanto, com base no que foi percebido nesse estudo, nota-se a importância de novas pesquisas que possam modificar a realidade, seja no ensino e na assistência, com vistas a sensibilizar as reais práticas do enfermeiro, objetivando assim tornar visível o trabalho invisível dessa categoria profissional.

## REFERÊNCIAS

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 20**, de 20 de maio de 2011. Publicações Eletrônicas. 2012. Disponível em <[www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=%E2%80%A6](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?jornal=%E2%80%A6)> Acesso em: 04/11/2015.
- ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.2, p.455-64, 2007.
- 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**, 17(1):223-230, 2012.
- BARLEM, J. G. T. et al. Fragilidades, fortalezas e desafios na formação do enfermeiro. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 347-363, Jun 2012.
- BARROS, T.B; MAIA, E.R; PAGLUICA, L.M.F; Facilidades e dificuldades na assistência ao idoso na estratégia de saúde da família. **Rev Rene [Internet]**, v.12, n. 4, p. 732-41, 2011.
- BAKHTIN, M, **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BECK, C. L. C.; PRESTES, F. C.; SILVA, R. M.; TAVARES, J. P.; PROCHNOW, A. Identidade profissional percebida por acadêmicos de Enfermagem: da atuação ao reconhecimento e valorização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 200-5, 2014.
- 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, 114-9, 2009.
- BERGER, P. L. & LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: um tratado de sociologia do conhecimento** .23ª ed. Petrópolis: Vozes. 2003.
- 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. Decreto-lei nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 de junho de 1987. Seção 1.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os núcleos de apoio à saúde da família NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 2008; 25 jan. Seção 1:47-9.

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.

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. Senado Federal. Constituição Federal de 1998. Brasília, 1988.

BRITO, M.J.M; GAZZINELLI, M.F.G.; MELO, M.C.O.L. **Os estágios identitários da enfermeira-gerente: uma abordagem piagetiana**. Texto contexto-enferm., v.2, n.5, p.212-221, 2006.

CAÇADOR, B. S. C. **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.

CAMARGO, B.I.L; CARO, C.V. El papel autónomo de enfermería en las consultas. **avances en enfermería**, v.28, n. 1, jan/jun, 2010.

CAMPOS, C.M.S. et al . Articulação teoria-prática e processo ensino-aprendizagem em uma disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1226-1231, Dez. 2009.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Texto contexto – enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004. p.259-78.

CEOLIN, T. et al . A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado integral na assistência. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 16, jun. 2009.

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

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

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN 311/2007**. Dispõe sobre o Código de Ética dos profissionais de Enfermagem e da outras providencias. Disponível em: <www.portalcofen.br>. Acesso em 04/11/2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução cofen-195/1997**. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997\\_4252.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html)>. Acesso em 04/11/2015.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DA PARAÍBA, **Protocolo do enfermeiro na estratégia de saúde da família do estado da paraíba/ coren-pb** – Joao Pessoa: Coren-PB, 2014.

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

DUBAR, C. **A socialização**. Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora. 1997.

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

ELIA, P.C.; NASCIMENTO, M. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do Município do Rio de Janeiro. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 745-765, 2011 .

ERMEL ,R.C.; FRACOLLI, L.A. O trabalho das enfermeiras no Programa de Saúde da Família em Marília/SP. **Rev Esc Enferm USP**.v. 40,n.4,p. 533-9, 2006.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA N. T. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 59-81.

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. p. 43-68.

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

FERNANDES, M. C.; SILVA, L. M. S.; MOREIRA, T. M. M. ; SILVA, M. R. F.. Actions Related to Care and Management of Nursing Work Process in Primary Health Care. **International Archives of Medicine**, v. 8, p. 1-7, 2015b.

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

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

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** .11:84, 2010.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E.; JÚNIOR, H. M. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. organizadores. **O trabalho em saúde**:

**olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva.** 4.ed. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-124.

FREITAS,G.M.; SANTOS,N.S.S. Atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde: revisão integrativa de literatura. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 4, n.2, p.1194-1203,2014

GIL, C. R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, Jun 2006.

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

GOMES, A.M.T. OLIVEIRA,D.C. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev. Latinoam Enferm.**; v.13, n. 6, p.1011-8, 2005a.

GOMES,A.M.T, OLIVEIRA,D.C. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.**, v. 58, n. 4, p. 393-8, 2005b.

GOMES A.M.T. **A Autonomia Profissional do Enfermeiro em Saúde Pública: um estudo de representações sociais.** [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Faculdade de Enfermagem/ UERJ; 2002.

GOMES, A. M.T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **R Enferm UERJ**, v. 15, n. 4, p.555-562, 2007.

GOMES, A. M. T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Rev Enferm UERJ.**, v. 14, n. 4, p. 620-626, 2006.

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. 102p.

HECK, R.M. et al . Ação dos profissionais de um centro de atenção psicossocial diante de usuários com tentativa e risco de suicídio. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.21, n.1, p.26-33, Mar. 2012.

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

JÚNIOR,D.A.B.;HECK,R.M; CELOLIN,T.;VIEGAS,C.R.S. Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **R. Enferm. UFSM.**v.1,n.1,p. 41-50,2011.

KAWATA, L. S. et al. Atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 349-55, abr. 2011.

- KAWATA, L.S, MISHIMA, S.M, CHIRELLI, M.Q, PEREIRA, M.J.B. O trabalho cotidiano da enfermeira na saúde da família: utilização de ferramentas da gestão. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 313-20,2009.
- KEISER, D.E.; SERBIM, A.K. Diretrizes curriculares nacionais:: percepções de acadêmicos sobre a sua formação em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**. Porto Alegre (RS).v.30,n.4,p.633-40,2009.
- KELL, M. C.G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, Jun 2010.
- KRAEMER, F.Z; DUARTE, M.L. C; KAISER, D.E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS).v.32,n.3,p.487-94,2011.
- LEVCOVITZ E., LIMA L. D., MACHADO C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2001, 6 (Supl. 2): 269-291.
- LIMA, A. S. **O trabalho da enfermeira na atenção básica**: uma revisão sistemática. 2011. 134 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.
- LIMA,F.R.O., **A identidade profissional da enfermeira na Estratégia de Saúde da Família**. Salvador: 2013.65p.
- LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia**: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- MASCARENHAS, N. B.; MELO, C. M. M.; FAGUNDES, N. C.. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 6, p. 991-999, Dez. 2012 .
- MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; KAWATA, L. S. K.; 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, jan-fev 2011.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª. ed. São Paulo: Hucitec--Abrasco, 2007a.
- MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 25 ed. Petrópolis: Vozes, 2007b.
- NAUDERER,T.M.; LIMA,M.A.D.S. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Rev Latino-am Enfermagem**.v.16,n.5,2008.
- NETO, F.R.G.; MENEZES COSTA, F.A.M.; CHAGAS, M.I.O.; CUNHA, I.C.K.O. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentosa na Estratégia Saúde da Família; **Rev Bras Enferm**, Brasília v. 60, n.2, p.133-40,2007.
- 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**. v.12, n.1, p.50-57, 2004.

OELKE, N. D.; BESNER, J.; CARTER, R. The evolving role of nurses in primary care medical settings. **International Journal of Nursing Practice**. v. 20, p. 629–635, 2014.

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, E.M.; SPIRI, W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev Saúde Pública**. v.40,n.4,p. 727-33,2006.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013.

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

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso**: Princípios e procedimentos- 11º Edição, Campinas, SP: Pontes Editores, 2013.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. 5. ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

ORLANDI, E. P. Análise de discurso. In: ORLANDI, E. P.; RODRIGUES, S. L. (Org.). **Discurso e textualidade**: análise de discurso – o texto nos estudos de linguagem, texto e autoria – semiótica, filologia – retórica e argumentação. Campina: Pontes, 2006a.

ORLANDI, E. P. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. Campinas: Pontes, 2006b.

ORLANDI, E. P. **Interpretação**: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico. 5 ed. Campinas: Pontes Editores, 2007. 156 p.

ORLANDI, E. P. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. 3 ed. Campinas, SP: Editora Pontes, 2008. 218 p.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e fundamentos. 8 ed. Campinas: Pontes, 2009.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. 2008.

PAULA, M.; PERES, A.M.; BERNARDINO, E.; EDUARDO, E.A.; MACAGI, S.T.S. processo de trabalho e competências gerenciais do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev Rene**. v.14,n.4,p.980-7,2013.

PEREIRA, P.F. **Homens na enfermagem**: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. 2008. 104 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 2008.

PINTO, E. S. G.; MENEZES, R. M. P.; VILLA, T. C. S.; Situação de trabalho dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Ceará-Mirim **Rev Esc Enferm USP**. v.44, n.3, p. 657-64.

RANGEL, R.F.; FUGALI, M.M.; BACKES, D.S.; GEHLEN, M.H.; SOUZA, M.H.T. Avanços e perspectivas da atuação do enfermeiro em estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm.** 2011 Jul/Set; v.16, n.3, p.498-504,2011.

SANTOS, C.C. **A Construção social da identidade profissional de serviço social.** Revista Interações. Coimbra: ISMT, 2011b.

SANTOS, L.A.C; FARIA,L. As ocupações Supostamente Subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. **Saúde Soc.** v. 17, n.2, p.35-44, São Paulo, 2008.

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 a.

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.

SILVA, C.C.S.; RODRIGUES, L.M.C.; SILVA, V.K.B.A.; SILVA,A.C.O.; SILVA,V.L.A.; MARTINS,M.O. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba – Brasil. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v. 15,n.1,p.205-14,2013.

SILVA, L.M.S.;FERNANDES,M.C.;MENDES,E.P.;EVANGELISTA,N.C.;TORRES,R.A.M. Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20,n.esp.2,p.784-8,2012.

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, p. 915-921, ago. 2013.

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

VARELLA,T.C.;PIERANTONI,C.R.; Mercado de Trabalho: Revendo Conceitos e Aproximando o Campo da Saúde. A Década de 90 em Destaque Physis. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 18 [ 3 ]: 521-544, 2008.

VIEGAS, S.M.F.; PENNA, C.M.M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 133-141, Mar. 2013.

## APÊNDICES

**APÊNDICE A**  
**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Entrevista nº. \_\_\_\_\_.

**Dados de Identificação:**

1. Sexo: ( ) M ( ) F
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Tempo de atividade profissional: \_\_\_\_\_ anos.
4. Tempo de atuação no PSF: \_\_\_\_\_ anos.
5. Estado civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Outros
6. Pós-graduação: ( ) S ( ) N. Se sim qual? \_\_\_\_\_
- 7 Tipo de vínculo empregatício: \_\_\_\_\_
8. Outro vínculo empregatício: ( ) S ( ) N. Se sim qual? \_\_\_\_\_

**Questões norteadas:**

1. Descreva a atenção básica e como você se percebe nesse espaço?
2. Como você pensa sua identidade profissional enquanto enfermeiro da ESF?
3. Descreva como ocorre sua prática, no cotidiano da Atenção Básica, e como esta se relaciona com sua identidade profissional?
4. Quais ações você destacaria como referência/representação da sua identidade?
5. De que forma o contexto cultural do seu campo de atuação influencia no desenvolvimento da sua prática e na sua identidade profissional?
6. Que instrumentos legais respaldam a sua atuação profissional nesse nível de atenção? De que forma essa legislação se relaciona ou não com sua identidade profissional?
7. Que elementos da sua prática repercutem na delimitação da sua identidade?
8. Como sua prática integra com as práticas dos demais membros da equipe no campo Atenção Básica e como essa relação implica na conformação da sua identidade?
9. Como você percebe as influências da formação acadêmica na realização das práticas 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 dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família**”, vinculada ao projeto maior denominado “**Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus**”, que tem como objetivo clarificar a identidade profissional do enfermeiro no contexto da atenção básica nas ações de gerência do cuidado. Pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista sobre seu cotidiano de trabalho, 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 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 integração com as relações por meio do reconhecimento dos seus companheiros da equipe de saúde, assim como da coordenação dos serviços, com a possibilidade de atuar de forma integrada, e com mais autonomia, favorecendo a Enfermagem demonstrar a contribuição de suas ações para o conjunto do trabalho e para a comunidade.

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 dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados apenas para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados em artigos científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da investigação. Em caso de dúvidas relativas à pesquisa, pode entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por meio dos seus telefones: Acadêmica **Mayara Evangelista de Andrade (83) 9932-1121**; e Orientador da pesquisa **Prof<sup>o</sup>. 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

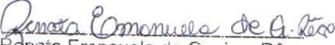
### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que a pesquisa intitulada "Identidade profissional do Enfermeiro na Atenção Básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e *habitus*", à ser desenvolvido pelo (a) pesquisador (a) Marcelo Costa Fernandes, sob orientação Dra. Lucilane Maria Sales da Silva, está autorizado para ser realizado junto a este serviço.

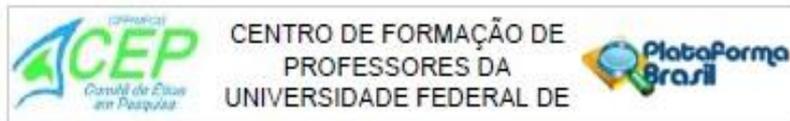
Outrossim, informamos que para ter acesso a qualquer serviço da Rede Municipal de Saúde de Cajazeiras, fica condicionada a apresentação da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, ao Serviço que receberá a pesquisa.

Sem mais,

Atenciosamente,

  
Renata Emanuela de Queiroz Rêgo  
Departamento de educação em saúde

## ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus

**Pesquisador:** Marcelo Costa Fernandes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41377214.5.0000.5575

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 965.879

**Data da Relatoria:** 25/02/2015

#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus, 41377214.5.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes trata de um projeto que tem a finalidade de colaborar nas discussões acerca da identidade e do papel da Enfermagem de forma a incluir nas políticas de saúde e em discussões junto aos órgãos de classe o delineamento ou práticas que mais se aproximam da identidade deste profissional nesta área.

#### Objetivo da Pesquisa:

O projeto IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus tem por objetivo principal clarificar a identidade profissional do enfermeiro no contexto da atenção básica nas ações de gerência do cuidado.

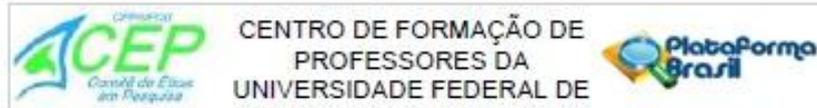
#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus é importante e

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



Continuação do Parecer: 065.079

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:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus, número 41377214.5.0000.5575 e sob responsabilidade de Marcelo Costa Fernandes.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CAJAZEIRAS, 26 de Fevereiro de 2015

---

Assinado por:  
Paulo Roberto de Medeiros  
(Coordenador)

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n  
Bairro: Casas Populares CEP: 58.900-000  
UF: PB Município: CAJAZEIRAS  
Telefone: (83)3552-2075 E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br