



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
DOUTORADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE

MARCELO COSTA FERNANDES

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA:
ENFOQUE NAS AÇÕES DE GERÊNCIA DO CUIDADO EXPRESSAS NAS
ARTICULAÇÕES DO CAMPO E *HABITUS*

FORTALEZA – CEARÁ
2016

MARCELO COSTA FERNANDES

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: ENFOQUE
NAS AÇÕES DE GERÊNCIA DO CUIDADO EXPRESSAS NAS ARTICULAÇÕES DO
CAMPO E *HABITUS*

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Cuidados Clínicos do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva.

FORTALEZA – CEARÁ
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Fernandes, Marcelo Costa.

Identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e habitus [recurso eletrônico] / Marcelo Costa Fernandes. - 2016.

1 CD-ROM: il. ; 4 1/2 pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 157 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Ph.D. Lucilane Maria Sales da Silva.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Enfermagem de Atenção Primária. 3. Papel do Profissional de Enfermagem. I. Título.

MARCELO COSTA FERNANDES

IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: ENFOQUE
NAS AÇÕES DE GERÊNCIA DO CUIDADO EXPRESSAS NAS ARTICULAÇÕES DO
CAMPO E *HABITUS*

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Cuidados Clínicos do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 22/06/2016.

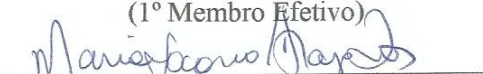
BANCA EXAMINADORA

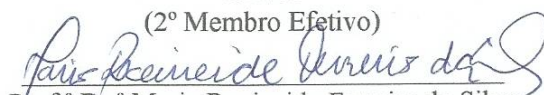

Prof.^a Dr.^a Lucilane Maria Sales da Silva

Universidade Estadual do Ceará – UECE
(Orientador e Presidente)

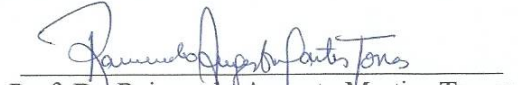

Prof.^a Dr.^a Andrea Borges Leão

Universidade Federal do Ceará – UFC
(1º Membro Efetivo)


Prof.^a Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Estadual Vale do Acaraú -
UEVA

(2º Membro Efetivo)

Prof.^a Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará – UECE

(3º Membro Efetivo)


Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres

Universidade Estadual do Ceará – UECE
(4º Membro Efetivo)

Dedico esta tese aos profissionais enfermeiros, em especial aos da Atenção Básica em saúde, que fazem a diferença para a efetivação dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde com tanta maestria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por abençoar o meu caminho e sempre me mostrar qual direção seguir.

Aos meus pais, Xavier e Nadir, que são as maiores referências de minha vida, por todo o incentivo e apoio de sempre, sem vocês nada disso seria possível. Amo vocês!

A minha noiva e futura esposa, Petra, meu amor e companheira, pelos momentos que passamos juntos, por sempre me incentivar a crescer pessoalmente e profissionalmente, por acreditar no meu potencial e tornar os meus dias mais felizes. Te amo!

A minha irmã Wanessa, meu cunhado Ivo e minha linda sobrinha Isadora, por mostrarem o real significado da família.

À professora Dr.^a Lucilane Maria Sales da Silva, minha orientadora durante onze anos ininterruptos, desde a graduação até o doutorado, que soube conduzir a missão de despertar e manter em mim a visão científica do vasto campo da pesquisa.

À professora Dr.^a Maria Rocineide Ferreira da Silva que desde a graduação me despertou a paixão pela saúde coletiva e que participou diretamente e indiretamente na minha formação enquanto docente e pesquisador desta área.

À professora Dr.^a Thereza Maria Magalhães Moreira por sempre me apoiar e acreditar no meu potencial. A senhora é uma grande inspiração enquanto pessoa, docente e pesquisadora. Muito obrigado pela confiança desde a graduação e por contribuir no meu amadurecimento em todas as etapas da minha formação.

À professora Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias por ter contribuindo desde o início na construção do objeto de estudo desta tese.

À professora Dr.^a Andrea Borges Leão, pela simplicidade e domínio excepcional em abordar e compartilhar um tema tão complexo quanto os conceitos nucleares de Pierre Bourdieu em seminário organizado pelo grupo de pesquisa, momento este que despertou o interesse ainda maior em usar a sociologia bourdieusiana nesta investigação.

Ao Dr. Raimundo Augusto Martins Torres por ter incentivado e contribuído na construção e estruturação da temática foco deste estudo.

Aos meus colegas da segunda turma de doutorado do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), Alcivan, Tereza, Jênifa, Emiliana, Eryjocy, Aurilene, Denizielle e Eysler, pelos bons momentos compartilhados em sala de aula.

À Luana Silva, pela sua contribuição em diversas etapas de construção desta pesquisa, bem como pela sua espontaneidade e carinho, que renovaram o meu espírito na longa caminhada de formação deste estudo.

À Mayara Evangelista, que compartilhou comigo a intrínseca jornada de consolidação do objeto de estudo desta tese, me inspirando na imersão da complexidade que envolve esta investigação.

À Unidade Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* Cajazeiras, pela compreensão dos momentos de ausência nas atividades da graduação, para finalização deste estudo.

Ao Laboratório de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (LATICS) da UFCG, por fomentar a busca de pesquisas no âmbito da Atenção Básica que possam proporcionar mudanças das realidades sociais encontradas.

Ao Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva vinculado ao Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde (LAPRACS) da UECE, por instigar discussões e reflexões sobre a importância da articulação do ensino, pesquisa e extensão para a efetivação da qualidade do ensino superior no país.

A todas e todos que certamente contribuíram de forma direta e/ou indireta para a elaboração deste trabalho e que não foram mencionados.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

(Madre Tereza de Calcutá)

RESUMO

Esta pesquisa visou analisar na discursividade do enfermeiro o *habitus* que conforma sua identidade profissional no campo da Atenção Básica nas ações da gerência do cuidado. Trata-se de estudo qualitativo, desenvolvido de março a outubro de 2015, com enfermeiros, em Unidade Básicas de Saúde de Cajazeiras, Paraíba, e Maracanaú, Ceará. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e verificados por análise de discurso. A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer nº 965.879. Nesta investigação, a Atenção Básica foi entendida enquanto campo, na sociologia bourdieusiana, isto é, espaço social de constante disputa de posições entre os agentes que nele estão inseridos. O elemento preponderante na determinação da posição do agente no campo foi a acumulação de capital, sendo que a sua distribuição de forma desigual marca a relação de dominação e subversão. O enfermeiro disputa a posição ou se compara frequentemente com o profissional médico, sendo a agregação de capital simbólico, com vistas a visibilidade, credibilidade e reconhecimento, o elemento responsável na influência das disposições nesse campo que fomentaram a constituição da identidade profissional. Notou-se também novas possibilidades de produção do cuidado, cuja ações não são fincadas em práticas tradicionais, influenciadas pelo modelo tradicional, mas alicerçadas em tecnologias interacionistas, as quais viabilizam a construção de planos cuidadosos conforme as necessidades apresentadas e conseqüentemente a agregação de capital simbólico, bem como alterações em seu *habitus*, tendo com isso repercussões positivas na atualização de suas práticas e percepções nesse campo de atuação. Percebeu-se ainda que os enfermeiros atrelavam, de forma consciente e inconsciente, a sua identidade profissional à prática e percepção de fazer tudo no campo da Atenção Básica. Assim, há falta da delimitação da identidade profissional do enfermeiro nesse nível de atenção, o que proporciona imprecisão ao seu saber-fazer, como também a não realização da gerência do cuidado nesta área, fomentando desconhecimento da sociedade, acerca da relevância deste profissional para a atenção em saúde de maneira qualificada.

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

ABSTRACT

This research aimed to analyze the nursing discourse habitus that conforms their professional identity in the field of Primary Care in care management actions. It is a qualitative study, conducted from March to October 2015, with nurses in Basic Health Unit Cajazeiras, Paraíba, and Maracanaú, Ceará. Data were collected through semi-structured interviews and verified by discourse analysis. The research started after the project was approved by the Research Ethics Committee in the opinion No. 965,879. In this study, primary care was understood as a field, in Bourdieu's sociology, ie social space of constant dispute positions between agents that are inserted in it. The predominant element in determining the agent's position in the field was the accumulation of capital, and the distribution uneven marks the relationship of domination and subversion. The nurse dispute the position or is often compared to the medical professional, and the aggregation of symbolic capital, with a view to visibility, credibility and recognition, the responsible element in the influence of the provisions in this field that fostered the formation of professional identity. It is also noted new care production possibilities, whose actions are not stuck in traditional practices, influenced by the traditional model, but grounded in interactionists technologies, which enable the construction of cuidados plans according to the needs presented and therefore the aggregation of symbolic capital as well as changes in their habitus, and with this positive repercussions in updating their practices and perceptions in this field of activity. It was noticed also that harnessed nurses, consciously and unconsciously, their professional identity to the practice and perception of doing everything in the field of primary care. Thus, there is a lack of delimitation of the professional identity of nurses at this level of attention, which provides imprecision their know-how, as well as missing the care management in this area, promoting ignorance of society about the importance of this professional for health care in a qualified way.

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

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo analizar el habitus discurso de los enfermeros que conforma su identidad profesional en el ámbito de la atención primaria en las acciones de gestión de la atención. Se trata de un estudio cualitativo, realizado entre marzo y octubre de 2015, con las enfermeras en la Unidad Básica de Salud Cajazeiras, Paraíba, y Maracanaú, Ceará. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas y verificadas por el análisis del discurso. La investigación se inició después de que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la opinión N° 965.879. En este estudio, la atención primaria se entiende como un campo, en la sociología de Bourdieu, es decir, el espacio social de las posiciones de diferencias constantes entre los agentes que se insertan en ella. El elemento predominante en la determinación de la posición del agente en el campo era la acumulación de capital, y las marcas de distribución desigual de la relación de dominación y la subversión. La enfermera discute la posición o, a menudo es comparado con el profesional de la medicina, y la agregación de capital simbólico, con miras a la visibilidad, credibilidad y reconocimiento, el elemento responsable de la influencia de las disposiciones en la materia que fomentaron la formación de la identidad profesional. Hay que señalar también nuevas posibilidades de producción de cuidado, cuyas acciones no están atrapados en las prácticas tradicionales, influenciado por el modelo tradicional, pero basada en tecnologías interaccionistas, que permiten la construcción de planes cuidadosos de acuerdo a las necesidades presentadas y, por tanto, la agregación de capital simbólico así como los cambios en su habitus, y con esto repercute positivamente en la actualización de sus prácticas y percepciones en este campo de actividad. Se observó también que roce enfermeras, consciente o inconscientemente, su identidad profesional a la práctica y la percepción de hacer todo en el ámbito de la atención primaria. Por lo tanto, hay una falta de delimitación de la identidad profesional de las enfermeras en este nivel de atención, lo que proporciona imprecisión su know-how, así como la falta de la gestión de la atención en esta área, la promoción de la ignorancia de la sociedad acerca de la importancia de este profesional para cuidado de la salud de una manera cualificada.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Enfermería de Atención Primaria. Rol de la Enfermera.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	9ª Gerência Regional de Saúde do Estado da Paraíba.....	51
Figura 2 -	Mapa do Estado da Paraíba e em destaque a cidade de Cajazeiras - PB.....	52
Figura 3 -	Mapa com a planta da cidade de Maracanaú - CE.....	53
Figura 4 -	Mapa conceitual sobre a relação do Processo de Trabalho com ênfase na Gerência do Cuidado e a relação com a Identidade Profissional.....	112
Figura 5 -	Mapa conceitual sobre a relação da Gerência do Cuidado com a Identidade Profissional.....	113
Figura 6 -	Mapa conceitual sobre a relação do <i>Habitus</i> e Campo com a Identidade Profissional.....	114

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Análise de Discurso
AVISA	Áreas de Vigilância à Saúde
AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CE	Consulta de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PACS	Programa de Agentes de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RDC	Resolução Diretoria Colegiada
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	PRESSUPOSTOS	22
3	OBJETIVOS	24
3.1	GERAL	24
3.2	ESPECÍFICOS	24
4	REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1	DISSERTANDO SOBRE A IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	25
4.2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OU ATENÇÃO BÁSICA: DEFINIÇÕES E A PROPOSTA NO BRASIL	28
4.3	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E SEU REFLEXO NA CONSTITUIÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	32
4.4	GERÊNCIA DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA E AS IMPLICAÇÕES NA IDENTIDADE DO ENFERMEIRO	37
4.5	CONCEITOS NUCLEARES DA SOCIOLOGIA BOURDIEUSIANA PARA COMPREENSÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL	41
5	MÉTODO.....	50
5.1	TIPO E NATUREZA DO ESTUDO	50
5.2	LOCAL DA PESQUISA	51
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	53
5.4	COLETA DE DADOS.....	54
5.5	ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	55
5.6	ASPECTOS ÉTICOS	59
6	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA	61
7	CONDIÇÕES E FORMAÇÕES DISCURSIVAS NA CONFIGURAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO	63
7.1	ATENÇÃO BÁSICA: CAMPO DE CONTRADIÇÕES	67
7.2	O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM CAMPO MARCADO POR DISPUTAS.....	75
7.3	LEGISLAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: DESCORTINANDO O DISCURSO DOS ENFERMEIROS.....	90
7.4	PRÁTICAS COTIDIANAS PERCEBIDAS NOS DISCURSOS DOS	

	ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	98
7.5	HABITUS DO ENFERMEIRO NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DA PRÁTICA DO “FAZ DE TUDO”	115
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	REFERÊNCIAS.....	131
	APÊNDICES	148
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	149
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	150
	ANEXOS	152
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP- UFCG).....	153
	ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DE CAJAZEIRAS.....	155
	ANEXO C – TERMO DE ANUÊNCIA DE MARACANAÚ.....	156

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como ciência em consolidação, necessita da fixação de uma estrutura de conhecimentos próprios, bem como de uma nomenclatura específica que possa nortear os fundamentos do saber-fazer em seu cotidiano assistencial e, conseqüentemente, guiar o seu processo de trabalho com elementos que represente de forma exclusiva a sua identidade profissional.

Desta forma, a identidade se torna uma celebração dinâmica, ou seja, formada e transformada continuamente, sendo que esse caráter de (re)construção faz com que a mesma permaneça sempre de forma incompleta. Com isso a constituição da identidade é elaborada em relação às formas pelas quais o ser humano é representado e interpelado nos sistemas sociais, isto é, a partir das relações do homem com ele mesmo, com os demais e com a sociedade em que está inserido (HALL, 2014).

Para Lopes (2013) a identidade profissional possui ainda um caráter contextual, com mudanças históricas, de nação para nação e de cultura para cultura, bem como um caráter sistêmico, onde admite que os níveis individual, interpessoal, organizacional e social interferem na construção das identidades de forma específica, mas também conjugada.

No âmbito do profissional enfermeiro, a identidade está intrinsecamente associada ao contexto em que essa categoria realiza suas atividades específicas e a quem destina suas ações, bem como o que resulta dessas atividades. Conseqüentemente a identidade profissional se reconfigura a partir da sensibilização do sujeito que da profissão desfruta como agente e como solicitante de seus benefícios (BELLAGUARDA et al., 2011).

Para Caçador (2012) a construção da identidade profissional do enfermeiro envolve aspectos inerentes à subjetividade das pessoas por interagir-se aos processos formativos, a história de vida, aos valores nos quais se sustentam, às relações que estabelece e a situação a qual pertence.

Entende-se, também, que a identidade para estes profissionais possui uma relação dialética, no que diz respeito aos seus conteúdos simbólicos (atrelando saberes científico-técnico e ético-expressivo) e comunicacionais (mencionadas pela racionalidade informacional) em suas estratégias de ações (LOPES, 2013).

Além disso, a identidade profissional do enfermeiro é formada a partir de vários elementos, entre eles a interação da área com a sociedade em termos de sua função

assistencial, educativa, científica, social e política (PADILHA; NELSON; BORENSTEIN, 2011).

Debate-se sobre o presente e o futuro dessa profissão, mas é imprescindível definir as características específicas da mesma, de forma clara, sem contestação e concordada por todos os pares, sem sofismas e silogismos, apresentando-se o enfermeiro pelo que ele é e não pelo que faz (CAMPOS; OGUISSO, 2008), uma vez que muito do que ele faz se distancia do que ele é, devido a incompreensão da sua identidade profissional.

Assim, mesmo com o avançar das pesquisas e discussões sobre as práticas inseridas no processo de trabalho, a identidade profissional do enfermeiro permanece como algo a ser compreendido. Além das dificuldades em especificar o cuidar, outras questões contribuem para tal. Dentre elas, destaca-se: o perfil maternal conferido a seus atores, caracterizando a Enfermagem como carreira do gênero essencialmente feminina, o que lhe atribui menor status social; o pensamento capitalista que norteia e envolve a organização das instituições de saúde; a formação que favorece a prática tecnicista e centrada na doença e a predominância do saber e poder biomédico no âmbito assistencial com ênfase no curar e tratar em detrimento do cuidar (BORGES; SILVA, 2010).

Entretanto, não se pode apreender a identidade profissional do enfermeiro somente a partir do gênero, das questões capitalistas e de imposições estabelecidas por um modelo hegemônico, proposto como padrão à profissionalização dessa categoria, já que a imposição de valores nesta perspectiva opera como formador de opinião, guiando com isso à construção dos sentidos e à atribuição dos significados que identificam coisas e pessoas numa visão restrita (CAMPOS; OGUISSO, 2008).

Para Oliveira (2006) as dificuldades frente ao entendimento da identidade profissional do enfermeiro devem-se também a percepção conflituosa de si mesmo e de sua prática, bem como a não delimitação de seu espaço e à indecisão de papéis que se faz sentir, o que prejudica a especificação das características das competências do enfermeiro, assim como a definição de sua identidade profissional.

Agregando a essas discussões, pesquisas constataram que a definição da identidade profissional do enfermeiro fica comprometida pela ausência da clareza sobre o objeto de seu trabalho: o cuidar. Este fato é constatado por usuários e familiares que relatam não conhecer qual é o real papel e valor do trabalho exercido pelo enfermeiro (BORGES, 2008; BORGES, SILVA, 2010).

Outro elemento que fomenta a distorção dessa identidade são as crises históricas e evolutivas, as quais em mudanças de época e na própria atualidade interferem na

essencialidade dos traços da prática assistencial, na saúde e do enfermeiro, o que impede o alcance da identidade profissional dessa categoria (CARVALHO, 2013).

Nota-se que os empecilhos de delimitar a identidade profissional do enfermeiro é um fenômeno presente em todos os níveis e cenários de atenção à saúde, porém nesta investigação 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).

Pensando a identidade do enfermeiro no contexto da AB é necessário esclarecer de que forma se desenvolvem as ações deste profissional nesta área. Já que a AB se configura como uma das “portas” de entrada na rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, sendo o contato preferencial com a rede de atenção à saúde.

A AB é caracterizada por uma gama de ações no contexto da saúde, desenvolvidas de forma individual e coletiva, que envolve promoção e proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com a meta de incentivar a atenção integral, a qual possa refletir na situação de saúde e autonomia da população e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a).

Destaca-se no âmbito da AB, a ESF, que surgiu em 1994 com a nomenclatura de Programa Saúde da Família (PSF), mas que posteriormente passou a ser denominada e disseminada como estratégia pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo uma proposta para reorganização, expansão e consolidação da AB no país (ESCOREL et al., 2007; FERNANDES, SILVA, 2013).

Logo, é na ESF onde se concentram atualmente a maioria dos enfermeiros que atuam na AB, sendo o campo escolhido para reflexão sobre a sua identidade profissional neste cenário de atuação.

A AB é desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, a partir do trabalho em equipe, guiadas a populações de territórios específicos, pelas quais possui responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011a).

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

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 delimitação evidente dos níveis de atenção. Isto gera entraves que repercutem na delimitação da identidade profissional do enfermeiro nesse nível de atenção à saúde.

Entende-se que a identidade profissional do enfermeiro na AB, apresenta-se indefinida o que compromete o reconhecimento do valor de sua prática, bem como a conquista da autonomia no trabalho e as relações de cooperação, seja com os demais profissionais da saúde, seja com os atores sociais que buscam os serviços de saúde neste âmbito de atenção.

No cenário da AB pode-se dizer que o enfermeiro realiza ações cujo princípio é a gerência do cuidado, haja visto que esta agrega mais eficiência e eficácia no trabalho desenvolvido, o que fomenta reconhecimento profissional, trabalho em equipe e a autonomia, tanto no planejamento quanto na concretização das ações de cuidado (FERNANDES et al. 2013).

Segundo Christovam, Porto e Oliveira (2012) a gerência do cuidado do enfermeiro 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 viabilizando a existência de uma interface entre esses dois objetos na prática profissional.

Ainda de acordo com essas autoras, as ações de gerência do cuidado do enfermeiro referem-se às atividades de cuidado direto e de cuidado indireto, de caráter instrumental e expressivo realizado pelo enfermeiro de forma integrada e articulada, cuja finalidade é proporcionar um cuidado sistematizado e de qualidade aos usuários dos serviços de Enfermagem e saúde.

Para Beck et al. (2014) a identidade profissional do enfermeiro pode estar presente no reconhecimento da sua função 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.

Neste contexto, insere-se esta tese, formada pela busca da identidade profissional do enfermeiro na AB. Acrescentando-se às referidas questões, justifica-se a realização desta pesquisa com a constatação de que existem lacunas e indefinição acerca da identidade profissional do enfermeiro na AB, ambiente de atenção à saúde onde esta categoria possui um amplo espaço de atuação, porém ainda pouco delineado.

Nesta tese a AB é compreendida como um campo da saúde no sentido de Bourdieu (2009), por representar um espaço social de dominação e de conflitos, com certa autonomia, bem como com regras próprias e hierarquia social. Além disso, será entendido também que as ações do enfermeiro nesse campo de atenção estão atreladas ao seu *habitus*, por envolver esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquiridas nas e pelas vivências práticas e constantemente orientadoras das funções e ações do agir cotidiano.

Diante das considerações apresentadas, delimita-se a seguinte questão norteadora: qual o sentido presente nos discursos dos enfermeiros sobre o *habitus* que conforma sua identidade profissional no campo da Atenção Básica nas ações da gerência do cuidado?

Logo, esta investigação apresenta como foco a identidade profissional do enfermeiro no campo da Atenção Básica nas ações de gerência do cuidado. Está inserida na linha de pesquisa Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e no Grupo de Pesquisa Políticas, Saberes e Práticas em Enfermagem e Saúde Coletiva.

As inquietações sobre a configuração identitária do enfermeiro nesse nível de atenção estão relacionadas ao meu processo de formação acadêmica entre os anos de 2005 e 2009 na UECE no município de Fortaleza, Ceará. Na época desenvolvi uma pesquisa sobre Conselhos de Saúde, sendo a coleta de dados realizada em diversas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a fim de compreender os conselhos locais de saúde. Foi nesse momento o meu primeiro contato acadêmico com os profissionais enfermeiros da AB e conseqüentemente com os prazeres e dissabores de um ambiente marcado pela ambivalência da transição paradigmática do modelo assistencial em saúde.

Cabe relatar que ainda durante a formação uma nova pesquisa acerca da atuação do enfermeiro na gerência de UBS me levou novamente a um contato com esses profissionais. Foi nesse momento que me deparei com situações conflituosas as quais eram supostamente provenientes dos conflitos, por parte da equipe de Enfermagem e da saúde, da comunidade

adscrita e da gestão, das competências que de fato correspondia legalmente e eticamente ao enfermeiro na AB.

O ingresso ao Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da UECE em 2011 foi uma oportunidade para amadurecer as reflexões que emergiram durante a graduação sobre a identidade profissional do enfermeiro. Durante a pesquisa de dissertação, me reaproximei desses profissionais da AB, os quais apresentavam sentimentos de frustração em decorrência ao baixo reconhecimento de suas competências e, portanto, do valor de seu trabalho profissional, o que dificultava a mobilização de uma imagem de si condizente com a de um profissional satisfeito.

Ainda durante esse estudo, foram identificados diversos elementos que impediam o processo de trabalho nesse nível de atenção e conseqüentemente distanciavam o enfermeiro de suas atividades de cuidado, pois destinava grande parte do tempo de trabalho a resolver problemas de conteúdo essencialmente burocrático e que outro profissional, com formação na área administrativa, poderia desenvolver o que contribuía em desestabilizar a sua identidade profissional.

No ano de 2013 assumi as disciplinas de Saúde Coletiva I e do Supervisionado I da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) no *campus* Cajazeira na Paraíba onde percebi com mais precisão as formas dessa categoria profissional de trabalhar atualmente na ESF, marcadas pela dificuldade de inserção no mercado, precarização das atividades, flexibilização nas relações trabalhistas, com crescente exclusão social, o que compromete a especificação da identidade profissional do enfermeiro nesta área.

Identifiquei que, por razões diversas, o enfermeiro se distanciava das ações que lhe eram previstas e acumulava atividades que poderiam ser desenvolvidas por demais membros da equipe de saúde da família. Além disso, outros problemas foram aflorados com a convivência, como a falta de identificação com as ações, desconhecimento do papel presente na política nacional da Atenção Básica, a filosofia de gestão que consolida a dicotomia entre as atribuições específicas determinadas para o enfermeiro e aquilo que desempenha no cotidiano.

Por fim, ao buscar referenciais de suporte as argumentações sobre a identidade do enfermeiro no âmbito da AB, foram debatidas no grupo de pesquisa os conceitos nucleares, campo, *habitus*, poder e violência simbólica, do sociólogo francês Pierre Bourdieu que convergiram para a “construção” do objeto de estudo desta tese.

A pesquisa é inovadora, pois no processo da delimitação da identidade não é fácil saber o que efetivamente especifica uma profissão. No entanto, esta possibilitará reflexões a

área da Enfermagem acerca das relações de trabalho, autonomia, valorização profissional e social, como uma categoria capaz de oferecer saberes, práticas e atitudes que enriquecem o grupo e setor saúde, favorecendo a esta categoria profissional demonstrar a contribuição de suas ações para o conjunto do trabalho e para a comunidade.

A investigação poderá também gerar intelecções em torno do objeto de estudo ao pressupor como ponto de vista a identidade profissional do enfermeiro na Atenção Básica, a partir da leitura da sociologia de Bourdieu, na tentativa de compreender o seu processo de trabalho nesse cenário de atuação.

A responsabilidade social em retornar a pesquisa para a sociedade é primordial para o pesquisador. Portanto, pretende-se colaborar nas discussões acerca da identidade do enfermeiro 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. Além disso, possa convergir para uma legislação adequada e que retrate o *habitus* condizente do enfermeiro neste campo de atuação.

2 PRESSUPOSTOS

1. A indefinição da identidade profissional do enfermeiro no campo da AB corrobora para que este assumam responsabilidades diversas que influenciam e são influenciadas pelo seu *habitus*, ou seja, conjunto cognitivo de disposições que motivam práticas e percepções, levando-o a aceitar funções que poderiam ser assumidas ou partilhadas com outros profissionais.
2. A falta da delimitação da identidade profissional do enfermeiro na AB proporciona imprecisão ao seu saber-fazer, como também a não realização da gerência do cuidado nesta área, o que ocasiona desconhecimento da sociedade, das instituições de saúde e dos demais profissionais que atuam neste nível de atenção, acerca da relevância da práxis deste profissional para a atenção em saúde de maneira qualificada.
3. Esta indefinição identitária é reflexo de um processo histórico caracterizado e influenciado por concepções de gênero, contexto econômico, contingência da conformação do modelo hegemônico de saúde e da organização interna da profissão.
4. A definição da identidade profissional do enfermeiro é possível. No entanto, para isto, faz-se necessário um movimento instituinte, dos profissionais e pesquisadores inseridos na área, bem como das entidades de classes, para refletir e transformar o saber-fazer atual do enfermeiro na AB, mostrando possibilidades para constituição do seu *habitus* condizente com as prerrogativas legais da profissão e com o cenário de prática.

Esses pressupostos sustentam a tese que o enfermeiro ao buscar agregar mais capital simbólico no campo da Atenção Básica, acaba por constituir um *habitus* que direciona a uma gama de práticas cotidianas, muitas vezes distantes do núcleo do saber-fazer desses profissionais e conseqüentemente a uma identidade profissional sem delimitações precisas, confusas e distante da essencialidade das ações de gerência do cuidado.

Portanto, considera-se imprescindível clarificar a identidade profissional do enfermeiro na AB, para definir melhor as suas competências, gerando reflexões das práticas a partir de seu *habitus* e de como esta categoria se posiciona social, política e culturalmente em suas atividades nesse nível de atenção à saúde.

Logo, a compreensão da identidade profissional do enfermeiro na AB a partir das ações de gerência do cuidado refletidas nas articulações de campo e *habitus* buscará entender os conflitos presente no cotidiano desta categoria, principalmente aqueles originados em decorrência da não delimitação de suas atribuições, fazendo com que geralmente o enfermeiro

não atue conforme os conhecimentos, habilidade, atitudes, comportamentos éticos e valores específicos desta categoria.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Analisar na discursividade do enfermeiro o *habitus* que conforma sua identidade profissional no campo da Atenção Básica nas ações da gerência do cuidado.

3.2 ESPECÍFICOS

- Aprender do discurso dos enfermeiros a percepção da sua identidade profissional no cenário da Atenção Básica.
- Averiguar, junto aos enfermeiros e na legislação da AB e da Enfermagem o campo e o *habitus* que configuram a identidade deste profissional.
- Compreender, a partir dos discursos dos enfermeiros, que ações de gerência do cuidado constituem-se em núcleo do saber-fazer que dá suporte a expressão da identidade profissional na AB.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico desta investigação foi ancorado em autores que abordam o conceito de identidade profissional, Atenção Básica, processo de trabalho e gerência do cuidado do enfermeiro na saúde e no pensamento do sociólogo francês Pierre Bourdieu, cujos conceitos de poder simbólico, violência simbólica, *habitus* e campo auxiliaram a construção desta tese.

4.1 DISSERTANDO SOBRE A IDENTIDADE PROFISSIONAL

Logo, com vistas a melhor compreensão sobre a temática da identidade profissional, necessita-se, inicialmente, abordar o entendimento acerca da identidade, a qual possui diversas definições, sendo uma delas pensada como a convergência de ideias, papéis, aspectos históricos, sociais, econômicos e culturais, os quais formam elementos cujo objetivo é atribuir a determinado sujeito características exclusivas e impressões de si mesmo enquanto ser humano e membro de um contexto social (IGOR, 2010).

Percebe-se que a identidade é relacional, isto é, estabelecida pela interação com o outro, sendo que esta relação é determinada pela diferença estabelecida por uma marcação simbólica, ou seja, o meio pelo qual se dá sentido as práticas e relações sociais (WOODWARD, 2008).

Portanto, pode-se afirmar que a identidade é algo singular, a qual concede qualidade privativa ao sujeito, atribuindo sentidos que respaldam as compreensões e interpretações que os atores sociais possuem de si, do grupo a que pertencem ou do que consomem. Além disso, quando se reflete sobre a identidade evoca-se códigos, imagens, representações que, dadas a priori, permitem certificar-se sobre pessoas, abstrair definições, idealizar lugares, paisagens e confirmá-las como tal. Com isso, considera-se concomitantemente a identidade como algo mutante e mutável, apresentada pela inexorável situação biológica que possibilitam as pessoas como únicas, tanto pela cultura, estilos de vida e profissão (CAMPOS, OGUISSO, 2008; CAMPOS, OGUISSO, 2006; SANTOS, 2002).

Acrescentando a essas discussões Dubar (2006) relata que identidade é o resultado de uma diferenciação e de uma generalização. Já que o sujeito é aquele que se diferencia, se

singulariza dos demais, ao mesmo tempo em que é aquele que possui pontos em comum, que pertence a um mesmo grupo. O paradoxo da identidade é precisamente aquilo que é único, mas que também é dividido. E a alternativa deste paradoxo está exatamente na alteridade, na identificação de e pelo outro.

A identidade se constitui como o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos inúmeros processos de socialização que em conjunto formam os sujeitos (DUBAR, 2005).

Por sua vez, a identidade profissional é formada pela aglutinação da identidade individual e coletiva, sendo a identidade individual entendida como conteúdos simbólicos que comunicam expectativas e desempenhos de papel, além dos sentimentos de valor e desvalor atrelados. Já a identidade coletiva refere-se a discursos e práticas que constrói e são construídas por representações sociais e entidades organizacionais. Tanto a identidade individual quanto a coletiva formam-se ao mesmo tempo e a força de uma depende da maneira como a outra a amplifica e mantém. Nas duas situações, da identidade individual e coletiva, os conteúdos simbólicos que definem o conhecimento e a ética ocupam o centro identitário profissional que inspira nas, e se fomenta das práticas e relações profissionais em contexto (LOPES, 2013).

Dubar (2005), explica que como existem diversas dimensões da identidade dos indivíduos, a dimensão profissional assumiu uma importância singular, e tem sido considerado um bem incomum. Agrega que o fato do homem possuir um emprego, instiga sobre ele transformações significativas. Logo, isso fomenta a construção das identidades sociais e, conseqüentemente, as transformações identitárias.

Segundo Berger e Luckmann (2011) construir uma identidade profissional se baseia na incorporação de conhecimento especializado para determinada profissão, o qual inclui também vocabulário especializado, padronização de ações, programa e “universo simbólico”, o qual transmite uma visão de mundo.

Complementando essa definição Ghisleni (2010) menciona que a identidade profissional que o sujeito carrega possui seu início a partir da conclusão do curso de formação e que ao proporcionar o embate entre a herança da imagem profissional de sua formação com a realidade das relações de trabalho, passa a visualizar as contradições que evoluem o seu cotidiano profissional.

Já Dubar (2005) discute a construção das formas identitárias tendo como requisito de análise a visão do sujeito de quem se almeja conhecer a configuração da identidade e também a visão dos sujeitos com quem estabelece relações no cotidiano. Além disso,

contempla a dimensão da identidade profissional, dela envolvendo o percurso formativo e as atividades profissionais. Implica, também, na avaliação dos processos relacionais que ocorrem no cotidiano, uma vez que a identidade é resultado das diversas socializações que os sujeitos passam no decorrer da vida.

Segundo o autor supracitado, quanto ao processo de identificação, os sujeitos podem ser identificados pelos outros de determinada forma e se autodefinirem de outra. Um ou outro utilizaram para assim o fazerem as “categorias socialmente disponíveis”, isto é, as denominações étnicas ou profissionais. A identidade que apresenta ao outro é denominada de “atos de atribuições” e a identidade que o sujeito toma para si é chamada “atos de pertencimento”

Para Dubar (2005), quando o sujeito utiliza essas categorias constroem-se dois tipos de identidades: as “reais” e as “virtuais”. Nas identidades reais, ao desenvolver suas trajetórias sociais, há a incorporação da identidade pelo próprio sujeito. Nas identidades virtuais, há a atribuição da identidade pelas instituições e pelos outros presentes no sistema de ação do qual o sujeito faz parte. Quando essas duas identidades sociais estão em desacordo, ocorrem as “estratégias identitária”, que, objetivando reduzir essa dissonância, formam as transações objetivas e as subjetivas.

Nas “transações objetivas”, o sujeito tenta estabelecer um acordo entre a identidade que tem para si e aquela que os outros lhe dão. Nas “transações subjetivas”, o sujeito tenta organizar sua identidade consigo mesmo, estabelecendo para esta finalidade as “identidades herdadas”, que visam manter vínculos com as suas identificações anteriores e as “identidades visadas”, que expressam a vontade de estabelecer novas identidades no futuro. O que se deve notar é que em cada etapa da vida do sujeito haverá determinado grupo de categorias legítimas, que sofrem alterações com a mesma intensidade com que os sujeitos passam por novas socializações secundárias e que, por mudarem tais categorias, não deixam por si sós, de serem legítimas para o processo de construção das identidades (DUBAR, 2005).

Tais categorizações influenciam os dois processos de construção das identidades, definidos por Dubar (2005) como “processo biográfico” e “processo relacional, sistémico ou comunicativo”. No processo biográfico as principais características são: identidade para si; atos de pertencimento; identidade predicativa de si (pertencimento reivindicativo); identidade social “real”; transação subjetiva entre a identidade herdada e visada. Já o processo relacional é marcado por: identidade para o outro; atos de atribuição; identidade social “virtual”; transação objetiva entre a identidade atribuída/proposta e identidade assumida/incorporada.

A construção pessoal de uma estratégia identitária é definida por Dubar (2005) como a conjunção para o sujeito da imagem de si, da avaliação de suas capacidades, da realização de seus sonhos, da escolha da profissão, da obtenção da titulação e da formação de estratégias pelas quais o sujeito consiga negociar a si como um profissional.

Portanto, o conceito que mais se aproxima da definição de identidade profissional desta pesquisa é aquela constituída por elementos profissionais almejavéis que realizam uma ou outra atividade e que de alguma forma caracterizam um grupo. É o que é específico, o que identifica cada profissional, e envolve tanto a imagem social acerca da profissão como a agregação de aspectos, como conhecimentos, habilidade, atitudes, comportamentos e valores que identificam uma determinada categoria profissional (BARBACELI, 2013).

Entretanto, compreende-se que a identidade profissional será sempre inacabada, já que muitos elementos são necessários para a sua plenitude. Não há uma identidade totalmente construída, existe um trajeto, um movimento em direção a algo ainda indeterminado, porém é imprescindível conhecer os seus elementos essenciais para guiar as percepções, reflexões e práticas de uma determinada categoria profissional.

4.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE OU ATENÇÃO BÁSICA: DEFINIÇÕES E A PROPOSTA NO BRASIL

No início do século XX já existiam debates sobre a organização e financiamento dos sistemas de saúde na Europa, regularizadas por meio do relatório Dawson em 1920. Este documento foi base para a reorganização dos sistemas de saúde de inúmeros países, que assumiram a proposta de divisão do sistema em três principais níveis de atenção: primária; secundária e terciária, cada qual com funções delimitadas para responder às diferentes necessidades de saúde da população. Esse relatório introduziu, inclusive, algumas das características básicas da Atenção Primária à Saúde (APS) como a regionalização e integralidade (FAUSTO, MATTA, 2007; STARFIELD, 2002).

A APS é compreendida como a principal porta de entrada para diversos problemas e com ênfase da atenção nos sujeitos e não na doença, de forma longitudinal, isto é, no decorrer do tempo. Também coordena ou integra a atenção prestada com serviços de outros níveis do sistema, sendo a base que orienta o trabalho de todos os demais níveis (STARFIELD, 2002).

De acordo com a autora supracitada a APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo ações e serviços de prevenção, cura e reabilitação para potencializar a saúde e o bem-estar. Integra a atenção quando existe mais de um problema de saúde, lida com ambiente no qual a doença está presente e influencia a resposta dos sujeitos a seus problemas de saúde. É a atenção que planeja, organiza, coordena e racionaliza a utilização de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.

Cueto (2004) aponta o cenário mundial que favoreceu a discussão da APS na década de 1970 cujos reflexos motivaram a realização da Conferência de Alma Ata. Conforme o autor, alguns estudos de dentro e fora do contexto da saúde pública estavam divulgando as deficiências do modelo médico hegemônico, novos atores entravam em cena na estrutura das agências internacionais, em especial a Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como as propostas da APS em todo o mundo inspiravam discussões.

Em setembro de 1978, realizou-se a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, realizada em Alma-Ata, na antiga União Soviética, promovida pela OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Nesta conferência foi construída a Declaração de Alma Ata que apontou os cuidados primários de saúde como parte integrante do sistema de saúde de um país, do qual constituem a função central e o foco principal quanto ao desenvolvimento da APS no mundo (OMS, 1978).

Essa declaração define ainda a saúde como direito humano fundamental e uma das mais importantes metas sociais do mundo. Nela, a definição de cuidados primários em saúde refere-se à assistência sanitária disponível a indivíduos e famílias, com participação de todos e a um custo que a comunidade e o país possam arcar. Trata-se do contato preferencial do indivíduo, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, e deve ser conduzido de forma permanente e o mais próximo possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham (OMS, 1978).

Esta conferência também auxiliou na especificação dos componentes essenciais da atenção primária, que seriam: educação em saúde; saneamento básico; programas voltados ao público materno-infantil, principalmente as imunizações e o planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e o exercício da medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

Além disso os serviços da APS devem focar-se na família e orientar-se na comunidade e suas necessidades, bem como possui competência cultural para o

reconhecimento de eventuais necessidades de grupos e subpopulações especiais que possam não estar evidentes (STARFIELD, 2002).

No Brasil, os precursores da APS datam da primeira metade do século XX, porém a atenção primária só ganha destaque nos debates do movimento da Reforma Sanitária iniciadas na década de 1970. Porém, no auge desse movimento brasileiro a APS foi de certa forma esquecida já que discussões mais amplas acerca do sistema de saúde recebiam maior atenção. Mas, a partir da década de 1990, em específico na segunda metade, que a APS retorna ao debate especialmente com a criação do Programa de Agentes de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (MAIA, 2010).

Para Fausto e Matta (2007) a estratégia Agentes Comunitários de Saúde e a Saúde da Família constituíram-se nas primeiras iniciativas do Ministério da Saúde (MS) com a intenção de modificar a estrutura da atenção à saúde com foco na atenção primária.

Após décadas de um modelo de atenção com ênfase na doença e ações curativas, cujo financiamento privilegiava a produção de serviços e os municípios com maior capacidade instalada, foi por meio do PACS e do PSF que esse contexto iniciou a se modificar, formando-se um marco da incorporação da APS na política de saúde no Brasil (ESCOREL et al., 2007).

Porém, caba destacar que no cenário brasileiro no transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a terminologia da Atenção Primária à Saúde começou a ser substituída pela concepção da Atenção Básica (GIL, 2006).

A Atenção Básica (AB), conforme discutido anteriormente, caracteriza-se por ser um conjunto de atividades de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolve a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2011a).

É desenvolvida com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade, próximo da vida dos atores sociais. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada, porém não a única, conforme o decreto nº 7.508, além de ser o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Guia-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. A AB visualiza o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando a construção da atenção integral (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).

Para Rezende et al. (2009), a efetiva estruturação da capacidade de resolução da AB em relação à maioria das problemáticas de saúde da população, acarreta redução do fluxo

de usuários para níveis de maior densidade tecnológica, racionalização do uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais dispendiosos e, conseqüentemente, proporciona maior acesso da população aos serviços de saúde. Assim, a AB almeja oferecer a integração dos diversos pontos de atenção à saúde, viabilizando uma assistência contínua, de qualidade, com redução de gastos e em lugar e tempo adequados.

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

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

Essa distinção é necessária para que o conceito de AB seja entendido não como “medicina dos pobres”, que oferece cuidados simplificados e de baixo custo, que se apresenta como uma compensação social com o objetivo de mascarar as desigualdades sociais existentes no Brasil, mas como uma gama de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que envolvem práticas de promoção e proteção da saúde, de prevenção de agravos, de diagnóstico e tratamento, de reabilitação e de manutenção da saúde (MELO et al. 2008).

Nesse sentido, entende-se que a AB é imprescindível para a reorientação do modelo de atenção à saúde, uma vez que a sua filosofia busca proporcionar espaços de produção de cuidados que valorizem a individualidade e multidimensionalidade dos atores sociais atendidos, necessitando, assim, de profissionais que exerçam as ações em saúde para além da prática tecnicista e biologicista, demandando, com isso, uma identidade profissional condizente com esse nível de atenção à saúde.

Observa-se ainda lacunas na literatura científica, sobretudo internacional (DAHL; CLANCY, 2015), acerca de estudos que possam demonstrar a identidade profissional do enfermeiro nesse nível de atendimento, sendo, portanto, imprescindível a realização de pesquisas a fim de contribuir na compreensão dos elementos que conformam a identidade desse profissional na AB.

4.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E SEU REFLEXO NA CONSTITUIÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

O trabalho, para Marx (2008), é uma relação em que participam o homem e a natureza, em que o ser humano com a sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços, pernas, cabeça e mãos, com o intuito de apropriar-se dos recursos da natureza, expressando-lhes forma útil à vida humana.

É por meio do trabalho que o ser humano cria, adapta e recria conscientemente a sua existência na natureza, diferentemente de outros animais, cujas atividades são irracionais e programadas. Assim, ao modificar a natureza externa, o homem altera sua própria natureza (FRIGOTTO, 2008).

Ontologicamente, o homem se constitui como ser humano, diferenciando-se de outros seres vivos, também pela capacidade inerente de trabalhar. Nesse sentido, o homem tem a oportunidade, por meio do trabalho, de se relacionar com a natureza, produzindo transformações de suas partes, de maneira a enxergar antecipadamente os produtos do trabalho, concentrando-se em uma finalidade. Em outras palavras, o ser humano é capaz de criar projetos abstratos, transformando os objetos da natureza em produtos com finalidades específicas e, ainda, memorizar e guardar esses projetos, constituindo um acervo denominado conhecimento acumulado, que formará a sua própria história (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Para Marx (2008) o trabalho é uma condição natural permanente da existência do ser humano. O processo de trabalho não é mais do que o próprio trabalho, considerado no momento da sua atividade criadora. As características gerais do processo de trabalho, portanto, são independentes de todo e qualquer desenvolvimento social determinado. Os meios e materiais de trabalho, uma parte dos quais é produto de trabalhos precedentes, exercem o seu papel em qualquer processo de trabalho, em qualquer época e em todas as circunstâncias.

O processo de trabalho, segundo Sanna (2007), é a transformação de um objeto em um produto por meio de instrumentos e da intervenção humana. O trabalho decorre das necessidades humanas, que se modificam ao longo da história, por constituir-se em um ser social com necessidades de sobrevivência.

Nesse sentido, observa-se que ao longo da história humana, à medida que o processo de trabalho vai se modificando, justamente em decorrência das necessidades que vão

se modificando, a identidade do profissional vai se transformando, demonstrando, com isso, a grande dinamicidade que envolve a configuração identitária de uma profissão.

Assim, além de histórico, o processo de trabalho humano possui caráter social, já que todo trabalho é realizado e marcado pela vida em sociedade, elementos inerentes ao ser humano. Nessa perspectiva, a observação de necessidades, elaboração de projetos e produção do trabalho são fenômenos conduzidos por pessoas que vivem em grupos e constroem sua própria existência, necessariamente, mediados pelas relações em sociedade (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Por sua vez, o trabalho em saúde é entendido como prática social, isto é, guiado por atividades que necessitam ser explicadas para além da dimensão profissional e técnico-científica do trabalhador da saúde, correspondendo a práticas que se (re)produzem no âmbito das interações sociais e políticas presentes na sociedade. Desta forma, como prática social, o trabalho em saúde transporta consigo finalidades que respondem a um projeto de sociedade em que estão conectadas concepções de saúde, doença e cuidados que vão formar o trabalho em saúde de forma, necessariamente, dialética (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde é singular, uma vez que concomitantemente em que o produto final é produzido, o mesmo é consumido, demonstrando a sua complexidade. Esse tipo de processo de trabalho ocorre a partir do espaço intercessor entre o profissional da saúde e o usuário, sendo que este último, usuário, busca soluções para os seus problemas, e o profissional da saúde, de forma individual ou coletiva, utiliza de instrumentos para sanar tais demandas apresentadas.

Nessa relação do profissional da saúde com ele mesmo e com os usuários, a fim de construir planos cuidadosos que visam sanar as demandas de saúde apresentadas, vão se formando, de maneira dinâmica e contínua, os conhecimentos, habilidade e atitudes específicas do profissional, que estão associadas à sua identidade.

No processo de trabalho em saúde há, portanto, um encontro do agente produtor com as suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos e tecnologias em geral) com o agente consumidor, em que se revela ou não a busca de realização e de efetiva interseção partilhada (MERHY, 2014).

Na oferta de serviço de saúde, os objetos do trabalho são os próprios homens, que expressam suas necessidades de saúde objetivas e subjetivas. A expressão dessas necessidades é oriunda de um contexto histórico-político e social, em que prevalecem determinados paradigmas e concepções de saúde e doença, que irão condicionar a definição de cuidado, cuidadores e das pessoas necessitadas de cuidados. Logo, todo o processo se desenrolará com

uso de instrumentos próprios para alcançar um objetivo pré-estabelecido, tendo em vista a produção de saúde, mediado pelas relações sociais presentes e pelo conhecimento acumulado naquela sociedade (MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY, 2007).

Os profissionais constituem um dos elementos chaves do processo de trabalho em saúde. Assim, devem ser compreendidos no interior das relações recíprocas entre objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. O modelo de atenção está intrinsecamente atrelado à compreensão do processo de trabalho em saúde, recortado a partir da realidade dos profissionais que constituem a área da saúde (BRIENZA, 2005; MENDES-GONÇALVES, 1992).

É possível concordo com os autores supracitados, pois a identidade dos profissionais, com destaque para o enfermeiro, sofre influências do contexto do qual estão inseridos e em especial das articulações entre os elementos técnicos, políticos, éticos, institucionais, clínicos e socioculturais que estruturam o modelo de atenção vigente.

Ao produzir o cuidado em saúde, o profissional utiliza tecnologias que segundo Merhy (2014), a depender da utilização das mesmas no processo de trabalho em saúde, poderão contribuir ou não para que a dimensão cuidadora possa vir a atender as necessidades dos usuários. Essas tecnologias podem contemplar variados campos: o campo relacional, dos saberes estruturados e da utilização de equipamentos com ênfase ao raciocínio clínico.

Nesse sentido, percebe-se que a concepção de tecnologias é ampla, pois não se restringe somente ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas constituída pelos saberes e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde. As tecnologias expressam, por conseguinte, relações entre os homens e entre os objetos sobre os quais trabalham, que não se ligam somente à eficácia útil dos instrumentos, porém dizem respeito às relações sociais que os homens estabelecem e modificam na sua relação com a natureza e a história (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Assim, Merhy (2014) classifica as tecnologias em saúde em três tipos: as tecnologias duras são o conjunto de instrumentos materiais do trabalho, como máquinas, aparelhos, normas e estruturas organizacionais, as quais encerram um trabalho morto, fruto de outros momentos de produção, condensando em si fazeres e saberes bem estruturados, já materializados, acabados, prontos; as tecnologias leve-duras são saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo, o saber de enfermagem e ou saberes da saúde. Caracterizam-se por conter trabalho capturado, entretanto com possibilidades de expressar trabalho vivo, encaminham-se para as relações constituídas e constituintes nos espaços intercessores, isto é, momentos de

encontro entre trabalhadores e usuários, estabelecendo relações que são potências de expressão de trabalho vivo em ato.

Por fim, ainda segundo o autor supracitado, o terceiro tipo de tecnologia em saúde é a leve, a qual ocorre no trabalho vivo em ato, as relações de interação e subjetividade, que possibilitam produzir acolhimento, responsabilização, vínculo e autonomização. O trabalho vivo em ato é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima. Pode-se dizer que o processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, em determinadas produções, é diferenciado, ou vice-versa, permitindo conjecturar situações em que o exercício de protagonismo/liberdade ou do protagonismo/reprodução estejam ocorrendo no mundo geral da produção, tanto na conformação tecnológica dos atos produzidos, quanto nos modos de governá-los.

Nota-se que o uso das tecnologias do cuidado, dura, leve-dura e leve, são cotidianamente utilizadas pelos profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, no intuito de solucionar os problemas de saúde identificados, sendo, portanto, elementos do processo de trabalho que reverberam diretamente na formação da identidade profissional desses indivíduos.

Além disso o fazer em saúde se materializa em um microespaço de trabalho implicado em uma micropolítica específica, o qual deveria ser centrado no trabalho vivo em ato. O ato de produção no trabalho em saúde acontece no imediato ato de consumir e o trabalho vivo em ato acontece imediatamente com a produção (MERHY, FRANCO, 2008).

A micropolítica do processo de trabalho em saúde contém inúmeras forças que nem sempre atuam nas mesmas direções. Tendo em vista a presença de uma gama de elementos coercitivos capitalistas no microespaço de cada processo produtivo em saúde, a coerência do trabalho vivo em ato também pode ser capturada pelo trabalho morto instituído (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Feurwerkwer (2014), por sua vez, ao discutir a micropolítica do trabalho em saúde, descreve as práticas de saúde como uma atividade humana cujos atos produtivos imprimem transformações sobre o objeto e produzem algo novo. Essas práticas são orientadas pelos saberes científicos, e constituídas a partir de sua finalidade social historicamente construída. Conformam, portanto, trabalho, pois almejam produzir efeitos e buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades.

Os processos desejanter interferem diretamente na micropolítica do trabalho, uma vez que o trabalho vivo em ato viabiliza aos trabalhadores, especialmente por meio do autogoverno, a captura/delimitação interessada e política do universo de seu objeto, ao invés

daquilo que está articulado ao trabalho vivo antecedente e que neste momento é trabalho morto. Isto é, o trabalho vivo torna possível o despontar de tecnologias que oportunizam métodos de fuga do aprisionamento do processo de trabalho em saúde pelas regras e conjecturas instituídas e estruturadas (MERHY et al., 2007).

Por sua vez, o processo de trabalho em Saúde da Família é caracterizado como uma inovação tecnológica não material, uma vez que se constitui em uma nova maneira de organização do trabalho em saúde, que possui como resultado o serviço prestado pelos profissionais da saúde, que não são produtos não materiais inseparáveis do processo de produção. É uma inovação com atributo incremental, pois não rompe integralmente com saberes e práticas clínicas de cuidado, porém introduz novas práticas colaborativas, de diálogo entre diferentes saberes e assume como objeto de trabalho seres humanos em sua integralidade, bem como a coletividade cultural e socialmente determinadas (SCHERE; PIRES; SORATTO, 2014).

Porém, ainda há fragilidade na operacionalização do trabalho vivo das tecnologias interacionistas (leves) nesse nível de atenção, devido também as normatizações excessivas, o que dificulta a relações entre usuários e os membros da equipe, inclusive os enfermeiros, envolvidos no processo de trabalho em saúde e conseqüentemente impactam negativamente na formação da sua identidade profissional.

Nesse sentido, a ESF, inserida dentro da AB, reflete a diretriz normativa, quando a rede funciona sob a lógica das ações programáticas e, conseqüentemente, impõe horários determinados para atender certo tipo de clientela, fichas e senhas, a partir da disponibilidade de certos procedimentos. A norma estabelece forte amarras aos profissionais, que se veem constrangidos no objetivo de realizar o cuidado. Isto é o aprisionamento do trabalho vivo, o que impede a criação de relações positivas para com os usuários (MERHY, 2012).

Outro aspecto limitante desse cenário de atenção à saúde são as imposições de programas ministeriais para todo o território nacional com a desconsideração da heterogeneidade dos municípios, e ainda, a manutenção de um trabalho centrado no atendimento curativo (modelo hegemônico), com foco na doença, reforçando características de fragmentação e execução de tarefas normativas no processo de trabalho (CAMPOS, 2011).

Nesse sentido, conforme o autor supracitado, ao buscar um modelo de atenção para a AB amparado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na integralidade e com desenvolvimento de práticas humanizadas, é necessário transitar pelo território subjetivo do trabalho vivo em saúde, reforçando redes de cuidado que se desenham no território de tecnologias leves, sem deixar de considerar, contudo, a importância das

demais tecnologias para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Nessa perspectiva, objetiva-se inverter o modelo hegemônico que captura o trabalho vivo com o predomínio das tecnologias duras e leve-duras, na forma de equipamentos, medicamentos e protocolos, conhecimentos estruturados, avançando, no terreno dos encontros movidos pelos desejos das singularidades que reconhecem as necessidades subjetivas e objetivas e possui potencialidade para dar repostas criativas e resolutivas.

Portanto, o processo de trabalho na AB, devido ao seu objeto não ser estruturado, não pode ser plenamente englobado pela lógica do trabalho morto, mas delineado pelo predomínio de intervenções em ato e relacionais, o que favorece um grau de liberdade por parte dos trabalhadores, fomentando, com isso, novas possibilidades de ações emancipatórias e de valorização das singularidades e subjetividades (MERHY, 2014) dos atores sociais envolvidos na produção do cuidado em saúde, além de possibilitar a formação de uma identidade profissional que possa responder as demandas e práticas exigidas nesse nível de atenção.

4.4 GERÊNCIA DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA E AS IMPLICAÇÕES NA IDENTIDADE DO ENFERMEIRO

Além dos componentes no âmbito político, ensino e pesquisa presentes no processo de trabalho do enfermeiro na AB, observam-se outras intervenções que esse profissional pode realizar nesse cenário, destacando-se duas principais dimensões, o processo de trabalho cuidar, onde há ações diretas do cuidado, e o processo de trabalho gerencial, com ações voltadas para os agentes de Enfermagem, ambiente e instituição (FELLI; PEDUZZI, 2010).

Essas atividades relacionadas ao processo de trabalho gerencial e de cuidado na AB são aglutinadas e apresentadas na Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, referente à PNAB, que dá ao enfermeiro às seguintes atribuições: realizar atenção à saúde dos sujeitos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio ou nos demais espaços comunitários; realizar consulta de Enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas, além de solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços; planejar, gerenciar e avaliar as atividades desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em conjunto com os outros membros da equipe; contribuir, participar, e

desenvolver ações de educação permanente da equipe de Enfermagem e outros membros da equipe e participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde (BRASIL, 2011a).

Ainda de acordo com essa portaria é importante apresentar, além das atividades específicas do enfermeiro, as ações comuns a todos os profissionais e que conseqüentemente será de responsabilidade do enfermeiro também executar como: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e sujeitos expostos a riscos e vulnerabilidades; participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação e identificação das necessidades de intervenções de cuidado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória; realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na AB e realizar ações de educação em saúde a população adstrita (BRASIL, 2011a).

Observa-se que um dos focos do enfermeiro na AB é o processo de trabalho cuidar, o qual busca viabilizar o estreitamento e estabelecimento da relação interpessoal, a satisfação das necessidades dos usuários, a aceitação do sujeito em harmonia com o ambiente, a família e a comunidade, estimulando-o ao resgate da sua cidadania e qualidade de vida (NÓBREGA, 2006).

Esse cuidado não é uma mera execução de tarefas ou a realização de procedimentos prescritos, mas uma atividade dinâmica, reflexiva, deliberada e baseada na interação humana. Visualiza o sujeito na sua totalidade e, de acordo com a sua essência, reconhecendo-o como ator social com potencialidades e capacidades de agir e decidir, observando sua particularidade, expectativa e realidade (BENJUMEA, 2004).

É interessante destacar que o estudo de Takemoto (2005) sobre o processo de trabalho do enfermeiro na AB revelou transformações positivas na dimensão do cuidar e um avanço para a construção de um modelo usuário-centrado, com incorporação do acolhimento, vínculo, ampliação das ofertas de ações assistenciais e rearranjo das relações entre os trabalhadores e usuários.

Porém, conforme Fernandes et al. (2015a) o processo de trabalho cuidar do enfermeiro, permanece ainda fortemente influenciado pelo modelo biomédico, hegemônico e procedimento-centrado, bem como limitado à programação do Ministério da Saúde e, principalmente, à lógica da atenção clínica individual, curativista e sem ampliação da

compreensão do processo saúde/doença como produção social, uma vez que as ações de cuidado, de acordo com os programas ministeriais, estão direcionadas a grupos específicos, com ênfase nas doenças, procedimentos e tratamento medicamentoso.

Esse modelo tradicional de assistência à saúde dificulta a ampliação das ações do enfermeiro na AB, uma vez que entrava, inclusive, a construção de modos de cuidar particularizado e dialógico, os quais poderiam contribuir no atendimento das necessidades de saúde dos usuários (ARAUJO; PAZ; MOREIRA, 2010).

No que tange o enfermeiro, na área da AB, poderia dispor de um processo de trabalho de cuidado que expresse o aporte teórico, metodológico e científico inerente da área, que mesmo pautado pela programação ministerial, possa transpor o pensamento e a prática normativa e tradicional, para aquela que demonstra o pensamento e as diretrizes de formação dessa categoria, expressando, com isso, a essência da sua identidade profissional.

O outro processo de trabalho bastante evidente na AB é o gerencial, que para Sanna (2007) o foco principal das ações do enfermeiro nesse processo é a organização do cuidado, que se traduz com o planejamento de atividades compartilhadas que permitiriam ao enfermeiro conseguir que os membros de sua equipe desenvolvessem o trabalho de forma eficiente, eficaz e com qualidade.

As práticas gerenciais não se restringem aos atos administrativo-organizacionais, mas devem abarcar também a dimensão subjetiva. Para o enfermeiro o processo de trabalho gerencial representa um conjunto de ações desenvolvidas durante o cuidado direto e indireto ao usuário, levando-se em consideração as subjetividades circulantes na interação entre os sujeitos envolvidos, isto é, enfermeiro, usuários e os membros da equipe da AB (TONINI, 2006).

A gerência enquanto parte do processo de trabalho é considerada dinâmica e interdisciplinar, visto que envolve não somente atividades de ordem técnica, mas também políticas, econômicas e sociais presentes na AB. Desse modo, requer do enfermeiro uma visão holística, multidimensional e flexível (NÓBREGA, 2006).

Entretanto, em algumas instituições, inclusive na AB, as atividades gerenciais desenvolvidas pelo enfermeiro encontram-se fundamentadas nos princípios científicos e clássicos da administração (Taylor e Fayol), com práticas baseadas na centralização do poder, controle, impessoalidade das relações interpessoais, obediência, submissão às rotinas e ênfase no trabalho tecnoburocrático (MAGALHÃES; DUARTE, 2004).

Desta forma, ao assumir essas atividades tecnoburocráticas, tais como o controle do ponto, controle de materiais e impressos, comunicação com a secretaria e coordenação de

atenção à saúde, além do atendimento às solicitações dos usuários inerentes à gerência da unidade de saúde, o enfermeiro acaba se distanciando das atividades de cuidado, que lhe são próprias (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011).

Porém, compreende-se que as ações gerenciais desenvolvidas com mais flexibilidade podem ser um potencial instrumento para a realização de atividades não de cumprimento de tarefas fragmentadas e centradas no desenvolvimento de procedimentos isolados, mas de práticas voltadas para as reais demandas do serviço e do território adstrito à unidade de serviço, gerando satisfação tanto pessoal quanto da sociedade atendida, sendo elementos positivos na construção identitária do enfermeiro.

O que se pretende, na verdade, é encontrar um ponto de equilíbrio entre os exercícios das funções do enfermeiro na AB, envolvendo a boa prática do processo de trabalho gerencial (mais flexível e democrático) e de cuidado (humano e integral). Desta forma, o entrelaçamento e a aproximação, isto é, a relação dialética entre o processo de trabalho cuidar e gerenciar constituem o processo de trabalho na dimensão da gerência do cuidado (CHRISTOVAM; PORTO; OLIVEIRA, 2012) a qual representa a melhor prática do enfermeiro e conseqüentemente o núcleo do saber-fazer da sua identidade profissional.

Nas novas relações desse processo de trabalho, segundo Christovam, Porto e Oliveira (2012), o enfermeiro assume diferentes atitudes, deixando a posição de mero executor de tarefas, normas e regras para assumir a autodeterminação do seu fazer, além de ajustar a distância entre o cuidar (cuidado direto) e o gerenciar (cuidado indireto).

Percebe-se que a AB é um ambiente propício para a efetivação da gerência do cuidado do enfermeiro, pois se apresenta como um cenário que potencializa e viabiliza o cuidado criativo, humano e de coparticipação com os atores sociais envolvidos nesse processo, dando uma maior visibilidade a prática do enfermeiro (FERNANDES, 2012), bem como a sua identidade profissional.

A cisão entre gerenciar e cuidar, bem como o gerenciamento desenvolvido apenas com a lógica e o controle mecânico das atividades, não encontra eco no perfil de enfermeiro exigido na atualidade. Assim, fazer o processo de trabalho na dimensão da gerência do cuidado na AB implica em tê-lo como pilar mestre das ações do enfermeiro, utilizando novos saberes, valorizando o trabalho vivo e as tecnologias leves em sua prática diária (MONTEZELLI; PERES; BERNARDINO, 2011).

Compreende-se também que para acontecer o processo de trabalho na dimensão da gerência do cuidado, deverá existir uma visão interdisciplinar, ou seja, que não inclui somente o enfermeiro, mas todos os profissionais envolvidos no cuidado na AB, pois o

cuidado integral ao usuário deverá ser planejado coletivamente, isto é, de forma cooperativa e compartilhada entre a ação de todos os membros da equipe de saúde da família (FERNANDES, 2012).

Além disso, a gerência do cuidado, expressa por meio das reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atividades de educação em saúde e uso de Sistema de Informação em Saúde (SIS), fomenta a visão crítica e reflexiva das práticas que o enfermeiro realiza, viabilizando a esta categoria se apropriar da filosofia da AB e implementar mudanças na busca da melhoria de vida da população atendida (FERNANDES et al. 2015b), gerando credibilidade, reconhecimento e satisfação com o trabalho exercido, características estas imprescindíveis para a construção da identidade profissional do enfermeiro.

4.5 CONCEITOS NUCLEARES DA SOCIOLOGIA BOURDIEUSIANA PARA COMPREENSÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL

Nesta pesquisa serão abordados os conceitos nucleares de poder simbólico, violência simbólica, *habitus* e campo concebidos pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu para compreender o sentido da identidade profissional que exterioriza nos discursos dos enfermeiros da AB.

Para Bourdieu (2007), o poder simbólico é invisível, sempre dissimulado, constrói a realidade fazendo com que os agentes a ele se subordinem. Para que o poder simbólico seja exercido é necessário que haja a cumplicidade daqueles que se submetem, com a consciência ou não daqueles que a ele estão sujeitos ou mesmo que o realizam.

O poder simbólico constrói a crença da realidade, criando uma nova visão de mundo, entretanto se articula por meio de estratégias de dominação organizadas e esquematizadas, tornando desnecessário o uso da força, o uso da violência ao corpo. Ele se consagra e direciona os fatos se tornarem concretos. A nova face do poder torna perceptível o discurso dominante, interagindo, com a proposta de tornar oficial o pensamento e as demandas de um grupo ou dos agentes dominantes, que detêm o saber, a cultura, o capital e até mesmo a força (BOURDIEU, 2007).

Esse tipo de poder viabiliza a construção da realidade que tende a fixar o sentido imediato do mundo, em particular do mundo social. Com isso, a cultura dominante tem sentido relevante, uma vez que contribui no papel de assegurar uma comunicação imediata entre seus membros e assim diferenciando-os das outras classes, para a desmobilização das

classes dominantes, para a legitimação da ordem estabelecida, por meio da definição das distinções (BORDIEU, 2007).

Para este autor, o poder simbólico atua como o poder de construir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo e a ação sobre este. Refere-se a um poder capaz de permitir a obtenção daquilo que equivale ao obtido pela força física ou econômica. As relações de comunicação são, em boa parte das vezes, relações de poder, que podem inclusive viabilizar a concentração de poder simbólico que estrutura e influencia no estabelecimento das relações entre as pessoas.

O poder simbólico traz consigo a violência simbólica, que é compreendida como a dominação de uma classe sobre a outra, reafirmando a sua própria força que a fundamenta e estimulando para a “domesticação dos dominados” (BOURDIEU, 2007).

Este tipo de violência é a inculcação de significações e legitimações das distinções sociais por meio da imposição de arbitrário cultural como universal, privilegiando o privilegiado. A cultura aceita é a da classe dominante, que carrega ao reconhecimento de uma superioridade e legitimidade, desvalorizando o saber e o saber fazer em favor dos saberes socialmente legitimados, guiando com o que os outros percebiam como “natural” as representações, ideias socialmente dominantes. O que é encarado como “natural” para o dominante acaba sendo entendido como estranho pelo dominado (BONNEWITZ, 2003).

A violência simbólica entre o dominador e o dominado é evidenciada de maneira subjetiva nas relações de dominação e só se estabelece realmente por meio da efetiva adesão que o dominado concede ao dominante e por também concede à dominação (BOURDIEU, 2010).

Para Bourdieu (2004a) esse tipo de violência é exercido sobre um agente social com a sua cumplicidade. Para dizer isso mais enfaticamente, os agentes sociais são agentes cognoscentes que, mesmo quando submetidos a determinados, ajudam a produzir a eficácia daquilo que os determina. Sendo, na maioria das vezes, nos ajustes entre determinantes e as categorias de percepção que os constituem como tais que o efeito de dominação aparece. Esse autor chama de desconhecimento a situação de reconhecer uma violência que se realiza exatamente na medida em que ela é desconhecida como violência, é a situação de aceitar essa gama de pressupostos essenciais, pré-reflexivos, que os agentes sociais avalizam, simplesmente pelo fato de tornar o mundo como óbvio, ou seja, como ele realmente é, e de achá-lo natural por eles aplicarem as estruturas cognitivas que são originárias das próprias estruturas desse mundo.

De acordo com o autor supracitado a violência simbólica é aceita socialmente por meio de uma ação ou discurso, bem como reconhecida como legítima e aprovada abertamente pela sociedade. Uma de suas características marcante é estar introjetada no *habitus* tanto de quem pratica quanto de quem recebe.

O *habitus* seria o elemento estruturador das práticas e das percepções sobre estas que introjeta nos indivíduos os pressupostos da ordem social, subjetivando nestes, de maneira pré-reflexiva e não consciente, a objetividade das estruturas sociais. O *habitus* responde pelo *continuum* que se estabelece, em relação de dupla hermenêutica, entre a ordem social e as ações exercidas pelos agentes. As estruturas sociais se manifestam nos atos pré-flexivos dos agentes, e por estas, se reconfiguram enquanto estruturas, legalizando a ordem social, indicando distintos *habitus*, oriundo de distintas condições objetivas materiais e simbólicas (BOURDIEU, 2005a).

Para Bourdieu (2007) o *habitus* pressupõe um conjunto de “esquemas generativos” em que cada indivíduo é produtor e reproduzidor de sentido objetivo, pois suas atividades e obras são produto de um *modus operandi* do qual ele não é o produtor, assim como não possui domínio consciente sobre o mesmo. Cada agente possui ações, maneira de pensar e sentir o ambiente ao seu redor. Entretanto, há uma liberdade de organização e objetivos elaborados pelo agente que não descarta os limites postos pela sociedade. Para esse autor o *habitus* se processa quando acontece a internalização do mundo objetivo pelo agente, sendo possível somente de maneira subjetiva. É uma forma de concepção de mundo, estruturação cultural e simbólica, como referências solidamente constituídas na tradição e replicadas por meio de atividades cotidianas interpretadas como naturais.

O *habitus* é um conjunto de disposições para a realização de diversas atividades na vida de um indivíduo, sendo a história inserida ao corpo, cérebro, gestos e fala, os quais guiam os modos adequados de viver e conviver, socialmente aceitos e que proporcionam sentido para o agente ou grupo. Inspira o seu modo de pensar, sentir e agir, podendo ser utilizados em estilos de vida, julgamentos políticos, morais e estéticos (BONNEWITZ, 2003) e na configuração identitária profissional.

Segundo Bourdieu (2009) o *habitus* corresponde a sistemas de disposições duráveis, estruturas predeterminadas a trabalharem como estruturas estruturantes, ou seja, como doutrina que fomenta a estrutura, as práticas e as representações que podem ser objetivamente “regulamentadas” e “regulares” sem que por isso seja resultado de submissão a regras, objetivamente adaptadas a um fim, que também não haja necessidades da projeção

consciente deste fim ou do domínio das operações para alcançá-los, mas sendo coletivamente orquestrada e, por fim, sem ser o resultado da ação planejada de um maestro.

As disposições não são mecânicas e determinísticas. São plásticas, flexíveis. Podem ser fortes ou fracas. Representam o exercício da faculdade de ser condicionável, com inclinação natural de obter capacidades não naturais, arbitrárias (BOURDIEU, 2001).

São obtidas pela interiorização das estruturas sociais. Portadoras da história individual e coletiva, sendo de tais maneiras incorporadas que acabam por ignorar a sua existência. São as rotinas corporais e mentais inconscientes, que permite ao agente ou grupo agir sem pensar. O produto de uma aprendizagem, de um processo do qual já não há mais consciência e que se reflete por uma ação “natural” do indivíduo ou grupo se conduzir em um determinado meio (THIRY-CHERQUES, 2006) inclusive no ambiente profissional.

O *habitus* articula ainda o individual e o coletivo, por meio da incorporação do funcionamento da realidade social em um processo de interiorização que segue à especificidade do lugar ou posição dos agentes. O indivíduo é reflexo de uma estrutura social herdada e de escolhas indiretas, cognitivas e do cotidiano, tornando-o um ser social (BONNEWITZ, 2003).

É possível afirmar que o *habitus* é intrínseco, já que automaticamente o ser humano julga quais são as ações consideradas “certas”. São desta forma, disposições incorporadas, o impulso de realizar ações de forma específica, para perceber determinados comportamentos como adequados e aceitáveis de maneira a guiar a vida de forma específica. As pessoas não existem sem ele e, a medida que participam de grupos sociais diferentes, incorporam *habitus* diferentes. Portanto, é um elemento de reprodução social, sensível a mudanças que se reorganiza segundo trajetórias sociais do agente de forma constante por meio de experiências de vida e interiorizada ascensão, inércia ou declínio social (CATANI et al. 2011) característica que impactam diretamente na permanente transformação da identidade profissional dos indivíduos inseridos em espaços sociais específicos.

O *habitus* constitui a maneira de perceber, julgar e valorizar o mundo. Conforma a maneira de agir, corporal e materialmente. É formado pelo *ethos* (princípios, valores inconscientes contrários à ética, que é a estrutura teórica, argumentada, explícita e codificada da moral), pelo *hexis* corporal (postura, disposição e relação do corpo) e pelo *eidos*, um modo de pensar específico, apreensão intelectual da realidade, que é fundamento de uma construção da realidade baseada em uma crença pré-reflexiva no valor indiscutível nos instrumentos de construção e nos objetos construídos (BONNEWITZ, 2003; BOURDIEU, 2001).

É pelo *habitus* que o passado do agente é renovado no presente. Ele viabiliza a construção de novas modalidades de conduta, de novas atividades dos agentes sociais pelo fato de posicionar-se numa procura constante de superação das contradições que, nesta situação, se apresentam na tensão entre os fatos do passado e os problemas do futuro (PIES, 2012).

O *habitus* foi criado para dar conta de um paradoxo com relação à conduta dos indivíduos, a qual mesmo sendo guiada no sentido de determinados fins não é conscientemente dirigida por esses fins. Além disso, na medida em que é um “produto da incorporação da necessidade objetiva”, o *habitus*, enquanto necessidade tornada virtude, constrói estratégias que, embora não seja produto de uma vontade consciente de fins nitidamente colocados, apresentam-se objetivamente ajustadas à situação (BOURDIEU, 2004a).

Por fim, o *habitus* é apropriado e gerado na sociedade e incorporado pelos indivíduos. É possível afirmar de maneira incontestável que o *habitus* sofre o efeito das modificações ocorridas na cultura e na sociedade, como também influencia essas mesmas mudanças por consistir em uma espécie de segunda natureza (PASCAL, 2000) dos agentes, acoplado à sua subjetividade mais profunda e consciente, porém não totalmente reprimida por essa dimensão racional, e que fomenta hábitos e ações nem sempre explicáveis pelas vias lógicas, como também as identidades, entre elas a profissional. O *habitus* possui função essencial de lembrar com ênfase que as ações dos indivíduos possuem frequentemente, mais senso prático que o cálculo racional (BOURDIEU, 2007).

Nesta segunda natureza citada anteriormente, atrelada a subjetividade e à racionalidade individual como um tipo de central intermediária entre o indivíduo e as estruturas sociais, em consequência desse caráter flexível e relacional, a definição de *habitus* somente pode ser compreendido de forma lógica e epistemológica com a definição de campo (BOURDIEU, 2009).

Para Bourdieu (2007) a compreensão de campo complementa o de *habitus*, pois o campo consiste no espaço em que acontecem as relações entre os indivíduos, grupos e estruturas sociais, com uma dinâmica que obedece a leis próprias, motivadas pelas disputas que ocorrem em seu interior e cujo movimento é constantemente o interesse em ser bem-sucedido nas relações estabelecidas entre os seus componentes, seja no nível dos agentes ou no nível das estruturas.

A noção de campo é tomada como um sistema de relações sociais, não são relações entre agentes, mas relações entre posições, que os agentes ocupam no campo. Desta

maneira, os campos apresentam-se como espaços estruturados de posições, em que propriedades dependem das posições nesses espaços, podendo ser avaliadas independentemente das características de seus ocupantes (BOURDIEU, 1983).

Logo, o campo é um espaço multidimensional que possui metas específicas e é hierarquizado conforme a distribuição desigual dos diversos tipos de capital de seus agentes, o que atribui a estes diferentes posições, poderes e força (BOURDIEU, 2007).

Ao descrever o espaço social como um campo, o objetivo de Bourdieu (2005a) é apresentá-lo como um campo de forças e um campo de lutas. O primeiro, no sentido de uma necessidade que se impõe aos agentes que nele estão envolvidos. O segundo, no sentido de que no seu interior os agentes se confrontam, com meios e fins diversificados de acordo com a sua posição na estrutura do campo de forças, contribuindo com isso para a manutenção ou a modificação de sua estrutura, ou seja, o campo abarca essas duas possibilidades.

Para Bourdieu (2007) o campo é um espaço relativamente autônomo, no qual as posições dos agentes estão fixadas *a priori*. Há diferentes campos de conhecimento, formando um espaço social que opera como um sistema de forças baseado nas interações de dominação e conflito, possuindo regras em seu operar. Normalmente as regras são fixadas por quem detém maior capital simbólico (prestígio, saber, reconhecimento), isto é, quem possui maior prestígio social, político ou econômico. Nessas disputas são consideradas todas as estratégias não conscientes que baseiam no *habitus* individual e dos grupos em conflitos ou disputas (THIRRY-CHERQUES, 2008).

No campo há produção de determinado tipo de bem, o qual é consumido e classificado, momento este em que os indivíduos lutam pelo controle de produção por meio dessa configuração de relações objetivas entre posições (difundidas objetivamente pelos agentes por distribuição de diferentes formas de capital e poder) que comandam o “jogo” e as posições de dominação e subordinação (BOURDIEU, 2007). Para esse autor os campos possuem lógica própria e apresentam-se homólogos a outros. Eles articulam-se entre si e não possui fronteiras especificadas.

Com isso, em cada campo há uma luta que ocorre entre o novo, que está entrando e tentando forçar seu direito de entrada, e o dominante, que busca manter seu monopólio e eliminar a concorrência. Para que esta luta seja mantida é necessário que, além dos objetos de disputa, possa existir pessoas aptas a disputá-los, ou seja, dotadas de *habitus*, que pressupõe o conhecimento e o reconhecimento das normas ou leis imanentes do jogo, dos objetos de disputa (BOURDIEU, 2007).

Para o autor supracitado cada campo possui ainda uma lógica que lhe é própria. Desta maneira, o campo fixa, também, uma relação direta com os homens, já que sua configuração delimitada se consolida na estrutura formativa do *habitus* dos indivíduos presentes no campo, pois o *habitus* possui a característica de fazer com que o indivíduo incorpore propriedades relativas à lógica dos campos aos quais se depara em seu percurso social. Partindo desta visão, as ações, comportamento, escolhas ou desejos individuais não derivam de cálculos ou planejamentos, são antes o resultado da interação que ocorre entre um *habitus* e os estímulos e pressões de uma conjuntura.

Os campos são microcosmos autônomos no interior do mundo social. O campo estrutura o *habitus* e o *habitus* constitui o campo. O *habitus* é a internalização ou incorporação da estrutura social, já o campo é a exteriorização ou objetivação do *habitus* (BOURDIEU, 2009; VANDENBERGHE, 1999).

O campo possui características universais, ou seja, presentes em todos os campos, e elementos individuais. As propriedades de um campo, além do *habitus* específico, são a estrutura, a *doxa*, ou a opinião consensual, as leis que o regulamentam e ordena a luta pela dominação do campo. Aos interesses postos em jogo Bourdieu denomina “capital”, no sentido dos bens econômicos, bem como do agregado de bens culturais, sociais e simbólicos. Como nos embates políticos ou econômicos, os agentes necessitam de um montante de capital para adentrarem no campo e, inconscientemente, fazem o uso de estratégias que lhes possibilitam preservar ou conquistar posições, em uma luta que é tanto evidente, material e política, como travada no plano simbólico e que põe em jogo os interesses de preservação (a reprodução) contra os interesses de subversão da ordem dominante no campo (THIRY-CHERQUES, 2006).

De acordo ainda com esse autor, todo campo possui uma *doxa*, senso comum, em que todos os agentes estão de acordo, e *nomos*, leis gerais, invariantes, de funcionamento do campo. A evolução das sociedades proporciona o surgimento de novos campos, em um processo de diferenciação continuado. Todo campo, como produto histórico, possui um *nomos* distinto. Por exemplo, o campo artístico, estabelecido no século XIX, apresentava como *nomos*: “a arte pela arte”. Tanto a *doxa* como o *nomos* são admitidos, regulamentados no meio e pelo meio social conformado pelo campo.

Bourdieu (2001) discute também que o campo seria espaços de jogo historicamente constituído, com suas instituições e suas próprias leis de funcionamento. No seu interior, há agentes dotados de um *habitus* necessário para jogar o jogo e na relação entre o *habitus* e o campo, entre o jogo e o sentido do jogo, que esboçam as características do jogo.

No pensamento do jogo, como referência para pensar o mundo social, a estratégia seria o resultado do senso prático como sentido do jogo. O bom jogador realiza sempre o que o jogo requisita, porém, o jogo não é um jogo de seguir de forma mecânica à regra explícita, existindo nele a possibilidade de criação, de improvisação. O jogo, nessa perspectiva, pode ser visualizado como ação regrada que mesmo não sendo obrigatoriamente o resultado de uma imposição à regra acata determinadas regularidades. As atividades incorporam a forma de sequências objetivamente orientadas em referência a um fim, sem necessariamente ser o produto de uma estratégia consciente, como também de uma determinação mecânica. O *habitus* serve para apresentar isso, que não é possível posicionar o problema em termos de coação e espontaneidade, necessidade e liberdade, social e individual. Isto é, deve ser percebido como um fundamento não escolhido de tantas escolhas (BOURDIEU, 2004a).

O autor, por meio da metáfora do jogo, busca apresentar que o jogador em campo tem um número finito de alternativas, às vezes mais complexo dependendo da situação dos outros jogadores, dependendo de quem está à sua frente, ele possui a sensibilidade prática do jogo, escolhendo as situações mais favoráveis como se fosse de forma instintiva, não existe somente uma alternativa. Isso representa o *habitus*, uma vez que não há somente uma maneira de agir. Não é verídico que o *habitus* faz com que se execute uma mesma ação infinitamente, ao contrário, o agente encontra-se na situação, na sua configuração, e ele possui de forma instintiva esse sentido prático, o que faz optar uma entre diversas opções, escolhendo pela que lhe parece mais adequada, já que tal escolha não é pensada explicitamente.

Conforme Bourdieu (2004a) o *habitus* como sentido do jogo é jogo social incorporado, modificado em natureza. Nada é concomitantemente mais livre e mais coagido do que a ação desenvolvida pelo bom jogador. Ele permanece naturalmente no lugar em que a bola vai cair, como se a própria bola o comandasse, entretanto, desse modo, ele que comanda a bola. O *habitus* como social inscrito no corpo, no agente biológico, autoriza construir a infinidade de atos de jogo que estão inscritos no jogo em estado de alternativas e de exigências objetivas, as coações e as exigências do jogo, ainda que se encontre reunida numa codificação de regras, impõem-se àqueles e unicamente àqueles que, por apresentarem o sentido do jogo, ou seja, o senso da necessidade imanente do jogo, estão capacitados para percebê-las e realizá-las.

O investimento no jogo (*illusio*) está também, bem como o *habitus*, presente nesse jogo que o campo social (científico, artístico, religioso, entre outros). Os agentes que adentram a um campo determinado reconhecem a sua significância. Mesmo que o pensamento seja de modificá-lo radicalmente, revolucioná-lo, o agente precisa estar conforme com a sua

significância. Nesse sentido, a *illusio* é uma parceria profunda com o fantasma coletivo, capaz de garantir a cada um dos integrantes a experiência de uma exaltação do eu, fundamento de uma solidariedade encravada na adesão à imagem do grupo encantada de si. Os agentes sociais carregam a consideração e o respeito pelo campo ao qual estão integrados (BOURDIEU, 2005b).

Existe, portanto, uma parceria entre os adversários de um mesmo campo, pois eles se enfrentam, porém estão de acordo pelo menos acerca do objeto do desacordo. Os agentes, ocupando posições contrárias no campo, apresentam um acordo oculto e tácito entre si com relação ao fato de que é aceitável lutar a respeito das coisas que estão em jogo no campo. Eles acabam por lutar por algo que somente possui valor para eles próprios que estão no jogo (BOURDIEU, 2005a).

Por fim, o *habitus*, formado a partir da trajetória social dos indivíduos em um determinado campo, expressa disposições duráveis, isto é, formas de perceber, pensar, sentir e fazer, que ecoam, ora consciente ora inconsciente, em sistema de orientações, as quais reverberam na prática, percepção e reflexão das pessoas, elementos estes fundamentais para a construção da identidade profissional dos indivíduos.

5 MÉTODO

5.1 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 desenvolve textos que serão 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).

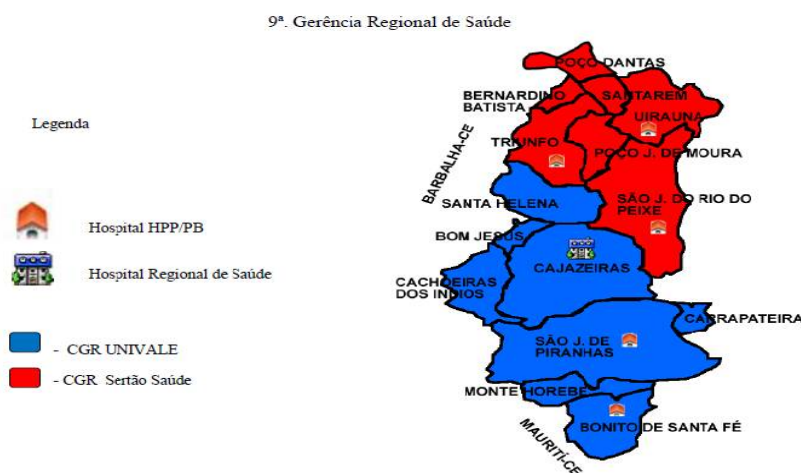
5.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na Atenção Básica de dois municípios localizados um no Estado da Paraíba de pequeno porte, Cajazeiras, e o outro no Ceará de médio porte, Maracanaú, o que possibilitou a discussão sobre a identidade profissional do enfermeiro a partir de dois cenários distintos.

O município de Cajazeiras consta atualmente cadastrado 23 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 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.



Fonte: <http://www.saude.pb.gov.br/site/PDR08.pdf> (acesso 26/08/2014)

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 km². Possui 58.446 habitantes, sendo 52,2% (30.508) da população composta por mulheres e 47,8% (27.938) por homens (IBGE, 2010).

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



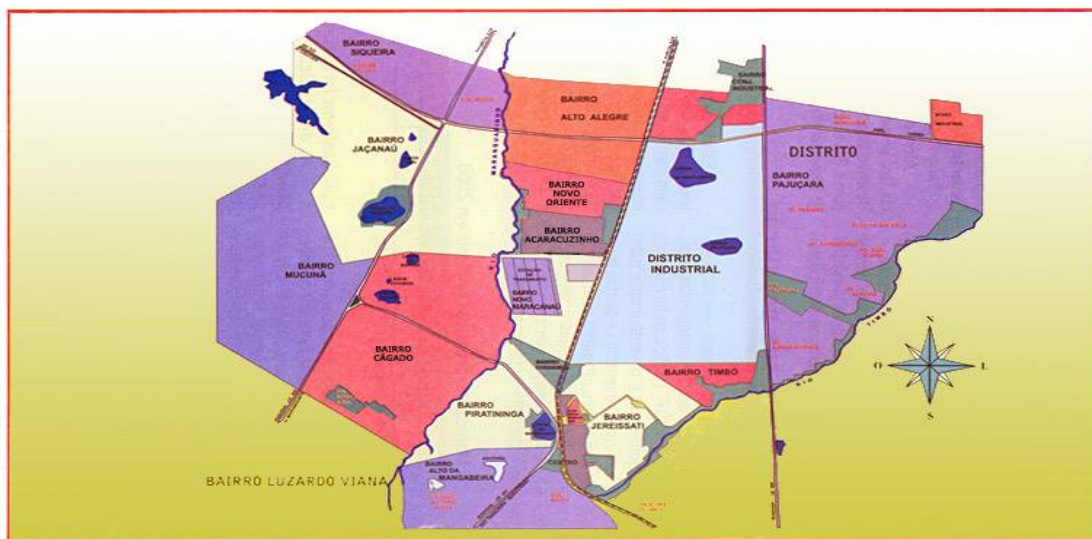
Fonte: <http://www.cprm.gov.br/rehi/atlas/paraiba/relatorios/CAJA046.pdf> (acesso 26/08/2014)

Já o segundo município Maracanaú, no Ceará, possui cadastradas 51 Equipes de Saúde da Família. O município faz parte da Macrorregional de Fortaleza e a 3^a Microrregional de Saúde do Estado ou 3^a CRES. É o maior centro industrial e a maior cidade “dormitório” do Ceará, além de possuir o segundo Produto Interno Bruto (PIB) per capita do estado (MARACANAU, 2010).

Possui uma área de aproximadamente 105,696 km² e população de 201.690 habitantes, sendo 51,40% (103.210) da população composta por mulheres e 48,60% (97.587) por homens (IBGE, 2010).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município estão territorializadas em seis Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA). Cada AVISA possui de três a seis UBS com um total de 25 unidades de saúde, o que atinge 94% de cobertura do município (MARACANAU, 2010).

Figura 03 - Mapa com a planta da cidade de Maracanaú – CE.



Fonte: http://www.maracanau.ce.gov.br/images/mapas/planta_cidade.jpg (acesso 23/09/2014)

É importante destacar que a ESF de Maracanaú já foi reconhecida como uma das estratégias mais eficazes do país, com ações e práticas bem consolidadas por meio da equipe multiprofissional.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

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. Nesse sentido não foi prezado a quantidade de entrevistas, mas a profundidade das mesmas.

Os participantes desta investigação foram constituídos pelos enfermeiros que integram as 23 Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica de Cajazeiras e das 54 Equipes de Saúde da Família de Maracanaú, sendo entrevistados 16 na primeira cidade e 32 na segunda, totalizando 48 enfermeiros. Foi adotado como critério de inclusão somente os enfermeiros que trabalhavam 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 estivessem de férias, licença-saúde ou afastados.

5.4 COLETA DE DADOS

Foi utilizada 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.

As entrevistas foram realizadas individualmente, entre março e outubro de 2015, em local reservado na própria UBS. O instrumento possuía questões fechadas, que permitiram a caracterização do perfil dos participantes, 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.

5.5 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, 2013).

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 releitura, 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 se singulariza em um dispositivo analítico determinado, mediante a questão posta pelo pesquisador, a natureza do material de análise e a finalidade (objetivo) das análises (ORLANDI, 2013).

Conforme a autora supracitada 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, 2013).

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 (2013) direciona três etapas, as quais serão 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 tornou-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 (GOMES, 2007; GOMES 2005):

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 possibilitaram a dessuperficialização do *corpus*, caminhando da superfície para o objeto do discurso (GADET; HAK, 1997). Foram necessárias 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 os quais serão descritos à frente: 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 se situa 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 (ORLANDI, 2013).

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, 2013).

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).

Por fim, na última etapa, buscou-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, 2013).

Com essas considerações metodológicas, a AD 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.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), *campus* Cajazeiras, sob o parecer nº 965.879 (ANEXO A). 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, estavam presentes o contato telefônico dos responsáveis pela pesquisa e do CEP.

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

Em primeiro lugar foi encaminhado às Secretarias de Saúde da Atenção Básica dos municípios em que se realizou esta 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 seriam mais amplos, sendo que foram emitidos dois termos de anuência dos respectivos municípios, Cajazeiras (ANEXO B) e Maracanaú (ANEXO C) autorizando a realização da investigação.

Foi realizado também, aos participantes do estudo, esclarecimento quanto aos objetivos, métodos, benefícios previstos ou potenciais riscos da pesquisa. Foi entregue o TCLE, informando a garantia do anonimato e a liberdade em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa.

O estudo apresentou riscos mínimos, já que não envolveu a realização de procedimentos invasivos, mas poderia ocorrer insatisfação do entrevistado em decorrência de abordar sobre as singularidades do seu trabalho. Nesse caso, o pesquisador estava preparado

para intervir sugerindo a suspensão da entrevista, deixando o participante à vontade para decidir sobre a sua participação no estudo posteriormente.

No campo da saúde, o segredo profissional demanda amparo legal e proporciona ampla utilidade prática e social, na medida em que relaciona postulados éticos que carecem de ser desempenhados. Partindo desse pressuposto, os enfermeiros foram protegidos por meio da codificação, cada sujeito entrevistado foi identificado pela sigla “ENF”. À medida que foi efetivada as entrevistas, acrescentou-se a palavra (ENF) um numeral, em algarismo arábico, em ordem crescente, bem como a letra “C” e “M”, correspondendo as respectivas cidades, Cajazeiras e Maracanaú.

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

6 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Como já exposto anteriormente, esta pesquisa foi realizada com 48 enfermeiros da Atenção Básica de dois municípios, Cajazeiras, no Estado da Paraíba e Maracanaú, no Ceará. Em Cajazeiras foram 16 enfermeiros entrevistados, sendo 11 que trabalhavam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana e cinco da zona rural. Já em Maracanaú foram 32, pertencentes às Áreas de Vigilância à Saúde (AVISA) I, II, III, IV, V e VI, sendo sete da AVISA I, a qual possui uma das maiores concentrações de UBS, cinco pertencentes a AVISA II, quatro da AVISA III, quatro da AVISA IV, seis da AVISA V e seis da AVISA VI, envolvendo todas as áreas cobertas por Equipes de Saúde da Família.

Dos 16 enfermeiros de Cajazeiras-PB, 15 eram do sexo feminino e apenas um do sexo masculino. Por sua vez em Maracanaú-CE, 31 eram do sexo feminino e somente um masculino. Estes achados convergem com pesquisas realizadas com enfermeiros desse nível de atenção onde é predominante o gênero feminino nessa profissão (CORRÊA et al., 2012; POGGETO et al., 2012).

A composição majoritária de mulheres na enfermagem está diretamente relacionada à própria história da profissão. Ao longo da história da humanidade, as práticas de cuidar, de maneira geral, estiveram atreladas ao universo feminino, e se afirmaram como tal devido a representação no imaginário social que mulher era um ser dotado de qualidades “naturais” para o desempenho dessas atividades (WALDOW, 2012).

Nesse sentido, a mulher possui a essência de cuidadora ideal, isto é, associada à figura da mulher-mãe, observada como curandeira e detentora de saber informal de práticas de saúde, saber este que é transferido de mulher para mulher, já que essas são “naturalmente” inclinadas para o cuidado doméstico prestada às crianças, aos enfermos e aos idosos. O entendimento de cuidado, concebida como atribuição feminina, produto das “qualidades naturais” das mulheres, fomenta a presença no espaço formal das relações de trabalho nos serviços de saúde (LOPES; LEAL, 2005).

Em relação à faixa etária dos participantes, verificou-se que, em ambos os municípios, a maioria pertencia à faixa etária de 27 a 31 anos, sendo sete casos em Cajazeiras-PB e 12 em Maracanaú-CE. A predominância de profissionais jovens pode ser justificada em decorrência da constante ampliação do número de Equipes de Saúde da Família, impulsionada principalmente em decorrência Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013, que alterou a fórmula de cálculo do teto máximo das equipes inseridas na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

Dados semelhantes foram encontrados por Corrêa et al. (2012), em estudo sobre o perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da Atenção Básica de Cuiabá-MT, onde em sua maioria, 22,6%, estavam na faixa etária de 26 a 30 anos, demonstrando a jovialidade desses profissionais.

No que se refere ao tempo de graduação desses participantes, 30 enfermeiros possuem tempo de formado de um a cinco anos, sendo dez em Cajazeiras-PB e 20 em Maracanaú-CE, o que também demonstra a jovialidade destes profissionais, tanto no tempo de formado, quanto na faixa etária. Desta forma, há predominância de enfermeiros com pouca vivência de trabalho na área da Atenção Básica, dados que também convergem com os encontrados por Ximenes Neto et al. (2009), uma vez que 17, dos 30 enfermeiros, formaram-se de um a cinco anos.

Em relação ao tempo de atuação dos enfermeiros no âmbito da Atenção Básica, dos 48 enfermeiros, 35 atuam de um a cinco anos nesse nível de atenção, sendo 14 em Cajazeiras-PB e 21 em Maracanaú-CE. Corroborando com essas informações, Oliveira e Tavares (2010) em investigação realizada na cidade de Uberaba-MG, encontraram que todos os 12 enfermeiros que participaram da pesquisa, apresentavam até três anos de atuação nesse nível de saúde. O tempo de exercício combinado com o período de formado também pode ser um indicativo de ser a Estratégia Saúde da Família (ESF) o primeiro emprego de alguns destes profissionais.

Nota-se que a ESF é uma área de atuação para o enfermeiro, relativamente recente e crescente, haja vista os indicadores demonstrados pelo Ministério da Saúde, em que muitos profissionais foram contratados nos últimos anos. Criado em 1994, a ESF já atende mais de 123,8 milhões de pessoas em mais de 5.456 municípios, com total de Equipes de Saúde da Família implantadas de aproximadamente de 40.000, como proporção de cobertura populacional estimada em 63,83% (BRASIL, 2016).

Quanto à realização de cursos de pós-graduação, 42 fizeram/fazem cursos de pós-graduação, 14 em Cajazeiras-PB e 28 em Maracanaú-CE. Dos enfermeiros que realizaram/realizam a pós-graduação, 30 estão relacionados à Atenção Básica, 12 em Cajazeiras-PB e 18 em Maracanaú-CE, sendo, destes, dois cursos de mestrado acadêmico em saúde coletiva. Essas informações convergem com os encontrados na literatura, que apontam a preocupação dos enfermeiros inseridos na ESF em realizarem pós-graduação na área (FERREIRA, SCHIMITH, CACERES, 2010; ROCHA, ZEITOUNE, 2007).

Essa procura por pós-graduações reflete a necessidade de atender à lógica do mercado competitivo atual na área da enfermagem e, assim, poder ter mais possibilidades na

busca por um emprego, além de ratificar a importância de permanentes capacitações profissionais, em decorrência dos avanços tecnológicos, de novas informações na área da saúde e das diversas necessidades dos atores sociais que procuram esses serviços (FERNANDES, 2012).

Finalmente, destaca-se que dos 48 enfermeiros que participaram dessa investigação, 42 relataram que possuem como vínculo empregatício com a prefeitura dos respectivos municípios, o contrato por cargo comissionado, sendo 11 em Cajazeiras-PB e 31 em Maracanaú-CE.

Conforme Borges (2012) os cargos comissionados se referem a funções públicas cujo detentor tem vínculo transitório com o Poder Público, os quais se caracterizam pelo fator de confiança. Não depende da habilitação de concurso, sendo criado por lei, de livre nomeação e exoneração. Esses profissionais, com esse tipo de vínculo, dependem diretamente da administração pública, com suas normas e estruturas de poder.

Relaciona-se os cargos comissionados com a precarização do processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que a precariedade do trabalho nas condições de um contrato transitório, não diz respeito só à redução da amplitude da proteção social no cargo exercido (menor número de direitos e benefícios), como também ao fato desse tipo de contrato ter duração curta ou bem delimitada no tempo. Esses dois pontos podem refletir em sentimentos de instabilidade e insegurança no profissional enfermeiro (NOGUERIRA, et al., 2004), como também reflexos negativos na identidade profissional.

7 CONDIÇÕES E FORMAÇÕES DISCURSIVAS NA CONFIGURAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

Faz-se necessário a imersão nas condições de produção do discurso, a fim de compreender como as mesmas influenciam o discurso dos sujeitos. Para Orlandi (2013) as condições de produção compreendem essencialmente os indivíduos e a situação, bem como a imagem que os sujeitos possuem de si e do local onde falam.

Assim, entende-se que o discurso dos enfermeiros participantes desta investigação é materializado na sua realização em relação aos pontos exteriores que se traduzem na prática enunciativa, sendo que esse discurso é concebido a partir de um processo contínuo, dinâmico e complexo.

Também a memória faz parte da produção do discurso. A forma como a memória “aciona”, faz valer as condições de produção, tornando-se imprescindível. Entende-se as condições de produção em sentido estrito, ou seja, as circunstâncias de enunciação, o contexto imediato. Por sua vez, as condições amplas incluem o contexto social, histórico e ideológico (ORLANDO, 2013).

Desta forma, as práticas discursivas dos enfermeiros estão atreladas ao momento e ao lugar onde as mesmas são realizadas, sendo que estas circunstâncias irão fomentar a constituição dos sentidos presentes na enunciação.

Nesta investigação, as condições estritas são representadas pelo contexto de práticas na UBS e território adscrito, além do momento da entrevista em que os enfermeiros são os sujeitos locutores, o pesquisador o interlocutor e as questões norteadoras da pesquisa como uma forma de se chegar ao objeto discursivo.

Já as condições amplas são representadas pelas normatizações que regem as ações e serviços da Atenção Básica, do Sistema Único de Saúde, além das legislações profissionais, bem como o processo histórico, social e ideológico que envolve os modelos de atenção à saúde. Em síntese, as condições de produção revelam quem diz, porque diz, para quem e a partir de onde diz.

Logo, a inquietação, frente ao objeto de estudo desta pesquisa, está atrelada as condições de produção do discurso. Assim, ao se abordar o *corpus* do discurso, deve-se fazer a conexão às suas condições de produção, como forma de interpretar os efeitos de sentidos, sempre avaliando o funcionamento discursivo.

As condições de produção possuem também como questão essencial para a sua origem o mecanismo imaginário. Este mecanismo é conhecido por formações imaginárias,

que funcionam no discurso por meio da produção de imagens dos sujeitos e do objeto discursivo dentro de uma conjuntura social e histórica. Os fatores envolvidos nas formações imaginárias são: a relação de sentidos; o mecanismo de antecipação e a relação de forças (ORLANDO, 2013).

A relação de sentidos estabelece que os discursos se relacionam uns com os outros, isto é, todos se envolvem de forma contínua, num processo amplo, sem início absoluto e nem final definitivo. O mecanismo de antecipação regula a argumentação conforme o impacto predito, a partir da possibilidade de experimentação, colocando-se no lugar do interlocutor e imaginando o que o mesmo pensará de suas palavras. Finalmente a relação de forças indica de onde fala o enunciador, qual o seu lugar no discurso do outro, lugar aqui entendido como contexto de representações sociais constitutivo do espaço das significações, sendo parte constitutiva do sentido do dizer, que definirá o seu valor, devido ao poder envolvido na posição assumida (PÊCHEEUX, 2010).

Observando essas condições, nota-se um jogo imaginário que envolve o discurso dos participantes deste estudo; os locais da investigação constituíam os ambientes de trabalho dos enfermeiros na Atenção Básica e, os enfermeiros que foram questionados sobre a sua prática por um pesquisador que ocupa também a posição de enfermeiro.

Com isso é possível obter a imagem da posição do enfermeiro locutor (quem sou eu para lhe falar assim?), da posição do enfermeiro interlocutor (quem é ele para me falar assim, ou para que eu lhe fale assim?) e também a do objeto do discurso (do que estou lhe falando, do que ele me fala?). É, desta maneira, todo um jogo imaginário que preside a permuta de palavras. Há ainda, pelo mecanismo de antecipação, a imagem que o enfermeiro locutor faz da imagem que o enfermeiro interlocutor faz dele e a imagem que o enfermeiro interlocutor faz da imagem que o enfermeiro locutor faz do objeto do discurso (ORLANDI, 2013).

Essas formações imaginárias não se relacionam aos lugares empíricos nos quais os sujeitos se inscrevem, mas às imagens que delineiam no interior das relações sociais e que os inscrevem como sujeitos discursivos a partir de suas projeções (PÊCHEEUX, 2010).

Nesse sentido, o essencial na relação discursiva são essas imagens que permite passar dos lugares empíricos dos sujeitos para suas posições discursivas, nas quais estão implicadas o contexto social e histórico, além da memória discursiva. Assim, no processo discursivo, são considerados o material, o institucional e o imaginário para, assim, ser possível chegar a compreensão das relações e dos sentidos dos discursos (ORLANDI, 2013).

Com isso, nota-se que a produção dos sentidos passa por um complexo jogo de imagens que são refletidas no discurso. Portanto, não é nas palavras mesmas que se encontram os sentidos, nem tampouco nas intenções de quem as profere, mas, antes, é necessário considerar as condições de produção de um discurso para compreender o seu funcionamento e a forma como constrói os sentidos.

No encontro com os participantes desta investigação, buscou-se a aproximação da neutralidade nas opiniões, na tentativa de ouvir o que está além, de não me confundir pela transparência da linguagem como apresenta Orlandi (2013), nem muito guiar as reflexões estritamente apontadas pela minha experiência nesse canário de atuação.

Os participantes deste estudo discorreram sobre a identidade profissional do enfermeiro no campo da Atenção Básica e teceram enunciações que abordam a relação do cenário de atuação no qual estão inseridos e o cotidiano de práticas. As condições que fomentam esse discurso são essenciais para a compreensão de suas disposições discursivas e base ideológica, onde torna-se fundamental entender de que lugar fala esse enfermeiro, como ele se posiciona para falar acerca da identidade profissional e quais os sentidos estão envolvidos em sua configuração identitária.

Desta forma, apreende-se que o sentido de algo não está estabelecido pelas posições ideológicas em que eles ocupam no processo de produção, uma vez que vão assimilando novos sentidos conforme as posições daqueles que as proferem, ou seja, seus sentidos estão atrelados as posições ocupadas em relação as formações ideológicas as quais se inscrevem. Os sentidos sempre estão condicionados ideologicamente, posto que, as formações discursivas representam no discurso as formações ideológicas.

A noção de formação discursiva, segundo Pêcheux (2010), é aquilo que numa dada formação ideológica, isto é, a partir de uma dada posição numa dada conjuntura, determinada pelo estado de luta de classes, estabelece o que pode e deve ser dito. Além disso, a formação discursiva permite elucidar o processo de produção dos sentidos, a sua relação com a ideologia, como também dá ao analista a possibilidade de fixar regularidades no funcionamento do discurso (ORLANDI, 2009).

Logo, os enunciados presentes nesta investigação estão ligados diretamente às formações discursivas que advém de uma formação ideológica, permitindo assim ao enfermeiro-enunciador elaborar os seus discursos sobre a identidade profissional e enunciarlos sob um determinado contexto social, histórico e cultural.

Na análise de discurso, na vertente francesa de Michel Pêcheux, a ideologia, longe de ser simplesmente uma gama de representações, visão de mundo ou ocultação da realidade,

é por excelência constituinte da relação necessária entre linguagem e mundo, já que não existe pensamento fora da linguagem, isso implica em dizer que o pensamento e a linguagem são inseparáveis, e, portanto, expressam, por meio do enunciado a ideologia que reflete o sentido de identidade profissional ao enfermeiro no campo da Atenção Básica.

7.1 ATENÇÃO BÁSICA: CAMPO DE CONTRADIÇÕES

Campo à luz de Bourdieu, constitui em um espaço social institucionalizado onde existem agentes detentores de diferentes capitais e por isso mesmo, acabam por conviver com diversos *habitus*, o qual é compreendido como disposições adquiridas que balizam as atuações dos agentes no espaço social, já que é um princípio gerador e estruturador de práticas e representações distintas e distintivas, a partir de um sistema de orientação ora consciente ora inconsciente, que auxiliam a pensar as características de uma identidade, forjando com isso, a ocupação de diferentes posições no campo.

A Atenção Básica (AB), pode ser interpretada enquanto campo, a qual é um espaço produtor de cuidados, que possui uma gama complexa de elementos históricos, culturais, sociais e institucionais que reverberam nas práticas desenvolvidas pelos profissionais que nela estão inseridos, uma vez que devem contemplar as especificidades do território adscrito, as condições e modo de vida da população, bem como os seus problemas e necessidades de saúde.

Em discursos parafrásticos, ou seja, processos pelos quais em todo dizer existe sempre algo que se repete, constituindo, assim, a matriz do sentido, percebe-se que a compreensão dos enfermeiros sobre a AB está alicerçada em elementos presentes nos documentos ministeriais, conforme é demonstrado a seguir:

Enf22M: _Pra mim, ao meu ver a Atenção Básica, ela é a **porta de entrada**, certo? Para a saúde é aqui que a gente recebe todos os pacientes, que querem o primeiro olhar, primeira opinião, entendeu? O primeiro atendimento e a atenção básica ao meu ver ela tem uma importância assim/ muito grande. Eu gosto muito do vínculo, do profissional com o usuário e aqui na atenção básica a gente tem muito disso. A gente conhece cada pessoa, a gente conhece os nossos usuários e a atenção básica pra mim é isso, a porta de entrada pra, pra primeira conversa, pra o primeiro atendimento com o usuário.

Enf38M: _Pra mim a Atenção Básica/ é exatamente a **porta de entrada** de todo serviço de saúde, né? [...] Então, assim, a Atenção Básica é quem primeiro conhece. E assim, eu acho que o mais importante ainda é a questão da prevenção e promoção. Então, você passa a conhecer as pessoas, né? Você passa a chamar pelo nome, assim como elas chegam... Deixa de ser, vamos dizer assim, um paciente tal e passa a ser seu Pedro, dona Maria, dona Cristina e cria vínculo. [...] assim **a gente entra nas casas deles**, a gente vê tudo, a gente conhece tudo, então realmente a gente cria vínculo, né? Então, Atenção Básica é isso, é a **porta de entrada** de todo sistema de saúde.

Uma das características observadas, nas formações discursivas dos enfermeiros, é AB ser a “**porta de entrada**” na rede de atenção à saúde. Essa expressão refere-se ao uso da AB como atendimento inicial procurado, por meio do qual as pessoas buscam atenção à saúde, excluindo as situações de urgência (MARIN; MORACVICK; MARCHIOLI, 2014).

Porta de entrada também pode receber a denominação de primeiro contato, que representa acesso (uma característica estrutural ou de capacidade de atenção) e utilização do serviço para cada nova necessidade de saúde (novos e antigos problemas, prevenção e recuperação). Destaca-se ainda que o serviço é porta de entrada quando a população e a equipe de saúde o notam como o primeiro recurso de saúde a ser procurado, em decorrência da facilidade do acesso com atendimento oportuno às demandas apresentadas (FAUSTO et al., 2014).

Entende-se, com isso, que a AB é apresentada como porta de entrada no sistema de saúde para todas as necessidades, além de compartilhar com os demais níveis de atenção a responsabilidade pelo acesso, como também pelo cuidado longitudinal e integral.

Portanto, conforme o decreto 7.508 de 28 de junho de 2011, a AB deve coordenar o acesso inicial do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS), o que a caracteriza como porta de entrada preferencial (porém não a única, já que a atenção de urgência e emergência, atenção psicossocial e especiais de acesso aberto também são considerados como portas de entrada) com acesso universal e igualitário das ações e serviços de saúde, sendo completada na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço (BRASIL, 2011b).

Nota-se, desta forma, que as diretrizes políticas presentes em diversos documentos ministeriais (BRASIL, 1997a; BRASIL, 2006; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b), enfatizando a AB como “porta de entrada” no sistema de saúde, reverbera no trabalho cotidiano e no

discurso do enfermeiro nesse campo de atenção. Entretanto, observa-se, conforme abordado anteriormente, a menção nos discursos da AB ser a porta de entrada no sistema, mas não é a única, já que são inseridos outros dispositivos, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço Ambulatorial Especializados, que possibilitam também o acesso na rede de atenção.

Assim, para que a AB seja efetivamente considerada a porta preferencial de entrada nos serviços de saúde brasileira, deverá existir a articulação e complementaridade da rede de atenção com os demais serviços, para facilitar o acesso, qualificar o atendimento prestado e proporcionar resolubilidade às demandas apresentadas pela população.

Nesse quesito, o sentido de “porta” não é barrar e limitar o atendimento, e sim responder aos problemas que ali aparecem de modo que haja a predominância do trabalho vivo, em ato, em que o profissional da saúde possa contar com elevado nível de liberdade e criatividade na realização dos cuidados em saúde, fortalecendo, assim, os aspectos relacionais do seu trabalho, tendo, portanto, mais possibilidade de conduzir as ações por meio da realização de vínculo com os usuários (MERHY; FRANCO, 2012), ação esta que também é observada de maneira parafrástica nos discursos dos enfermeiros.

O vínculo é um princípio essencial para a produção do cuidado entre o enfermeiro e a população, já que facilita a identificação de demandas de saúde do território, como também a possibilidade da construção de planos cuidativos a partir da singularidade e multidimensionalidade dos sujeitos sob sua responsabilidade, sendo, com isso, um elemento fundamental na formação da identidade profissional do enfermeiro condizente com a realidade e problemáticas de saúde desse nível de atenção.

Assim, vínculo possui o sentido de algo que ata ou liga as pessoas, de maneira interdependente, apontado como elemento norteador da AB para o estabelecimento de laços de corresponsabilidade e compromissos entre os profissionais da saúde e usuários, facilitando, desta forma, o acesso aos serviços de saúde (JORGE et al., 2011, PENNA, FARIA, REZENDE, 2014).

Por meio de sua constituição pode-se desenvolver relações de confiança e de empoderamento que transcendam a doença, além de ressignificar as práticas de cuidado, as quais passam a ser atravessadas por afetos e subjetividades, o que proporciona um cuidado integral e de qualidade à população inserida no território adscrito (SILVA et al. 2015).

Na atenção à saúde, é fundamental conhecer as características da população onde se atua e os determinantes do processo saúde, doença e cuidado, com a intenção de fixar uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a comunidade. Para um

aprofundamento sobre as demandas da população é necessário o desenvolvimento de vínculo com a população adscrita, fomentando a troca de informações sobre a saúde individual, familiar e comunitária. Essa interação cria uma proximidade entre as partes, contribuindo para as ações que serão planejadas e executadas no processo de trabalho em saúde, com vistas a práticas humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas, e socialmente apropriadas (ADDUM et al., 2011; BARBOSA, FORSTER, 2010; RADIGONDA et al., 2010).

Entende-se, ainda, o vínculo como tecnologia leve por constituir o modo relacional de agir quando da produção de atos de saúde. Esta tecnologia leve em questão estabelece relações tão próximas que incentivam a sensibilização e responsabilização dos profissionais para as necessidades de saúde dos outros, objetivando incentivar a autonomia dos usuários em projetos terapêuticos dentro uma dada possibilidade de intervenção nem impessoal, nem burocratizada, garantindo acessibilidade e resolubilidade (LIMA, MOREIRA, JORGE, 2013; MERHY, FRANCO, 2012).

Segundo os fundamentos e diretrizes, impressas na política nacional da Atenção Básica do Ministério da Saúde, o vínculo consiste no desenvolvimento de relações de afetividade e confiança entre o trabalhador da saúde e o usuário, viabilizando a consolidação do processo de corresponsabilização pela saúde, formado ao longo do tempo, além de carregar em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012b).

O espaço da AB, proporciona a continuidade do cuidado e conseqüentemente a maior aproximação do enfermeiro com a população do seu território adscrito, viabilizando com isso a formação de vínculo entre esses atores sociais, o que pode funcionar como um canal no qual as necessidades de saúde são compreendidas a cada encontro, valorizando também a construção de sujeitos autônomos, em que o usuário é percebido na qualidade de sujeito que fala, deseja e julga.

Por fim, observa-se no *corpus* discursivo deste estudo a paráfrase da AB atrelada às ações de prevenção e promoção, influenciadas pela proposta desse espaço de atenção que visa fomentar a alteração do modelo assistencial, de modo a alcançar os princípios ideológicos que fundamentam o SUS.

A própria Portaria nº 2.488/2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, reforça esse nível de saúde como o responsável pela produção de ações em saúde, de maneira individual e coletiva, a partir de práticas ancoradas na promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2011a), elementos estes que influenciam as ações e discurso dos enfermeiros participantes desta pesquisa.

Por sua vez, em outros discursos é possível notar a contradição acerca do entendimento dos enfermeiros sobre as práticas desenvolvidas no cenário da AB, como será demonstrado a seguir:

Enf15C: _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 (usuários) estão “bitolados” a tomar só o remédio/ e fazer exame... elas não aceitam a prevenção, as orientações, muitas vezes dadas, eles não aceitam, eles gostam mesmo é da/, do medicamento. Essa é a coisa mais voltada mesmo a consultas da atenção terciária, essas coisas. Eles não veem uma Atenção Básica como ela realmente é, que seria só com a promoção da Saúde.

Enf46M: _A Atenção Básica para mim, né? É a porta de entrada do cliente, do paciente pra... na verdade era pra ser o cuidado em si, só que aí a gente vê que aquele conceito antigo de tratar a doença ainda existe, porque na verdade a saúde da família surgiu para ser mais a parte educativa, não a doença em si. Só que a gente não vê isso, né? Paciente vem mesmo só para pegar remédio, para se consultar, já quando tá com a doença em si. Então, eu vejo a Atenção Básica*... **que o que era pra ser mesmo não existe**, né? Que é a parte educativa em si, e a gente vê mais a parte curativa [...]

Desta forma, apresentando um descompasso com as discussões realizadas anteriormente, identifica-se nesses discursos uma polissemia, ou seja, o deslocamento dos sentidos atrelados a ruptura no processo de significação, em que os participantes desta investigação apontam, conforme apresentado na ênfase do dizer “**o que era pra ser mesmo não existe**”, para práticas contraditórias, uma vez que mesmo a filosofia de constituição da AB pregar a realização de ações que possam valorizar as inúmeras necessidades de saúde que os sujeitos apresentam, em suas diversas dimensões, como social, cultural e subjetiva, acabam a perpetuar atividades curativistas.

Essa relação no discurso entre o mesmo, o qual reforça a AB como porta de entrada, com práticas de promoção e prevenção a partir do vínculo, e o diferente, o qual demonstra que há ainda distanciamento entre o que é sugerido nos princípios e diretrizes que normatizam a AB e o que realmente acontece nesse campo de práticas, é contraditória, porém um processo não acontece sem o outro. Além disso, no centro desse confronto entre paráfrase e polissemia é que existe o sentido do dizer.

Portanto, é possível observar, nesses discursos, que ainda prevalece o modelo biomédico tradicional e hegemônico no cotidiano de práticas do enfermeiro na AB, expressas por ações prioritariamente curativistas, prescritivas, com ênfase na doença e sem a complementaridade das atividades de promoção da saúde e prevenção de agravos, principalmente devido a população demandar por isso, na visão dos participantes desta pesquisa, o que pode implicar na distorção das práticas que representam a identidade profissional do enfermeiro.

Esse modelo biomédico foi fundado sobre a base mecanicista ou cartesianista, que visa o máximo de objetividade. O corpo passou, a partir desse modelo, a ser fragmentado e equiparado a uma máquina, e a doença, a um mau funcionamento da parte considerada afetada dentro deste maquinário. A enfermidade então deu lugar à doença localizada, a medicina se restringiu a um olhar dividido apoiado por diagnósticos objetivos, não a observando como parte de uma totalidade envolvida por interligações e interdependências entre fenômenos sociais, biológicos, psicológicos e ambientais (CAPRA, 2010).

No modelo biomédico, a doença é explicada em termos da fisiopatologia, sendo uma estrutura e um funcionamento inadequado de tecidos e órgãos. Esse modelo oferece uma sustentação conceitual para compreender as dimensões biológicas do adoecer, restringindo-o à doença. O foco é no corpo e não na pessoa (BROWN; WESTON; STEWART, 2010).

No cenário brasileiro, historicamente há a predominância do modelo biomédico nas práticas assistenciais. Esse modelo é alicerçado no pensamento unicausal do processo saúde e doença, impulsionado em meados do século XIX, em decorrência das descobertas da microbiologia e guiados pela elucidação biológica dos agentes etiológicos das doenças, com ações e serviços planejados na razão neoliberal de produção, e cujos atendimentos são fragmentados, prescritivos, reducionistas e predominantemente curativistas (FERTONANI et al. 2015).

Para Campos (2010) a lógica desse modelo é fincada na padronização de técnicas a serem aplicadas da mesma maneira, em pessoas diferentes ao apresentarem a mesma doença. Essas alterações são identificadas por meio de um diagnóstico do problema a partir da procura por sinais e sintomas no corpo, e o tratamento segue com a utilização de medicamentos e procedimentos. Nesse sentido, as relações com os pacientes são autoritárias, focalizadas no saber científico e desconsiderando a realidade social vivida pelas pessoas e a subjetividade presente nas relações estabelecidas com outras pessoas e a própria doença.

Assim como os enfermeiros participantes deste estudo, diversas pesquisas realizadas com esses profissionais da AB no Brasil demonstram que estes percebem a

importância das ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, entretanto, suas ações permanecem atreladas ao modelo tradicional de assistência à saúde, na lógica biológica, médico-centrada, individual e curativistas, totalmente contraditórios aos princípios pregados por esse nível de atenção e pelo SUS (GRAZIANO, EGRY, 2012; FERNANDES et al., 2013; SCHIMITH, LIMA, 2009; SILVA, MOTTA, ZEITOUNE, 2010; ROECKER; MARCON, 2011).

A persistência das práticas fundamentadas nesse modelo é justificada, de acordo com os enfermeiros desta pesquisa, em decorrência da demanda, uma vez que a população só recorre, predominantemente, ao sistema em busca de práticas curativistas, dificultando, na ótica destes profissionais, o desenvolvimento das ações de cunho preventivo e de promoção.

Logo, o enfermeiro, quando direciona somente suas ações para o modelo tradicional, mesmo justificado pela necessidade imediatista da população como é observado pelos discursos, concorda-se que isto desvaloriza o real sentido do cuidado, que tem como objetivo garantir a continuidade da vida dos homens e a sua razão de existir, tendo como consequência o distanciamento dessa categoria da origem de suas práticas, bem como a dificuldade de perceber a sua identidade, tanto no campo de competências, quanto nos próprios cuidados de enfermagem (COLLIÉRE, 2012).

Nesse aspecto de ações fincadas no modelo biomédico, o enfermeiro torna a sua prática simplista, além de fomentar a criação de obstáculos na delimitação da sua identidade profissional, comprometendo também o valor social e o reconhecimento do seu trabalho (BORGES; SILVA, 2010).

Em detrimento aos diversos modelos de atenção à saúde, no cenário da AB, acredita-se que pode haver a integração entre esses modelos, curativistas e de promoção e prevenção, com vistas a resolubilidade das necessidades apresentadas pela população, a partir de uma relação dialética e que possa existir um movimento instituinte na aceitação da “doença”, com possibilidade também de produção de cuidado.

Assim, essa ambivalência entre os modelos de atenção à saúde acaba por constituir parte do *habitus* do enfermeiro, ou seja, das práticas e representações que constituem a identidade profissional que se manifesta por meio de ações paradoxais no campo da AB.

Além disso, questiona-se também sobre a transferência de responsabilidade e culpabilização aos usuários, por parte dos enfermeiros, acerca das ações na AB serem centradas prioritariamente em ações curativistas, uma vez que esses profissionais revelam, com base nos sentidos do *corpus* discursivo, que as práticas de saúde são realizadas a partir

das concepções manifestas e “exigidas” pela população do território de atuação, por remédios, prescrições e procedimentos, rejeitando, com isso, a responsabilidade que o próprio enfermeiro possui no desenvolvimentos dessas práticas.

Portanto, entende-se que a AB é marcada por um espaço ambivalente, já que a sua filosofia de constituição é baseada na realização de cuidados com foco na promoção, prevenção e valorização do sujeito no seu contexto social e cultural, porém, o que emerge nos discursos são práticas dicotomizadas, com foco nas tecnologias duras, superestimadas tanto pela população que requisita uma solução imediatista e que não visualiza, como também desconhece ou rejeita outras opções de produção de cuidado, quanto pelos profissionais que acabam se acomodando numa “zona de conforto”, limitando novas possibilidades de cuidado.

Outro ponto que emerge é o interdiscurso, ou seja, o conjunto de já-ditos construídos historicamente e que sustentam todo o dizer atual dos enfermeiros que a AB é associada a prevenção e promoção, sendo, na verdade, uma visão restrita, já que esse nível de atenção também busca trabalhar, de acordo com a PNAB (BRASIL, 2011a) com proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde, almejando a realização de uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos atores sociais e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

Por conseguinte, esse cenário de práticas contraditórias do enfermeiro na AB proporciona reflexões sobre a possibilidade de inverter esse modo de atuação. As transformações no setor se efetuam a partir da mudança das práticas em saúde, ou melhor, a partir da transformação nos microprocessos do trabalho, com ênfase na utilização, em seu processo de trabalho, das tecnologias leves (MERHY; FRANCO, 2012).

Porém, a busca dessa reorientação do modelo de atenção não é resolvida somente incorporando novas perspectivas, informações, saberes e tecnologias. Mobilizar novos conhecimentos sobre a história de vida do usuário (dinâmica familiar, estrutura do território e do domicílio, rede social e aspectos psicossociais em geral), imergir com maior intensidade em seu contexto de vida (por meio das visitas domiciliares e equipamentos comunitários) e articular novas ações de cunho individual e coletivo (tais como grupos, atividades lúdicas, datas comemorativas e campanhas) pode agregar elementos fundamentais para a produção dos projetos terapêuticos. Entretanto, sem o alicerce das tecnologias das relações, do vínculo e da escuta, esta gama de ferramentas ampliada pode, apenas, reforçar e se manter operando em um território biomédico, prescritivo, hierárquico, disciplinador e higienista (FEUERWERKER, 2014).

Desta forma, compreende-se que esses tipos tecnologias leves possibilitam a construção das relações no encontro entre o profissional da saúde e o usuário, que acontece em ato, por meio da interação e estabelecimento de confiança. Esse tipo de tecnologia é que possibilita o trabalhador se aproximar da singularidade de cada sujeito, suas reais necessidades e contexto de vida, enriquecendo a produção do plano terapêutico de cada sujeito e consequentemente a ruptura com as práticas tradicionais de assistência à saúde, já que possibilita reconhecer o usuário como gestor legítimo de sua própria vida, portador de necessidade, como também de sonhos, valores, saberes e potências, as quais precisam ser consideradas na construção do melhor plano de cuidados (MERHY et al., 2014).

Além do que, o território de tecnologias leves, onde ocorrem as práticas de saúde, possibilita a otimização do potencial criador do trabalho vivo, o qual não se encerra por sua captura pelo trabalho morto (instrumentos, medicamentos, protocolos), mas avança num movimento continuamente dinâmico e transformador. Nesse sentido, o trabalho em ato também possui outra característica própria, o autogoverno, isto é, a “certa autonomia” e possibilidade de escolha em que o trabalhador conta com altos graus de liberdade, podendo estabelecer com o usuário uma relação mais produtiva, a partir de parâmetros de implicação mútua, no reconhecimento que ali existe o encontro de sujeitos que possuem juntos protagonismos na produção da saúde (MERHY; FRANCO, 2012).

Nesse aspecto, embora o lugar que o trabalho vivo ocupa possa manter e reforçar o que está “instituído”, como o paradigma e os instrumentos operantes do modelo médico hegemônico, da mesma forma, sua natureza instituinte permite que possa reverter o instituído e transformar o modelo de atenção, e que possa de fato haver, nesse contexto, diálogos entre as práticas tradicionais com as práticas que estão apoiadas na clínica ampliada e nas tecnologias interacionista, promovendo, assim, a reformulação da identidade profissional do enfermeiro no campo da AB.

7.2 O ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: UM CAMPO MARCADO POR DISPUTAS

A AB, como apontado anteriormente, pode ser compreendida enquanto campo, na sociologia bourdieusiana, onde existe de forma permanente diversos agentes que buscam agregar capital, ou seja, propriedades que são reconhecidas como valores (econômico,

cultural, social e simbólico) pelos agentes, sendo este, acumulação de capital, o fator determinante da sua posição e do local que o mesmo irá ocupar no campo.

Esse espaço social, a AB, pode ser caracterizada como campo, com base nas concepções de Bourdieu, por deter suas próprias hierarquias, princípios e regras, a qual funciona de maneira mais ou menos autônomo em relação ao macrocosmo da rede de atenção à saúde do Brasil. É determinada a partir dos conflitos e das tensões no que diz respeito a seus próprios limites, suas redes de relações e de oposições entre os atores sociais que são seus membros (BOURDIEU, 2004a, 2005, 2007).

O grau de autonomia, percebida na AB, tem por indicador principal seu poder de refração, de retradução. Inversamente, a heteronomia desse espaço social, tendo por base a sociologia de Bourdieu, manifesta-se, fundamentalmente, pelo fato de que os problemas exteriores, em especial os problemas envoltos das políticas públicas em saúde, aí se exprimem diretamente.

É possível caracterizar a AB como um campo de forças e lutas, por sua manutenção ou transformação. O seu funcionamento depende da existência de objetos em disputa e sujeitos dotados de *habitus* que lhes possibilite conhecer e reconhecer as leis imanentes do jogo, por se apoderar dos ganhos e gratificações simbólicas dele decorrentes. Nessa perspectiva a AB é compreendida também como um espaço onde são desenvolvidos conhecimentos e construído práticas ao redor dos objetos que fundamentam a sua existência, porém, concomitantemente, como espaços de disputas por tudo quanto o faz mover-se.

Nesta pesquisa, a identidade profissional do enfermeiro no campo da AB é compreendida a partir da interação do *habitus* e do capital acumulado do mesmo. Para Bourdieu (2007) *habitus* é definido como um sistema de disposições duráveis e transponíveis, ou seja, maneiras de perceber, pensar, sentir e fazer que refletem no modo de agir dos agentes em um dado campo.

A AB, em aproximação com o referencial de Bourdieu, pode ser estruturado como um campo de forças, no qual há dominantes e dominados, com relações constantes e permanentes de desigualdades, as quais se exercem no seu interior, que é também um campo de lutas para transformar ou conservar as forças. Cada um, no interior desse universo, aplica sua concorrência com a força que detém sua posição e, em consequência, suas estratégias (BORDIEU, 2007).

Desta forma, a presença do profissional enfermeiro no campo da AB muitas vezes é assinalada por disputas de posições, principalmente com o profissional médico, onde ocorre

uma distribuição desigual de capitais, o que fomenta a conservação ou subversão entre os agentes, conforme é observado nas formações discursivas a seguir:

Enf08C: _Um simples atendimento como a puericultura, em virtude da população ainda ser resistente, as mães não querem trazer as crianças (*para atendimento com a enfermeira*), **só confiam no atendimento do médico**, elas não querem, por exemplo, trazer as crianças, apesar do crescimento e desenvolvimento não é pra ser só pra criança doente, mas é acompanhar e prevenir que futuramente ela tenha/ algum problema que poderia ser evitado. Mas elas não querem vir (*para atendimento com a enfermeira*) [...] geralmente elas acham que só vão conseguir esse tipo de atendimento/ no médico, que vão ter um exame, alguma coisa, uma prescrição, um medicamento

Enf10C: _O pessoal (*usuários*) ainda tem a filosofia de procurar o médico/ em algumas coisas que o enfermeiro pode resolver [...] Porque, assim, ainda tem aquela questão da prescrição. O pessoal (*usuários*) ele/ confia muito ainda na questão **da prescrição**, a prescrição é sempre mais importante do que a orientação. Então, como **nosso papel é mais orientar do que prescrever**, então, a gente ainda perde nesse campo de atendimento para o médico. Claro muitas vezes a gente sabe do que se trata, sabe como resolver mais a gente não pode prescrever alguns medicamentos... aí eles não vão para o enfermeiro. Então, aí eles acabam dizendo: _não, se é só pra orientar, busco logo o médico (*reprodução da fala do usuário*).

Enf22M: _O paciente não vem pra minha consulta, porque diz que eu não posso passar todas as medicações, então ele não vem... a gente marca a consulta, mas no dia não aparece, se marca para o médico vem tudinho para ele... só você comparar aí fora, o tamanho da fila para o atendimento médico e a fila para o atendimento com a enfermeira, sendo que boa parte dos que vão para o médico a gente poderia resolver...

Enf31M: _Oh, vou te contar... aqui a gente já tá há muito tempo nessa unidade, já conheço boa parte dos problemas, sei como contribuir para resolver, tenho capacidade para isso, mas grande parte população só vê com bons olhos quando é atendida pelo médico, eles ainda acham que o medicamento é a melhor resposta para os problemas*... coisas que eu **poderia resolver mesmo sem um medicamento**, mas como falei a população ainda gosta muito da medicação e como conseguem mais com o médico eles vão mais para a consulta dele.

Nota-se, em discursos parafrásticos, a disputa do enfermeiro com o profissional médico pela resolubilidade dos problemas apresentados pela população, uma vez que os

participantes da pesquisa se percebem capazes e com competências para solucionar as necessidades de saúde dos usuários do seu território adscrito, entretanto, em decorrência de existir um poder simbólico, como também de legitimidade, em volta do ato **da prescrição** medicamentosa (modelo biomédico), a população acaba por preferir se consultar com o profissional médico.

Esse poder simbólico, conforme Bourdieu (2007), trata-se de uma forma de dominação que se exerce não na lógica pura das consciências, mas por meio dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são elementos constitutivos dos *habitus*, o qual age diretamente sobre os corpos, como que por magia, sem qualquer coação física. Porém, essa magia só atua com o suporte de predisposições postas, como catalizadores, na zona mais profunda dos corpos.

Assim, o ato prescritivo, atrelado ao modelo biomédico, exerce poder simbólico ao proporcionar a ocupação de uma determinada posição de valorização e credibilidade no campo da AB ao médico, advindo do capital simbólico incorporado em seu *habitus*, o que o torna capaz de impor significações legítimas, isto é, quando os atores sociais inseridos na AB o validam, legitimam e o tornam como algo óbvio e eficiente, reconhecendo com isso, o valor destas propriedades e conseqüentemente a centralização do médico como o único profissional capaz de sanar as necessidade de saúde da população.

Investigações realizadas com usuários da AB comprovam que a população atendida nesse nível de atenção, vinculam a assistência à saúde preferencialmente à consulta médica imediata (ECKERDT et al., 2008; MARIN, MORACVICK, MARCHIOLI, 2014; OGATA, MACHADO, CATOIA, 2009; VIEIRA et al., 2013), desconsiderando a consulta do enfermeiro como momento propício para a produção de cuidado.

Nesse sentido, as consultas no cenário da AB operam, à luz da sociologia bourdieusiana, como um sistema de relações de poder e como um sistema simbólico, em que distinções de preferência pelo atendimento médico se torna a base nesse espaço de atenção, reforçando a reprodução do poder simbólico e de legitimidade enraizados no ato de diagnosticar e prescrever dessa profissão (BOURDIEU, 2008) situação esta que dificulta a compreensão da saúde como fenômeno social, como também o não entendimento da complexidade e da multidimensionalidade do processo saúde, doença e cuidado como uma possibilidade de práticas do enfermeiro com vistas a integralidade e qualidade de vida da população do seu território de atuação (REGIS; BATISTA, 2015).

Portanto, essa hegemonia do saber e poder médico no contexto de práticas da assistência à saúde com ênfase no curar e tratar, preferencialmente por meio de ações

prescritivas centradas na doença, em detrimento de um cuidar permeado por tecnologias interacionistas, contribuem para a indefinição da identidade profissional do enfermeiro, já que o resultado desses fatores é traduzido por um sentimento de exclusão, que caracteriza o (des)valor do trabalho desses profissionais (BORGES; SILVA, 2010).

Porém, destaca-se que o enfermeiro possui competências para solucionar os problemas de saúde da população sob sua responsabilidade a partir de estratégias que valorizem a compreensão ampla de saúde, cuja ações possam romper com o pragmatismo enraizado somente na visão objetiva e limitada da saúde como a ausência da doença. Assim, em seu processo de trabalho o enfermeiro poderia articular o saber-fazer cuidado com o saber-fazer gerenciar, isto é, a gerência do cuidado, a qual, em associação com as tecnologias interacionistas, bem como a clínica ampliada, a semiologia e semiotécnica proporcionariam condições de organizar e atender, com base em planos cuidadosos para além da prescrição medicamentosa, as necessidades apresentadas e, em concordância com a ênfase do dizer “**poderia resolver mesmo sem um medicamento**” as problemáticas dos atores sociais do território de atuação.

Apreende-se que a realização desta ação, gerência do cuidado vinculada as tecnologias leves como acolhimento, vínculo, escuta ativa e autonomização, nas práticas do enfermeiro no campo da AB, incentivam a agregação de mais capital simbólico, o qual na perspectiva de Bourdieu, confere reconhecimento e valorização a este profissional, além de fomentar novas reflexões, raciocínios clínicos, julgamentos críticos, pensamentos e posturas que irão constituir a transformação do seu *habitus* e, por consequência, em sua identidade profissional.

Por sua vez, o enfermeiro reconhece, em determinadas situações, que as ações no campo da AB não podem ser realizadas só pela enfermagem, já que o mesmo não possui condições de atender todas solicitações. Mas, observa-se também nos discursos a seguir, que nela coexistem o conflito e as disputas pela autoridade e de legitimidade para falar, bem como de agir de forma independente do médico na AB, demonstrando novamente as constantes disputas por posições nesse espaço social.

Enf08C: _Não, assim, eu só acho que/, apesar de que eu falei, né? Que **não tem como o enfermeiro trabalhar sozinho**, mas eu acho que ainda existe a necessidade de aprender a se impor, né? De ele ter a convicção dos seus direitos, dos seus deveres, **não baixar a cabeça pra médico**, porque infelizmente é uma classe que acha e até às vezes

que pode, pode dominar o mundo e a enfermagem, né? Eles (*médicos*) **acham que são deuses**, e eu acho que **o enfermeiro tem que saber se impor**, tipo, isso é minha obrigação, eu posso fazer isso, apesar de ser muito difícil isso, já que o enfermeiro é ainda muito submisso [...] Então, eu acho que o enfermeiro tem que aprender a se impor, claro que com humildade, mas eu acho que ele tem que aprender a mostrar o dever e a obrigação dele e não baixar a cabeça pra esses profissionais (*médicos*) que só fazem achar que a gente não tem preparo, conhecimento e nem tem pulso pra tomar de conta.

Enf35M: _[...] assim, o médico, **ele ainda é o rei mesmo**, ele ainda*... isso na cabeça do usuário e de alguns profissionais da enfermagem//, a gente sabe que isso vem mudando, que o SUS vem procurando tá mudando isso/, mas assim, ainda ele é muito valorizado, e muitas vezes existe essa certa dependência do enfermeiro para com as ordens do médico... mas nós temos que atuar independente deles... nós temos nossas diversas ações...

Nota-se, como sentido que emerge no *locus* discursivo, os conflitos pelo monopólio do poder, entre o enfermeiro e o médico presentes nos serviços de saúde, em que os enfermeiros tentam se firmar como categoria convicta e segura de suas competências profissionais. Porém, o que também aflora conforme as ênfases nos dizeres **acham que são deuses** e **ele ainda é o rei mesmo**, são as relações de subordinação, do enfermeiro para como médico, que marcam essas profissões.

A enfermagem moderna surgiu atrelada ao espírito voluntário dos tempos da guerra na Inglaterra no século XIX com Florence Nightingale, com a ideologia de abnegação, obediência, dedicação e subserviência médica, que marcaram profundamente a profissão até os dias atuais, criando uma imagem que o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Essa concepção é ratificada no livro “Notas sobre Enfermagem”, no qual Nightingale ressalta a vocação, a religiosidade e a devoção como perfil de enfermeiros (NIGHTINGALE, 1989).

Nesse período histórico, o poder já instituído socialmente pela profissão médica, e as questões de gênero influenciaram por maneira na profissionalização da enfermagem, seja no seu desenvolvimento, seja nas suas credenciais qualificacionais (BELLAGUARDA et al., 2013).

Essa relação de subordinação está atrelada ao próprio processo histórico de formação da enfermagem enquanto profissão da saúde, que reverberou diretamente na construção da sua identidade profissional.

Ainda nesse aspecto histórico, a medicina se legitimou socialmente, como a profissão que detinha o saber e o poder sobre as questões atreladas à saúde, sendo que os demais profissionais, incluindo a enfermagem, seriam seus auxiliares para o desenvolvimento das práticas médicas (PHILBERT, 2013).

No cenário brasileiro, a primeira escola de enfermagem, data de 1890, conhecida por Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros no Hospital de Alienados, no Rio de Janeiro, criada pelo Decreto 791, hoje denominada de “Alfredo Pinto” tinha o seu corpo docente composto por médicos (OGUISSO, SCHMIDT, 2010; PAVA, NEVES, 2011).

Porém, estudos apontam a Escola Anna Nery, fundada em 19 de fevereiro de 1923, como a primogênita Escola de Enfermagem do país, apresentando um quadro de professores e administrativo formado integralmente por profissionais da enfermagem. O ensino nessa instituição era norteado pelos padrões americanos, como também nightingaleano, o que caracterizou a formação profissional alicerçada na divisão do trabalho, com perfil de submissão e obediência (OGUISSO, SCHMIDT, 2010; PAVA, NEVES, 2011).

Essa conjuntura demonstra que a formação dessa profissão no contexto nacional caminhou ao longo do tempo numa esfera de dependência e submissão principalmente a categoria médica, reforçando o poder simbólico e consequentemente a violência simbólica presente ainda nessa relação.

Logo, esse poder simbólico exercido pelo médico ao enfermeiro traz consigo a violência simbólica, que de acordo com Bourdieu (2010) é caracterizada como uma violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, a qual se exerce fundamentalmente pelas vias simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais especificamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento.

É uma violência que não é explícita, ainda conforme o autor supracitado, que não está à mostra para todos verem. Ela é oculta, escondida, exercida na sociedade de maneira tal que o dominado, vítima nesse processo de violência simbólica, não percebe que está sendo violentada, ou seja, a violência é invisível e se legitima na medida em que tem justamente essa característica de ser oculta.

A eficácia do poder que o dominante, tem sobre o dominado, enfermeiro, reside na relação em que este último acaba pactuando com essa relação de subordinação e de violência simbólica, inclusive se submetendo a desenvolver e complementar as atividades que são ou que poderiam ser compartilhadas com outros profissionais, como o médico, conforme é possível observar em discursos parafrásticos presentes nesta pesquisa:

Enf02C: _você sabe (*sabe o que?*)... o enfermeiro faz coisas que é do médico*... isso é normal aqui na unidade...

Enf22M: _prevenção ginecológica, puericultura é do enfermeiro, o médico poderia fazer, mas não faz, pelo menos aqui, né? Médico não faz, fica só com enfermeiro.

Enf37M: _ A demanda reprimida é aquele povo que não consegue o atendimento com o médico, eu tenho que ouvir de um e um e tentar solucionar os problemas, fazendo uma triagem...

Enf40M: **_a gente tenta resolver o que não dá pro médico resolver...** a gente acaba pegando coisas que é do médico e nós mesmo resolvemos*....

Enf44M: _enfermeiro na atenção básica, né? Serve até mesmo pra **livrar um pouco a carga dos médicos.**

Enf47M: _A identidade profissional do enfermeiro (*risos*)/ eu acho que ele... às vezes a gente **deixa de fazer o que realmente tem que fazer** do enfermeiro, pra dá um suporte ao médico, né?

Enf48M: **_Eu ajudo muito a médica,** quando ela tá ocupada ela pede pra eu... uma coisa que eu possa resolver dela...

Para Bourdieu (2010) a violência simbólica transforma em natural aquilo que foi construído pela sociedade ao longo dos tempos, por meio da repetição de comportamentos. Logo, essa relação apresentada acima, possui caráter contingente, ideológico, cultural e histórico.

Nesse tipo de violência extorque-se submissões sem serem percebidas como tais, apoiando-se em expectativas coletivas, em crenças socialmente inculcadas, que visam apagar das relações sociais os seus traços de arbitrariedade e violência. Sendo assim, ela supõe um vínculo tácito de cumplicidade entre dominantes e dominados, que, a partir de suas posições e representações, são convocados a tomar parte de um processo que impulsiona a passagem da força e arbitrariedade à legitimidade e ao reconhecimento (BOURDIEU, 2005)

Entende-se, portanto, que essa violência simbólica não é percebida visualmente como a violência direta e manifesta, mas tem efeitos sérios e de complexa interrupção, pelo fato de o fundamento desta violência não residir nas consciências e sim nas disposições modeladas pelas estruturas de dominação que as produzem (BOURDIEU, 2010).

Essa situação, da violência simbólica, gera um *habitus* o qual coloca o enfermeiro em posição de sujeição ao sistema de saúde, principalmente ao médico, conjuntura confirmada pela objetividade das estruturas sociais e pela subjetividade das estruturas mentais, traduzida numa disposição entre os atores sociais, enfermeiro, médico e outros, em que o primeiro aceita determinadas práticas impostas pelos demais, bem como do próprio sistema no qual está inserido.

Em pesquisa na Estratégia Saúde da Família do Município de Diamantina, Minas Gerais, também foi identificado que as consultas de enfermagem são utilizadas como forma de “aliviar” a agenda do médico, com conotação prescritiva e ênfase no indivíduo, deturpando-o da dimensão familiar e social (SANTOS; RIBEIRO, 2010).

Além disso, mesmo compreendendo a AB como um espaço de produção do cuidado a partir de ações interdisciplinares, o que é possível observar nesse cenário de práticas é o enfermeiro se firmando apenas como um profissional que irá complementar o trabalho do médico, deformando a essência da sua identidade e conseqüentemente se distanciando da essência do seu saber-fazer, como é demonstrado por Silva et al. (2011) na investigação intitulada “Atividades desenvolvidas por enfermeiros no PSF e dificuldades em romper o modelo flexneriano”, a qual aponta que esta situação fragiliza também o vínculo com a comunidade, como também a autonomia do enfermeiro.

Logo, esse contexto ofusca a visão dos próprios usuários atendidos nesse nível de atenção, os quais passam a acreditar, em determinadas circunstâncias, que o enfermeiro é apenas um auxiliar do médico, sendo que uma de suas funções é realizar a triagem, isto é, avaliar quem possui necessidade ou não de ser atendido pelo médico, reduzindo com isso, a demanda de consultas desse profissional (FORTIN et al., 2010; PARKER et al., 2013).

Desta forma, ao agregar em seu cotidiano o desenvolvimento de ações, como triagem e suporte ao profissional médico, além das atividades que eram oriundas inicialmente desse profissional, o enfermeiro **deixa de fazer o que realmente tem que fazer**, isto é, distorce os elementos intrínsecos a sua identidade profissional nesse cenário de atenção à saúde.

Agregando a essas discussões, entende-se que ao realizar a triagem, conforme observado no *corpus* discursivo, há uma subutilização do preparo profissional do enfermeiro, já que tal atividade em geral objetiva conter o excesso de demanda e/ou a insuficiência de médicos no quadro de funcionários da Unidade Básica de Saúde (UBS) e sanar os conflitos do cotidiano do trabalho, advindos da organização falha do serviço nas UBS tradicionais (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

Por conseguinte, ao não desempenhar as suas práticas próprias no campo da AB, o trabalho específico do enfermeiro acaba se tornando oculto, o que pode fomentar a perda de identidade profissional, como também reflexos negativos no *status* e na imagem dessa profissão frente a sociedade, equipe e à gestão em saúde (YAZDANNIK; YEKTA; SOLTANI, 2012).

Nesse contexto, destaca-se a partir de discursos parafrásticos dos participantes deste estudo, a dificuldade dos usuários saberem qual a função a ser desempenhada pelo enfermeiro, conforme é destacado nas formações discursivas seguir:

Enf05C: _Eu percebo que o usuário/, ele ainda precisa conhecer mais qual é a função do enfermeiro na Atenção Básica, pois muitos chegam na unidade e demonstram não saber o que realmente nós podemos oferecer para eles...

Enf35M: _Então, eu acho que assim, eu espero que não seja só uma fala minha, mas assim, eu vejo muito mesmo essa **dificuldade do usuário reconhecer qual é o papel do enfermeiro na estratégia saúde da família...**

Enf46M: _Acha que*... muitas vezes dizem (*usuários*): _ah, mas o enfermeiro serve pra quê? Quando presencio isso me deixa muita angustiada.

Em diversas investigações, nacionais e internacionais, com usuários desse nível de atenção à saúde, foram constatados que esses atores sociais possuem dificuldades em perceber e identificar qual são as ações pertinente ao espaço de atuação do enfermeiro. Também foram demonstrados a falta de reconhecimento nítido dos usuários de quem é o enfermeiro na AB (CAÇADOR et al., 2012, FERREIRA, ACIOLI, 2010; MARILAF, ALARCÓN, ILLESCA, 2011; PARKER et al., 2013; SANTOS; RIBEIRO, 2010), fato este que corrobora com os achados desta pesquisa sobre a indefinição da identidade profissional do enfermeiro nesse cenário de práticas.

Em pesquisa realizada no Chile, Marilaf, Alarcón e Illesca (2011), também encontraram que usuários possuem uma compreensão limitada das práticas realizadas pelos enfermeiros, bem como uma imagem distorcida dessa categoria, uma vez que mencionam o uniforme como o elemento identificador de quem seja o enfermeiro no serviço de saúde.

Há de se destacar que, na perspectiva de Dubar (2011), a distorção da imagem do enfermeiro pelos usuários pode gerar rupturas identitárias que impactam diretamente na percepção que o enfermeiro tem de si mesmo, uma vez que é por meio do olhar do outro que a identidade dos sujeitos se constitui. As rupturas identitárias acontecem, portanto, quando existe divergências entre a percepção que se tem de si mesmo e percepção do outro sobre a pessoa em questão.

Logo, essa inespecificidade por parte dos usuários, acerca do trabalho do enfermeiro, pode ter sua origem na atuação dessa categoria profissional, a qual ainda não encontrou a sua delimitação dentro da AB, agregando a si atividades e competências que não lhes são próprias, como também em decorrência de ações que são do campo da interprofissionalidade, tais como consultas, solicitações de exames, prescrições, entre outras, o que pode gerar ambiguidades da sua função específica por parte dos usuários (POGHOSYAN et al., 2013; SANTOS, RIBEIRO, 2010; SILVA et al. 2016).

O tema da interprofissionalidade é discutido na área por vários pesquisadores, cuja definição versa sobre a atuação em conjunto com profissionais diversos dentro de suas respectivas áreas de competências específicas, interagindo nos espaços em comuns, onde todos possuem conhecimentos independentemente da singularidade de cada profissional, visando a construção do cuidado de maneira coletiva e, conseqüentemente, a integralidade da saúde (AMATUZZI et al., 2006).

O profissional enfermeiro realiza um trabalho no campo da AB que se aproxima desta forma de ver o trabalho em saúde, em que é socializado com outros profissionais práticas de saúde consideradas comuns e pertinentes a qualquer categoria profissional. Entretanto, poucas categorias profissionais se abrem para esta nova forma de realizar o trabalho na saúde, se restringindo ao seu núcleo disciplinar. Assim, nota-se um prejuízo para o enfermeiro que em geral no cenário da AB apresenta uma prática disseminada, priorizando também as ações do campo da área coletiva em detrimento das ações nucleares e se distanciando de seu fazer específico que possa ser um referencial identitário.

Acredita-se que a lacuna na ação interprofissional ecoa na falta de conhecimento da população sobre as práticas e saberes específicos do enfermeiro nesse nível de atenção, o que favorece também para uma posição de reduzida visibilidade, gerando baixo autoestima a esses profissionais, dificultando, assim, o cotidiano de trabalho e a autonomia da profissão, o que pode reforçar a pouca visibilidade do enfermeiro nesse cenário de práticas.

É possível reconhecer sim, conforme os autores supracitados, dificuldade de os usuários identificar o enfermeiro nesse campo, porém apreende-se também com base nos

sentidos dos discursos que os participantes desta pesquisa compartilham o sentimento de vitimização, transferindo toda a responsabilidade para os usuários, sendo o próprio profissional, em diversas situações, que ao não reconhecer, bem como não exercer o seu processo de trabalho conforme o seu núcleo de práticas e saberes, reflete no desconhecimento por parte dos usuários.

Compreende-se também que identidade profissional do enfermeiro na AB tanto determina quanto é determinada por esse campo onde ele se insere, porém, essa conjuntura de práticas indefinidas, complica a diferenciação entre o enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde, fato este que pode apresentar reflexos negativos na sua configuração identitária (BECK et al., 2009), já que a construção da identidade profissional do enfermeiro é um processo complexo, tanto próprio como privativo e social, necessitando, concomitantemente, das expectativas de cada um e das situações em que se convive com o enfrentamento dos valores morais, políticos e econômicos na sociedade (OLIVEIRA, 2006).

Portanto, a percepção do sentido que os enfermeiros possuem sobre o desconhecimento dos usuários sobre os reais fundamentos de práticas dessa profissão, impactam no processo de construção da sua identidade profissional, uma vez que a identidade é conferida também como um ato de reconhecimento social, fruto da relação dialética do indivíduo com a sociedade.

Nesse contexto, faz-se necessário a realização do exercício de reconstrução da prática do enfermeiro, tendo por base as suas ações cotidianas na AB, com vistas a construir novos caminhos para a profissão, onde o usuário que é assistido pelo enfermeiro reconheça o seu espaço de trabalho e atuação, orientados por situações de produção de cuidado que atenda as reais necessidades de saúde apresentadas pela população e não somente com base em atividades prescritivas tradicionais (CAÇADOR et al., 2012).

Porém, cabe destacar o discurso polissêmico, que rompe os dizeres dos enfermeiros alinhados ao pensamento que a agregação do capital simbólico está alicerçada somente em ações que reproduzem o modelo tradicional a partir de ações prescritivas, mas pode ser também a partir da realização da produção do cuidado com base em outras possibilidades cuidativas, como ao usar as tecnologias interacionistas, sendo possível observar no deslocamento da seguinte formação discursiva:

Enf24M: _Eu como atuo nessa aérea há muito tempo, eu sou uma profissional de muita credibilidade, sabe? Os pacientes eles, eles, eles

têm uma confiança muito grande [...] eu tenho muitas gestantes que querem fazer o pré-natal só com a enfermeira, né? Porque sabem que escuto e oriento mesmo [...] então, assim, as mulheres, na minha área, têm uma confiança muito grande. Então, assim, eu me sinto muito gratificado com o trabalho que eu desenvolvo, com esse vínculo grande com a comunidade...

Enf36M: _Os pacientes, às vezes sentem mais a vontade de tá procurando mesmo o enfermeiro do que mesmo o médico, né? Pra tá conversando, pedindo orientação, né? A gente sabe escutar e se comunicar melhor com esse paciente... isso demonstra mais confiança.

Enf46M: _Como eu já falei antes, que eu acho que é importantíssimo a enfermagem na Atenção Básica, até por essa questão de.../ dessa ligação, desse vínculo, de acolher mesmo, e que eu acho que, todo nós enfermeiros deveríamos trabalhar mais essas partes mesmo, não desistir, porque se não vai ficar como antes, né? Só a questão de medicamento, né? E assim vai acabar perdendo o papel do enfermeiro na saúde pública, que eu acho que a gente tem que lutar por isso e a gente não tem que perder*... temos que abraçar essas formas de cuidar.

Apreende-se, de acordo com esses discursos, que a agregação de capital simbólico, isto é, a acumulação de prestígio, honra, consagração e reconhecimento social pelo profissional enfermeiro, poderia estar atrelado, em seu processo de trabalho, ao uso das tecnologias leve, como opção para a construção dos planos de cuidados, que ao mesmo tempo favorece a ruptura com modelo médico-hegemônico, incentiva também a formação da identidade do enfermeiro a partir do trabalho vivo, em ato, que visaria as demais necessidade de saúde, que ora são esquecidas ora são desvalorizadas pelo modelo tradicional de assistência à saúde.

A utilização dessas tecnologias no processo de trabalho em saúde estreita a relação profissional-usuário, a qual pode resultar na satisfação por parte do usuário e, também, do profissional, como é observado neste estudo, pela resolução da demanda, além de firmar laços para novas ações e construção do cuidado integral com coparticipação (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

Entende-se que esse tipo de tecnologia valoriza o usuário na sua singularidade, ao compreender a sua história de vida, bem como o território vivo no qual o mesmo está inserido, o que possibilita ultrapassar a oferta de ações e serviços de saúde com foco nos procedimentos, rotinas e protocolos assistenciais (SILVA et al., 2015).

Essas novas possibilidades de cuidado, isto é, o uso das tecnologias leve, propicia o estabelecimento do diálogo entre o profissional de saúde e os usuários, viabilizando o encontro conjunto das soluções para os problemas expostos, já que muitas vezes a comunicação interativa e reflexiva produz *insights* e traz factíveis respostas para problemas específicos (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

Logo, quando há a valorização e a utilização desse tipo de tecnologia no processo de trabalho do enfermeiro, existe a possibilidade de contribuir na direção de reversão do modelo assistencial vigente, permitindo a efetividade das diretrizes da AB, como a longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade (KAWARA et al. 2011).

Entende-se, que sem o destaque das tecnologias leves, haveria a manutenção do modelo de atenção tradicional, pois a potência para a efetiva transformação da prática não se encontra apenas na integração ou agregação dos aspectos do território e da vida social das pessoas, mas se dá em ato no agenciamento que se faz dessas ferramentas no espaço intercessor dos profissionais com os usuários (FEUERWERKER, 2014; MERHY, 2014).

Nesse sentido, o enfermeiro ao realizar em seu processo de trabalho cotidiano no campo da AB, a utilização das tecnologias leve, acaba por agregar mais capital simbólico, assim como proporciona mudanças em seu *habitus* e, por conseguinte, alterações na condução das suas práticas ao reconfigurar a sua identidade profissional, tendo por base ações que vão além da doença.

Desta forma, essas transformações que cercam a identidade profissional do enfermeiro, ao exercer as tecnologias leve nesse cenário de atenção, são compreendidas à luz de Bourdieu (2007), quando diz que o *habitus* é um saber agir aprendido pelo agente na sua inserção em determinado campo, sendo que as estruturas do campo são fundamentais para a formação do mesmo, entretanto, não determinantes para a ação dos agentes. Sobre a transformação do *habitus*, Bourdieu pontua que pode acontecer a partir de três hipóteses: pela movimentação dos agentes entre diferentes campos sociais, por meio da movimentação e das lutas travadas dentro do próprio campo ou, ainda, através de um processo de análise reflexiva sobre as próprias disposições.

Logo, o *habitus* é uma fonte, não noção bourdieusiana, originadora de práticas distintas e distintivas que operam como uma matriz de percepções, apreciações e ações que podem se modificar a partir de transformações na estrutura social que as geram, dando, com isso, a dinamicidade que envolve o permanente processo de construção, desconstrução e reconstrução da identidade profissional do enfermeiro nesse espaço de atenção.

No contexto da promoção e prevenção que alicerçam a AB, o enfermeiro ao incorporar as tecnologias interacionistas em seu processo de trabalho, fomenta a agregação de capitais, direcionando a renovação do seu *habitus* e, conseqüentemente a realização de atitudes e ações condizentes com a proposta desse nível de atenção, refletindo uma identidade profissional condizente com o saber-fazer dessa categoria.

Por fim, cabe destacar, ainda com relação a essas formações discursivas, outra situação que aflora o sentido de disputa por posições no campo da AB é a busca de agregar mais capital econômico, em específico nas questões salariais, como será demonstrado nos discursos parafrásticos a seguir:

Enf08C: _Porque os **enfermeiros são muito mal pagos**, muito mal remunerados, não são bem... é... como é que diz... vistos pela sociedade, em geral, porque, é... muita gente não dá valor. Acho que merecemos sim um melhor salário, já que trabalhamos inclusive mais do que os médicos.

Enf26M: _Agora, assim, a gente só **fica chateado com a questão da valorização do salário**, oito anos que eu tô aqui/ acho que o salário subiu só trezentos reais/, enquanto do médico aqui que subiu mil reais/. Aí isso a gente, né? Vê a desvalorização da categoria da gente.

Enf37M: _Eu acho que só enfatizar a importância do enfermeiro, né? o enfermeiro hoje se forma pra trabalhar pra ganhar no final do mês tal pouco, fazendo com que a gente pegue vários plantões extras para completar a renda, eu acho que **a nossa valorização tá muito em baixa**, muito. Eu acho que precisaria a gente lutar um pouco mais por isso, a gente aparecer, a gente mostrar quem somos e ter melhores condições financeiras assim como os médicos.

Pesquisas realizadas com enfermeiros da AB (FERNANDES et al., 2012; SCHRADER et al., 2012) também constataram os baixos salários recebidos por esses profissionais. Tal situação reflete a desvalorização e fragilidade política que ainda envolve esta classe, o que acaba por interferir no desempenho profissional, na desmotivação com o trabalho, bem como na imagem distorcida que o enfermeiro tem de si.

Em estudo realizado em Valparaíso, no Chile, apontou que a remuneração do enfermeiro está atrelada ao status social da profissão, elemento simbólico que possui influências diretas na conformação identitária dessa profissão (CHUAQUI-KETTLUN et al. 2014).

Entende-se, neste sentido, que a identidade profissional, construída no cotidiano do trabalho, pode ser suscetível a interferência de fatores como os precários salários recebidos pelos enfermeiros, o que proporciona a sensação de falta de reconhecimento social e desprestígio desta categoria frente aos demais membros da equipe.

Esse cenário repercuti negativamente nos sentimentos próprios dos enfermeiros tais como satisfação, motivação e realização profissional, os quais influenciam largamente a construção dos sentimentos de pertença, e conseqüentemente a identidade do enfermeiro (BRITO; MONTENEGRO; MARILIA 2010).

Assim, a baixa remuneração pode provocar, de acordo com os discursos, a necessidade de associar com o trabalho na AB, outros vínculos empregatícios com vistas a elevar a renda financeira mensal. Essa situação favorece a sobrecarga e conseqüentemente a desgaste físicos e emocionais, resultando em práticas deficientes e de baixa qualidade, impactando, assim, desfavoravelmente na identidade profissional do enfermeiro.

7.3 LEGISLAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA: DESCORTINANDO O DISCURSO DOS ENFERMEIROS

Compreende-se que a identidade profissional está sempre em movimento, em uma dinâmica de desestruturação e reestruturação permanente e que sofre influências dos aspectos culturais, sociais e históricos de um grupo específico. Além desses elementos que reverberam na conformação da identidade profissional, destaca-se a legislação que demonstra os direitos, deveres e atribuições pertinente a regulamentação específica de uma profissão.

Observa-se, no *corpus* discursivo desta pesquisa, distintas formulações do mesmo dizer sedimentado e, por consequência, como matriz do sentido, a importância de se conhecer as leis atreladas ao exercício profissional do enfermeiro, como será apresentado a seguir, a fim de exercer somente ações que fazem parte da sua competência legal, sendo, com isso, um importante instrumento de caráter identitário:

Enf08C: _Eu acredito que a legislação está relacionado com os nossos direitos e os nossos deveres, né? Seja com colega de trabalho, ou com a própria comunidade, ou com a nossa obrigação o que a gente **pode** fazer e o que a gente não **pode** fazer, entendeu? Eu acho que é a base [...] com o pessoal/ da equipe e com o nosso próprio desempenho de atividade...

Enf13C: _Bem, pra gente existe a lei, né? [...] eu acho, assim, a gente só é pra fazer aquilo que cabe ao nosso alcance, como se diz, não podemos ultrapassar, fazer serviço dos outros [...] mas, assim, eu pelo menos só faço o que cabe a mim e ao meu direito, certo? Eu não ultrapasso [...] que eu acho assim que cada um deveria procurar fazer o que lhe cabe, o que lhe compete.

Enf33M: _Claro, se eu/ burlar essas leis eu vou tá exercendo uma coisa que não é do enfermeiro, certo? Se eu começar a fazer/ práticas que não estão na lei, na minha lei de enfermeiro, eu não vou tá sendo enfermeiro/, eu vou tá querendo ser fisioterapeuta, eu vou tá querendo ser médico, que não é o caso. Então, eu tenho que saber o que me cabe e eu fazer só aquilo que me cabe como enfermeiro e só, sem ultrapassar o espaço de ninguém e sem praticar nenhum crime ético, né?

Nota-se, conforme os discursos, que é fundamental o entendimento das legislações específicas que estão relacionadas aos enfermeiros, já que as mesmas proporcionam respaldo legal para o seu exercício profissional, evitando que certa categoria adentre as particularidades das ações de outros profissionais inseridos na AB, prevenindo, assim, prejuízos éticos-profissionais.

Ademais, o enfermeiro deve desenvolver a sua prática atrelada às normas éticas e legais, na perspectiva de garantir a segurança da população atendida no território sob sua responsabilidade, ampliando os cuidados livres de riscos e danos, evitando, desta forma, as ocorrências e infrações éticas.

No cenário brasileiro, o profissional enfermeiro é regulamentado pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, a qual define quem pode exercer a profissão, especificando que são os enfermeiros, bem como as suas competências inerentes. Atrelado a lei do exercício profissional, destaca-se o decreto 94.406 de 25 de junho de 1986 que a regulamenta (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987), sendo esses instrumentos legais imprescindíveis na caracterização da identidade profissional do enfermeiro no Brasil.

Além da lei exercício profissional, o enfermeiro dispõe de um Código de Ética, o qual inclui princípios, direitos, responsabilidade, deveres e proibições pertinentes à conduta ética dos profissionais enfermeiros (COFEN, 2007), sendo também um documento normativo que deve orientar a percepção, reflexão e o agir dessa profissão.

Em associação com essas legislações mencionadas, cabe destacar a Portaria nº 2.488 da Política Nacional da Atenção Básica, já que a mesma apresenta tanta as atribuições

comuns a todos os profissionais da equipe de saúde, quanto as atribuições específicas (BRASIL, 2011a), sendo um dispositivo primordial para guiar o desenvolvimento de ações do enfermeiro nesse nível de atenção.

Além desses dispositivos normativos é importante destacar também as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001), as quais definem elementos constitutivos fundamentais na configuração identitária do enfermeiro, que irão influenciar diretamente nas habilidades e competências gerais e específicas deste profissional no campo da AB. As competências gerais são atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e educação permanente. Já como competências específicas, ressaltam-se a intervenção no processo saúde e doença, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, além do desenvolvimento, participação e aplicação de pesquisas com o objetivo de qualificar a prática profissional.

Entende-se, portanto, que esses instrumentos legais possuem relação de cumplicidade com o *habitus* do enfermeiro no campo da AB e, por consequência, com a configuração da identidade profissional, uma vez que formalizam o que compete ao enfermeiro nesse cenário de atuação.

Porém, ao questionar os participantes desta investigação a discorrerem mais sobre os detalhes específicos da legislação que lhes pertencem nesse nível de atenção, o que emerge é uma polissemia, um equívoco, onde marca-se uma ruptura com a aparente compreensão dessas legislações que lhes respaldam, como é possível observar nos discursos a seguir:

Enf01C: _Eu não sei, eu não sei qual é a lei. Eu não sei (*risos*) o numeral eu não decoro. Se eu ver, eu sei qual é a lei no papel, mas o número eu também não sei não.

Enf05C: _Tem, mas eu não sei a.../ eu não me lembro a lei, do código de ética, da legislação*...

Enf41M: _Assim, **legislação eu tô meio vaga***... essa legislação// código de ética, essas coisas eu não tô muito a par assim, pra te falar agora que eu sei, realmente eu não tô me lembrando...

Enf42M: _não sei... só lendo (*a legislação*) mesmo [...] decorado eu não sei, confesso que não sei, **deveria saber**.

Enf45M: _Na verdade (*risos*), assim eu não sei bem específico, porque **a gente nunca se preocupa com isso** [...] Mas assim, bem direitinho, lei tal, tal, tal, eu não sei não. Mas tem, porque a gente

recebe que toda vida que a gente é contratado a gente recebe bem direitinho.

Descortina-se, a partir da imersão no *corpus* discursivo, o suposto entendimento, por parte dos enfermeiros, acerca das legislações intrínsecas as ações na AB, demonstrando lacunas que podem implicar na deformação no *habitus* e, conseqüentemente, dos limites presentes no exercício profissional dessa categoria.

Essa problemática também foi constatada por Rosenstock et al. (2011) que apontaram, fundamentos em revisão integrativa de abrangência nacional e internacional, que os profissionais enfermeiros, em sua maioria, desconhecem os documentos normativos que respaldam a classe profissional, o que dificulta o exercício pleno de uma prática pautada em aspectos éticos e legais.

Observou-se também, em outra pesquisa sobre a legislação no âmbito da enfermagem, a ausência de capacitação dos enfermeiros quanto à disciplina de deontologia dessa profissão, a qual está interligada ao seu respaldo legal (DOMBROWSKI; PONTES; ASSIS, 2013).

Nesse sentido, compreende-se que para atuação integral do exercício profissional do enfermeiro nesse nível de atenção, não são necessários apenas apreender conhecimentos, técnicas e atitudes, mas, também, compreender e saber os limites legais no seu exercício, os quais são certificados por sua legislação (STOLARSKI; TESTON; KOLHS, 2009).

Agregando a essas discussões, o enfermeiro, além da atualização permanente de suas competências, necessita igualmente assimilar os aspectos legais da sua própria função, a fim de não incorrer ou ser envolvido em problemas de responsabilidade civil, criminal e/ou ético-profissional, que poderá reivindicar reparação pecuniária, forçar suspensão ou até a cassação profissional (OGUISSO; SCHMIDT, 2010).

Logo, para que o enfermeiro possa atuar com bases nos elementos constitutivos da sua identidade profissional no campo da AB, o mesmo deve inicialmente entender a estrutura normativa e legal que rege tanto a própria profissão, quanto o campo no qual o mesmo está inserido, evitando, com isso, prejuízos éticos e legais, uma vez que há a possibilidade, em decorrência desse desconhecimento apontado nos discursos, de agregar ao *habitus* elementos que não condizem com a sua prática profissional.

Outro sentido que emerge em discursos parafrásticos é a conotação da legislação centrada na possibilidade do enfermeiro em prescrever, no contexto da AB, medicamentos e

exames, seja em Maracanaú com base na portaria municipal (MARACANAÚ, 2012), seja em Cajazeiras com base no protocolo estadual (COREN-PB, 2014), como será demonstrado a seguir:

Enf08C: _A gente tem o protocolo que dá uma certa base pra gente conseguir/ atuar. Por exemplo, os exames que a gente tem que prescrever, na prescrição de medicamento, **ele determina que a gente faça**.

Enf11C: _Nós temos/, nós temos aqui um protocolo, certo? Do estado pra prescrição de medicamentos, pra solicitação de exames. Então, algumas coisas, existe no protocolo que respaldam o enfermeiro enquanto a prescrição e solicitação de algumas coisas.

Enf18M: _Bom, aqui o que eu mais trabalho, assim, faz meu trabalho valer é com a portaria municipal que tem, né? Quanto a solicitação do exame e de medicamentos, que a gente pode prescrever, né?

Enf21: _Portaria do município. Tudo que a gente, é... todos os programas que a gente pode atender, todas as medicações, todos os exames solicitados, ultrassom obstétrico, inclusive, mamografia, certo? Então, tá tudo discriminado. O que a gente, enquanto enfermeiro, né? Aqui no município podemos fazer, respaldados pela portaria.

Estas ações abordadas nos discursos acima, em especial a prescrição de medicamentos pelos enfermeiros, é regulamentada desde a lei do exercício profissional 7.498/86, a qual dispõe em seu artigo 11, inciso II, alínea “c”, que cabe ao enfermeiro como integrante da equipe de saúde a prescrição de medicamentos determinados em programas de saúde pública e em rotina autorizado pela instituição de saúde (BRASIL, 1986).

Em consenso com a lei 7.498/86, o decreto 94.406/87 que a regulamenta, dispõe no âmbito das atribuições como integrante da equipe, que os medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiros, nos programas de saúde pública, necessitam estar previamente regulamentados em legislações específicas, propiciando assim uma melhor qualificação e segurança do enfermeiro no ato de prescrevê-los (BRASIL, 1987).

Cabe destacar que o ato prescritivo é uma ação contingencial para o enfermeiro, o qual só deve ser exercido em situações de ausência ou redução do profissional específico para

esta atividade. Para o enfermeiro esta ação deve ser amparada legalmente, conforme abordado neste estudo.

Nota-se que, os fatores imprescindíveis para esta atribuição, isto é, prescrição de medicamentos, são os programas de saúde pública instituídos pelo Ministério da Saúde (MS), os quais guiam esta ação para o cenário da AB, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (MARTINIANO et al., 2015) local onde foi realizada esta pesquisa.

Para Honório e Caetano (2009) em virtude das mudanças requeridas no modelo de atenção à saúde no Brasil proposto pela AB, é importante que o enfermeiro possa prescrever os medicamentos que são autorizados e normatizados pelo MS a fim de qualificar o cuidado prestado e garantir os direitos aos usuários.

Por sua vez, no que diz respeito especificamente à solicitação de exames, em 1997 foi publicada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a resolução nº 195, que dispõe acerca da temática com base na justificativa de que para o enfermeiro prescrever medicamentos, necessita inicialmente solicitar exames de rotina e complementares para uma efetiva assistência ao usuário sem risco para o mesmo. Essa resolução aponta doze programas e/ou manual de normas técnicas, já publicadas à época, pelo MS, em que o enfermeiro, caso não realizasse a requisição do respectivo exame para a prescrição do medicamento, estaria agindo de forma omissa, negligente e imprudente (BRASIL, 1997b).

Outro documento importante que incide sobre o ato prescritivo dos enfermeiros é a Resolução Diretoria Colegiada (RDC) nº 20, de 05 de maio de 2011, que dispõe a respeito do controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos. Em seu artigo 4 define que a prescrição dos medicamentos antimicrobianos incluídos nessa resolução deverá ser realizada por profissionais legalmente habilitados (BRASIL, 2011c).

Nesse contexto, a prescrição do enfermeiro contempla às disposições para a obtenção desse medicamento em específico, isto é, os antimicrobianos uma vez que está habilitado pela lei do exercício profissional (MARTINIANO et al., 2015).

Destaca-se, por fim, a portaria 2.488 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 21 de outubro de 2011, que mantém, como atribuição do enfermeiro nesse nível de atenção, a solicitação de exames complementares e prescrição de medicações (BRASIL, 2011a), atividades estão que são assegurados em ambos os municípios estudados, Maracanaú com base na portaria municipal (MARACANAÚ, 2012) e Cajazeiras respaldado no protocolo estadual (COREN-PB, 2014).

Conjectura-se, como um dos motivos da recorrência dos discursos dos enfermeiros participantes desta pesquisa, em associar a legislação com a concessão da

prescrição de medicamentos e exames, pode ser devido a aparente autonomia que esta ação repassa a esses profissionais como é apresentado a seguir:

Enf03C: _É... além do que, algumas medicações e alguns exames você pode estar solicitando na Atenção Básica, coisa que no ambiente hospitalar você não consegue ter essa/ liberdade, essa autonomia.

Enf07C: _Eu acho que a gente passar medicamentos e exames é importante, pra você ter essa atenção maior ao usuário. Poder atender bem, vê a satisfação dele, poder resolver// é a questão de resolutividade...

Enf18M: _É como eu tava lhe falando, ela (*legislação*) traz a uma certa autonomia pra gente, né? Porque aí, os medicamentos dos programas que são de diabetes, pressão alta, de hipertensão, tudo a gente pode usar. Até uns antibióticos dentro do programa da gestante, né? [...] Fica a questão da solicitação dos exames também que acaba adiantando o trabalho pra equipe, né? Por exemplo, se eu solicito um exame aqui pra um hipertenso, que vejo que ele tá com alguma alteração ou até mesmo os exames de rotina [...] Acaba trazendo um reconhecimento e credibilidade melhor para o enfermeiro fazer essas ações.

Enf24M: _Ela (*legislação*) nos dá uma maior **autonomia**, né? Ela, ela, ela nos dá mais uma autonomia que a gente não fica tão segura, né? Ao médico da equipe estar no momento na unidade e que a gente tenha que depender dele pra gente tomar alguma decisão. Então, assim, a gente tem uma autonomia, né?

Estas ações, prescrição de medicamentos e exames, para Monteiro e Barbosa (2011), proporcionam ao enfermeiro maior valorização e autonomia, já que contribui na efetividade das respostas às demandas advindas do território adscrito e, por consequência, satisfação da população atendida, diante de um cotidiano desafiador e imprevisível que é a AB.

Em investigação com enfermeiros nesse nível de atenção à saúde sobre o ato prescritivo, Romero-Collado et al., (2014) demonstraram que o impacto da legalização da prescrição reforça a autonomia para a tomada de decisão, a qual visa buscar a resolubilidade e agilidade dos problemas apresentados pela população. Essa autonomia, ainda segundo esses autores, seria um elemento fundamental para a consolidação da identidade profissional, como também um feito de orgulho para os enfermeiros.

Corroborando com essas discussões, Carneiro et al. (2008), relatam que a autonomia favorece não só a capacidade do enfermeiro em prescrever, como também de escolher o medicamento e sua respectiva posologia. Desta forma, o enfermeiro pode sobrepor o seu olhar, isento de coerção por outro profissional, sob a individualidade e reais necessidades do usuário, o que infere identificar o problema de saúde, mas desde que essas medidas concordem com as problemáticas de saúde combatidos pela AB, que sejam de competência do enfermeiro e tenham sido evidenciadas por meio de consultas de enfermagem.

Entretanto, em discordância com os posicionamentos dos atores supracitados, acredita-se que o enfermeiro, ciente de sua identidade, possui uma gama de possibilidades, além do ato prescritivo, que podem proporcionar autonomia para a tomada de decisão dos planos cuidados a serem realizados, principalmente aqueles alicerçados nas tecnologias leves, na clínica ampliada, de um fazer clínico embasado em método científico, uso da semiologia e semiotécnica, que possibilite o olhar integral ao ser cuidado e, principalmente, dar resolubilidade as situações concretas e subjetivas do cotidiano do trabalho na AB. Essa gama de ações ao mesmo tempo em que viabilizam sanar as demandas apresentadas pela população do território adscrito, fomentam maior agregação de capital simbólico, ou seja, mais reconhecimento e valorização, além de redistribuição da posição ocupada no campo da AB

Entende-se, nesse sentido, que a prática de passar medicamentos e solicitar exames não deve ser o centro do processo de trabalho do enfermeiro, pois pode correr o risco de reproduzir o modelo tradicional da queixa-conduta, como já abordado, inclusive neste estudo.

Nessa perspectiva, compreende-se que as tecnologias leves em associação com o método científico e disciplinas específicas da categoria, podem proporcionar ao enfermeiro condições de fortalecer a AB e a consolidação do SUS, além de fomentar a reorientação do modelo de atenção (PIRES, 2011) e a formação de uma identidade profissional condizente com o esse campo de práticas.

Por fim, acredita-se que o incentivo das ações mencionadas acima podem ampliar a área de atuação do enfermeiro na AB, favorecendo o reconhecimento da profissão a partir de atuações autênticas, permeadas de autonomia e autoreconhecimento, com consequente consolidação da identidade profissional (ALVES et al., 2012) ao fomentar um *habitus* que exteriorize reflexões, percepções e práticas em consonâncias com a filosofia pregada nesse nível de atenção.

7.4 PRÁTICAS COTIDIANAS PERCEBIDAS NOS DISCURSOS DOS ENFERMEIROS NA ATENÇÃO BÁSICA

Ao questionar os participantes deste estudo sobre o cotidiano de práticas, emergiu, de forma parafrástica, que as ações são conforme a programação ministerial, organizadas por meio de uma agenda de atendimentos que segue as políticas públicas de saúde, tendo como eixo estruturante os aspectos epidemiológicos e dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS). Entretanto, mesmo reconhecendo a importância dessa agenda o enfermeiro não precisaria focar somente nas mesmas para a determinação do seu processo de trabalho, pois como observado mais a frente essa agenda orienta sistemas de práticas, percepções e reflexões que constituem o *habitus* do enfermeiro no campo da AB, por vezes limitado a determinados seguimentos e procedimentos, como será demonstrado a seguir:

Enf08C: _O trabalho na Atenção Básica é voltado*... trabalha com esses programas, pra hanseníase, câncer de colo, saúde da mulher, puericultura, hipertensão, diabetes, imunização.

Enf28M: _ A gente tem o cronograma e a nossa agenda pra tentar organizar melhor o serviço. [...] Então, é assim, a minha agenda segunda de manhã, puericultura. À tarde reuniões com as agentes de saúde [...] Na terça de manhã/ é hipertensos e diabéticos, **mais outros**, né? E terça à tarde temos o planejamento familiar. Na quarta de manhã tem a prevenção ginecológica e/ a prevenção de câncer de mama. Aí quarta à tarde... no dia de quarta é saúde da mulher, né? Quarta à tarde é pré-natal. Quinta de manhã, hipertensos e diabéticos. Que é na quarta à tarde, a gente já agenda os testes rápidos de HIV e VDRL pra/ quinta à tarde, pra quanto mais rápido for descoberto, também é bom pra fazer isso pro início do pré-natal, né? E sexta de manhã, geralmente é visita domiciliar, sexta à tarde, descanso (*risos*).

Enf42M: _Acho que cada profissional tem seu papel, né? Eu como enfermeira faço, faço o que o ministério determina, né? Para o enfermeiro que// faça os programas... é diabete, hipertenso, puericultura, prevenção, pré-natal/, é tuberculose, hanseníase e educação em saúde.

Percebe-se, que o *corpus* discursivo reflete a influência das condições de produção amplas, em específico os programas normatizados pelo Ministério da Saúde (MS), os quais, são interiorizados, pelo enfermeiro de forma consciente e inconsciente, em

disposições duráveis e transponíveis. Estas disposições constituem as práticas profissionais do enfermeiro, uma vez que o mesmo molda o seu *habitus* e conseqüentemente a sua identidade profissional no campo da AB.

Entende-se como necessário o planejamento e organização da agenda do trabalho do enfermeiro, inclusive compartilhado da própria portaria 2.488 da PNAB (BRASIL, 2011a), porém, deve-se evitar a divisão da agenda com base somente em critérios de problemas de saúde, ciclos de vida, sexo e doenças, situação que é observada nos discursos nesta investigação, o que dificulta o acesso dos usuários ao serviço de saúde, como também do enfermeiro em organizar o atendimento para outras prerrogativas, como prevenção, promoção, vigilância em saúde.

Pesquisas com enfermeiros da AB, também constaram que as ações desempenhadas por esses profissionais acabam sendo, em sua maioria, realizadas com suporte e centralizadas em um cronograma de atendimentos fragmentados, com foco em grupos específicos, enfermidade e procedimentos, demonstrando, com isso, práticas limitadas aos protocolos de atendimentos, o que exclui outros espaços de produção de saúde (FERREIRA, ACIOLI, 2010; MATUMOTO et al., 2011; KAWATA et al., 2011).

Nesse sentido, limita-se as ações do enfermeiro à lógica da atenção clínica individual, curativistas e sem ampliação da compreensão do processo saúde, doença e cuidado como produção social, além de não valorizar os princípios pregados nesse cenário de atenção como a humanização, longitudinalidade e integralidade (FERNANDES et al. 2015a).

Logo, quando há normatização excessiva nas práticas na AB, reprime-se a liberdade de ação, bem como limita a possibilidade de conexão com as problemáticas e necessidades dos usuários, resultando em um nível de atenção simplificado que reproduz o modelo hegemônico, sobressaindo o trabalho compartimentalizado, burocrático e ancorado nas atividades programáticas, as quais tornam os usuários atendido a meros objetos, descontextualizados socialmente e culturalmente, além de não alçar à posição de um saber tecnológico produtor de autocuidado legítimo (MERHY et al., 2014).

Faz-se necessário discutir, que mesmo o MS possuindo uma agenda programática e sanitária a qual orienta determinadas ações, existe sim possibilidade de o enfermeiro atuar para além das normativas estabelecidas, inclusive com base na lei do exercício profissional, que lançaria alternativas de atuar de forma mais sensível, contextualizada e ética, que refletiriam a essência da sua identidade profissional.

Nessa conjuntura, um enfermeiro que não consiga viabilizar planos de cuidados conforme as necessidades da população sob sua responsabilidade, por dar ênfase aos

procedimentos técnicos e ao cumprimento de regras, cujo foco seja a oferta mecânica de assistência ao sujeito doente (ASSIS et al., 2011; FERNANDES et al. 2015a), prejudica a formação de vínculo e responsabilização compartilhada com os usuários para resolução dos problemas (MATUMOTO et al., 2012).

Em pesquisa realizada com enfermeiros desse nível de atenção da Noruega foi observado que o uso excessivo de protocolos por estes, como as programações ministeriais, pode levar a uma instrumentalização negativa do processo de trabalho do enfermeiro, enfraquecendo a longo prazo a identidade profissional dessa categoria (DAHL; CLANCY, 2015).

No Brasil, as atividades que o enfermeiro desenvolve nesse campo de atenção poderiam ser realizadas, mesmo partindo de uma agenda ministerial, com autonomia para planejar e executar o seu processo de trabalho, a partir da compreensão das vulnerabilidades presentes no território adscrito. Porém, este profissional ao também centralizar suas ações conforme as normatizações orientadas pelo MS, acaba por fragilizar a sua configuração identitária.

Apreende-se, portanto, que o enfermeiro deve analisar de forma crítica e reflexiva a construção do cronograma de atendimento à luz dos programas ministeriais, mas tendo em vista que o mesmo pode e deve atuar alicerçado em outras opções de cuidados, mais autônomos e com vistas à clínica ampliada.

Com isso, infere-se que as práticas de cuidado do enfermeiro no campo da AB ganham sentido importante, já que é neste espaço social que muitos contextos se expressam fortemente, refletidos por meio da aproximação social e cultural com a população inserida no território adscrito. Consequentemente, a construção do cronograma de atendimento deve ser dinâmica, com base nas necessidades identificadas in loco, o que pode viabilizar e incentivar o desenvolvimento de práticas de cuidado mais coerente, eficientes e eficazes (ACIOLI et al. 2014).

O enfermeiro ao romper com a realização das atividades engessadas no cronograma com foco somente em grupos específicos, doenças e procedimentos, e passando a valorizar os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos da comunidade atendida, fomentará o planejamento do cuidado conforme as necessidades locais. Somado a isto viabilizará a efetivação das transformações do modelo de atenção, deslocando os planos cuidadosos da doença para a saúde, da cura para a promoção, do objeto para o sujeito e do objetivo para o subjetivo (SOUZA, 2011).

Por fim, pensar a identidade do enfermeiro, no campo da AB, é necessário fomentar reflexões cujo cerne deve ser pautado na prática e percepção desse profissional com base na organização do seu cuidado a partir das tecnologias interacionistas, da clínica, dos fundamentos da semiologia, do método científico à luz das teorias de enfermagem, da legislação profissional, entre outros, que possibilitariam autonomia, como também reconhecimento pela população atendida, ao proporcionar resolubilidade das necessidades apresentadas.

Outra prática que surgiu nos discursos é a consulta realizada pelo enfermeiro, entendida como de referência dessa profissão no campo da AB, sendo uma possibilidade de implementar no seu processo de trabalho as tecnologias leves, expressando, assim, uma identidade profissional fundamentada em ações que demonstrem a essência do saber-fazer desta profissão, além de atender as reais necessidades de saúde dos usuários, como é observado nos fragmentos a seguir:

Enf11C: _O papel do enfermeiro na saúde Atenção Básica, que eu acho que a gente tem que lutar por isso e a gente não tem que perder, por exemplo, a consulta de enfermagem, é do enfermeiro, esse planejamento de um bom cuidado.

Enf16C: _Acho que como atividade de referência que nós temos e que não podemos deixar de fazer é **a consulta de enfermagem**/, né? Acho uma consulta com uma escuta bem qualificada, acredito que isso né? Você consegue fazer um planejamento para um bom cuidado.

Enf43M: _A consulta de enfermagem é*... a consulta em si é aquela coisa, adentrar na, na, na escuta com paciente, ter aquela conversa, pra saber as necessidades dele, pra saber... para elaborar um plano e o que é que a gente vai tomar de decisão para um melhor cuidado, a consulta, assim, a consulta mesmo, né? É fundamental.

Enf46M: _A consulta de enfermagem para mim é..., de muita importância, porque na hora da consulta, que você vai, vai realmente conhecer o paciente, né? Vai organizar seu cuidado. Porque não é só aquilo: _o que você tá sentindo? O medicamento... E muitas vezes o paciente vem só para conversar com a enfermeira [...] Na consulta de enfermagem não, você vai orientar, no caso de um hipertenso, como é que você vai tomar o medicamento, se você tá tomando, a questão da alimentação, que muitas vezes não adianta tá só tomando remédio, a alimentação, a questão da higiene, então na consulta de enfermagem [...] você acaba vendo o paciente **como um todo** mesmo...

A Consulta de Enfermagem (CE) é uma ação que remete ao cuidado clínico, pois proporciona tanto autonomia profissional, quanto maior visibilidade ao expor uma identidade profissional do enfermeiro que quando bem realizada é capaz de transformar o processo saúde-doença da população, por remeter a ações de educação em saúde, promoção, prevenção e proteção da saúde, sob um olhar integral e individualizado, além da possibilidade de aproximar os usuários ao contexto da comunidade (SOUZA et al., 2013).

A CE, pode ser também considerada como expressão da gerência do cuidado nesse cenário de atuação, já que incentiva a visão crítica e reflexiva das ações que o enfermeiro desenvolve, possibilitando a esta categoria se apropriar da filosofia de atuação da AB e implementar transformações na busca de melhoria da qualidade de vida da população do território adscrito (FERNANDES et al., 2015b).

Ao se traduzir como ferramenta da gerência do cuidado, a consulta de enfermagem possibilita que o trabalho exercido pelo enfermeiro transcenda os limites da técnica ao envolver as questões subjetivas e contextuais ao seu plano de cuidados, tornando a sua atuação segura, eficaz e humana, sendo um fator positivo ao enfermeiro, responsável pela gerência do cuidado, na construção da sua identidade profissional no campo da AB.

A realização da CE tem seu suporte legal amparado na Lei do Exercício Profissional nº 7.498, em seu artigo 11, inciso I, alínea “i”, e no Decreto 94.406, que a regulamenta, onde legitima, esta atividade, como competência privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Outro dispositivo legal que reafirma esta ação é resolução nº 159 de 1993 do COFEN, a qual descreve que a CE deve utilizar elementos do método científico para identificar situações do processo de saúde e doença, bem como prescrever e implementar medidas de enfermagem que favoreçam a saúde do sujeito, família e comunidade. Esta ação possui como fundamentos os princípios de universalidade, equidade, resolubilidade e integralidade das ações de saúde, sendo obrigatória na assistência de enfermagem, conforme o artigo 1º desta resolução, em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada (BRASIL, 1993), sendo prevista também como atribuição específica do enfermeiro na AB, conforme portaria 2.488 da PNAB (BRASIL, 2011a).

Cabe apontar que, em 2009, na resolução nº 358 o COFEN faz um esclarecimento conceitual sobre os termos Processo de Enfermagem e Consulta de Enfermagem, ao apontar que são equivalentes, entretanto o primeiro é mais utilizado em âmbito hospitalar. Enquanto que, o termo Consulta de Enfermagem deve ser empregado quando se referir ao processo de

trabalho em serviços ambulatoriais e demais espaços extra-hospitalares como a própria AB (BRASIL, 2009).

Ainda conforme a resolução supracitada, esta prática pode ser percebida como um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional do enfermeiro e a documentação da prática, o que evidencia a contribuição da enfermagem na atenção à saúde da população, aumentando a visibilidade e o reconhecimento profissional e consequentemente agregação de capital simbólico, influenciando a uma *habitus* que externe práticas e percepções alinhados a filosofia desse campo.

A CE fortalece o vínculo com os usuários do território adscrito, já que proporciona espaços para conhecer e escutar esses atores sociais, sendo que a mesma é ainda orientada para os conflitos, as dificuldades e vulnerabilidades desses sujeitos, visando, com isso, a resolução dos problemas a partir de uma abordagem contextualizada e participativa (ACIOLI et al. 2014).

Entende-se, que a CE fomenta a construção de novos espaços de produção do cuidado, uma vez que nela o enfermeiro tem a possibilidade de utilizar as tecnologias interacionistas, e consequentemente ter mais subsídios para conhecer e avaliar de forma precisa as condições físicas e psicoemocionais da população atendida (DIOS GUERRA et al., 2013).

Esta avaliação proporcionada pela CE pode ainda ser realizada a partir do cuidado clínico, que expresse a identidade profissional a partir do núcleo do saber-fazer orientado pela semiologia e semiotécnica, as quais tornaram possível olhar o sujeito na sua singularidade e multidimensionalidade.

Além disso, a CE fomenta que o cuidado realizado pelo enfermeiro seja representado pelos valores do olhar, escuta e toque, transcendendo as dimensões das práticas enraizadas na técnica impositiva. Nesse contexto, o enfermeiro pode possibilitar espaços para o diálogo, valorizando a história de vida, a crença, como também a crença de cada sujeito sob a sua responsabilidade (ACIOLI et al. 2014).

Nessa perspectiva, a CE pode incentivar uma atitude empática, a qual segundo Borges e Silva (2010), oportuniza ao enfermeiro colocar-se no lugar daquele que está sob os seus cuidados, com o intuito de identificar, pelo sentir, as suas reais necessidades. Essa atitude assegura espaços para o diálogo, compartilha responsabilidades, reconstrói as identidades e garante satisfação das demandas envolvidas no processo de cuidado do enfermeiro no campo da AB.

Logo, essa ferramenta proporciona a melhor compreensão do contexto emocional, social e as relações familiares dos usuários que estão sob a responsabilidade do enfermeiro na AB. Assim, este espaço favorece um cuidar que agrega mais que um momento tecnicista, mas uma atitude de envolvimento afetivo com o outro, fortalecendo o vínculo profissional e usuário (BERNADES; PELLICCIOLI; MARQUES, 2013).

Destaca-se também que a CE, tendo como foco as situações-problemas e as potencialidades dos usuários, viabiliza ao enfermeiro a utilização do raciocínio clínico, julgamento crítico e a determinação de diagnósticos e intervenções de enfermagem, conferindo a essa gama de ações maior cientificidade que, por conseguinte, confere maior reconhecimento profissional perante a equipe de saúde e a comunidade (SILVA et al., 2010) e, conseqüentemente, maior agregação de capital simbólico e uma redistribuição do espaço ocupado no campo da AB.

Apreende-se, nesta investigação, ser a CE um momento propício, durante o processo de cuidado, para a implementação das teorias de enfermagem como instrumento de trabalho, as quais viabilizam o desenvolvimento de ações conforme as especificidades da profissão, a partir de conhecimentos próprios, garantindo autonomia e visibilidade profissional ao enfermeiro.

As teorias de enfermagem, segundo Porto et al. (2013), favorecem o alcance do objeto epistemológico dessa profissão, ou seja, o cuidado terapêutico com base nas singularidades, subjetividades e necessidades das pessoas atendidas. Logo, o uso desse instrumento de trabalho em associação com a CE fortalece as ações da profissão como prática social, bem como a consolidação de um corpo de conhecimentos próprios e da constituição da sua identidade alinhada ao campo de práticas.

Outra ação, presente em discursos parafrásticos dos participantes deste estudo, era a supervisão que os mesmos realizavam tanto dos profissionais inseridos na Unidade Básica de Saúde (UBS), quanto dos setores do serviço, compreendida pelos enfermeiros como atividade de referência no campo da AB, como será apresentado a seguir:

Enf13C: _A supervisão... eu sou supervisora de quê? Das agentes de saúde e das técnicas de enfermagem, que tem aqui no posto, e a supervisão é o quê? Eu*... é observar o trabalho delas e saber se elas estão executando as ações de forma correta, as técnicas de enfermagem, e as agentes de saúde, pra eu saber como anda as demandas// a gente tem muitas demandas e eu tenho que saber se elas estão suprimindo aquelas demandas. Orientar quando há dúvidas*...

buscar com isso o melhor cuidado aos usuários e que o serviço corra bem.

Enf14C: _Aos enfermeiros, fazer essa supervisão, supervisão da rede de ambulatório, vacina, curativos, esterilização, também é uma atividade **privativa** nossa. A supervisão é importante para o planejamento de atividades desses setores, evitar que falte materiais para os procedimentos, se há algum problema para resolver, organizar tudo para dá continuidade nas ações nesses setores, **tudo aqui começa com o enfermeiro, né?**

Enf24M: _O profissional enfermeiro ele é a **mola mestre**, digamos assim, de toda a equipe, né? Porque a gente trabalha com, com supervisão, né? Então assim, a gente trabalha com a organização do serviço, né? A gente faz a **organização do serviço**, né? A gente supervisiona também os técnicos e auxiliares de enfermagem. Então, assim, é, é eu acho que já vem de muitos anos que o profissional enfermeiro ele é o **coordenador**/ da, do, da unidade básica de saúde, digamos assim, então seria isso, puxar reuniões, vê as demandas dos profissionais da equipe, buscar soluções, repassar funções... é isso.

Enf35M: _Então, assim é realmente do enfermeiro, a supervisão em relação à sala de vacina, é nossa, isso é nosso mesmo, a gente não pode perder esse espaço. A supervisão da sala de curativo, é nossa, é eu que vou lá pra avaliar se a técnica, ela está fazendo o procedimento correto, se tem alguma dúvida, se precisa de ajuda. É, a sala... o ambulatório, como é que tá o funcionamento do ambulatório? Pra conversar com a equipe é uma **responsabilidade muito grande**, a vida do paciente que tá em jogo. Então a gente busca planejar junto com a equipe, como prestar a melhor assistência, tentar melhorar o que a gente tá fazendo, acho que supervisionar é isso.

Historicamente a supervisão tem sido desenvolvida pelo enfermeiro (SILVA et al. 2014), ação que inclusive surge atrelada a institucionalização da enfermagem moderna com Florence, no século XIX, ao estabelecer as *ladies nurses* como responsáveis pela organização e avaliação dos cuidados exercidos pelas *nurses*, e dos fundamentos das teorias administrativas (SANTOS et al., 2013), que determinaram a fragmentação do trabalho, hierarquização no trabalho e a cisão entre quem concebe e quem executa.

Estas características foram influenciando a constituição do ato de supervisionar como inerente ao perfil do enfermeiro, fazendo, portanto, parte do processo de estrutura do seu *habitus*, pois este é o resultado de toda a experiência passada, bem como formativa, que envolve esta profissão, que é incorporada por meio da história inscrita no mais profundo do ser do enfermeiro, sob a forma, seguindo a sociologia de Bourdieu, de disposições duráveis,

estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, isto é, como princípio gerador e estruturador das práticas e das representações (BOURDIEU, 2009) do enfermeiro.

Observa-se que no campo da AB a supervisão torna-se uma ação evidente e imprescindível, visto que a além da equipe de enfermagem, outra categoria profissional, no caso os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi incluída, fazendo parte da responsabilidade de supervisão do enfermeiro.

A supervisão é uma ferramenta que pode expressar também a gerência do cuidado, uma vez que oportuniza ao enfermeiro participar como protagonista da organização do serviço, em convergência com o sentido expresso no discurso do enfermeiro por meio da expressão **mola mestre** (efeito metafórico), tendo como “plano de fundo” o cuidado integral e de qualidade aos usuários da AB, sendo, assim, elemento constitutivo do saber-fazer da identidade profissional do enfermeiro nesse campo de atenção.

Logo, a supervisão, manifestada por intermédio dessas práticas e representações, é compreendida como atividade que visa a qualidade da assistência, a partir da organização, orientação e avaliação do cotidiano do trabalho nos serviços de saúde. Há também incentivos, por meio dessa ação, ao desenvolvimento da equipe na resolução de problemas em conjunto e de forma cooperativa (OLIVEIRA et al. 2013).

Em pesquisa realizada por Coelho et al. (2012) foi constatado ser esta prática também de referência do enfermeiro, a qual não deve focar somente na coleta de dados sobre o processo e a organização do trabalho para posterior intervenção, mas um momento propício de intervenção imediata, reflexão e mediação acerca das problemáticas encontradas e as alternativas de superação.

Assim, o enfermeiro ao supervisionar, deve buscar estabelecer relações dialógicas com os profissionais sob a sua responsabilidade com vistas a efetividade da atenção, ao propiciar maior horizontalidade de relações e a compreensão de pertencimento a uma equipe de trabalho, cujo objetivo é atuar com base nos princípios e diretrizes que estão atrelados a este nível de atenção. Além disso, a supervisão deve visar articular as dimensões educativas e controle, objetivando, com isso, romper o condicionamento das ações dos trabalhadores, e, por consequência, fomentar o alargamento das opções de respostas às necessidades de saúde (LIMA et al., 2014).

Porém, cabe destacar que mesmo os enfermeiros apontando que a supervisão deve ser a partir da orientação e suporte, o que emerge é o sentido fiscalizador em detrimento do

aspecto cooperativo, demonstrando que ainda existe a lógica tradicional do controle do trabalho desse profissional.

Neste sentido, entende-se que a supervisão do enfermeiro não deve focar estritamente na dimensão do controle, situação em que o trabalho é realizado conforme o planejado e seguindo estritamente as regras estabelecidas, mas como um instrumento para promover o envolvimento dos membros da equipe segundo as metas do projeto do qual fazem parte, pretendendo alcançar a responsabilidade de cada um na produção do cuidado (KAWATA et al. 2011).

Há, portanto, a necessidade de atrelar o ato de supervisionar ao componente educativo, já que a partir dessa ação há possibilidade do enfermeiro orientar de acordo com as fragilidades apontadas ou observadas, almejando a qualificação permanente da equipe, além de garantir resultados favoráveis ao cuidado prestado.

Essa ação, fincada nos processos avaliativos, de ensino, identificação de problemas, apoio e controle, devem estar alinhados com os pressupostos da PNAB e promover a continuidade das ações nos setores, através da gestão dos recursos materiais nas salas de vacinas, ambulatórios e esterilização, como também o desenvolvimento do pensamento crítico, bem como capacitação permanente dos trabalhadores, em especial os ACS e técnicos de enfermagem, conforme notado nos discursos.

Além das práticas de CE e de supervisão como atividades de gerência do cuidado e de referências do enfermeiro no campo da AB, foram ditos, em discursos parafrásticos, que as ações de educação em saúde também fazem parte, como estratégia intrínseca ao enfermeiro do seu cotidiano de trabalho, como demonstrado a seguir:

Enf03C: _Eu acho que um dos papeis principais, eu acho que mais importante é a questão da educação em saúde, né? Eu acho que, que se você tiver oportunidade de fazer educação em saúde, né? Dentro da estratégia de saúde da família, é muito valido, né? Eu acho que é um dos papeis primordiais da enfermagem é a **educação em saúde**, trabalhar exatamente a prevenção, orientar a nossa população que é muito carente, às vezes informações básicas eles não sabem. Então, estou ali para repassar informações.

Enf06C: _É... o profissional de enfermagem ele tem uma ação **muito importante**, né? Porque a gente trabalha muito com **educação** em saúde, né? Então quando a gente trabalha com educação em saúde a gente tá promovendo e a gente tá prevenindo, né? Educação em saúde representa a nossa função, mas você tem que saber como fazer um bom planejamento, construir bem essa intervenção, para que você

possa colher bons frutos, ter um melhor cuidado, como as palestras que a gente faz aqui no posto.

Enf31M: _Atividades educativas, a gente faz entre os atendimentos, geralmente é antes. Faço sala de espera antes com algum tema específico, como câncer de mama, de útero, ou então agendo também quando é palestra, né? Quando é palestra aí eu agendo, porque tenho que tirar um horário maior pra tá dando a palestra, né? A palestra é muito importante, pois acaba aproveitando um grande grupo para repassar mais informações sobre mudanças de habito de vida.

Enf39M: _Assim, eu percebo que o enfermeiro é um **ponto fundamental**, justamente por essas questões da realização de ações de educação em saúde, de conscientização, de orientação, né? Hipertensão, diabetes, tuberculose, pré-natal, né? E eu acho que isso é muito importante pra questão da adesão ao tratamento no caso do paciente já doente, da adesão a mudança do estilo de vida, no caso da prevenção de algum adoecimento/, essas complicações. Tem ainda o PSE. Que na escola a gente faz um trabalho, que os alunos das escolas não podem vim aqui, porque é horário integral, a gente vai na escola, a gente vê peso, vê altura, vê dentição, vê vista, problema de piolho, a vacinação HPV, tudo isso aí, além das palestras dentro da escola, né?

Entende-se que as ações educativas podem expressar uma prática de gerência do cuidado quando ocorre a integração e articulação entre o cuidado indireto (planejamento) e o cuidado direto (ato educativo dialogado), num panorama no qual haja a agregação à dimensão biológica da saúde, as questões subjetivas, sociais e culturais, visando, com isso, fomentar a integralidade do cuidado e empoderamento das pessoas inseridas nessas ações, tornado a educação em saúde uma prática protagonista e não coadjuvante no campo da AB, sendo mais um elemento constitutivo da identidade profissional coerente com o saber-fazer do enfermeiro nesse nível de atenção.

Assim como nesta investigação, as práticas de **educação em saúde** foram também apontadas em diversos estudos como as principais ações a serem desempenhadas pelos enfermeiros nesse nível de atenção (ACIOLI et al., 2014; ALMEIDA, MOUTINHO, LEITE, 2016; DIAS, LOPES, 2013; ROECKER, BUDÓ, MARCON, 2011; SILVA et al., 2012), com vistas a atender principalmente aos princípios estabelecidos pela AB, sendo, portanto, uma função intrínseca à identidade profissional do enfermeiro nesse cenário de atuação.

Entende-se por educação a utilização de processos e técnicas pedagógicas para a socialização de saberes e formação de atores sociais, tendo como alicerce as inúmeras relações humana. Desta forma, esta ação se constitui como prática que conduz a políticas de

intervenção social e que pode ser atrelada a uma metodologia problematizadora. Nesse processo, o apreço à dignidade e à autonomia de cada um, é uma obrigação ética e não um favor que pode ou não conceder uns aos outros (FREIRE, 2011; FREIRE, 2014).

Logo, educar não é transferir conhecimento, mas uma forma de intervenção no mundo e, por conseguinte, requer do educador respeito aos saberes do educando e a sua autonomia, liberdade e criatividade. A verdadeira disponibilidade para o diálogo é imprescindível e, nesse ponto de vista, a educação possui uma relação íntima com a saúde (FREIRE, 2016).

Neste sentido, a educação em saúde é um espaço de práticas e de conhecimentos que visa a criação de vínculos entre os serviços de saúde e o modo de pensar e agir cotidiano da população. É uma ação transversal que proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, expressando um dispositivo fundamental tanto para a elaboração de políticas de saúde de maneira compartilhada, como para a articulação entre saberes e práticas que se demonstrem a favor da vida, da dignidade, do respeito ao outro, da sensibilização e da integralidade das ações de saúde, sendo uma estratégia essencial para o alcance da promoção da saúde no processo saúde, doença e cuidado (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Entretanto, o que é possível observar nos sentidos presentes no *corpus* discursivo, são ações educativas direcionadas para o repasse de informações, o que dificulta o estabelecimento de diálogo, como também da formação de alternativas para modificar a realidade e as condições de vida da população do território de atuação do enfermeiro na AB.

Pesquisas sobre as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros nesse espaço de atenção evidenciaram ainda forte tendência de repassar conhecimentos por meio das tradicionais palestras, o que também foi notado neste estudo, o que demonstra a recorrência da prática pedagógica tradicional, com utilização de recursos precários e pouco interativos, culminando na participação deficiente dos usuários (GUERREIRO et al., 2014; SHIMIZU, ROSALES, 2009).

Nesse modelo educativo, o qual visa desempenhar eficazmente a prescrição de hábitos e comportamentos saudáveis, em diversas situações, são usadas estratégias argumentativas de coerção, a partir técnicas pedagógicas, como as palestras, que supervalorizam a comunicação verbal unilateral com pequenas possibilidades de diálogo. A realidade considerada sempre é a do educador, por sua vez, os educandos, são simples objetos que recebem informações e prescrições (FIGUEIREDO; RODRIGUES-NETO; LEITE, 2010).

Essas práticas educativas verticais limitam o aprendizado, já que nestas ações existem os que falam e os que ouvem, ficando a participação da plateia na dependência dos recursos didáticos do expositor. O enfermeiro ao focar nesse modelo de educação, geralmente se preocupa em se fazer entender, mas não obrigatoriamente ocorre diálogo e a problematização dos temas com os participantes. Sem dialogicidade não há troca de saberes nem tampouco o protagonismo dos usuários como sujeitos autônomos nas decisões que dizem respeito à sua saúde. Ao contrário, quando se utiliza do modelo impositivo de informações, o receptor é visto como depositário de conhecimentos, como se nada soubesse acerca da temática abordada (GUERREIRO et al., 2014).

Nesse modo de educação em saúde, a subjetividade e o contexto social das pessoas são desconsiderados, e o processo de cuidado inclui o silenciar e não fazer perguntas, o que produz passividade, como se os sujeitos fossem como corpos vazios, receptáculos de prescrições e informações (MEYER; FELIX; VASCONCELOS, 2013).

Na educação em saúde, a partir de práticas hegemônicas, encontra-se ações autoritárias, prescritivas, limitada à mudança de comportamentos e, além disso, apoiada fortemente em aspectos biológicos do processo saúde e doença, como os fatores de risco. Em sua maioria, possuem como eixo norteador para os atos educativos à doença, como observado nos discursos acima, reduzindo a condição humana a um diagnóstico médico que deve ser controlado (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

Há, conforme apresentado, um direcionamento preponderante das ações educativas aos aspectos biológicos, por vezes verticalizadas, bem como reproduzindo o modelo pedagógico depositário, traduzindo um olhar fragmentado e reducionista dos indivíduos, em descompasso com o princípio da integralidade do cuidado que é pregado na AB. Essa forma de guiar o processo de educação é reflexo da atuação em ambiente de práticas curativistas, contradizendo a proposição desse nível de atenção em reorientar o modelo assistencial (ACIOLI et al., 2014; ALVES, AERTS, 2011; SILVA et al., 2012).

Esse tipo de prática educativa se distancia do que é preconizado na visão freireana, que ressalta a necessidade de pensar a educação em saúde não como um processo de transferência de conhecimento de quem sabe para quem não sabe, mas como um processo permanente e inacabado, de formação de possibilidades de construir conhecimento, no qual haja respeito à autonomia das pessoas e ele seja ativo (FREIRE, 2016).

Entende-se que a educação em saúde, como prática de referência do enfermeiro na AB, deve romper com a visão assistencialista, mecanicista, tradicional e vertical de transferência de informações, as quais ainda são elementos predominantes nesta ação, e

apontar para o diálogo, com socialização de saberes com a população sob a sua responsabilidade.

Logo, o enfermeiro por possuir uma função de protagonista na viabilização do cuidado na AB, deve estabelecer uma relação singular com cada usuário, família e comunidade, a fim de realizar ações de educação em saúde tendo como norte a construção compartilhada de conhecimentos, a partir da relação dialógica com esses atores sociais e buscando na valorização das vivências o ponto de partida para a prática educativa (SILVA et al., 2012).

Nesse sentido, para estabelecer uma educação em saúde satisfatória é fundamental conhecer a realidade da população com as quais se almeja desenvolver esse tipo de intervenção, bem como suas potencialidades e vulnerabilidades avaliadas de maneira integral. Assim, esses atos educativos podem e devem ser adaptados às necessidades, aos anseios e aos desejos prévios de cada indivíduo (ROECKER, BUDÓ, MARCON, 2011).

O enfermeiro ao associar em seu *habitus* as práticas e representações na AB as atividades educativas ao diálogo, à participação e à ação-reflexão-ação, poderá minimizar os efeitos negativos das condições sociocultural e estrutural em que se encontram os usuários do seu território de atuação. Isto representa que, como prática dialogada e participativa, a educação tem como meta a modificação da realidade de saúde das pessoas e grupos sociais.

Desta forma, vislumbra-se o enfermeiro como um ator político-social, isto é, um agente capaz de fomentar transformações sociais ao utilizar da educação em saúde como método de ensino dialógico e potencializar a autonomia da comunidade na luta por condições melhores de saúde (SILVA et al., 2012).

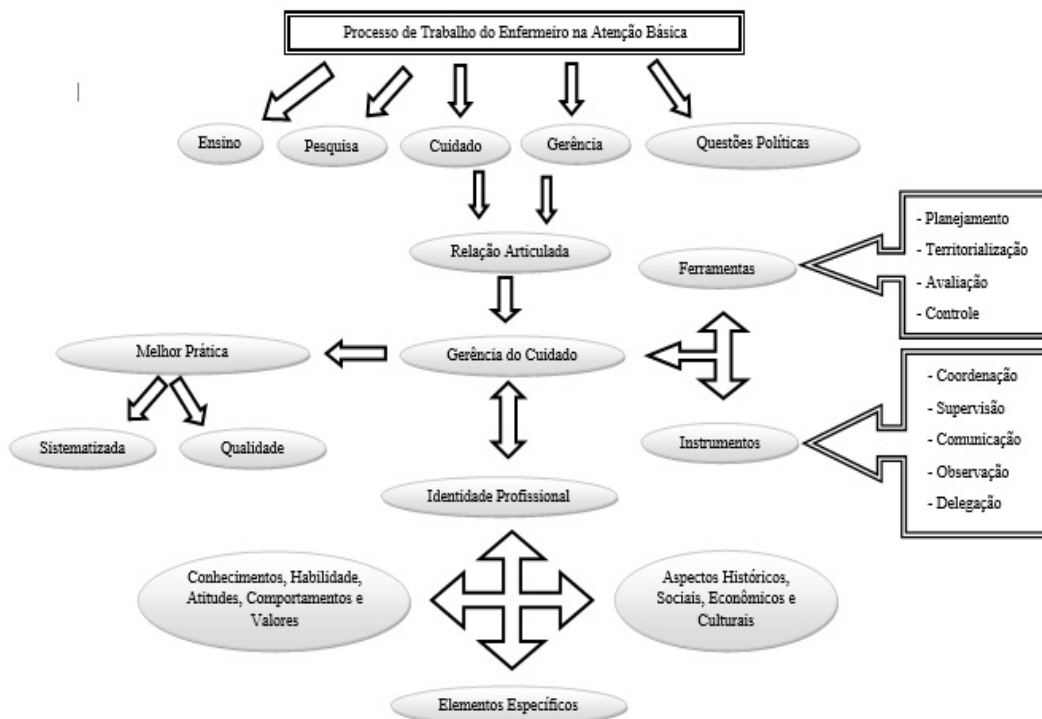
Portanto, o enfermeiro deve se apropriar da prática educativa problematizadora, a qual segundo Freire (2011) parte do princípio de que o educando é voltado epistemologicamente para a curiosidade e para a apropriação dos significados do objeto. Há nesse contexto uma educação flexível, transversal e libertadora, a qual incentiva o educador ouvir o outro, além de só falar. Esse espaço criado por esse método permite a obtenção de uma educação dialética, em que não existe saber concreto e verdadeiro, porém tudo é relativo, negado, complementado ou superado por outros saberes.

A prática educativa, nessa perspectiva, amplia-se para práxis construtivistas, pautada no desenvolvimento da cidadania e do diálogo. Estas características, quando presentes na prática do enfermeiro no campo da AB, aproximam-se dos pressupostos desse nível de atenção ao promover o vínculo e a horizontalização das relações entre os profissionais e os usuários, além de constituir uma ferramenta imprescindível para a permuta

de saberes entre os atores sociais, com vistas a transcender o paradigma do saber técnico-científico nessa relação, estimular a participação popular e elevar a independência dos sujeitos para que os mesmo se responsabilizem conjuntamente pela busca de soluções para as problemáticas individuais e coletivas e novas alternativas de caminhos pela vida (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

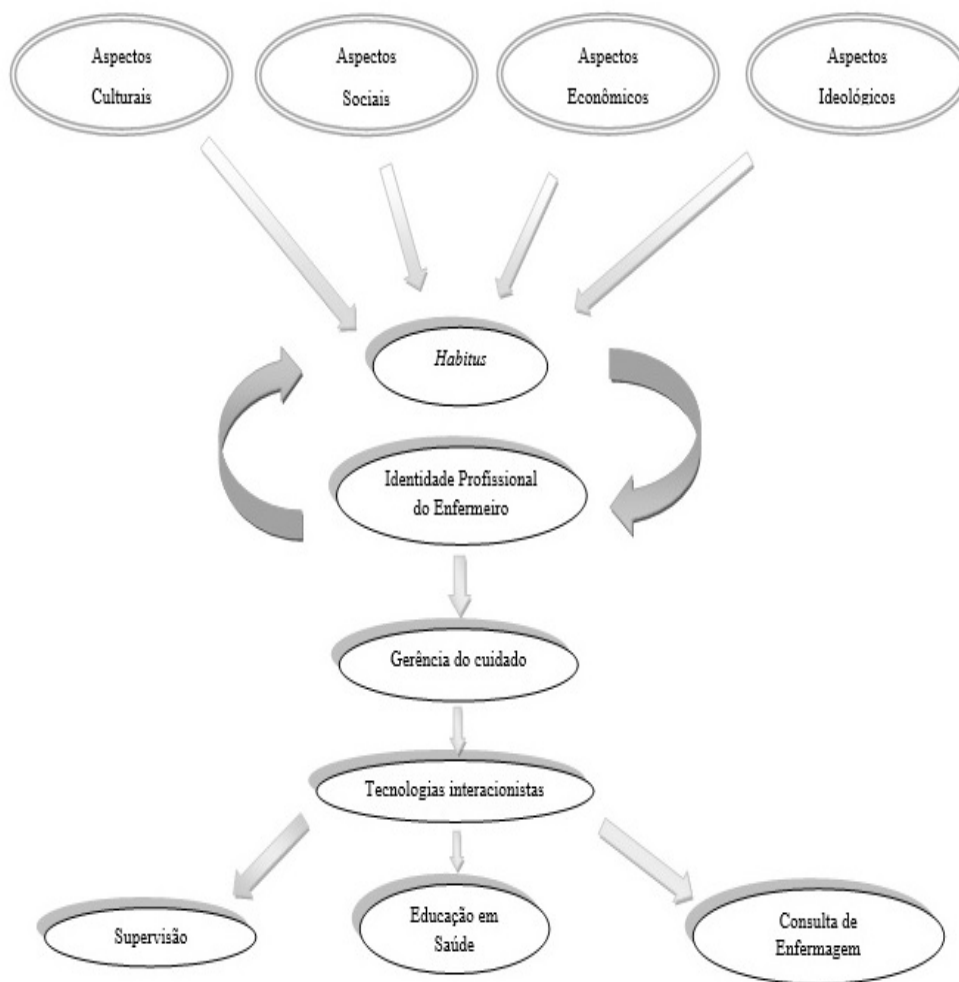
Apreende-se, portanto, que as ações de supervisão, Consulta de Enfermagem e educação em saúde, podem ser expressões da gerência do cuidado, ou seja, práticas que apresentem em sua essência a articulação e complementaridade entre o processo de trabalho cuidar e o processo de trabalho gerenciar. Tal prática é constituída a partir de ferramentas e instrumentos específicos que estruturam a melhor ação do enfermeiro, de forma sistematiza e com qualidade. Há, desta maneira, relação intrínseca da gerência do cuidado com a identidade profissional do enfermeiro, o conforme detalhado nas figuras 04 e 05.

Figura 04 - Mapa conceitual sobre a relação do Processo de Trabalho com ênfase na Gerência do Cuidado e a relação com a Identidade Profissional.



Forte: Próprio autor.

Figura 05 - Mapa conceitual sobre a relação da Gerência do Cuidado com a Identidade Profissional.

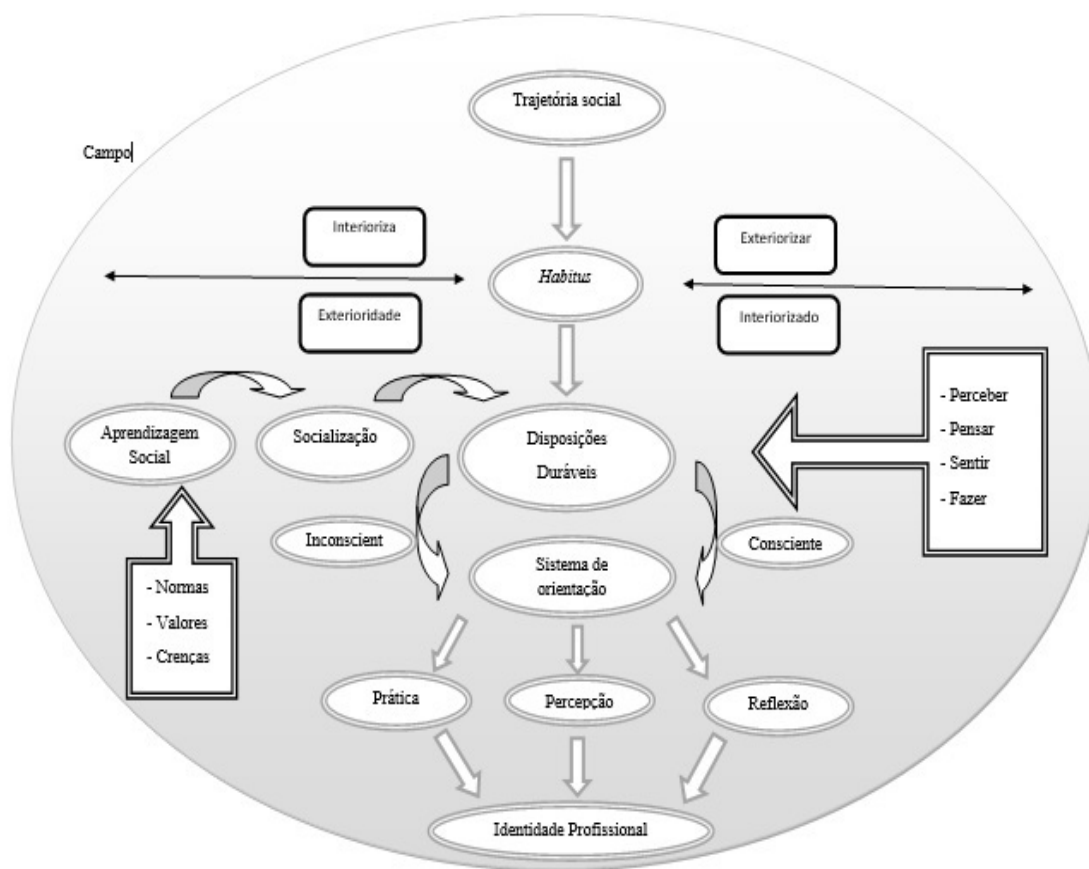


Forte: Próprio autor.

Quando tais ações são desenvolvidas, tendo como eixo condutor as tecnologias interacionistas, proporcionam mais autonomia, reconhecimento e visibilidade, ou seja, capital simbólico, ao enfermeiro ao garantir segurança, qualidade e satisfação das pessoas atendidas. Esta situação implica em transformações nas disposições que conformam o *habitus*, e por consequência na matriz geradora das práticas e representações constitutivas da identidade profissional dessa categoria no campo da AB.

Destaca-se que esse *habitus* é formado a partir da trajetória social dos enfermeiros no campo da AB, o qual expressa disposições duráveis, isto é, formas de perceber, pensar, sentir e fazer, que ecoam, ora consciente ora inconsciente, em sistema de orientações, as quais reverberam na prática, percepção e reflexão dos enfermeiros, elementos estes fundamentais para a construção da sua identidade profissional, conforme ilustrado na Figura 06.

Figura 06 - Mapa conceitual sobre a relação do Habitus e Campo com a Identidade Profissional.



Forte: Próprio autor.

7.5 HABITUS DO ENFERMEIRO NO CAMPO DA ATENÇÃO BÁSICA: PERCEPÇÃO DA PRÁTICA DO “FAZ DE TUDO”

Nesta investigação, observa-se também formações discursivas que apontam, de maneira parafrástica, para o enfermeiro que associa, em seu processo de trabalho, a sua identidade profissional ao sentido que está envolta da palavra **tudo**, como será demonstrado a seguir:

Enf01C: _Na minha vivencia é normal **o enfermeiro ele ter que fazer tudo**. Então se não tiver o enfermeiro na unidade é quase que a coisa não funciona, certo? Então, eu acho que o enfermeiro aqui na unidade seria uma espécie de **tudo**, seria o **alicerce** da unidade de saúde da Atenção Básica.

Enf06C: _Eu acho que essa deve ser a fala de quase todos os profissionais, assim, da enfermagem, que **a gente acaba fazendo de tudo** dentro da Atenção Básica. Por que que eu acho importante? Porque proporciona até mais retorno da equipe e da população. Ou seja, tanto que **tudo**/ pro paciente e a equipe, é o enfermeiro, porque eles veem na pessoa do enfermeiro aquela pessoa responsável.

Enf31M: _O profissional enfermeiro, eu acho assim, que **ele é uma peça fundamental**, né? A gente começa a perceber isso quando a gente não está presente. Eles (*demais profissionais da unidade*) sentem a falta da gente, então eles ligam, eles sentem a necessidade do profissional enfermeiro dentro da unidade de saúde. O médico é importante? Sim! Mas uma unidade funciona sem médico, mas não funciona sem enfermeiro. Pra **tudo** tem que ter a mão do enfermeiro, né? Então, assim, ele é um personagem fundamental, já que ele faz de tudo.

Enf36M: _É uma função super importante/ porque eu acho, assim, que o enfermeiro dentro da Atenção Básica ele é/ **tudo**, faz de tudo. Até os usuários comentam que quando a gente tá aqui, as coisas ficam mais fáceis, já que a gente faz tudo para resolver os problemas. Isso é gratificante esse retorno pelo nosso papel.

Interpreta-se que na AB, enquanto campo de disputas de posições, como já discutido anteriormente, o enfermeiro entra no que Bourdieu chama de “jogo” à procura de agregar mais capital simbólico e, por consequência, uma redistribuição nesse espaço social. Esse jogo, o qual apresenta regras próprias, possui como objeto de disputa mais prestígio e valorização, fazendo com que, ora consciente ora inconsciente, e até em certas situações por imposição, o enfermeiro incorpore como algo “natural” em seu cotidiano a prática de fazer

tudo, conforme demonstrado nos discursos, no intuito de agregar mais capital simbólico no campo da AB.

Nesse sentido, entende-se por jogo, na visão bourdieusiana, como uma noção geral que relaciona a ação do sujeito ao seu meio social, o qual envolve situações que impliquem numa relação mediada por estruturas sociais que demarcam os espaços possíveis da ação nas suas muitas modalidades.

Apreende-se que é por meio desse jogo, na lógica de Bourdieu (2007), que o enfermeiro, como membro da equipe de saúde que é solicitado uma gama de atribuições e responsabilidades, poderá reproduzir a atividade do tudo como intrínseca ao seu ser, pensamento este que é coletivamente reforçado nos discursos parafrásticos, em que o mesmo perpetua tal prática e percepção como inerente a sua identidade profissional.

Nesta perspectiva, ainda conforme a sociologia de Bourdieu (2005a), cada jogo há investimento denominado de *illusio*, que dá significado pessoal e social à ação realizada em cada campo. Este jogo, por isso mesmo, está investido de uma parte essencial do ser enfermeiro e do ser social. A atribuição de sentido que é conferida ao jogo armazena relação com uma condição fundamental de toda ação social. Anterior à ação existe um sentido construído em sociedade para que tal tipo de empreendimento, fazer tudo, valha a pena ser realizado.

As práticas dos enfermeiros no campo da AB são movidas não somente por energia física, mas também por energia simbólica, sendo umas das principais motivadoras da produção desta profissão. As ações desenvolvidas no sentido de ser e fazer tudo recebem dos enfermeiros, além da reprodução, a percepção de que determinado sentido merece ser perpetuado. Os investimentos simbólicos são feitos por meio da correlação das estruturas incorporadas e das objetividades, as quais acabam por se tornar uma atividade convertida em algo relevante.

É por meio das regras pertencente a este jogo, ensinadas pelo meio e para o meio social, que irá influenciar nas estruturas objetivas que se tornam a matriz de disposições, isto é, no *habitus*, fazendo com que as práticas e percepções envolvidas no fazer tudo se tornem uma condição de comportamento socialmente reconhecido pelos enfermeiros nesse cenário de atenção à saúde.

Esse comportamento e propensão adquiridos pelos enfermeiros para um determinado modo de ação em fazer tudo, na lógica de Bourdieu (2005b), não é produto da escolha consciente e calculada, mas sim por um desconhecimento de si fundamental, que forma seu ser social e sua permanência identitária.

Por sua vez, o objeto disputado nesse jogo é o capital simbólico, o qual confere ao agente reconhecimento e sua eficácia está relacionada à universalidade do poder e prestígio que o indivíduo recebe. Este capital só é válido quando outros agentes, dotados de percepções que o legitimam e o tornam conhecido como óbvio e eficiente, isto é, reconhecem o valor destas propriedades (BOURDIEU, 2007).

Assim, emerge no sentido dos discursos dos participantes desta pesquisa, ser o enfermeiro uma **peça fundamental**, mas devido incorporar na prática e na sua percepção que o mesmo deve fazer e ser tudo, o que proporcionaria em seu entendimento mais capital simbólico. Porém, esta situação acaba por constituir um *habitus* que direciona a uma gama de ações cotidianas, muitas vezes distantes do núcleo do saber-fazer desses profissionais e conseqüentemente a uma identidade profissional sem delimitações precisas, bem como confusas.

Há de se destacar formações discursivas que também apontam para um sentido negativo, no entendimento dos participantes deste estudo, em torno do enfermeiro acabar por fazer tudo no campo da AB, como será demonstrado a seguir:

Enf47M: _Infelizmente o enfermeiro sempre vai **adicionando, adicionando, adicionando** funções e papéis.../ que o que eu sinto é que às vezes nós deixamos **de ser enfermeiro pra ser tudo**, então às vezes a gente tem que deixar de fazer bem o que é pra gente fazer, pra poder dá de conta de muita coisa que não seria pra ser nossa e isso nos deixa bastante amarrado para algumas funções bem distante do nosso cuidado.

Observa-se no discurso que ao adicionar uma série de funções em seu cotidiano há a sensação, por parte dos próprios participantes deste estudo, de que os mesmos deixam **de ser enfermeiro pra ser tudo** no campo da AB, o que acaba por comprometer a sua identidade profissional, além de fomentar, conforme Alves et al. (2012), a perda de espaço de trabalho e de autonomia e, por consequência, a desvalorização da profissão e a fragilidade social dessa categoria.

Em pesquisa com enfermeiros de Centros Municipais de Saúde, atrelados a AB da cidade do Rio de Janeiro, foi constatado que esses profissionais descrevem suas práticas a partir da imagem do enfermeiro como um faz **tudo**. Essa situação proporciona desconforto a

esses profissionais, à medida que deixam, quase sempre, de realizar atividades inerentes a sua profissão, para se dedicar a outras (FERREIRA; ACIOLI, 2010).

Assim, o enfermeiro ao realizar de **tudo** na unidade de saúde, como demonstrado também nos discursos desses profissionais na investigação desenvolvida por Soares, Biagolini e Bertolozzi (2013) na AB de uma região do Município de São Paulo, acabam por ficarem com excesso de atividades, o que dificulta a implementação do cuidado junto à população do seu território, em decorrência da sobrecarga de função, como demonstrado em diversos estudos no cenário brasileiro (MACIEL, LAGE, 2011; RÊGO et al., 2015; SILVA et al., 2013; VISENTIN et al., 2015).

Ao se responsabilizar por uma diversidade de atividades, sendo às vezes inadequadas para com o núcleo do saber-fazer do enfermeiro, como observado nas formações discursivas acerca de fazer **tudo**, esta situação ofusca o real objeto de trabalho dessa profissão. Isso interfere, de acordo com Borges e Silva (2010), na especificidade das competências dos enfermeiros, bem como na delimitação da sua identidade profissional.

Apreende-se que a imprescindibilidade do enfermeiro no campo da AB não deve ser atrelada ao *habitus* que exterioriza e gera percepção que este profissional deve praticar tudo, mas devido realizar ações que possam manifestar as características nucleares dessa profissão como o acompanhamento periódico da população do seu território adscrito, organização por meio da supervisão dos serviços da Unidade Básica de Saúde (UBS) e estimulação do empoderamento dos atores sociais através das ações educativas dialogadas.

Outros discursos parafrásticos apontam para dizeres que demonstram certa inquietação por realizar determinadas funções, inclusive pertencente a outras categorias, como demonstrado a seguir:

Enf41M: _Porque **tudo** é com o enfermeiro, né? Por exemplo eu tenho meu mapa pra fechar. Por que aqui no meu mapa, eu fecho 10 mapas, e ainda tenho que fechar o do médico e do dentista, né? Por que é que tem que ser assim? Porque eu que tenho que fazer o mapa deles? Não sei porque é que tem que ser assim, mas eu acabo fazendo e isso já faz um bom tempo. Eu acho que **o enfermeiro ele pega pra si muita coisa**, que não é da competência do enfermeiro e que poderia ser de outros profissionais, mas que o enfermeiro pega pra si, sem mesmo saber, toma como responsabilidade mesmo dele e às vezes isso atrapalha o nosso trabalho.

Nota-se que o enfermeiro assume determinadas condutas, como a realização do consolidado das atividades mensais (mapas) de outros profissionais, sem pressuporem para isso obrigatoriamente decisões conscientes, apenas reproduzindo mecanicamente uma determinada sequência de ações orientadas para uma finalidade.

Os enfermeiros, na lógica de Bourdieu (2004a), de algum modo caem na sua própria prática na tendência de assumir de tudo, inclusive funções de outras categorias a partir da incorporação inconsciente de percepções e apreciações, os quais irão orientar, de acordo com as estruturas sociais presentes em um dado momento, essas ações que traduzem a inconsistência da identidade profissional, já que os enfermeiros se responsabilizam por práticas que não condizem com as suas atribuições específicas nesse cenário de atuação.

Logo, essa prática de agregar uma diversidade de funções está presente em seu *habitus*, o qual irá produzir, de acordo com Bourdieu (2005a) estratégias que, por mais que não sejam o produto de uma tendência consciente de fins explicitamente apresentados sobre o alicerce de um conhecimento adequado das condições objetivas, nem de uma determinação mecânica pelas causas, são objetivamente ajustadas à situação na qual os enfermeiros estão inseridos, tornando, com isso, uma prática recorrente a esses profissionais se responsabilizarem com as ações que são inerente aos demais membros da equipe, como a execução dos mapas.

Por conseguinte, entende-se que o enfermeiro deve se desprender dessa concepção que os mesmos devem realizar de tudo nesse nível de atenção e passar a se apropriar de forma coerente de práticas que traduzem o real conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes atreladas a sua identidade profissional no campo da AB, e que esta possa incentivar a inserção do enfermeiro no contexto em que as famílias sob a sua responsabilidade estão inseridas, na perspectiva da longitudinalidade da atenção e integralidade da práticas desenvolvidas.

Observa-se também a formação discursiva na qual ao fazer tudo o enfermeiro cria a própria imagem à luz de outros profissionais, se assemelhando com os mesmos, como também incorporando atribuições que seriam dessas demais categorias. Essa conjuntura distorce a identidade profissional do enfermeiro, como será demonstrado a seguir:

Enf07C: _ Então*... **eu acabo fazendo de tudo de tudo, de tudo.** Assim, 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, do médico eu já resolvi, tá entendendo?

Enf32M: _Às vezes eu digo assim: _a enfermeira, ela é a psicóloga, ela é a assistente social, é nutricionista, **ela é tudo**. Porque tem muita demanda que vem diretamente para gente e como somos nós que estamos direto aqui na unidade e não tem às vezes como contar com esses outros profissionais a gente acaba por resolver*... isso acontece muito aqui e tem vezes que a gente **não se vê nem como enfermeiro** resolvendo desse tanto de problemas.

Enf36M: _O enfermeiro dentro da Atenção Básica ele realiza **tudo**. Eu falo assim, que tem que tá na minha porta assim: Psicóloga, Médica, Assistente social, várias **funções** (*risos*), porque o enfermeiro na Atenção Básica eu acho que ele acaba tomando e fazendo mais do que deveria fazer.

Há, conforme os discursos, o sentido de que o enfermeiro ao tomar para si uma diversidade de atribuições, inclusive pertencente a outras categorias, acaba adentrando ao espaço de competências desses outros profissionais, o que fomenta o distanciamento com o seu núcleo do saber-fazer e, por consequência, a sensação de que esta categoria, em determinadas situações, **não se vê nem como enfermeiro**.

Tal conjuntura é reforçada ao não ser compreendida, bem como não realizada a interprofissionalidade, uma vez que a mesma poderia ser uma alternativa para o compartilhamento de atribuições, com vistas a construção coletiva do cuidado e integralidade das ações de saúde, o que poderia evitar que o enfermeiro acabasse por realizar essa gama de funções, e consequentemente a sensação de fazer de tudo nesse cenário de atenção.

Esse discurso do enfermeiro em se comparar com outros profissionais que fazem parte da AB ocorre, principalmente, devido essa categoria não ter se apropriado da finalidade principal do cotidiano de práticas nesse nível de atenção, agregando atribuições e funções que não lhes são próprias, bem como em decorrência de ações que são do campo da interprofissionalidade nesse cenário de atuação (POGHOSYAN et al., 2013; SANTOS, RIBEIRO, 2010), o que pode gerar essa imagem ambígua acerca da sua identidade profissional, além de correr o risco de sofrer processos ético e legais ao realizar práticas que são de competências exclusivas de outras classes profissionais.

A imprecisão das reais atribuições, bem como as que são possíveis serem compartilhadas entre enfermeiro e os demais membros da equipe de saúde nesse nível de atenção, não se restringe ao cenário brasileiro. Essa situação também é apontada no Canadá (OELKE; BESNER; CARTER, 2014), Austrália (PARKER et al., 2013), Bahrein (NASAIF,

2012) e Irlanda (PHILIBIN et al., 2010), onde ainda não há uma delimitação das atividades do enfermeiro nesse campo de atuação, o que fragiliza o reconhecimento social e profissional dessa categoria, demonstrando ser essa problemática, a especificação da identidade profissional do enfermeiro na AB, presente tanto no Brasil, quanto no contexto internacional.

Para Darl e Clancy (2015), a temática da identidade profissional do enfermeiro na atenção primária é de natureza universal e de interesse global, visto que o enfermeiro ao desconhecer os limites da sua profissão acaba por agregar uma diversidade de atribuições, por vezes incoerentes com a essência da enfermagem. Essa situação incentiva o distanciamento de práticas de cuidado conforme as necessidades apresentadas pela população atendida, bem como pouca apropriação dos fundamentos teóricos da profissão, causando interferências na identidade do enfermeiro (CHUAQUI-KETTLUN et al. 2014).

Percebe-se, portanto, que o enfermeiro possui uma grande variedade de atividades na AB, requerendo habilidades complexas e diferentes, uma vez que além da atuação no âmbito individual, é necessária a abordagem coletiva. Sendo assim, aponta-se a importância desse profissional compartilhar as atribuições com os demais membros da equipe, no intuito de incentivar a apropriação por cada profissional, inclusive do próprio enfermeiro, das suas responsabilidades e funções específicas nesse nível de atenção (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

Nesse contexto, entende-se que ao tentar ser e fazer tudo no campo da AB, há na verdade repercussões negativas na identidade profissional do enfermeiro. Portanto, faz-se necessário encaminhamentos estratégicos para alcançar e se apropriar dos elementos que refletem a essência dessa categoria, como a gerência do cuidado, expressa, por exemplo, através da consulta de enfermagem, a qual pode possibilitar mais autonomia, bem como capital simbólico, ou seja, mais reconhecimento, credibilidade e visibilidade ao enfermeiro no campo da AB.

Logo, ao compartilhar as atividades e compreender a sua real identidade profissional, o enfermeiro adquire mais emancipação, incentivando a uma melhor interação com a população sob a sua responsabilidade. Essa relação favorece ao desenvolvimento do cuidado sensível, com respeito aos valores e empatia. Nesse cenário, o cuidado deixa de ser simplesmente uma intervenção, pois torna-se uma relação de ajuda, de maneira profissional, integral, humana, deixando espaço para a criatividade no mundo das interações sociais (UMPIERREZ; MERIGHI; MUNOZ, 2013).

Há ainda discursos que apontam para práticas que demandam tempo do enfermeiro, já que ao se responsabilizar por tudo, inclusive atribuições que técnicos

administrativos poderiam realizar, como será abordado mais à frente, fomenta a ausência desse profissional em espaços que o mesmo poderia se inserir e realizar ações que atendessem aos princípios e diretrizes desse nível de saúde.

Enf02C: *_Aqui é muita coisa. Tudo é com o enfermeiro. Muitas responsabilidades. Infelizmente você não é responsável só pela assistência, você é responsável por tá atrás de medicação, você é responsável por arrumar um desinfetante, olhar se o posto tá limpo, você é responsável por marcar exame. Questão de férias, de folga do pessoal que fica muito a cargo nosso. Questão de suprimento de material, tanto material de insumo pra assistência como de outras coisas é a gente. Então, o **papel** do enfermeiro **é tudo***... e por mais que eu tente falar, colocar/, só tem a dimensão, só sabe quando você assume um posto de trabalho como esse.*

Enf07C: ***_Tudo depende de mim pra funcionar**, esse é o nosso papel, se não tiver, se eu não for atrás de um bujão de gás, não tem, se eu não for deixar esse papel da água, a água corta. Então, depende de tudo...*

Enf30M: *_O posto não funciona seu eu não estiver aqui. O básico da atenção básica, é o enfermeiro. Eu vejo que esse é o meu real papel, dou de conta de **tudo**. Desde a luz que queimou até os remédios que não vieram para o posto e isso acaba nos sobrecarregando e até dificultando prestar um melhor cuidado para a população.*

Observa-se que o enfermeiro agrega uma gama de ações que poderiam ser delegadas a outros profissionais, inclusive sem formação superior, como as questões relacionadas a luz, limpeza e gás da unidade de saúde. Essas atribuições acabam por demandar tempo, fazendo com que o enfermeiro inclusive se distancie das ações cuidativas para com a comunidade sob sua responsabilidade.

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

Ao se comprometer por essa pluralidade de atribuições, o enfermeiro fica com excesso de trabalho e, por consequência, remete a ideia de um profissional permanentemente

ocupado, fomentando a indisponibilidade para o diálogo, ocasionando afastamento tanto da equipe quanto da comunidade (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

Faz-se importante destacar também que em diversos momentos desta pesquisa foi possível observar, no *corpus* discursivo, que os participantes deslocam o sentido da identidade profissional para o termo **papel**, caracterizando, com isso, a predominância de um deslizamento metafórico.

Para Pêcheux (2010) a metáfora é um efeito semântico que se produz numa substituição contextual, isto é, um deslizamento de sentido, assim sendo na Análise de Discurso (AD), esse dispositivo analítico trabalha com a transferência, que é dada num processo contínuo de deslizamentos, para desta forma se chegar ao lugar da interpretação e da historicidade. O sentido é traçado na relação que uma palavra tem com outra palavra, que uma expressão tem com outra.

Nessa perspectiva, a metáfora é a responsável pelos deslizamentos dos sentidos, pela deriva, pela transferência. O sentido é sempre uma palavra, uma proposição por outra e essa superposição, metáfora, pela qual elementos significantes passam a se confrontar, de maneira que se revestem de um sentido, não poderia ser predeterminada por propriedades da língua. Os sentidos só existem nas relações de metáfora dos quais certas formações discursivas vêm a ser o local mais ou menos provisório (ORLANDI, 2012).

Nessa perspectiva a identidade profissional não pode ser restringida somente a partir da realização de determinados papéis, já que a mesma, de acordo com Dubar (2005), está atrelada a articulação da identidade coletiva com a individual, em uma transação concomitantemente “interna” e “externa”, estabelecida entre o indivíduo e as instituições com as quais interage, resultando em valores concedidos socialmente, que permitem a construção, desconstrução e reconstrução permanente do perfil específico de um grupo.

Agregando a essas discussões, Hall (2014) relata que no contexto da pós-modernidade, a identidade profissional possui características fluidas e cambiantes, já que a mesma é formada a partir de uma celebração móvel, formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais o profissional é representado ou interpelado nos sistemas culturais que o rodeia. À medida que os sistemas de significação se multiplicam, o enfermeiro é confrontado por uma multiplicidade desconcertante e cambiante de identidade possíveis, não se restringindo ao desenvolvimento de papéis fixos.

A identidade profissional é o resultado da socialização secundária, isto é, da interiorização de saberes relacionados ao trabalho, os quais são definidos e construídos com referência a um ramo especializado de atividades, assumindo, desta forma, atitudes, posturas,

práticas e condutas postuladas pelo grupo que o tornam socialmente identificáveis (DUBAR, 2005).

Logo, a identidade profissional é constituída por elementos profissionais almejavéis que realizam uma ou outra atividade e que de alguma forma caracterizam um grupo. É o que é específico, o que identifica cada profissional, e envolve tanto a imagem social acerca da profissão como a agregação de aspectos, como conhecimentos, habilidade, atitudes, comportamentos e valores que identificam uma determinada categoria profissional (BARBACELI, 2013).

Portanto, a identidade profissional do enfermeiro na AB deve ser compreendida como sendo mais do que o papel realizado nesse nível de atenção, já que é o resultado, conforme Igor (2010), da congruência de ideias, funções, aspectos históricos, sociais, econômicos e culturais, os quais formam elementos cujo sentido é atribuir ao enfermeiro características únicas e impressões de si mesmo, enquanto categoria profissional específica e integrante imprescindível da equipe de saúde.

Agregando a esse pensamento, Lopes (2013) menciona que a identidade profissional do enfermeiro é sim constituída de elementos simbólicos que informam expectativas e desempenhos de papel, mas também de valor e desvalor associados e em articulação com discursos e práticas que são moldados por representações sociais e estruturas organizacionais.

Por fim, ainda conforme a autora supracitada, a identidade dessa profissão deve ser assumidamente dialética, no seu conteúdo simbólico (aliando saberes científico-técnico e ético-expressivo) e comunicacionais nos seus esquemas de prática (informadas pela racionalidade comunicacional).

Outro ponto que emergiu nos discursos foi a sensação de não pertencimento a um grupo específico de profissionais e que devido ao acúmulo de atividades, às vezes distantes do próprio núcleo de práticas do enfermeiro, transparece o sentimento de invisibilidade, como será apresentado a seguir:

Enf04C: **_Olha assim*... eu me enxergo como uma gotinha no oceano, infelizmente. É/ as atribuições são muitas, muitas, o enfermeiro da unidade ele tem muita responsabilidade, faz de tudo [...] então é/, infelizmente eu me vejo uma gota no oceano por conta dessa quantidade de atribuições. Então, o enfermeiro da unidade ele acaba afunilando, ele acaba fazendo a gestão de toda unidade sozinho. [...] a carga é muito grande em cima do enfermeiro, infelizmente...**

e vejo que a gente acaba se perdendo e se tornando invisível*... o que é muito triste.

Enf17M: _Assim, eu/ tava até conversando com a doutora (*médica da unidade*) tem dias que a gente **parece que faz, faz, faz e a gente parece que tem hora que não tá fazendo nada...** Isso porque a gente assume de tudo, a gestão cobra demais, a gente faz tantas coisas que às vezes dá a sensação que somos até invisíveis devido a esse sentimento que num tá fazendo nada específico nosso, que não pertence a uma categoria tão importante da saúde.... Aí isso a gente, né? Vê a desvalorização da categoria da gente. E por exemplo, **hoje é dia do enfermeiro/**, até agora a gente ainda **não recebeu nenhuma notícia que vai ter alguma comemoração...**

Nota-se, a partir do *corpus* discursivo, que no exercício de suas práticas, na dinâmica da AB, o enfermeiro externa sentimentos de angústia e sofrimento devido as inúmeras tarefas que envolvem o seu cotidiano. Essa característica de polivalência, em decorrência da falta de delimitação do espaço de atuação, como também por cobranças institucionais, gera a sensação de desvalorização e invisibilidade desse profissional.

Esses sentimentos de invisibilidade e desvalorização são agravados, segundo Cho, Jung e Jang (2010), quando há desconhecimento pelos próprios enfermeiros dos elementos constitutivos da sua identidade profissional, gerando, com isso, insatisfação no ambiente de trabalho, percepções negativas da carreira, baixo autoestima, conflitos e burnout.

Nesse sentido, a conquista do reconhecimento e visibilidade do enfermeiro não está em exercer de tudo na AB, mas alicerçada, segundo Avila et al. (2013), na construção de competências específicas correspondentes ao núcleo do saber-fazer da profissão, além de qualidades presentes no desenvolvimento dos planos cuidadosos, como iniciativa e segurança.

Desta maneira, ao clarificar o seu objeto de trabalho, ou seja, o cuidado e se apropriar dos conhecimentos, habilidades e atitudes intrínsecas para a prática nesse nível de atenção, em detrimento de tentar fazer de tudo, possibilita visibilidade a esta profissão, além de contribuir nas transformações desse cenário de saúde.

Logo, a identidade profissional é tomada como resultado de um reconhecimento recíproco, ou seja, conhecimento de que a identidade do eu só é possível devido a identidade do outro que me reconhece, identidade essa que depende do meu próprio reconhecimento (DUBAR, 2005).

Agregando a essas discussões, investigações internacionais acrescentam que a identidade profissional é um componente da identidade global dos indivíduos, determinando a

posição ocupada dentro da sociedade e em especial no ambiente de trabalhando, formada a partir das interações e experiências com os outros e consigo mesmo. Tal identidade direciona a construção dos núcleos essenciais que representam uma profissão, sendo positivo para o enfermeiro a sua delimitação e compreensão da identidade, garantindo postura e prática segura, ética e sensível, bem como a perpeção tanto da sociedade quanto da gestão e demais membros da equipe de saúde, acerca da imprescindibilidade dessa categoria para as ações e serviços de saúde (JOHNSON et al., 2012; SKORIKOV, VONDRACEK, 2011; SUTHERLAND, HOWARD, MARKAUSKAITE, 2010).

Portanto, a identidade profissional do enfermeiro é o reconhecimento de si e pelo outro e, a um só tempo, pertencimento a um grupo profissional. Pertencer faz menção à partilha de características, vivências e experiências, que geram o sentimento de inclusão a um determinado grupo.

Para Baggio e Erdmann (2010) é necessário tornar o cotidiano do enfermeiro conhecido, já que permite ao outro a identificação das práticas desempenhadas e do produto do trabalho, contribuindo para a construção, identificação e transparência de uma imagem condizente com a essência dessa profissão.

Assim, a maior visibilidade e o sentimento de pertencimento do enfermeiro a uma classe específica virão com a conformação da sua identidade profissional, a qual viabilizará a definição das competências particulares, autonomia, reconhecimento, bem como respaldo na tomada de decisão sobre questões inerentes as atribuições dessa profissão no campo da AB.

Deste modo, é imprescindível não somente a delimitação da identidade profissional, mas também a sua interiorização em disposições, as quais irão formar um *habitus* que irá demonstrar práticas e percepções condizentes com a essência do enfermeiro na realização do seu processo de trabalho no campo da AB, evitando, com isso, que ocorra a invisibilidade da sua identidade que nem lágrimas na chuva.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito, como salientado nos objetivos deste trabalho, foi investigar a identidade profissional que é projetada pelo discurso dos enfermeiros que atuam no campo da Atenção Básica (AB). Na tentativa de desvendar o *habitus* deste profissional, foi preciso imergir no *corpus* discursivo, a fim de descortinar a aparente transparência e linearidade dos discursos, com a finalidade de demonstrar a relação entre os conceitos nucleares de Pierre Bourdieu e a identidade profissional do enfermeiro nesse cenário de práticas.

Foi possível observar nesta pesquisa o sentido que aflora no discurso dos enfermeiros sobre a AB, compreendida como porta de entrada à rede de saúde, cujo ações são balizadas tendo como eixos estruturantes as atividades de prevenção de agravos e promoção da saúde, viabilizadas principalmente a partir da construção de vínculos com os atores sociais do território adscrito.

Porém, mesmo reforçando a AB como espaço que visa a reorientação do modelo de atenção, aflora, em discursos polissêmicos, as contradições que ainda são vivenciadas nesse ambiente de práticas, onde é predominante o modelo biomédico, expressas por práticas curativistas, prescritivas e com ênfase nas doenças, elementos estes que interferem na conformação da identidade profissional do enfermeiro.

Como abordado ao longo desta investigação, a AB pode ser entendida enquanto campo, na sociologia bourdieusiana, isto é, espaço social de constante disputa de posições entre os agentes que nele estão inseridos. O elemento preponderante na determinação da posição do agente no campo, como discutido, é a acumulação de capital, sendo que a sua distribuição de forma desigual marca a relação de dominação e subversão.

Nota-se também nas formações discursivas que o enfermeiro, em determinadas situações, disputa a posição ou se compara frequentemente com o profissional médico, sendo a agregação de capital simbólico, com vistas a visibilidade, credibilidade e reconhecimento, o elemento responsável na influência das disposições nesse campo que fomentaram a constituição da identidade profissional.

Cabe destacar, nesse campo marcado por constantes disputas, a relação de subordinação que existe entre o profissional enfermeiro e o profissional médico, a qual é reflexo do processo histórico de formação da enfermagem, a qual caminhou numa conjuntura de dependência e submissão como apontando nas discussões. Tal situação reforça o poder simbólico, como também a violência simbólica presente nessa interação.

Em outras formações discursivas presentes nesta pesquisa, foi possível perceber também que os enfermeiros externam sentimentos de desmotivação em decorrência da invisibilidade do seu processo de trabalho, uma vez que os usuários não identificam quem é o enfermeiro e quais as suas reais funções nesse nível de atenção.

Porém, apreende-se, como debatido, que há o sentido de vitimização por parte dos enfermeiros, transferindo toda a responsabilidade para os usuários, sendo os próprios enfermeiros ao não se reconhecerem e compreenderem a sua identidade, acabam se conformando e permanecendo em uma inércia que ecoa no olhar dos outros, ofuscando a possibilidade de reconhecimento e de delimitação da sua identidade.

Há, ainda em discursos polissêmicos nesta investigação, o caminho que possa levar o profissional enfermeiro a reposição no campo da AB, cuja ações não são fincadas em práticas tradicionais, influenciadas pelo modelo tradicional, mas alicerçadas em tecnologias interacionistas, como acolhimento, vínculo, escuta ativa, as quais viabilizam a construção de planos cuidadosos conforme as necessidades apresentadas e conseqüentemente a agregação de capital simbólico, bem como alterações em seu *habitus*, tendo com isso repercussões positivas na atualização de suas práticas e percepções nesse campo de atuação.

Como discutido anteriormente, a identidade profissional e o campo estão permanentemente em movimentos de construção, desconstrução e reconstrução contínuos, sendo influenciados tanto por aspectos culturais, sociais e históricos de um grupo específico, quanto por legislações que normatizam os direitos, deveres e atribuições específicas de uma profissão. Ou seja, há uma relação direta entre esses instrumentos legais com o *habitus* do enfermeiro no campo da AB, uma vez que essas características são interiorizadas por um processo de socialização, refletindo, com isso, na configuração identitária, já que formalizam o que compete ao enfermeiro nesse cenário de atuação.

Porém, mesmo relatando sobre a imprescindibilidade do conhecimento das legislações específicas para atuação nesse nível de atenção, há, com base nas formações discursivas, lacunas acerca do entendimento das mesmas, o que pode implicar em alterações no processo de trabalho ao não conhecer os limites legais da categoria.

Percebeu-se também que em discursos parafrásticos, os enfermeiros atrelavam as legislações com a possibilidade de prescrição de medicamentos e exames, visando com isso uma aparente autonomia em seu cotidiano de práticas. Entretanto, discutiu-se que o enfermeiro possui uma gama de possibilidades que podem viabilizar essa autonomia na tomada de decisão na construção dos planos de cuidados, sem necessitar focar somente nessas ações prescritivas. Isto é, esse profissional pode buscar a resolubilidade das necessidades a

partir do método científico que traduza a essência da profissão, além de valorizar o acolhimento, vínculo e autonomização dos atores sociais, o que pode lhe proporcionar mais reconhecimento e valorização da população do seu território adscrito.

Com relação as práticas cotidianas do enfermeiro, verificadas nas formações discursivas desta investigação, emergiu que as ações são de acordo com a programação ministerial, planejadas por meio de uma agenda de atendimentos orientadas a partir de políticas públicas de saúde, tendo como eixo balizador elementos epidemiológicos e dos Sistemas de Informação em Saúde.

Como discutido, entende-se que o enfermeiro pode organizar o seu processo de trabalho com base nessa agenda, porém não deve focar somente em determinados seguimentos ou doenças, pois acaba restringindo e limitando o acesso à rede de atenção à saúde da população sob a sua responsabilidade.

Existe sim alternativas para este profissional atuar para além das normativas estabelecidas, inclusive com base na lei do exercício profissional, que poderia lançar opções de atuar de forma mais sensível, contextualizada e ética, que refletiriam a essência da sua identidade profissional.

Ainda com relação as práticas cotidianas, notou-se a recorrência da supervisão, Consulta de Enfermagem e educação em saúde como atividades de referência do enfermeiro nesse nível de atenção. Tais práticas são compreendidas nesta investigação com expressões da gerência do cuidado e conseqüentemente, como ações que garantem segurança, qualidade e satisfação das pessoas atendidas, sendo, assim, alternativa para garantir o reconhecimento do enfermeiro para com ele mesmo e pela com a comunidade, elemento este fundamental na configuração identitária.

Por fim, percebeu-se também formações discursivas em que os enfermeiros atrelavam, de forma consciente e inconsciente, a sua identidade profissional à prática e percepção de fazer tudo no campo da AB. Tal situação, a partir da leitura bourdieusiana, está atrelada a busca de agregar mais capital simbólico, onde o enfermeiro acaba por jogar um jogo, o qual possui regras próprias e cujo objeto de disputa é o prestígio e valorização, fazendo com o enfermeiro incorpore como algo natural em seu cotidiano a prática de fazer de tudo.

Porém, essa conjuntura fomenta a constituição de um *habitus* que direciona a um conjunto de ações, frequentemente distante dos conhecimentos, habilidade e atitudes específicos da profissão e, conseqüentemente, uma identidade profissional sem contornos precisos, como também opacos.

Face ao que foi debatido, nota-se que a configuração identitária dos enfermeiros no campo da AB, apresenta rupturas, seja com o que está instituído, principalmente quando busca agregar novas possibilidades para os planos cuidados, seja com os contextos que impactam negativamente em seu *habitus*, como o não reconhecimento das reais funções e a não delimitação do seu processo de trabalho. Essas rupturas podem configurar-se como uma crise identitária.

No entanto, a crise da identidade desse profissional pode ser interpretada como algo necessário, quando possibilita a reconstrução da identidade conforme o espaço social em que está inserido, exigindo dessa categoria momentos de intelecções intensas, com vistas a fomentar transformações capazes de impulsionar positivamente a identidade do enfermeiro.

Apreende-se, portanto, que a identidade profissional do enfermeiro se constitui pela mediação do mesmo com um conjunto articulado de elementos, principalmente devido ao contexto social, cultural e econômico que esse profissional vivencia, além das crenças que são elaboradas durante o processo de formação, como também do conhecimento construído e acumulado na sua trajetória de vida, que é interiorizado por meio do processo de socialização que forma as disposições presentes em seu *habitus*, o qual possui uma relação intrínseca com a identidade profissional.

Ao se inserir no campo da AB o enfermeiro incorpora atitudes, procedimentos e conceitos presentes nesse ambiente. Por isso, entende-se que a identidade profissional possui uma dinâmica permanente de transformações, necessitando com isso de reflexões e revisões constante em seu processo de trabalho.

Por fim, acredita-se que esta investigação agrega contribuições para o arcabouço teórico, filosófico e científico sobre a temática. Considera-se que esta pesquisa pode se constituir como uma ferramenta para o ensino, pesquisa e serviço, ao buscar subsidiar melhorias nos processos de trabalhos dos enfermeiros no campo da AB.

Considera-se também que devido a identidade possuir grande dinamicidade em seu processo permanente de reconstrução, além de depender do contexto social, econômico, cultural e ideológico em que se insere o profissional, tem-se como limitação desta investigação a generalização desses resultados para demais regiões do país.

Propõem-se, por conseguinte, que mais estudos sejam desenvolvidos, à luz da sociologia de Bourdieu, em distintas regiões, como também com outros atores sociais, como usuários, profissionais da Equipe de Saúde da Família e gestores, para enriquecimento da temática analisada.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p.637-42, set./out. 2014.
- ADDUM, F. M. et al. Planejamento local, Saúde Ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 955-978, 2011.
- ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 389-402, jun. 2016.
- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Cienc Saude Colet.** v. 16, n. 1, p. 319-25. 2011.
- ALVES, M. S. et al. Saberes de enfermeiros que atuam na atenção primária à saúde sobre conceitos de enfermagem. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v. 2, v. 1, p.1-9, jan./abr. 2012.
- ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 560-66, 2010.
- ASSIS, W. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 38-46, fev. 2011.
- AVILA, L. I. et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 102-109, set. 2013.
- BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. (In)visibilidade do cuidado e da profissão de enfermagem no espaço de relações. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 745-750, 2010.
- BAKHTIN, M, **Marxismo e filosofia da linguagem**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BARBACELI, J. T. **Da identidade universitária à identidade profissional docente: a FEUSP e a formação inicial de professores para os primeiros ano de escolarização**. 2013. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP). Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, USP, Programa de Pós-graduação em Educação, 2013.
- BARBOSA, D. C. M., FORSTER, A. C., Sistemas de informação em saúde: a perspectiva e avaliação dos profissionais envolvidos na atenção primária à saúde de Ribeirão preto, **Cad. de Saúde Coletiva**, São Paulo, p. 424-33, 2010.
- BECK, C. L. C. et al. Identidade profissional dos enfermeiros de serviços de saúde municipal. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 14, n. 1, p. 114-19, 2009.

BELLAGUARDA, M. L. R.; SILVEIRA, L. R.; MESQUITA, M. P. L.; RAMOS, F. R. S. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Enferm. foco**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 180-183, ago. 2011.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al. Reflexão sobre a legitimidade da autonomia da enfermagem no campo das profissões de saúde à luz das ideias de Eliot Freidson. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 369-374, jun. 2013.

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.

BENJUMEA, C. C. Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a La literatura. **Texto Contexto Enf.**, Florianópolis, v.13, n.1, p.137-46, jan./mar. 2004.

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

BERNARDES, A. G.; PELLICCIOLI, E. C.; MARQUES, C. F. Vínculo e práticas de cuidado: correlações entre políticas de saúde e formas de subjetivação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2339-2346, ago. 2013.

BONNEWITZ, P. **Primeiras lições sobre a sociologia de Pierre Bourdieu**. 2 ed. Petrópolis: Vozes; 2003.

BORGES, M. S. Mel com fel: representações sociais do cuidado de enfermagem e cidadania. **Comun Ciên Saúde**, v. 19, n. 4, p.333-42, 2008.

BORGES, M. C. Das funções de confiança stricto sensu e dos cargos em comissão: constitucionalidade adequada **Revista do TCEMG**. Jan/fev. 2012.

BORGES, M. S.; SILVA, H.C. P. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional do enfermeiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 823-829, out. 2010.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero Limitada, 1983. 208p.

BOURDIEU, P. **Meditações pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. 320p.

BOURDIEU, P. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004a. 234p.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: UNESP, 2004b.

BOURDIEU, P. **Razões e Práticas**: sobre a teoria da ação. 6. ed. Campinas: Papyrus, 2005a.

BOURDIEU, P. **Esboço de auto-análise**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005b. 144p.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 11 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.

BOURDIEU, P. **A distinção: crítica social do julgamento**. São Paulo: Edusp; Porto Alegre: Zouk; 2008.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. 6 ed. São Paulo: Perspectiva, 2009. 429p.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 8 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

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

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 159/93. Dispõe sobre a Consulta de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de abril de 1993. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html> Acesso em 08 mar. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 195/1997. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por Enfermeiro. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de fevereiro de 1997b. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1951997_4252.html#> Acesso em 28 fev. 2016.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html> Acesso em 08 mar. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer nº 1.133, de 07 de agosto de 2001. **Dispõe sobre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**. Brasília (DF): Ministério da Educação e Cultura; 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 27 ago 2014.

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. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997a.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica,

para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2006.

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

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Números da saúde da família**. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 13 maio 2016. Brasília, 2016.

BRASIL. Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 20 de 05 de maio de 2011. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 2011c; Seção 1. p. 40.

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, 2012b. 110 p.

BROWN, J. B.; WESTON, W.W.; STEWART, M. O Primeiro Componente: explorando a doença e a experiência da doença. In: STEWART, M. (colaboradores). **Medicina centrada na pessoa**: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010. p.53-70.

BRIENZA, A. M. **O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da Rede Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto**. 168 p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP – Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, 2005.

BRITO, M. J. M.; MONTENEGRO, L. C.; MARILIA, A. Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras-gerente de hospitais privados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 5, p. 952-959, out. 2010.

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

CAÇADOR, B. S. et al. O enfermeiro na estratégia de saúde da família: percepção dos usuários. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 331-338, jul./set. 2012.

CAMPOS, G. W. S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2337-44, ago. 2010.

- CAMPOS, G. W. S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3033-3040, jul 2011.
- CAMPOS, P. F. S.; OGUISSO, T. A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e a reconfiguração da identidade profissional do enfermeiro Brasileira. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 892-898, dez. 2008.
- CAMPOS, F. S. P.; OGUISSO, T. Exclución de mujeres negras: Su representación en la enfermería profesional. **Index Enferm**, Granada, v. 15, n. 55, p. 26-30, mar. 2006.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**: a ciência, a sociedade e a cultura emergente. 29 ed. São Paulo: Cultrix, 2010. 452p.
- 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.
- CARNEIRO, A. D. et al. Prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros no PSF: aspectos, éticos e legais. **Rev. eletrônica enferm.**, v. 10, n. 3, 756-65 set. 2008.
- CARVALHO, V. Sobre a identidade profissional na Enfermagem: reconsiderações pontuais em visão filosófica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 24-32, set. 2013.
- CATANI, D. B. et al. Bourdieu pensa a educação. **Rev. Edu.**, n. 5 (esp.): p. 17-25, 2011.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5ª ed. São Paulo: Prentice-Hall, 2006.
- CHO SH; JUNG SY; JANG S. Who enters nursing schools and why do they choose nursing? A comparison with female non-nursing students using longitudinal data. **Nurse Educ Today**, v. 30, n. 2, p. 180-6, 2010.
- 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.
- CHUAQUI-KETTLUN, J. R.; BETTANCOURT-ORTEGA, L. P.; LEAL-ROMÁN, V. J.; AGUIRRE-GONZÁLEZ, C. A. La identidad profesional de la enfermería: un análisis cualitativo de la enfermería en Valparaíso (1933-2010). **Aquichan**. v. 14, n. 1, p. 53-66, 2014.
- COELHO, M. M. F. et al. Supervisão como tecnologia para a melhoria da atenção básica à saúde. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 704-11, 2012.
- COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 311/2007**. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF, 2007.
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem da Paraíba. **Protocolo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família do estado da Paraíba**. João Pessoa: COREN – PB, 2014.

COLLIÉRE, M. P. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 2012.

CORRÊA, A. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 14, n. 1, p. 171-80, 2012.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **Am J Public Health**, v. 94, n. 11, p. 1864-74, 2004.

DAHL, B. M.; CLANCY, A. Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health nurses' narratives. **Scand J Caring Sci.**, v. 29, n. 4, p. 679-87, 2015.

DIAS, G. A. R.; LOPES, M. M. B. Educação e saúde no cotidiano de enfermeiras da atenção primária. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 3, n. 3, p. 449-60, set./dez. 2013.

DIOS GUERRA, C. et al . Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de enfermería en centros de salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 12, n. 31, jul. 2013.

DOMBROWSKI, J. G.; PONTES, J. A.; ASSIS, W. A. L. M. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, p. 827-832, dez. 2013.

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

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

DUBAR, C. Entre crise global e crises ordinárias: a crise das identidades. Tradução de Roberta Console Akaoui e Mariana Toledo Ferreira. **PLURAL, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP**, São Paulo, 2011, v.18, n.1, pp.175-84

ECKERDT, N. S. et al. Percepção da Estratégia Saúde da Família em um município do interior do Rio Grande do Sul: da fala da equipe ao eco das famílias. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 45-59, 2008.

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

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.

FAUSTO, M. C. R. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 13-33, out. 2014.

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

FERNANDES, J. S. et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 404-412, abr. 2012.

FERNANDES, M. C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. 2012. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos em Saúde, 2012.

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

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

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

FERNANDES, M. C. et al. Ações de gerência do cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 16, n. 5, p. 664-71, set./out. 2015b.

FERREIRA, M. E. V.; SCHIMITH, M. D.; CACERES, N. C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-20, ago. 2010.

FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutica-dialética. **Rev Enferm UERJ.**, v. 18, n. 4. p.530-5, 2010.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-78, jun. 2015.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 117p.

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

FORTIN, M. et al. Nurses joining family doctors in primary care practices: perceptions of patients with multimorbidity. **BMC Family Practice**, v. 11, n. 84, p.1-9, 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.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho**

em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3ed. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 53-124.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 53 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016. 144p.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 50 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 256p.

FREIRE, P. **Política e educação**. 1 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014. 144p.

FRIGOTTO, G. Trabalho. In: PEREIRA, I. B.; FRANÇA, J. C. (Org.). **Dicionário da educação profissional**. 2 ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

GADET, F.; HAK, T. (Org.). **Por uma análise automática do discurso** - Uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: UNICAMP, 1997.

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

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.

GHISLENI, A. P. **A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional:** uma análise de fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva. 2010. Tese (Doutorado). Porto Alegre (RS). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

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.

GOMES, A. M. T. **Silêncio, Silenciamento e Ocultamento na Terapia Anti-retroviral: desvelando o discurso de cuidadores de crianças**. 2005. 200p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2005.

GRAZIANO, A. P.; EGRY, E. Y. Micropolítica do trabalho dos profissionais de saúde na UBS: visão sobre necessidades de saúde das famílias. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 650-56, jun. 2012.

GUERREIRO, E. M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 13-21, fev. 2014.

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.

- HONÓRIO, R. P. P.; CAETANO, J. A. Elaboração de um protocolo de assistência da enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 1, p.188-93, 2009.
- 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.
- IGOR, E. Formação da identidade profissional de Enfermagem: uma reflexão teórica. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 967-971, dez. 2010.
- INDURSKYI, F. Polêmica e denegação: dois funcionamentos discursivos da negação. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, 19, jul/dez, Campinas: Editora da UNICAMP, 1990, p. 117-122.
- JOHNSON, M. et al. Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. **International Nursing Review**, v. 59, n. 4, p. 562-9, 2012.
- JONAS, L. T.; RODRIGUES, H. C.; RESCK, Z. M. R. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. APS**. Juiz de Fora, v. 14, n.1, p.28-38, 2011.
- JORGE, M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, julho, 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.
- LIMA, A. M. V. et al. Supervisão de trabalhadores de enfermagem em unidade básica de saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 577-593, dez. 2014.
- LIMA, L. L.; MOREIRA, T. M. M.; JORGE, M. S. B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 514-522, ago. 2013.
- LOPES, A. Para uma identidade dialética e comunicacional em Enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 525-526, jun. 2013.
- LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, p. 105-25, Jan./jun. 2005.
- MACIEL, L. M.; LAGE, A. M. D. O cuidado vivenciado pelo enfermeiro na equipe de saúde da família. **R. Enferm. Cent. O. Min.**; v. 1, n. 4, p.445-461, out./dez., 2011.
- MAGALHÃES, A. M. M.; DUARTE, E. R. D. Tendências gerenciais que podem levar a Enfermagem a percorrer novos caminhos. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 408-11, Jul./Ago. 2004.

MAIA, T. M. **A inserção do nutricionista na atenção primária: o caso da microrregião de saúde de Viçosa – MG.** 2010. Dissertação (Mestrado). São Paulo (SP). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2010.

MARACANAÚ. **Relatório de Gestão**, Secretaria de Saúde, 2010.

MARACANAÚ. Portaria nº 75 de 27 de novembro de 2012. Atualiza a normatização da prescrição de medicamentos e solicitação de exames pelo enfermeiro no exercício de suas funções nos programas de saúde pública no âmbito do Sistema Único de Saúde de Maracanaú e define protocolos clínicos a serem adotados pelas equipes de saúde da Atenção Básica. **Diário Oficial do Estado**. Maracanaú, 2012.

MARILAF, C. M.; ALARCÓN, M. A M.; ILLESCA, P. M. Rol del enfermero-a rural en la región de la araucanía chile percepción de usuarios y enfermeiros. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 17, n. 2, p. 111-18, 2011.

MARIN, M. J. S.; MORACVICK, M. Y. A. D.; MARCHIOLI, M. Acesso aos serviços de saúde: comparação da visão de profissionais e usuários da atenção básica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 629-36, set./out., 2014.

MARTINIANO, C. S. et al. Legalização da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no brasil: história, tendências e desafios. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 809-17, set. 2015.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro 1. 26 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 966p.

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. 991-99, dez. 2012.

MATUMOTO, S. et al. A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n. 1, jan-fev. 2011.

MATUMOTO, S. et al. Produção de atendimentos de enfermeiros em unidades da rede básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 710-17, ago. 2012.

MELO, E. M. et al. A organização da Atenção Básica em municípios integrantes do projeto de expansão e consolidação do saúde da família em Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p. s29-s41, 2008.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco.

MEYER, D. E.; FELIX, J.; VASCONCELOS, M. F. F. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 17, n. 47, p. 859-71, dez. 2013.

- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MERHY, E. E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Soc.** v. 21, n. 2, p. 267-79, 2012.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 71-112.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 6, p. 151-63, 2012.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In. PEREIRA, I. B.; FRANÇA, J. C. **Dicionário da educação profissional**. 2 ed. ver. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- MERHY, E. E. et al. Diálogos Pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma autopoiese anticapitalística no mundo da saúde. **Lugar Comum (UFRJ)**, v. 1, p. 155-178, 2014.
- 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.
- MONTEIRO, K. A.; BARBOSA, S. P. Compreensão do enfermeiro quanto à prescrição de medicamentos na estratégia saúde da família. **Rev. Enf. Integrada**, v. 4, n. 1, p.690-97, 2011.
- MONTEZELLI, J. H.; PERES, A. M.; BERNARDINO, E. Demandas institucionais e demandas do cuidado no gerenciamento de enfermeiros em um pronto socorro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 348-54, Abr. 2011.
- NASAIF, H. A. Knowledge and attitudes of primary care physicians toward the nurse practitioner role in the Kingdom of Bahrain. **Journal of the American Academy of Nurse Practitioners**. V. 24, n. 3, p. 124-31. 2012
- NIGHINGALE, F. **Notas sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez; 1989.
- NÓBREGA, M. F. B. **Processo de trabalho em Enfermagem na dimensão do gerenciamento do cuidado em um Hospital Público de Ensino**. 2006. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza (CE), 2006.
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI S.; RODRIGUES, V. A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: BARROS, A. F. R.; SANTANA, J. P.; NETO, P. M. S. (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.81-104.

OELKE, N. D.; BESNER, J.; CARTER, R. The evolving role of nurses in primary care medical settings. **International Journal of Nursing Practice**. v. 20, n. 6, p. 629–35. 2014.

OGATA, M. N.; MACHADO, M. L. T.; CATOIA, E. A. Saúde da família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. **Rev. Eletr. Enf.**; v. 11, n. 4, p.820-9, 2009

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J. Bases legais para o exercício da enfermagem. In: OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J.(Org). **O exercício da enfermagem: uma abordagem ético-legal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.3-12.

OLIVEIRA, B. G. R. B. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 15, n. 1, p. 60-67, mar. 2006.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-81, set. 2010.

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

OLIVEIRA, V. C de et al. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1015-1021, dez. 2013.

OMS. **Declaração de Alma-Ata: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

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. **Discurso em análise: sujeito, sentido, ideologia**. 2 ed. Campinas, SP: Pontes, 2012.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 11 ed. Campinas: Pontes, 2013.

PADILHA, M. I.; NELSON, S.; BORENSTEIN, M. S. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional do enfermeiro. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, dez. 2011.

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

PARKER, R. How acceptable are primary health care nurse practitioners to Australian consumers? **Collegian**, v. 20, p. 35-41, 2013.

PASCAL, B. **Pensamentos**. São Paulo: Martin Claret, 2000.

PAVA, A. M.; NEVES, E. B. A arte de ensinar enfermagem: uma história de sucesso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 145-151, fev. 2011.

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

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso. In. GADET, F.; TONY (Orgs.). **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. 4 ed. Campinas: Editora da Unicamp, 2010.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Rev Min Enferm**, v. 18, n. 4, p. 815-22, out./dez. 2014.

PHILBERT, L. A. S. **Proposição sobre a formação e a identidade docente em enfermagem**. 2013. Tese (Doutorado). Programa de pós-graduação em Ciência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2013.

PHILIBIN, C. A. N. The role of the public health nurse in a changing society. **Journal of Advanced Nursing**. V. 66, n. 4, p.743-52. 2010.

PIES, N. Processo educacional em Pierre Bourdieu. **Rev. Espaço Acadêmico**, v. 13, n. 134, p.40-46, 2012.

PIRES, M. R. G. M. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. spe2, p. 1710-15, dez. 2011.

POGGETO, M. T. D. et al. Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia, na atenção básica. **reme –Rev. Min. Enferm**, v.16, n. 4, p. 502-508, out./dez., 2012.

POGHOSYAN, L. et al. Revisiting Scope of Practice Facilitators and Barriers for Primary Care Nurse Practitioners: a qualitative investigation. **Policy, Politics, & Nursing Practice**. v. 14, n. 1, p. 6-15. 2013.

PORTO, A. R. et al. Teorias de enfermagem e modelos que fortalecem a prática profissional, **R. pes.: cuid. fundam. online.**, v. 5, n. 5, p.155-61, dez. 2013.

- RADIGONDA, B.; CONCHON, M. F.; CARVALHO, W. O.; NUNES, E. F. P. A. Sistema de Informação da Atenção Básica e sua utilização pela Equipe de Saúde da Família: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 12, n. 1, p. 38-47, 2010.
- REGIS, C. G.; BATISTA, N. A. O enfermeiro na área da saúde coletiva: concepções e competências. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 830-836, out. 2015.
- RÊGO, C. C. D. et al. Processo de trabalho da enfermeira junto à pessoa com tuberculose na atenção primária à saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 218-228, jul./set. 2015.
- REZENDE, M. et al. A equipe multiprofissional da 'Saúde da Família': uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p. 1403-10, 2009.
- ROCHA, J.B.B.; ZEITOUNE, R.C.G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.
- ROECKER, S.; MARCON, S. S. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia Saúde da Família. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 3, p.381-90, 2011.
- ROMERO-COLLADO, A. et al. Nurse prescribing in primary care in Spain: legal framework, historical characteristics and relationship to perceived professional identity. **Journal of Nursing Management**, v. 22, n. 3, p. 394-404, 2014.
- ROSENSTOCK, K. I. V. et al. Aspectos éticos no exercício da enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, p.727-33, out./dez. 2011.
- SANNA, M. C. Os processos de trabalho na Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, v.60, n.2, p.221-4, Mar./Abr, 2007.
- SANTO, T. B. E.; OGUISSO, T.; FONSECA, R. M. G. S. A profissionalização da Enfermagem brasileira na mídia escrita no final do século XIX: uma análise de gênero. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, out. 2011.
- SANTOS, J. L. G. et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 257-263, abr. 2013.
- SANTOS, G. A. **A invenção do Ser Negro**: um percurso das idéias que naturalizaram a inferioridade dos negros. 1 ed. São Paulo (SP): Educ-Pallas-Fapesp, 2002. 176p.
- 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.
- SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; SORATTO, J. O trabalho na estratégia saúde da família. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.). **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campina: Saberes, 2014.

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. 7, n. 2, p.252-6. abr./jun. 2009.

SCHRADER, G. et al. Trabalho na Unidade Básica de Saúde: implicações para a qualidade de vida dos enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 222-228, abr. 2012.

SILVA, M. Z. N.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 805-16, dez. 2014.

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

SILVA, C. C. S. et al. Percepção da enfermagem sobre condições de trabalho em unidades de saúde da família na Paraíba - Brasil. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 15, n. 1, mar. 2013.

SILVA, L. M. S. et al. Modelo comboio para suporte familiar pelo enfermeiro na Atenção Básica: estudo descritivo. **Online braz j nurs.** v. 15, n. 1, p.52-60, 2016.

SILVA, S. A. et al. Atividades desenvolvidas por enfermeiros no psf e dificuldades em romper o modelo flexneriano. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 1, p.30-39, jan./mar. 2011.

SILVA, S.H. et al. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba-PR. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 68-75, 2010.

SILVA, J. S. et al. Supervisão dos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia Saúde da Família: a ótica dos enfermeiros. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 899-906, out. 2014.

SILVA, L. D. et al. Enfermeiro e a educação em saúde: um estudo bibliográfico. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 2, n. 2, p. 412-19, mai./ago. 2012.

SILVA, M. R. F. S. et al. O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm**, v. 19, n. 1, p. 249-54, jan./mar., 2015.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-429, jun. 2009.

SKORIKOV, V.B.; VONDRACEK, F.W. Occupational identity. In **Handbook of Identity Theory and Research**. SCHWARTZ, S.J.; LUYCKX, K.; VIGNOLES, V. L. (Org). New York: Springer, 2011.

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.

SOUSA, M. F. Estratégia Saúde da Família: entre atos e revelações. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4309-11, 2011.

SOUZA, P. A. et al. Percepção dos usuários da atenção básica acerca da consulta de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.** v. 17, n. 1, p. 11-7, jan./mar., 2013.

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

STOLARSKI, C. V.; TESTON, V.; KOLHS, M. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre suas atribuições legais. **Rev. Min. Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 321-26, jul./set., 2009.

SUTHERLAND, L., HOWARD, S.; MARKAUSKAITE, L. Professional identity creation: examining the development of preservice teachers' understanding of their work as teachers. **Teaching and Teacher Education**, v. 26, n. 3, p. 455-65. 2010.

TAKEMOTO, M. L. S. **O trabalho de Enfermagem em unidades básicas de saúde e proposta de mudança do modelo de atenção à saúde no Município de Campinas – SP**. 2005. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (SP), 2005.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, fev. 2006.

THIRY-CHERQUES, H. R. **Métodos estruturalistas: pesquisas em ciências de gestão**. São Paulo: Atlas, 2008.

TONINI, T. **Enfermeira instituída/instituente: a subjetividade das estratégias de cuidar**. 2006. Tese (Doutorado). Instituto de medicina social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ), 2006.

UMPIERREZ, A. H. F.; MERIGHI, M. A. B.; MUNOZ, L. A. Percepções e expectativas dos enfermeiros sobre sua atuação profissional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 165-171, 2013.

VANDENBERGHE, F. “The real is relational”; an epistemological analysis of Pierre Bourdieu's generative structuralism. **Sociological Theory**, v. 17, n. 1, p. 32-67, Mar. 1999.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-127, mar. 2013.

VISENTIN, F. et al. A enfermagem na atenção primária ao cuidar de mulheres em situação de violência de gênero. **Invest. educ. enferm**, Medellín, v. 33, n. 3, dez. 2015.

WALDOW, V. R. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

WOODWARD, K. **Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual**. In: SILVA, T. T. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. Petrópolis: vozes, 2008.

XIMENES NETO, F.R. et al. Concepções, conhecimentos e práticas dos enfermeiros ao cuidar de sujeitos com diagnóstico de depressão: um olhar para o território da atenção primária à saúde. **Enferm. glob.**, Murcia, n. 16, jun. 2009.

YAZDANNIK, A.; YEKTA, Z. P.; SOLTANI, A. Nursing professional identity: an infant or one with Alzheimer. **Iranian journal of nursing and midwifery research**, v. 17, n. 2, supl, p. S178, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Caracterização dos sujeitos:

1. Sexo: () M () F
2. Idade: _____
3. Tempo de atividade profissional: _____ anos.
4. Tempo de atuação na ESF: _____ anos.
5. Pós-graduação: () S () N. Se sim qual? _____
6. Tipo de vínculo empregatício: _____
7. 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. 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?

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 tese de Doutorado intitulada “**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: **Prof. Doutorando Marcelo Costa Fernandes: (85) 9922 1287**; e Orientadora da pesquisa **Prof^ª. Dra. Lucilane Maria Sales da Silva: (85) 9927 7421**.

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.

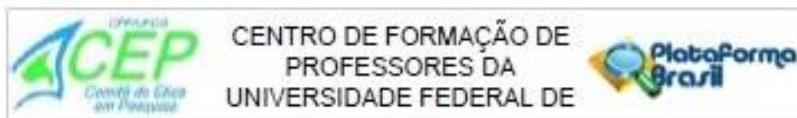
_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)

ANEXOS

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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIDADE PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA: 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.

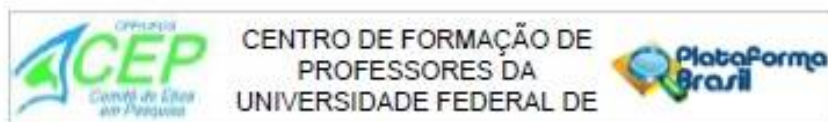
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

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@dp.ufcg.edu.br



Continuação do Parecer: 905.079

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)3532-2075 E-mail: cep@dfp.ufcp.edu.br

ANEXO B – TERMO DE ANUÊNCIA DE CAJAZEIRAS



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

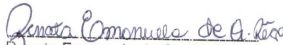
TERMO DE ANUÊNCIA

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 C – TERMO DE ANUÊNCIA DE MARACANAÚ



TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para 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 pesquisador 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 Maracanaú.

PRÉFECTURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DE SAÚDE
Maria de Fátima Cunha Lustosa
Maria de Fátima Cunha Lustosa
Diretora Executiva da Atenção Básica

Atenciosamente,

Francisco Torcápio Vieira da Silva
Francisco Torcápio Vieira da Silva
Secretário Municipal de Saúde

Secretaria de Saúde
Centro Administrativo
Av. II, nº 150 - Jereissati I. CEP: 61.905-430. Telefone: 3521.5067
www.maracanau.ce.gov.br