

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Gláucia de Sousa Vilela

CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte
2014

Gláucia de Sousa Vilela

CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA
DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para conclusão da pós-graduação *Strictu Sensu*: Mestrado em enfermagem.

Linha: Planejamento, Organização e Gestão dos Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria José Menezes Brito.

Belo Horizonte

2014

V699c Vilela, Gláucia de Sousa.
Configuração identitária do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado de Minas Gerais [manuscrito]. / Gláucia de Sousa Vilela. - - Belo Horizonte: 2014. 135f.: il.
Orientadora: Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.
1. Estratégia Saúde da Família. 2. Enfermeiros. 3. Crise de Identidade. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Pesquisa Qualitativa. 6. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.
NLM: WA 308

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca J. Baeta Vianna – Campus Saúde UFMG

FOLHA DE APRESENTAÇÃO

Dissertação intitulada “Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família em um município do interior do estado de Minas Gerais”, de autoria da mestranda Gláucia de Sousa Vilela, aprovada pela banca examinadora constituída pelas seguintes professoras:

Profa. Dra. Maria José Menezes Brito – EEUFMG

Profa. Dra. Claudia Maria de Matos Penna – EEUFMG

Profa. Dra. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli Bethony – EEUFMG

Prof. Dr. FRANCISCO FÉLIX LANA
Coordenador do programa de pós-graduação da Escola de Enfermagem
da Universidade Federal de Minas Gerais

Belo Horizonte, 13 de março de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aqueles que se fazem essência em meu caminhar: meus pais, Geraldo Eledir e Darci, que, com amor incondicional e dedicação, sempre me ensinaram a importância da educação e do aprendizado como alicerce para um futuro melhor; meu irmão Glauter, exemplo de amizade, retidão e compromisso; e meu querido Vinicius, que com amor e cumplicidade, vem me ensinando nestes doze anos a importância de se “construir junto”, que quando temos alguém com quem compartilhar nossos sonhos e sentimentos a vida fica mais doce e bela.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que, pelo dom da vida, permite que façamos escolhas e colhamos bons frutos ao longo da caminhada. À Nossa Senhora Aparecida que sempre me protege nas estradas!

À querida Maria José Menezes Brito, que sempre foi mais que uma orientadora, mas uma mãezona de todas nós, orientandas, um exemplo de vivacidade, autoestima, dedicação, doação, alegria de viver. Fez com que sua sala fosse um templo do saber e da construção de relações de amizade que serão eternas! Foi muito bom conviver com você durante todos os anos de mestrado e seleção; aprendi muito, cresci, sou feliz! Espero que nossa amizade se fortaleça eternamente! Muito obrigada!!!!

Aos amigos da Cia do Corpo, que entenderam minha ausência e mantiveram-se firmes nos objetivos da empresa. Em especial ao Vinicius que sempre me apoia na busca dos meus sonhos, está presente em cada passo, um companheiro essencial! Muito obrigada, NEOQEAV!

Aos meus pais, meu irmão, meus sogros, meus avos, tios e primos, afilhados e amigos que sempre me incluíram em suas orações e pensamentos positivos, numa torcida e incentivos constantes.

À Prefeitura de Itatiaiuçu e à Secretaria Municipal de Saúde que viabilizaram horários especiais de trabalho para que, neste período, pudesse me dedicar ao mestrado, entendendo a importância da qualificação permanente de seus profissionais. Em especial, aos amigos Renata Vilaça, Livia Lopes, Bruna Guimarães, Celma Vilela, Sandra Vilela, Maria Helena Fonseca, Cristiane Otoni, Mariana Santos, Roberta Melo, Vilânia Oliveira, Silmara Andrade, Maria das Dores Ferreira, Magnus Silva, Wagner Chaves, Matarazo Silva; muito obrigada!

À Secretaria Municipal de Saúde do município deste estudo e seus profissionais que abriram às portas das unidades de saúde da Estratégia de Saúde da Família para a realização deste estudo e, além disso, receberam-me com muito carinho.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais que me acolheu e permitiu meu desenvolvimento profissional e intelectual, principalmente às professoras Cláudia Penna, Maria Flávia Gazzinelli, Kênia Lara; seus ensinamentos serão para toda a vida.

Aos institutos de fomento à pesquisa: CAPES, CNPq, FAPEMIG, por fortalecerem permanentemente o conhecimento científico e contribuírem para o desenvolvimento desta pesquisa.

Às amigas do mestrado: Carolina Caram, Livia Montenegro, Ana Luiza, Lilian, Daniele, Cecília, Angélica, Letícia, Pâmela, Marcilane. Estar com vocês foi muito enriquecedor! Em especial à amiga Beatriz Santana Caçador que, com carinho e dedicação, compartilhou-me seu saber iluminando este trabalho. Muito obrigada!

Aos amigos da Universidade de Itaúna - Flávia Barbosa, Gilberto Lima, Deolane Vasconcelos, Juliano Teixeira – que com seus ensinamentos plantaram a primeira semente da minha formação profissional.

VILELA, G. de S. Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais. 2014. 135 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Considerando os pressupostos acerca da construção da identidade social e os desafios organizacionais, estruturais, profissionais e ideológicos inscritos no atual cenário do modelo assistencial em saúde no Brasil emergiu este estudo, que teve como objetivo compreender a configuração identitária de enfermeiros da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais. Para tanto, como percurso metodológico utilizou-se a abordagem qualitativa, elegendo como estratégia para coleta de dados a entrevista orientada por roteiro semi-estruturado. A análise dos dados seguiu os pressupostos da análise de conteúdo, organizada por eixos temáticos. O cenário da pesquisa constituiu-se de um município localizado no interior do estado de Minas Gerais, com quatro equipes da estratégia de saúde da família. De tal modo, após aceitação do convite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), participaram desta pesquisa vinte e um sujeitos, estratificados para análise entre sujeitos nucleares (quatro enfermeiros) e sujeitos secundários (quatro auxiliares de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, um médico, um coordenador da atenção primária, um gestor municipal de saúde, cinco usuários do serviço, um odontólogo). Os dados obtidos das entrevistas foram tratados considerando a configuração da identidade social do enfermeiro, em face da caracterização da identidade virtual – obtida pela análise das falas dos sujeitos secundários – e da identidade real dos enfermeiros – obtida pela análise das falas dos sujeitos nucleares – culminando na conformação da configuração identitária dos enfermeiros da estratégia de saúde da família de tal município. A análise dos dados permitiu compreender que a configuração identitária de tais enfermeiros é complexa e está em permanente reconstrução e possui fatores determinantes tais como a satisfação e a valorização no trabalho; fatores facilitadores e dificultadores em serviço como a organização, a infraestrutura e a educação permanente da equipe e comunidade; a interferência de agentes políticos no cotidiano da equipe, a manutenção do curativismo e a incipiência das ações de promoção da saúde; os relacionamentos interpessoais entre equipe-usuário-gestão; e o estabelecimento do vínculo entre a equipe e a comunidade para que o cuidado se efetive.

Descritores: Enfermeiros, Crise de identidade, Atenção primária a saúde

ABSTRACT

VILELA, G. de S. Identity configuration of nurses of the family health strategy of a municipality in the state of Minas Gerais. 2014. 135 f. Dissertation [Master's in Nursing] – School of Nursing, University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

Considering the assumptions about the construction of social identity and the organizational, structural, ideological challenges enrolled in the current scenario of the healthcare model in Brazil this study was emerged which aimed to understand the configuration of nurses' identity of the family health strategy of a municipality in the state of Minas Gerais. For that, it was used a methodology of qualitative approach, choosing as a strategy for data collection a guided interview guided by a semi - structured interview. Data analysis followed the assumptions concerning content analysis, organized by theme. The setting of the research was the city which is located in the state of Minas Gerais, with a four teams of family's health strategy. So, after acceptance of the invitation signing and the informed consent (IC), participated in this research twenty one subjects, stratified for analysis of nuclear subjects (four nurses) and secondary subjects (four auxiliary nursing four agents Community health, physician, primary care coordinator, a municipal health officer, five users of the service, a dentist). Data from the interviews were treated considering the configuration of the social identity of the nurse in the face of the characterization of virtual identity - obtained by analyzing the speech of secondary subjects - and the real identity of nurses - obtained by analyzing the speeches of the nuclear subject - culminating in shaping the identity configuration of nurses from this city of family health strategy. Data analysis allows us to understand that the identity of such configuration nurses is complex and in constant reconstruction and has determinant factors such as satisfaction and appreciation at work, the facilitating and hindering factors in service to the organization, infrastructure and ongoing education of staff and community; interference from politicians in daily staff , maintenance of centered medical model and incipient actions for the promotion of health, interpersonal relationships between staff - user - management, and the establishment of a bond between the team and community so that the care becomes effective.

Key Words: nurses, identity crisis, primary health care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Aspectos identitários do enfermeiro da estratégia de saúde da família do município estudado – 2014

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos sujeitos nucleares de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional

Tabela 2 - Perfil dos profissionais de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional

Tabela 3 - Perfil dos usuários do serviço de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional

LISTA DE ABREVIATURAS

Abrasco – Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS – Agente Comunitário de Saúde
ANS – Agência Nacional de Saúde
APS - Atenção Primária em Saúde
CAP – Coordenador de Atenção Primária
CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensões
COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública
COREN – Conselho Regional de Enfermagem
DCE – Diretrizes Curriculares de Enfermagem
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
Enf – Enfermeiro
ESF – Estratégia de Saúde da Família
Gest – Gestor de Saúde Municipal
IAPI – Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS – Instituto Nacional da Previdência Social
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
Med – Médico
MG – Minas Gerais
NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOBs – Normas Operacionais Básicas
O – Odontólogo
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PSF – Programa de Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE – Técnico em Enfermagem
US – Usuário
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
1.1 Nota preliminar sobre a pesquisadora.....	15
1.2 Gênese do estudo.....	16
1.3 Justificativa.....	19
1.4 Objetivos.....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
2.1 A política de saúde no Brasil.....	21
2.2 O trabalho do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família.....	27
2.3 A construção da identidade social.....	32
3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	35
3.1 Estratégia de estudo.....	35
3.2 Cenário.....	35
3.3 Sujeitos nucleares e secundários.....	36
3.4 Coleta de dados.....	37
3.5 Análise dos dados.....	37
3.6 Aspectos éticos.....	37
3.7 Impressões obtidas durante a inserção no campo.....	38
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	41
4.1 Perfil dos sujeitos.....	41
4.1.1 Perfil dos sujeitos nucleares.....	41
4.1.2 Perfil dos sujeitos secundários.....	42
4.2 A configuração identitária dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado de Minas Gerais.....	44
4.2.1 A identidade social real: O olhar do “eu” enfermeiro da estratégia de saúde da família.....	45
4.2.1.1 Ser enfermeiro da saúde da família: A busca pela realização.....	45
4.2.1.2 O cotidiano do trabalho: O tarefeiro.....	50

4.2.1.3 As condicionalidades do trabalho pelo olhar do enfermeiro: a subjetividade dos relacionamentos.....	54
4.2.1.4 O relacionamento do enfermeiro com seus pares: o motivador.....	60
4.2.1.5 A formação profissional: adequações para o mercado.....	62
4.2.1.6 O reconhecimento como enfermeiro: a dualidade existencial.....	64
4.2.2 A identidade social virtual - O enfermeiro para o outro.....	66
4.2.2.1 O olhar do outro face ao trabalho do enfermeiro: O profissional plural em busca da integralidade da assistência.....	67
4.2.2.2 A atribuição da coordenação da equipe ao enfermeiro: O articulador.....	74
4.2.2.3 A manutenção do senso comum e a inferioridade da enfermagem: O ajudante.....	77
4.2.2.4 A integralidade na ação profissional: O integrador.....	79
4.2.2.5 A formação do profissional: O eterno aprendiz.....	84
4.2.2.6 As condicionalidades do trabalho na saúde da família: As lacunas das relações interpessoais.....	88
4.2.2.7 O relacionamento interpessoal do enfermeiro para o outro: A referência	96
4.2.3 A intercessão entre a identidade social virtual e a identidade social real do enfermeiro da ESF de um município do interior do estado de Minas Gerais: a construção de zonas de congruência e fissuras identitárias.....	100
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS.....	109
APÊNDICES.....	121
Apêndice A- questionário de identificação.....	121
Apêndice B - roteiro de entrevista.....	122
ANEXOS.....	124
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Sujeito Nuclear.....	124
ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Sujeito Secundário.....	126
ANEXO C–Autorização para realização da pesquisa – SMS do Município.....	129
ANEXO D–Autorização para realização da pesquisa – ENA UFMG.....	130

ANEXO E–Autorização para realização da pesquisa – COEP UFMG.....	132
--	-----

O INACABADO QUE HÁ EM MIM!

Eu me experimento inacabado. Da obra, o rascunho. Do gesto, o que não termina. Sou como o rio em processo de vir a ser. A confluência de outras águas e o encontro com filhos de outras nascentes o tornam outro. O rio é a mistura de pequenos encontros. Eu sou feito de águas, muitas águas. Também recebo afluentes e com eles me transformo, O que sai de mim cada vez que amo? O que em mim acontece quando me deparo com a dor que não é minha, mas que pela força do olhar que me fita vem morar em mim? Eu me transformo em outros? Eu vivo para saber. O que do outro recebo leva tempo para ser decifrado. O que sei é que a vida me afeta com seu poder de vivência. Empurra-me para reações inusitadas, tão cheias de sentidos ocultos.

Cultivo em mim o acúmulo de muitos mundos.

Por vezes o cansaço me faz querer parar. Sensação de que já vivi mais do que meu coração suporta. Os encontros são muitos; as pessoas também. As chegadas e partidas se misturam e confundem o coração. É nesta hora em que me pego alimentando sonhos de cotidianos estreitos, previsíveis.

Mas quando me enxergo na perspectiva de selar o passaporte e cancelar as saídas, eis que me aproximo de uma tristeza infértil.

Melhor mesmo é continuar na esperança de confluências futuras.

Viver para sorver os novos rios que virão.

Eu sou inacabado. Preciso continuar.

Pe. Fábio de Melo

1 INTRODUÇÃO

*“A vida é feita de pouca certeza
e muito dar-se um jeito.”*

Guimarães Rosa

1.1 Nota preliminar sobre a pesquisadora

Meu fascínio pelo trabalho em equipes de saúde da família iniciou-se ainda na graduação, quando, na possibilidade de exercer atividades de estágio não obrigatório, me deparei com a complexidade da atuação do enfermeiro neste campo.

Este enfermeiro era um profissional que, com o seu trabalho, tinha a possibilidade de modificar vidas, por meio de uma abordagem diferenciada considerando o sujeito do cuidado um ser social, inserido em um ambiente passível de intervenções, principalmente voltadas para a promoção da saúde.

No entanto, comecei a perceber o quanto a teoria às vezes se distanciava da prática. Nem sempre todo o potencial existente na saúde da família era experimentado pelo enfermeiro e sua equipe por vários fatores, culminando assim em uma frustração profissional e incipiência do cuidado direcionado ao paciente e sua família. Essas contradições, por vezes, influenciavam a percepção do enfermeiro no desempenho de seus papéis e, por sua vez, no delineamento de sua identidade.

Posteriormente, durante meus anos de trabalho como enfermeira, me deparei com a possibilidade de coordenar equipes de saúde da família em um município no interior do estado de Minas Gerais, e neste contexto, de 2010 até hoje, sou coordenadora de atenção primária em Itatiaiuçu, sendo responsável por quatro equipes de saúde da família.

Nesta nova realidade, percebi que as relações não eram tão distantes daquelas vivenciadas durante os períodos de estágios.

No cotidiano de trabalho, o enfermeiro é um profissional extremamente solicitado, tanto por ser um elo entre os membros da equipe, quanto por estar em uma posição estratégica entre as equipes e a gestão pública.

Na prática diária, o enfermeiro atua com ações de assistência direta ao paciente, coordenação da equipe, é mediador de conflitos entre membros da equipe e administração/equipe, organizador do ambiente de trabalho, organizador de insumos,

supervisor dos demais membros de enfermagem, auxilia nos atendimentos médicos, desenvolve atividades grupais, reuniões de equipe etc.

Em meio a tantas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, uma situação sempre fica evidente: a falta de tempo para que todas as atividades sejam desenvolvidas a contento, comprometendo o cumprimento de metas estabelecidas nos programas específicos de saúde e frustrando o profissional por não conseguir planejar e executar suas atividades de forma programada, trabalhando em um trefismo contínuo.

Ainda, ao ser referência “para tudo” o que acontece na equipe, o profissional não se encontra como enfermeiro. Suas atribuições nem sempre são definidas, as demandas de trabalho surgem exageradamente e sobrepostas, obrigando o profissional a escolher o que fazer mediante critérios de urgência (ou políticos), não necessariamente mediante a um conhecimento técnico-científico específico característico deste profissional.

Assim, surgiu então a motivação para realizar esta pesquisa, buscando conhecer melhor quem é este profissional enfermeiro que atua nas equipes de saúde da família do interior do estado de Minas Gerais.

1.2 Gênese do estudo

A enfermagem é uma profissão regulamentada no Brasil por meio da Lei 7.498/86 e pelo Decreto 94.406/87, que dispõe sobre seu exercício e suas atribuições, sendo que compete ao enfermeiro a execução de atividades de planejamento da assistência e de ações em saúde, organização das unidades físicas, educação permanente da equipe e promoção da saúde, assistência direta a pacientes críticos e supervisão das ações desenvolvidas pelos demais membros da equipe de enfermagem (BRASIL, 2009a; BRASIL, 2009b).

Em suas atividades habituais, o enfermeiro precisa articular o conhecimento teórico-conceitual às situações cotidianas de sua prática, devendo demonstrar habilidades e competências para unir as funções assistencial, educacional, investigativa e gerencial às ações diretas do cuidado, nos diversos pontos de atenção da rede de serviços de saúde e toda complexidade inerente ao campo saúde. Ainda, tal profissional está inserido em todo processo de trabalho em saúde, no que tange a administração, organização, coordenação, acompanhamento das atividades, tomada de decisão e avaliação das ações desenvolvidas.

Atualmente são perceptíveis as modificações e exigências do mercado de trabalho relacionadas ao profissional enfermeiro que culminam com necessidades de mudanças do perfil profissional e, inclusive, desta realidade emerge a preocupação das unidades formadoras

quanto à adequação do ensino para a formação de profissionais com competências e habilidades necessárias para a atuação nos diversos campos de trabalho. Assim, vem sendo constante no meio acadêmico o debate sobre novas estratégias e perspectivas de formação profissional com vistas a preparar o futuro enfermeiro para a nova realidade social e necessidades de saúde.

Por meio da elaboração das novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Enfermagem (DCE), o enfermeiro egresso deve ser capaz de tomar decisões, promover a atenção à saúde, comunicar-se e praticar a liderança, desenvolver educação permanente, e administrar e gerenciar equipes e unidades de saúde. O profissional deve atuar reconhecendo as especificidades das necessidades humanas, garantindo a integralidade da assistência, seja em atividades assistenciais, preventivas, educativas ou de reabilitação, nos mais diversos campos de atuação (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

No decorrer destas mudanças, ressalta-se o crescimento e a evolução atuais da profissão, percebidos tanto pela abertura de espaços de trabalho não ocupados anteriormente quanto pelo desenvolvimento de especializações que reafirmam sua prática (CAÇADOR, 2012). Em contrapartida, a evolução tecnológica, a alteração dos perfis socioeconômicos e de saúde-doença, e as exigências crescentes da sociedade por uma melhor assistência, muitas vezes, fazem com que o exercício de suas funções ultrapasse sua formação acadêmica (AVELAR, 2010), exigindo dos profissionais adequabilidades constantes que podem interferir em sua identidade.

Neste sentido, o estudo da identidade tem se destacado frente às frequentes mudanças no mundo contemporâneo, as quais, segundo Avelar (2010), evidencia-se que os padrões de formação profissional vêm se adequando aos distintos campos de trabalho da atualidade, que demonstram a apropriação pelo profissional de novas funções, habilidades, competências, autonomias.

No Sistema Único de Saúde (SUS), cenário de várias mudanças ao longo dos anos e campo fértil para atuação profissional, o enfermeiro encontra-se vinculado a todos os pontos da complexa Rede de Atenção à Saúde (RAS), tanto em atividades assistenciais, gerenciais quanto educativas. No que se refere às atividades assistenciais, destaca-se sua busca permanente pela integralidade do cuidado, foco principal da ação da enfermagem.

Neste âmbito e no contexto das políticas públicas de saúde, surge, em 1994, uma nova ferramenta que se configura em um novo modelo de organização para a Atenção Primária à Saúde (APS): o Programa de Saúde da Família (PSF). Tal programa estruturou-se e se afirmou ao longo dos anos subsequentes, sendo, por isso, considerado hoje uma estratégia -

Estratégia de Saúde da Família (ESF) – efetivada com a finalidade de operacionalizar os princípios e diretrizes do SUS instituídos na Lei Orgânica de Saúde. Deste modo, a ESF reorganiza e reorienta a prática assistencial no contexto da APS, evidenciando novos modos de produção da saúde (BRASIL, 2005; ALVES, 2005, CAÇADOR, 2012).

Desta forma, ao se pensar em um novo modo de se produzir saúde, articulado a redefinições do conceito de saúde e da prática profissional, pressupõe-se que este é um momento que propõe ao enfermeiro a incorporação de novos conhecimentos e habilidades técnicas com potencial de influência sob sua identidade. Tais enfermeiros, portanto, passam a incorporar ações integrais e transformadoras, em uma nova conformação identitária, tendo como desafio tentar superar em seu cotidiano a fragmentação da assistência, a visão exclusiva do corpo doente e a mecanização do trabalho (CAÇADOR, 2012; ARAUJO, 2003; GOMES; OLIVEIRA, 2005a; NAVARRO *et. al.*, 2011).

Tal processo de reconfiguração identitária insere-se num contexto que imputa ao profissional qualificação e formação acadêmica diferenciadas, a fim de que o mesmo possua competências e habilidades condizentes com o novo formato das práticas e necessidades de saúde (BRITO, 2004).

Ao evidenciar a Saúde da Família como estratégia de mudança dos modos de produção da saúde, reconhece-se que tal movimento exige, de todos os profissionais, mudanças de hábitos, práticas, conhecimentos, formação de novas habilidades, reconhecimento de seus limites e possibilidades, culminando na necessidade de reflexão de suas identidades profissionais (CAÇADOR, 2012; CAMPOS E GUERRERO, 2008).

Tal movimento de reflexão acerca da configuração identitária do enfermeiro pode ser também evidenciada pelos estudos desenvolvidos considerando esta temática. Neste sentido, é preciso evidenciar o estado da arte dos estudos acerca da configuração identitária do enfermeiro no contexto da saúde da família, podendo-se destacar:

- O estudo de Araújo (2003) buscou analisar a construção da identidade do enfermeiro no contexto da saúde da família, concluindo que frente ao reconhecimento das mudanças ocorridas no contexto de trabalho e no papel do enfermeiro a frente da SF, o enfermeiro vem conseguindo emancipar-se e fortalecer-se no interior da equipe multiprofissional, culminando em sensações de pertencimento e valorização profissionais;
- O estudo de Santos e Ribeiro (2010) buscou identificar e analisar a percepção dos usuários do serviço acerca da função do enfermeiro no contexto da SF, ficando evidenciado que há o reconhecimento do trabalho do enfermeiro, no entanto ainda percebe-se no cotidiano

a confusão de papéis e atribuições da equipe multiprofissional que impactam na construção da identidade do enfermeiro;

- O estudo de Caçador (2012) buscou compreender a identidade social de enfermeiros da saúde da família que atuam no distrito sanitário centro-sul do município de Belo Horizonte. Tal estudo utilizou-se de uma avaliação tri-facetada, composta pelas dimensões sistêmica, organizacional e micropolítica, permitindo compreender aspectos da identidade social do enfermeiro, bem como sua inter-relação com os modos de trabalho, organização do serviço e das RAS, e aspectos da formação profissional;

- O estudo de Lima (2013) buscou evidenciar a identidade do enfermeiro da ESF do município de Salvador (BA), evidenciando a pluralidade da atuação deste profissional, no entanto, que se manifesta majoritariamente no cotidiano por atividades assistenciais.

Refletindo acerca da identidade, destaca-se Dubar que pressupõe que a identidade é uma construção social em constante e permanente movimento de reconstrução, que se desencadeia a partir das interações relacionais entre os sujeitos. De tal modo, é complexa, dinâmica e permanece em reconstrução contínua; emerge da interação dialética entre o sujeito e a sociedade, sendo remodelada por meio dessas relações (DUBAR, 2005).

Neste sentido, Brito (2004) salienta que a construção da identidade se dá ao longo da vida, num contexto de relações sociais, de formação profissional e de inserção do indivíduo no mercado de trabalho, de tal modo, correlacionando-se de diretamente com o ato de cuidar (BRITO *et al*, 2009).

Neste contexto de mudanças no modelo de atenção em saúde, associado a modificações na configuração identitária do profissional enfermeiro insere-se este trabalho que busca responder a seguinte questão norteadora: Como se configura a identidade social dos enfermeiros da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais?

1.3 Justificativa

Em vários municípios mineiros, principalmente os de pequeno porte, é possível perceber que os enfermeiros atuantes em unidades de saúde da estratégia de saúde da família exercem suas atividades em permanente sobrecarga de trabalho, associando funções assistenciais e gerenciais (PAVONI e MEDEIROS, 2009), sendo que, nem sempre estas atribuições são formalmente instituídas para estes profissionais, corroborando com uma

situação conflituosa quanto à identificação, reconhecimento e vivência de seus papéis tanto para si quanto para seus pares.

Marques e Silva (2004) revelam ainda, em pesquisa que analisou o trabalho da enfermagem no Programa Saúde da Família (PSF) em Campinas no período de 1998 a 2002, há a existência de insatisfação dos enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família devido a fatores tais como: a não superação do modelo curativista de produção de saúde que impede que as ações sejam desenvolvidas com foco na promoção de saúde e para além dos muros da unidade; à sobrecarga e a demanda excessiva de trabalho que denotam um trefismo cotidiano, inviabilizando o planejamento e a avaliação dos resultados obtidos com as ações.

Sabe-se, portanto, que tal contexto pode impactar socialmente no reconhecimento e na valorização do enfermeiro por si mesmo, pelos seus pares e por outros membros da equipe, bem como pela sociedade, podendo influenciar sua identidade, inclusive, gerando uma dificuldade em se expressar o que “é ser enfermeiro”.

Para Dubar (2011, p.183) a identidade é construída por duas faces: aquela que é “reivindicada por si mesmo” e aquela que é “atribuída pelo outro”, de tal modo que quando as duas faces não são coincidentes desvela-se uma ruptura da identidade, que “se desencadeia pela imposição de uma identidade não desejada ou pela rejeição de uma identidade atribuída”, levando à desmotivação e insatisfação profissionais.

Aliado a tal fato, a minha vivência profissional como coordenadora de atenção primária no município de Itaiaiçu/MG, reforçou o desejo de debruçar-me sobre tal questão, ao perceber que tal contexto se repete no cotidiano de municípios do interior do estado de Minas Gerais, como Itaiaiçu, não havendo uma conformidade do que “é ser enfermeiro da estratégia de saúde da família”.

Assim, a motivação para esta pesquisa decorre, de minha inquietação pessoal e profissional ao observar contradições no cotidiano das práticas dos enfermeiros da saúde da família as quais influenciam a configuração identitária desse enfermeiro, fato que pode impactar sobre o reconhecimento e a realização profissionais, bem como pelo próprio modo como os serviços de saúde se organizam e se conformam na prática.

1.4 Objetivo

Compreender a configuração identitária de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado de Minas Gerais, considerando sua identidade real e virtual e as relações estabelecidas no cotidiano de trabalho.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

*“Eu quase não sei de nada,
mas desconho de muita coisa.”*

Guimarães Rosa

2.1 A política de saúde no Brasil

Anteriormente à colonização do Brasil, os cuidados aos doentes decorriam do pensamento místico, passando a ser realizada pelos jesuítas após a colonização. Os religiosos trabalhavam como enfermeiros e os trabalhadores escravos auxiliavam na prestação dos cuidados. Nesse período, as Santas Casas de Misericórdia também se destinavam às obras de caridade, sendo que, essa assistência caritativa prestada nas enfermarias jesuíticas e nas Santas Casas constituía, aliada à prática leiga dos homens de ofício, todo o arcabouço assistencial do Brasil colônia, passando pelo Império e pelo início da República, chegando ao século XX (ZUZA e SILVA, 2007).

Com relação aos problemas de saúde neste período, os brasileiros eram vítimas de diversos agravos que se relacionavam ao ambiente e ao modo de vida e trabalho, majoritariamente escravo. A população das classes econômicas mais baixas eram as principais vítimas de parasitoses intestinais, de doenças determinadas pela carência de nutrientes e doenças transmissíveis relacionadas ao enfraquecimento, como tuberculose. Além desses males, a varíola foi uma doença epidêmica que tirou a vida dos brasileiros desde o início da colonização. A partir de meados do século XIX a ela se juntariam diversas doenças transmissíveis como a febre amarela, a sífilis e a malária, que muitas vezes atacavam as cidades em fortes epidemias (ESCOREL E TEIXEIRA, 2012; MERCADANTE, 2002).

Para as mesmas autoras, nas últimas décadas do século XIX, observaram-se as primeiras modificações significativas no campo da saúde pública brasileira; tais mudanças inseriam-se em um contexto internacional também com profundas transformações. Assim, o período da Segunda Revolução Industrial teve como características:

Período denominado Segunda Revolução Industrial, caracterizou-se por uma intensa modernização tecnológica, geradora de inúmeras promessas que, como se veria, ficariam restritas a poucos. Melhores condições de saúde, como o advento da era da

microbiologia, mais conforto, com as diversas utilizações da energia elétrica, e mais tempo, com o desenvolvimento dos transportes, eram as dádivas esperadas da época que se anunciava (SCOREL E TEIXEIRA, 2012; p.283).

Já em 1923, instituídas pela Lei Eloy Chaves, foram criadas as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) voltadas para os funcionários de empresas ferroviárias existentes, iniciando a formação de uma previdência social no país. Em 1933, o governo Getulista iniciou um movimento de transformação das CAPs em Instituto de Aposentadoria e Pensões (IAPs), passando a congregar os trabalhadores por categorias profissionais, e não mais por empresas, constituindo gradualmente um sistema nacional de previdência social gerido pelo Estado (SCOREL E TEIXEIRA, 2012).

Tal sistema de atenção estatal à saúde foi caracterizado “pela preponderância da lógica e do modelo previdenciário sobre o Ministério da Saúde” (SCOREL, 2012; p.326), construído a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social. A assistência médica previdenciária no contexto dos IAPs era prestada principalmente por uma rede própria de serviços ambulatoriais, hospitalares e de profissionais médicos autônomos, situação que se manteve até 1964 (MERCADANTE, 2002; SCOREL, 2012).

Após este período, houve a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) dando início ao período de consolidação da duplicidade de responsabilidades federais no campo da saúde (SCOREL, 2012). No entanto, ao alegar a incapacidade de a rede própria de serviços do INSS disponibilizar assistência médica a todos os beneficiários, priorizou-se a terceirização dos atendimentos, nos moldes dos IAPs, configurando o INSS como o grande comprador de serviços privados de saúde, orientando o desenvolvimento da prática médica norteadada pelo lucro a partir daí (MERCADANTE, 2002).

Paralelamente nos Estados Unidos, na década de 60, iniciou-se o processo de reforma sanitária, que difundiu um modelo preventivista de atenção à saúde cujos objetivos eram mudar a prática médica visando inculcar no profissional uma nova atitude voltada para a prevenção, sem alterar a forma liberal de organização da atenção à saúde. No Brasil, este discurso foi implantado com algumas modificações, dado o papel regulador do Estado (SCOREL, 2012).

Surge então, no fim da década de 70, o termo saúde coletiva, inserido em um contexto de mudanças e reorganização dos modos de fazer saúde e das práticas assistenciais. Tais mudanças visavam promover a compreensão de um processo saúde-doença amplo e relativo aos indivíduos e às coletividades, mediado por diferentes saberes profissionais e diferentes contextos culturais. A compreensão do coletivo significa, compreender o indivíduo como um

sujeito inserido na coletividade, que transforma e é transformado pelas socializações possíveis neste contexto (BACKES *et. al.*, 2012).

Deste modo, tais mudanças filosóficas frente ao conceito de saúde-doença e suas repercussões quantos aos modos de se fazer saúde, configuraram em uma nova conformação dos modelos assistenciais, ou modelos de saúde. Assim, faz-se necessário apresentar o que se compreende por modelos assistenciais, que são:

combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar (gerir ou gerenciar) um sistema de saúde. Nessa perspectiva, os modelos de atenção à saúde são formas de organização das relações entre sujeitos (profissionais de saúde e usuários) mediadas por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas (TEIXEIRA, 2006; p. 24-25; apud PAIM, 1993, 1998, 1999).

De acordo com Mendes (2010), citado por Paim (2013), os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que visam à organização o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando e mediando as relações entre a população, os objetivos das intervenções das políticas de saúde e as intervenções sanitárias, determinados considerando as características da sociedade, os condicionantes da saúde, as situações demográfica e epidemiológica.

Destaca-se que o atual modelo de atenção à saúde foi discutido em Alma-Ata em 1978, sendo que, após a confecção dos produtos desta conferência, desenvolveu-se o movimento da Atenção Primária à Saúde - que também influenciou os pensamentos dos sanitaristas brasileiros principalmente na VIII Conferência Nacional de Saúde - orientando à estruturação do sistema de saúde brasileiro, enfatizando tecnologias ditas simplificadas e de baixo custo. Tal movimento preconizava o preventivismo em substituição ao curativismo. Desse modo, o modelo de APS se contrapunha ao modelo hospitalocêntrico vigente até então, alimentando uma crítica político-ideológica visando à reformulação das políticas públicas e à reorganização do sistema de serviços à saúde (PAIM, 2012).

Quanto às suas finalidades, objetivava superar o modelo de assistência centrado na demanda espontânea de atendimento aos clientes, com vistas a incluir ações de promoção nas práticas de saúde. Tais práticas deveriam, neste contexto, ser desenvolvidas junto à comunidade, para além dos muros das unidades de saúde (TEIXEIRA, 2006).

Compreende-se assim a relação entre sistema de saúde e a dinâmica social, que vai gerando e redefinindo, ao longo do tempo, a forma como a sociedade concebe a saúde e o risco de adoecer, e trata os problemas relacionados ao processo saúde-doença. Assim:

A proteção da saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos. Na história contemporânea, a proteção à saúde mais ampla está relacionada a sistemas de saúde universais, públicos e que incorporam a proteção à saúde como direito de cidadania (LOBATO e GIOVANELLA; 2012; p.91).

Acompanhando os pensamentos reformistas internacionais iniciaram-se no Brasil estudos acerca da Reforma Sanitária, que manifestou sua força na VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu com ampla participação das organizações da sociedade civil de todo o país como delegados eleitos, de representações sindicais das associações de profissionais de saúde, de movimentos populares em saúde e da Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva (SCOREL, 2012; MERCADANTE, 2002).

A conferência discutiu temas que fundamentaram o SUS e, até hoje, são suas diretrizes, tais como: a busca pela equidade; a garantia de acesso universal às ações e serviços de saúde; o aumento do financiamento público para os serviços de saúde; os modos de gestão, organização e atenção a saúde e a participação popular na formulação, implementação e controle das ações em saúde (SCOREL, 2012).

Mas é apenas com a Constituição Federal de 1988 que se define legalmente uma política protetiva social de caráter universal não excludente, possibilitando a expansão das políticas sociais em todo o território nacional, criando-se um sistema único de saúde no Brasil (VIANA e BAPTISTA, 2012).

A mesma constituição inclui a saúde como integrante à seguridade social, avançando em relação ao que se propunha em formulações legais anteriormente instituídas, garantindo um conjunto de direitos sociais, expressos no art. 194 (cap. II, da Ordem Social), e inovando ao considerar o modelo de seguridade como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988; p.114).

Nesta perspectiva o SUS foi criado, num contexto de lutas democráticas e participativas, considerando o conjunto de necessidades de saúde socialmente instituídas, O SUS se desenvolve com base nos princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade; e organiza-se por diretrizes: descentralização, regionalização, hierarquização e

participação da comunidade; considerando os pressupostos de um novo modelo de atenção à saúde (BACKES *et. al.*, 2012).

A implementação do SUS começou no início da década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica de Saúde (Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990) que definiu as doutrinas do sistema e seus modos de organização, atuando também na reformulação dos papéis dos entes federados na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde, nos critérios e mecanismos de financiamento da saúde, no estabelecimento de instâncias colegiadas de negociação, integração e decisão, envolvendo a participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários (GRAZIANO e EGRY, 2012; FLEURY e OUVÉNEY, 2012).

Neste sentido, o SUS desenha o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil, orientado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos nacionalmente, partindo de uma concepção ampla do direito à saúde pela população e do papel do Estado na garantia desse direito e incorporando, em sua estrutura político-institucional, espaços e instrumentos para democratização e compartilhamento do processo decisório, do planejamento e da gestão do sistema de saúde (NORONHA *et. al.*, 2012).

Como forma de operacionalização e organização deste sistema de saúde, lançou-se mão de Normas Operacionais regulamentadas nos anos seguintes de implementação do SUS. Nos anos 90, foram publicadas quatro normas operacionais básicas (NOBs): em 1991, 1992, 1993 e 1996. Na década de 2000, foram publicadas a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) nas versões 2001 e 2002 e, em 2006, as portarias relativas ao pacto pela saúde. Mais recentemente foi instituído o Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei n. 8.080 de 1990 e dispõe sobre a organização, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação entre os entes federativos no SUS.

Noronha *et. al.* (2012) destacam que o Decreto n.7.508 evidencia a necessidade de se fortalecer o enfoque territorial e a capacidade das três esferas de governo de organizarem e efetivarem os processos de descentralização e regionalização. Além disso, o referido Decreto prevê a construção de um Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), a fim de se tornar um instrumento de organização da rede de atenção integral à saúde em uma determinada região, efetivada por meio da colaboração entre os entes federativos.

A partir de tais mudanças percebe-se que a noção de direito à saúde é muito mais forte e difundida, bem como a noção ampliada de saúde, entendida em suas determinações sociais mais gerais, compartilhada por mais pessoas. Percebe-se também que aos municípios na atualidade recaem maiores responsabilidades pela atenção à saúde se comparado às suas

atribuições e compromissos antes da implementação do SUS. Entretanto cabe ressaltar que muito do que a lei prevê ainda não se tornou realidade, por razões tais como dificuldades relativas ao financiamento e organização da rede de serviços, bem como o despreparo e desconhecimento de profissionais e usuários do SUS (LOBATO e GIOVANELLA, 2012). Evidencia-se, pois, uma transição paradigmática que impacta diretamente na construção dos modos de ser dos profissionais de saúde.

Considerando os desafios inscritos no novo modelo de assistência à saúde proposto pelo SUS, há que se destacar que do ponto de vista da gestão dos serviços de saúde, a perspectiva atual é construir Redes de Atenção à Saúde (RAS) com o intuito de superar a fragmentação do sistema e a descontinuidade do processo de cuidar.

Com relação à organização da rede de serviços, Mendes (2011) destaca que a distribuição dos serviços de saúde por meio da lógica das Redes de Atenção à Saúde (RAS) se configura como ferramenta importante para a efetivação do SUS, visto que permite a dispersão e concentração das unidades de saúde conforme necessidades específicas locais em seus distintos níveis de densidade, garantindo o acesso aos bens e serviços de saúde com qualidade pela população.

Neste sentido, cabe destacar que, segundo Mendes (2011, p.82) se entende por rede de atenção à saúde como:

“organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.”

De tal modo, os diversos equipamentos e serviços que compõem uma rede de saúde funcionam como pontos de atenção onde o cuidado à saúde pode ser oferecido (NORONHA *et. al.*, 2012), dispondo de distintas tecnologias para que o trabalho vivo se construa (MERHY, 1997; 2002).

Essa proposição parte do reconhecimento de que o trabalho em saúde dispõe de uma ampla margem de autonomia, de modo que, no trabalho vivo (MERHY, 2002), poderiam ser produzidas relações inovadoras de grande importância para efetivar a qualidade do cuidado. Assim o trabalho em saúde envolve diversos tipos de tecnologias além de medicamentos e equipamentos, procedimentos técnicos, sistemas organizacionais, protocolos assistenciais, entre outros.

Neste sentido, ressalta-se que Merhy (1997) estratifica as tecnologias assistenciais em saúde do seguinte modo: duras (inscrita nos instrumentais, já estruturadas para elaborar produtos em saúde), leve-duras (que possui uma parcela de tecnologia estruturada e outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica seu conhecimento para produzir o cuidado) e leves (tratam-se das subjetividades das relações que se estabelecem no trabalho em ato de cuidado a saúde).

Esta perspectiva tecnológica incorporada ao modelo de atenção à saúde, possui a prerrogativa de mudar as práticas no campo da saúde, redimensionando a concepção do processo saúde e doença, e trazendo para discussão a dimensão do cuidado à saúde que ultrapassa a intervenção técnica (MINAYO, 2006).

No SUS, como organizadora das redes de atenção à saúde, a APS pretende orientar a assistência em saúde segundo a perspectiva da promoção da saúde, visto que se constitui por uma política que prevê a articulação de diferentes ações de saúde tanto na esfera individual quanto coletiva cujo enfoque vai desde a promoção e proteção da saúde, prevenção de danos até o tratamento e reabilitação contemplando uma das múltiplas dimensões da integralidade. Fundamenta-se em uma perspectiva ampliada de saúde e por este motivo visa impactar nos determinantes e condicionantes direta ou indiretamente envolvidos com o processo saúde doença, devendo ser ela a porta preferencial de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006; CAÇADOR, 2012).

Para Mendes (2010), a APS deve constituir-se como coordenadora do cuidado, sendo a arquiteta das comunicações entre os diversos pontos de atenção que compõem o sistema de saúde.

Ressalta-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se traduz como a principal ferramenta organizacional para a operacionalização dos princípios da APS. A ESF se organiza a partir de um território específico no qual são definidas as áreas de responsabilidade sanitária de cada equipe e a população nela adstrita (BRASIL, 2006).

2.2 O trabalho do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família

A Atenção Primária à Saúde como estratégia de política pública foi discutida e implementada inicialmente em países da Europa a partir de meados do século XX, sendo a Conferência de Alma-Ata, em 1978, um marco para que se estabelecesse o consenso de que a APS deveria ser a estratégia principal e a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, e,

ainda, capaz de resolver 80% dos problemas de saúde da população (ONOCKO-CAMPOS *et. al.*, 2011; STARFIELD, 2002).

Em 2008, o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) destacou que as experiências desenvolvidas desde Alma-Ata modificaram a perspectiva dos movimentos em prol da APS, caracterizada pela coordenação de uma resposta integral às demandas de saúde por meio de uma rede de serviços organizada (ALMEIDA *et. al.*, 2011).

Neste sentido, a APS evidencia a necessidade de reconhecer o indivíduo inserido em um meio do qual faz parte e do qual é ator.

Significa reconhecer o indivíduo (ser individual) como um ser social, em constante interação com os outros indivíduos e com o seu ambiente, ou seja, reconhecer que o indivíduo se transforma, transforma o mundo que o cerca e é transformado continuamente, por meio das relações e socializações, tornando-se sujeito do processo saúde-doença em seu contexto real e concreto (BACKES *et. al.*, 2012; p.224).

Para implementação da APS no Brasil, o Ministério da Saúde criou em 1991 o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) com o objetivo de promover a saúde por meio de um acompanhamento contínuo voltado às famílias em maior vulnerabilidade social, sendo considerado por alguns autores um dos inúmeros programas especiais do modelo sanitário desenhado como política focalizada dirigida aos pobres e marginalizados (PAIM, 2012).

Objetivando ampliar a atuação PACS, que se difundia principalmente nas regiões nordestinas, o governo federal cria o Programa de Saúde da Família (PSF). No ano de 1996 a terminologia “Programa” cede lugar ao termo Estratégia, “consolidando mais que uma mudança de nomenclatura, mas a manifestação pública do compromisso com este modo de organização do serviço de saúde no Brasil” (CAÇADOR, 2012; p.31).

Neste sentido manifesta-se a evolução das ações em saúde da família, caracterizada como o principal modelo de organização da APS no Brasil: inicialmente criada como programa focal de atenção básica às populações marginalizadas do Nordeste brasileiro, evoluindo em 1998 no sentido de ser a estratégia de reorganização da atenção primária e de todo o sistema público de saúde. Em linhas gerais, a reorientação de modelo tecnoassistencial proposta pela ESF caracteriza-se pelo deslocamento do eixo de ação do indivíduo e sua doença para o cuidado integral de pessoas inseridas em seu contexto familiar e comunitário, tendo como suporte teórico e prático a integralidade da atenção, a promoção da saúde e a vigilância em saúde (SARTI, 2012; SHIMIZU, CARVALHO JR, 2012; BACKES *et. al.*, 2012; BARRETO *et. al.*, 2012).

Na perspectiva de Backes *et. al.*(2001, p. 225) a ESF é:

Sistematizada e orientada por equipes de saúde da família que envolve médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, odontólogos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), (...) Busca discutir e ampliar o tradicional modelo sanitário médico-curativista, para a compreensão de uma abordagem coletiva, multi e interprofissional, centrada na família e na comunidade, inserida em seu contexto real e concreto.

Em termos práticos, a expansão da ESF ampliou o acesso às ações de saúde a partir da adequação de tradicionais unidades básicas de saúde em unidades de saúde da família e pela oferta de novos serviços, principalmente em áreas longínquas e desprovidas de recursos. Essa expansão ocorreu em todas as áreas das cidades, visando garantir acesso universal e mais oportuno à APS (ALMEIDA *et. al.*, 2011).

É preciso ressaltar que a APS é reconhecida em todo o mundo como a estratégia mais efetiva para garantir o acesso universal aos bens e serviços de saúde. Considera-se ainda que os melhores resultados e indicadores de saúde são obtidos quando os sistemas de saúde estão adequadamente organizados para garantir esta atenção como porta de entrada preferencial do usuário no conjunto de serviços da rede de atenção à saúde que compõe o SUS, tendo em vista uma integralidade e a longitudinalidade da assistência. No Brasil, este modelo nacional de APS, inclui entre suas diretrizes além da integralidade, a coordenação da assistência, a centralidade na família, a participação comunitária e a resolutividade frente aos principais problemas de saúde da população (BARRETO *et. al.*, 2012).

Em dezembro de 2010, quase todos os municípios do Brasil apresentavam equipes implantadas e, se considerada a estimativa utilizada pelo Ministério da Saúde de 3.000 pessoas acompanhadas por equipe (BRASIL, 2011), 52,2% da população brasileira estariam cobertas pela ESF, sendo que os estados nordestinos apresentariam as maiores coberturas populacionais estimadas (BARRETO *et. al.*, 2012). Hoje, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, o Brasil possui 94,9% municípios cobertos por equipes de saúde da família.

Para Sarti (2012) com a expansão da saúde da família, houve vários avanços em relação às análises de alguns indicadores de saúde brasileiros, tais como a expansão do acesso da população aos serviços de saúde, a equidade da atenção, a redução das taxas de mortalidade infantil e de internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde. Destaca-se ainda o avanço em outras dimensões que influenciam as condições de saúde tais como a construção de maior vínculo ao serviço por parte dos usuários quando comparada com

serviços tradicionais de atenção primária à saúde e uma maior participação da população na gestão dos serviços de saúde.

Para alcançar os objetivos a que se propõe, a ESF precisa fomentar a participação da população nas práticas de saúde, de tal forma que é fundamental a construção cotidiana de estratégias e ferramentas que promovam uma nova relação entre os sujeitos, em que tanto o profissional quanto o usuário se constituam como sujeitos (AYRES, 2001) do processo de cuidado. Para que este envolvimento ocorra, é necessário que se considere a importância da articulação dos diversos saberes, em uma construção dialógica (BACKES *et. al.*, 2012).

Pensar em saúde da família implica pensar em um modelo de atenção integral à saúde, no qual o objeto de intervenção seja intrínseco à família, pela comunidade onde está inserido. A efetividade na ESF pressupõe o trabalho em equipe e a intervenção organizada entre indivíduos com competências e habilidades distintas (SHIMIZU, CARVALHO JR, 2012). A respeito da complexidade do trabalho em equipe no contexto da ESF destaca-se que:

Essa dinâmica proporciona possibilidades de cuidados mais completos, mas também aumenta as competições entre os profissionais, bem como as diferenças entre as prescrições e o trabalho real, que tornam mais complexas as interações entre os indivíduos, entre estes e seu objeto de trabalho, e as resultantes de todos esses encontros. (SHIMIZU, CARVALHO JR, 2012; p.2406).

Neste sentido, o trabalho na saúde da família deve se organizar de tal forma que contemplem a multidisciplinaridade como forma de consolidação do cuidado frente a demandas da população por bens e serviços de saúde. Assim, adentrar o cotidiano da população requer dos profissionais de saúde da ESF um olhar qualificado para a identificação destes problemas e exige a utilização de um conjunto de tecnologias adequadas para se lidar com eles (SARTI, 2012).

É neste contexto subjetivo de discussões, conquistas e desafios que o enfermeiro se encontra na saúde da família, o que faz com que tenha que delinear cada vez mais e melhor o seu campo de atuação profissional e desenvolver o seu projeto político-legal coerente com os princípios e diretrizes do SUS. Um projeto profissional, portanto, que necessita considerar o ser humano ser individual e coletivo, como sujeito e ator social (BACKES *et. al.*, 2012).

A enfermagem tem em sua essência o compromisso com o olhar integral àquilo que cerca o indivíduo e concretiza-se pela arte do cuidar em saúde, percebendo o ser humano por meio de uma visão holística, que considera sentimentos, família, cultura e o contexto no qual está inserido. O processo de trabalho na atenção básica à saúde vincula-se ao trabalho vivo, à

qualidade técnico-científica, à motivação e ao compromisso do trabalhador com o resultado de seu trabalho (RAMOS *et. al.*, 2009).

Neste contexto, este profissional assume um papel cada vez mais decisivo e pró-ativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões, consolidando-se como uma ferramenta fundamental no sistema de saúde em todos os pontos de atenção da rede de atenção à saúde, o que o torna motivo de crescentes debates e novas significações (BACKES *et. al.*, 2012).

O enfermeiro, ao entrar em contato com a subjetividade e a peculiaridade de sua clientela, tenta estabelecer um vínculo com o cliente, pois o espaço do cuidar é atravessado tanto pelo cotidiano do cliente quanto pelos seus sentimentos, saberes e hábitos de vida, além das tecnologias disponíveis para a efetivação do cuidar (MELO e FUREGATO, 2011). Para Ayres (2009, p.20), o vínculo deve ser entendido “como a construção de oportunidades de encontros menos ou mais capazes de favorecer intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de compartilhamentos”, de tal modo que os momentos de encontro entre os profissionais sua clientela propiciem diálogos autênticos que reflitam as reais necessidades de cada sujeito e a melhor forma de construção do cuidado.

Para cuidar nesta perspectiva ampliada que considera a dinâmica comunitária utiliza-se tanto de tecnologias que incorporem instrumentais e equipamentos úteis à prática do trabalho, quanto de tecnologias subjetivas relacionais, ditas leves por Merhy (1997), que consideram as interações e as socializações entre os usuários e as famílias, que promovem o vínculo, o acolhimento, relações humanizadas (MERHY, 1997; BACKES *et. al.*, 2012). De tal modo, a prática do enfermeiro ultrapassa a dimensão técnico-assistencialista ou técnico-científica, concentrando-se em saberes e práticas que consideram as relações subjetivas próprias dos encontros entre todos os envolvidos no processo de cuidar (BACKES *et. al.*, 2012).

Para o enfermeiro, a saúde da família torna-se um campo fértil para seu aprimoramento profissional permitindo que sua prática seja renovada no cotidiano associada à reflexão de teorias e teses que orientam seu saber/fazer (GOMES e OLIVEIRA, 2005a).

Nesta complexidade, aos profissionais compete o desafio de exercer uma assistência que ofereça dignidade às pessoas por meio de práticas humanas e eficazes voltadas às necessidades da população. Dentre as competências exigidas para o profissional na atualidade estão o comprometimento, a coerência e o grande empenho nos desafios do cotidiano. Entretanto, nem sempre a prática corresponde à teoria, gerando no enfermeiro muita

insatisfação e conflitos relacionados à sua identidade e competências (ZUZA e SILVA, 2007). Ademais, muitas vezes, este profissional encontra-se inserido em um contexto de trabalho de recursos precários e insuficientes para auxiliarem neste cuidado (MELO e FUREGATO, 2011).

Nessa perspectiva, a enfermagem também possui contradições internas em seu saber/fazer, que se apresentam como base para um cotidiano conflitante por distorcer o que seriam suas reais funções no contexto de trabalho e, às vezes, frustrantes para os profissionais, que passam a ter dificuldades em reconhecer-se como enfermeiros. (GOMES e OLIVEIRA, 2005a).

Neste sentido, faz-se importante a compreensão de como se delineia o processo de construção identitária do enfermeiro neste campo complexo de trabalho.

2.3 A construção da identidade social

Compreender a construção da identidade social pressupõe primeiramente compreender a sua essência, visto que ela se dá em uma construção complexa do indivíduo ao interagir com seu grupo de pertença, por meio de sucessivas socializações, que se dão ao longo da vida (BORGES, 2007; DUBAR, 2005).

Para Berger e Luckman (1973), os processos de socialização dos indivíduos no contexto grupal se dão em duas etapas: a socialização primária e a socialização secundária. Na socialização Primária, que acontece no período da infância, o sujeito se insere na sociedade (isento de criticidade) passando, dela, a fazer parte, sofrendo influência e absorvendo características do espaço de mediação da escola e da família, entes próximos das crianças neste momento. Já a segunda etapa, a socialização secundária, acontece na adolescência e na vida adulta e possui como característica a interação com distintas instituições sociais, propiciando ao sujeito o contato e a aquisição dos conhecimentos especializados, tais como os saberes profissionais.

Neste sentido, os processos de formação da identidade são processos que acontecem continuamente na sociedade, sendo estes, intrínsecos à sua estrutura e capazes de promover processos de identificação e pertença a grupos distintos, influenciando cada conduta do indivíduo e a percepção que este tem sobre elas (DUBAR, 2005).

Estar em sociedade significa, então, participar da dialética desse processo. Ser um ser social é fazer parte desse mecanismo de interiorizar, subjetivar e exteriorizar, objetivar (BERGER; LUCKMANN, 1999).

Nesta concepção, a identidade não é dada a ninguém no ato de seu nascimento e, ao contrário, ela

“constrói-se na infância e deve reconstruir-se sempre ao longo da vida. O indivíduo nunca a constrói sozinho: ela depende tanto dos julgamentos dos outros como das suas próprias orientações e auto definições” (DUBAR, 2005; p.136).

A construção e a reconstrução da identidade social ao longo da vida confere à identidade uma natureza complexa, dinâmica, social, histórica. A identidade social é influenciada pelo contexto em que é forjada ao mesmo tempo em que se faz determinante desse mesmo contexto, configurando-se “(...) um constante ‘estar sendo’, embora se represente com aparência de ‘ser’” (JAQUES, 2000, p.127, *apud* CAÇADOR 2012, p.40).

Considerando sua natureza dinâmica, a identidade possui um caráter transitório,

“resultado simultaneamente estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, em conjunto, constroem os indivíduos e definem as instituições” (DUBAR, 2005, p.136).

Para Dubar (2005; p.136), a identidade é aquilo de mais precioso do indivíduo e para as organizações, sendo que sua perda “é sinônimo de alienação, de sofrimento, de angústia e de morte”.

Ainda para o mesmo autor, a construção social da identidade faz parte da teoria sociológica da identidade e pressupõe a construção de uma “identidade para si” e uma “identidade para o outro” a partir da existência de dois processos, que intrínsecos permitem a construção da identidade social. Para ele existe uma relação inseparável, porém passível de dissonâncias, entre a identidade “real” construída pela assimilação interna da identidade pelo sujeito e entre a identidade “virtual” concebida pela relação de forças entre os atores envolvidos, a partir do entendimento do outro sobre o sujeito em questão (DUBAR, 2005; CAÇADOR, 2012):

A divisão intrínseca à identidade tem de, finalmente e, sobretudo, ser esclarecida pela dualidade da sua própria definição: identidade para si e identidade para o outro são inseparáveis e estão ligadas de uma forma problemática. Inseparáveis porque a identidade para si é correlativa do Outro e do seu reconhecimento: eu só sei quem eu sou através do olhar do Outro. Problemáticas porque "a experiência do outro nunca é diretamente vivida por si... de tal forma que nos apoiamos nas nossas “comunicações” para nos informarmos sobre a identidade que o outro nos atribui...

e, portanto, para forjarmos uma identidade para nós próprios" (DUBAR, 2005, p.135).

Deste modo, a identidade diz respeito “às definições que as pessoas dão de si próprias e aos reconhecimentos que procuram obter dos outros” (DUBAR, 1998, p.138), resultando de um processo complexo de estreita relação consigo próprio e com seu grupo relacional, que conforma a identidade social.

Considerando que o trabalho possui relevância frente à construção identitária do indivíduo, pode garantir-lhe satisfação e reconhecimento social; e que a identidade profissional está intrínseca à identidade social, Dubar (2005) ressalta que a formação profissional e esta identidade constituem-se como um evento desafiador e de singular relevância na construção da identidade do indivíduo.

Brito *et. al.* (2008) afirmam ser a identidade um fenômeno complexo devido a sua natureza multidimensional e seu estado de permanente mutação. Nessa perspectiva, as várias identidades se comunicam e se manifestam no contexto das organizações conferindo-lhe maior complexidade.

Para Caçador (2012; p.43), e considerando o objeto deste estudo, a configuração identitária do enfermeiro constitui-se por um processo dinâmico, histórico, sociocultural, econômico e politicamente determinado. “Trabalhar com identidade pressupõe manter as interfaces de um objeto que não se constitui sozinho, mas em um permanente movimento de troca sócio-histórica e cultural”.

Neste sentido, Brito (2004) afirma que o estudo das identidades permite conhecer a realidade de uma instituição bem como a estrutura de suas ações, visto ter a identidade à capacidade de esboçar as ações dos indivíduos, grupos ou organizações. De tal modo que analisar a configuração identitária do enfermeiro no contexto da Estratégia de Saúde da Família implica compreender o processo dinâmico que está intrínseco nesta construção, compreender a importância de cada ente – enfermeiro, equipe, instituição, usuário - no seu resultado final.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

*"Porque eu só preciso de pés livres,
de mãos dadas e
de olhos bem abertos"*
Guimarães Rosa

3.1 Estratégia de estudo

Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, eleita considerando que este tipo de pesquisa configura-se pela possibilidade de o pesquisador lidar com categorias analíticas e explicativas que extrapolam os dados quantitativos e, além disso, viabilizar a investigação das singularidades dos fenômenos humanos, ao permitir a análise dos significados atribuídos pelos indivíduos em suas relações sociais, que dificilmente podem ser mensurados sob o ponto de vista quantitativo. A pesquisa qualitativa compreende um conjunto de variadas técnicas que permitem a análise e compreensão de sistemas complexos de significados inseridos em fenômenos do mundo social (NEVES, 1996; CHIZZOTTI, 2005).

A perspectiva qualitativa constitui-se em uma possibilidade de abordagem de pesquisa científica quando se pretende descrever e/ou explicar fenômenos, compreendidos no contexto em que estão inseridos, e analisados por meio do contato direto com o pesquisador, que vai a campo para conhecê-los com minúcia e considerando a perspectiva dos sujeitos envolvidos o objeto/situação em estudo (GODOY, 1995; NEVES, 1996; CHIZZOTTI, 2005).

3.2 Cenário

Como cenário do estudo, escolheu-se intencionalmente um município do interior do estado de Minas Gerais, localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, distando cerca de 100 km da capital mineira e contando com uma população de cerca de 13 mil habitantes.

Tal município pertence a região ampliada Oeste, cuja sede é o município de Divinópolis.

O município possui quatro equipes da estratégia de saúde da família, objetos deste estudo, que são responsáveis pelo acompanhamento de 100% da população. Estão excluídas

desta análise as unidades e equipes de saúde que não compõem ESF, tais como: unidades de urgência/emergência, unidades de atenção secundária, centros de especialidades.

3.3 Sujeitos nucleares e secundários

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foram eleitos os seus sujeitos, sendo que os enfermeiros que atuam na estratégia de saúde da família do município em estudo constituem os sujeitos nucleares, por se tratar do objeto central deste estudo. No entanto, ao analisarmos a concepção de Dubar (2005) acerca da construção da identidade social, parte-se do pressuposto que a análise da identidade social implica considerar concomitantemente a identidade do enfermeiro referida pelo seu grupo relacional (BRITO, 2004), configurado aqui, pelos os demais membros da equipe de saúde da família, a saber: médico, técnico de enfermagem, odontólogo e agente comunitário de saúde, além de seus pares coordenadores de atenção primária, gestor municipal de saúde e usuários do serviço.

No município em estudo existem quatro equipes de saúde da família distribuídas em quatro centros de saúde. Portanto, considerou-se como sujeitos nucleares um enfermeiro de cada equipe mencionada, num total de quatro enfermeiros.

Foram eleitos como sujeitos secundários os demais membros da equipe multiprofissional, ou seja, o médico, o agente comunitário de saúde (ACS), o técnico de enfermagem da equipe e o odontólogo da qual o sujeito nuclear aceitasse participar deste estudo. Foram eleitos também o coordenador da atenção primária e o gestor municipal, além de usuários dos serviços. Como em cada equipe existem seis ACS a escolha deste foi pelo maior tempo no exercício da profissão.

Considerando o exposto e respeitando o interesse dos sujeitos em participar desta pesquisa, este estudo teve como sujeitos nucleares quatro enfermeiros e como sujeitos secundários um médico, um odontólogo, quatro técnicos de enfermagem e quatro ACS, um coordenador de atenção primária, um gestor municipal e 5 usuários do serviço, de ambos os sexos perfazendo 21 sujeitos. Os dados foram coletados visando contemplar todos os quatro centros de saúde do município.

Ressalta-se que alguns dos sujeitos secundários não aceitaram participar deste estudo, num total de 6 profissionais alegando não ter interesse, ou que a pesquisa não serviria para eles, visto estarem saindo do serviço devido o concurso público eminente.

Como requisito, os enfermeiros tinham que estar inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (COREN) e, assim como os sujeitos secundários, foi preciso que aceitassem participar do estudo e assinassem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

3.4 Coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado para este estudo constituiu em entrevista com roteiro semi-estruturado, no qual existe uma participação ativa do pesquisador que pode ultrapassar ao roteiro de questões norteadoras, na perspectiva de se evidenciar aspectos subjetivos da vivência profissional dos enfermeiros como as relações envolvidas na dinâmica da rede de atenção a saúde e alguns traços culturais que caracterizam esse tipo de organização, uma vez que, parte-se da premissa de que esses aspectos influenciam a construção da identidade. Para a concretização desta fase foi feito o agendamento das entrevistas em horário e local previamente acordado com os sujeitos da investigação. Foi feito também registro no diário de campo com observações. Os dados foram coletados até se esgotar a percepção a respeito do fenômeno.

Optou-se pela utilização de entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE A e B) por se tratar de um tipo de recurso que possibilita a combinação de questões abertas e fechadas, permitindo que o entrevistado discorra sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador.

3.5 Análise dos dados

Para análise desta pesquisa, os dados foram tratados utilizando-se da técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (BARDIN, 1977), que diz respeito a um conjunto de técnicas que permitem analisar articuladamente as intercomunicações entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa.

Neste sentido, os dados foram compilados a partir da transcrição literal das entrevistas e, após sucessivas leituras, foram agrupadas a fim que de pudessem ser compreendidos e discutidos por meio de eixos temáticos.

3.6 Aspectos éticos

O estudo foi submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, seguindo as regulamentações do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução CNS 466 de 12 de dezembro de 2012 acerca das pesquisas envolvendo seres humanos, e após sua aprovação sob parecer número 329.007, de 10 de julho de 2013, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da mesma consentido sua participação voluntária e esclarecida por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (ANEXO A)

3.7 Impressões obtidas durante a inserção no campo

Nas quatro unidades de saúde e na secretaria municipal de saúde onde a pesquisa foi realizada houve receptividade e acolhimento por parte de alguns profissionais e dos usuários do serviço. Os profissionais interessados se apresentaram e prontificaram-se à participar do estudo.

Durante a coleta de dados pude perceber que os profissionais ficavam entusiasmados e a vontade para responder as perguntas. Por várias vezes, mesmo tendo agendado horário, eu precisei aguardar o enfermeiro, seja por algum imprevisto, seja por alguma outra demanda do serviço de saúde e seus profissionais.

Durante este tempo de espera, tive a oportunidade de acompanhar atendimentos diversos dos enfermeiros desde o acolhimento, atendimento de caso agudo, organização do atendimento médico e atendimento individual. Observei, também, a dinâmica de funcionamento do serviço, onde pude perceber o quanto é demandada do enfermeiro sua participação em todas as atividades das equipes de saúde da família, principalmente no que se refere à tomada de decisão.

Os enfermeiros apresentaram-se tranquilos ao dizer quem são. No entanto, manifestaram certa ansiedade quando questionados sobre seu cotidiano de trabalho na saúde da família e sobre o significado que o mesmo assume em suas vidas. Esta ansiedade tem estreita relação com o período político vivido atualmente e no último ano pelos entrevistados: a iminência de concurso público e a passagem pelo período eleitoral.

Foi possível perceber também a ansiedade dos enfermeiros quanto aos procedimentos que eram desenvolvidos nas unidades, visto que alguns procedimentos técnicos de enfermagem eram desempenhados por agentes comunitários de saúde que haviam concluído o curso técnico em enfermagem. Os enfermeiros justificavam este fato pela sobrecarga de trabalho da equipe, sendo “necessária” a atuação destes profissionais para que todas as tarefas

fossem cumpridas, mesmo conhecendo a irregularidade desta ação. Ressalto que estas atividades acontecem em todas as equipes, no entanto, não foram mencionadas em nenhuma entrevista coletada. Destaca-se também a presença do enfermeiro em atividades privativas dos médicos, justificadas pela ausência do profissional em período integral de funcionamento da unidade de saúde.

Nestes períodos havia uma grande demanda do enfermeiro em organizar o atendimento médico, visto que a presença deste profissional se restringe na unidade em “quantidade de fichas” disponibilizadas, não havendo o cumprimento de carga horária semanal. A triagem para as consultas em demanda espontânea acontecia de modo tranquilo, em meio a uma conversa, no entanto, sem estabelecer uma classificação de risco, embora existissem em todas as unidades os equipamentos para triagem segundo o Protocolo de Manchester.

Com relação aos sujeitos secundários também foi observada receptividade e disponibilidade em participar da pesquisa, excetuando-se a participação dos profissionais médico e odontólogo. Interessante destacar que, de forma particular, a entrevista com os técnicos de enfermagem apresentou mais dificuldades na captação de suas percepções acerca do objeto de estudo. Isto porque, a maior parte deles, ao serem questionados sobre o cotidiano de trabalho do enfermeiro, respondiam sobre seu próprio cotidiano de trabalho. A sensação que se tinha é que para os técnicos de enfermagem não há diferença entre enfermeiros e a enfermagem, no que tange aos aspectos assistenciais do trabalho, permanecendo distinta a atribuição gerencial, que muitos mencionam como “parte burocrática”.

Quanto aos médicos e odontólogos, dos quatro centros de saúde visitados, somente dois aceitaram participar do estudo, sendo um profissional de cada categoria. O acontecimento traz para a reflexão os desafios que se apresentam ainda para a pesquisa científica nos cenários de trabalho bem como a articulação das classes profissionais, que mesmo conhecendo a interdisciplinaridade necessária à atuação na estratégia de saúde da família, persistem isolados em suas práticas cotidianas.

Já os agentes de saúde, na maioria, mostraram-se entusiasmados com sua participação na pesquisa e interpretaram a realização da mesma como forma de valorização da enfermagem e como um modo de valorizarem suas atuações profissionais.

Já em relação aos gestores em saúde, é marcante como politicamente se dá a escolha dos gestores públicos, geralmente por indicação ou relação de trabalho durante as campanhas políticas. Durante a coleta de dados com o gestor municipal de saúde foi possível perceber o tamanho desconhecimento do mesmo quanto a questões essenciais relativas à saúde da

família, apresentando um conhecimento generalista e comum, mesmo tendo uma formação superior em enfermagem. Diferente do conhecimento apresentado pelo coordenador de atenção primária que, trabalhando há anos no serviço de saúde, era a referência de gestor para as equipes, apresentando um conhecimento elaborado, com vivência in loco.

Com relação à estrutura física das unidades de saúde, foi possível perceber que as unidades urbanas encontram-se adequadas às especificidades da saúde da família. Todas se encontram novas, com sede própria da prefeitura municipal, dotadas de espaços suficientes para as práticas de saúde desenvolvidas ali.

No entanto, não há sede para a equipe que atua em zona rural; somente possuem uma sala medindo cerca de 20m² junto à Secretaria Municipal de Saúde. A maioria dos atendimentos médicos e de enfermagem acontece em uma unidade básica de saúde no centro da cidade, caracterizando um distanciamento da sua população adstrita. Existem alguns atendimentos médicos desenvolvidos nas comunidades rurais, mas estes acontecem em centros comunitários ou casas cedidas pela própria população.

Ainda é preciso ressaltar que somente uma equipe é responsável pela maior parte da área rural do município, culminando assim em incipiência da atenção prestada à esta população.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando.”
Guimarães Rosa

4.1 Perfil dos sujeitos

4.1.1. Perfil dos sujeitos nucleares

Conforme definição nesta pesquisa de seus sujeitos nucleares, ou seja, os enfermeiros da saúde da família, segue-se a caracterização dos mesmos, no que concerne aos aspectos pessoais. Neste estudo, 100% dos sujeitos nucleares são do sexo feminino e média de idade é de 34,5 anos, tendo 29 anos o enfermeiro mais jovem e 40 o mais velho. No que se refere ao estado civil, a proporção de casados e solteiros é a mesma (50%), bem como é a mesma a proporção daquelas que tem filhos (50%). Todos enfermeiros (100%) desta pesquisa trabalham 40 horas semanais, sendo sua via de inserção no cargo o contrato temporário. Percebe-se que todas possuem mais de 5 anos de vínculo com a equipe de saúde da família. A remuneração para todos enfermeiros não sofre diferenciações, fixada em R\$2.500,00. A tabela 1 sintetiza o perfil sócio demográfico dos enfermeiros sujeitos nucleares deste estudo:

TABELA 1

Perfil dos sujeitos nucleares de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional

ESF	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	FILHOS	TEMPO NA OCUPAÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO ACADÊMICA	ESPECIALIZAÇÃO
Enf1	F	29	Solteira	0	6 anos	2007	Sim
Enf2	F	40	Casada	1	11 anos	2001	Sim
Enf3	F	39	Casada	1	10 anos	2003	Sim
Enf4	F	30	Solteira	0	7 anos e meio	2005	Sim

Elaborada para fins deste estudo

Cabe aqui destacar uma característica histórica da enfermagem que trata das questões de gênero relacionadas ao trabalho, que caracterizam a enfermagem como uma profissão majoritariamente feminina (historicamente determinada por atender a sua “condição

feminina”), portadora de características como o cuidado maternal, a fragilidade, a sensibilidade, a organização quase “doméstica” do ambiente de trabalho. Tais questões de gênero impactam na valorização do produto do trabalho, onde, “profissões masculinas”, histórica e socialmente constituídas, são mais valorizadas e reconhecidas (PADILHA, *et. al.*; 2006; COSTA e COELHO, 2013).

Salientam-se, também, as questões relacionadas ao tipo de vínculo de trabalho instituído entre os profissionais e o empregador, qual seja, o contrato temporário.

Girardi *et. al.* (2010) em estudo sobre a precarização do trabalho¹ em saúde destacam que as contratações diretas efetuadas pela administração pública que utilizam de contratos por período determinado, regidos por legislação especial², configuram-se como uma forma de precarização do trabalho, visto que os profissionais não possuem garantias trabalhistas, estabelecimento de vínculo ou segurança. Ainda, em seu estudo, relata que a ESF tem se conformado como um campo fértil deste tipo de contratação, fortalecendo nos profissionais sentimentos como medo, insatisfação e insegurança no trabalho.

4.1.2 Perfil dos sujeitos secundários

Foram sujeitos secundários deste estudo um médico, quatro agentes comunitários de saúde, quatro técnicos de enfermagem, um odontólogo, um coordenador de atenção primária, um gestor municipal; e a análise do perfil dos sujeitos secundários abrangeu aspectos relacionados ao sexo, idade, estado civil, filhos, tempo de atuação na ocupação, formação, especialização. A tabela 2 sintetiza dos dados destes participantes.

¹“A precariedade pode ser entendida como um processo de perda de qualidade no mercado de trabalho e suas consequências sociais para a população, como redução dos rendimentos e instabilidade nos postos de trabalho” (GIRARDI *et. al.* 2010). Kalleberg (2009) define como precário, “[...] o trabalho incerto, imprevisível, e no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador, e não pelos seus empregadores ou pelo governo” (KALLERBERG, 2009 *apud* GIRARDI *et. al.* 2010).

² Os contratos temporários regidos por legislação especial “não se configuram, na forma do direito administrativo e constitucional, como cargos públicos, mas como vínculos temporários com a administração, criados em razão de excepcional interesse público” (GIRARDI *et. al.* 2010).

TABELA 2

Perfil dos profissionais de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional

ESF	SEXO	IDADE	ESTADO CIVIL	FILHOS	TEMPO NA OCUPAÇÃO	ANO DE CONCLUSÃO ACADÊMICA	ESPECIALIZAÇÃO
Med1	M	25	Solteiro	0	1 ano	2012	Não
TE 1	F	39	Solteira	0	1 ano	2011	-
TE 2	F	47	Solteira	0	10 anos	1994	-
TE 3	F	37	Casada	2	8 anos	1999	-
TE 4	F	33	Casada	1	4 anos	2011	-
ACS 1	F	42	Casada	3	12 anos	-	-
ACS 2	F	44	Casada	2	6 anos	-	-
ACS 3	F	49	Casada	2	12 anos	-	-
ACS 4	F	40	Separada	1	6 anos	-	-
O 1	F	32	Casada	1	5 anos	2005	Sim
CAP 1	M	27	Solteiro	0	2 anos	2011 (Enfermagem)	Sim
Gest1	M	48	Casado	2	7 meses	-	-

Elaborada para fins deste estudo

Foram também sujeitos secundários deste estudo cinco usuários do serviço de saúde, cujo perfil buscou analisar sua idade, sexo, formação, estado civil e os motivos pelos quais buscam a saúde da família. A tabela 3 sintetiza o perfil sócio demográfico dos usuários do serviço de saúde deste estudo:

TABELA 3

Perfil dos usuários do serviço de acordo com características sócio demográficas e atuação profissional

USUÁRIO	SEXO	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	MOTIVO DE BUSCA DO SERVIÇO
U 1	F	64	6º ano	Casada	Acolhimento por Hipertensão arterial e depressão
U 2	M	67	4º ano	Casado	Consulta médica
U 3	M	60	4º ano	Solteiro	Consulta médica
U 4	F	15	1º Grau completo	Solteira	Consulta médica
U 5	F	21	3º. Grau Incompleto	Solteira	Consulta médica

Elaborada para fins deste estudo

4.2 A configuração identitária dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado de Minas Gerais

Compreender a configuração identitária dos enfermeiros da ESF de um município do interior do estado de Minas Gerais pressupõe “entrar em seu mundo” e reconhecer aspectos e atores que interferem nesta construção, visto que, para Dubar (2005) a identidade social emerge de socializações constantes de um indivíduo inserido em um ambiente, considerando que, para Berguer e Luckman (1999), a socialização é a introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela.

A fim de se compreender esta configuração identitária, os resultados desta pesquisa foram agrupados em três categorias, quais sejam: A identidade social real; A identidade social virtual; e A interseção entre as identidades sociais real e virtual.

Compreender a identidade real significa apreender que esta porção da identidade social corresponde à identificação de atos de pertença (DUBAR, 2005), por meio dos quais os enfermeiros lançam mão de categorias de significados para exprimir o que, para eles, é ser enfermeiro.

Já a compreensão da identidade virtual significa perceber como o grupo relacional (considerando neste estudo os sujeitos que possuem relação direta com o enfermeiro na saúde da família, notadamente os demais profissionais da equipe, os gestores da instituição e os usuários do serviço) reconhece o enfermeiro da Saúde da Família, tanto nos aspectos subjetivos, quanto nos aspectos relacionais interpessoais e de trabalho. Para Dubar (2005), as concepções do grupo relacional constituem-se por atos de atribuição que tem a capacidade de construir a identidade, pois podem ser interiorizadas pelo indivíduo, guiando suas condutas por aquilo que acredita ser útil e reconhecido (AVELAR, 2010).

A intercessão entre as identidades real e virtual conformam a configuração identitária do enfermeiro da ESF proposta por esta pesquisa para o município estudado, reconhecendo-se os pressupostos de Dubar (2005) que afirmam ser a identidade social um fenômeno complexo que envolve a análise e a convergência de processos de identificação e identidades para si (real) e para o outro (virtual).

Para tanto, de modo a subsidiar a apreensão de aspectos importantes para a construção identitária do enfermeiro, fez-se necessário compreender fatores que pudessem influenciar esta configuração, os quais nortearam as entrevistas dos sujeitos nucleares e secundários deste estudo, apresentados a seguir: O que é ser enfermeiro? Como é o trabalho do enfermeiro na saúde da família? Quais fatores interferem (facilitando ou dificultando) neste trabalho? Como

se dão os relacionamentos interpessoais do enfermeiro, tanto em equipe quanto na comunidade? Como é a formação profissional do enfermeiro?

A compreensão destes fatores justifica-se porque a identidade diz respeito a um fenômeno relacional e o trabalho é elemento de constituição de um ser social, de tal modo que a identidade pode ser modificada por estas relações/socializações (DUBAR, 2005).

No contexto do trabalho, sabe-se que o profissional, ao inserir-se em uma organização, assume para si projetos, metas, filosofias, objetivos próprios desta organização que, diretamente interferem na configuração de uma nova identidade para si (FERNANDES e ZANELLI, 2006; BRITO, 2004).

Esta reconfiguração identitária deve levar em consideração sucessivas socializações secundárias (BERGUER e LUCKMAN, 1999) vivenciadas pelo profissional, tais como sua formação acadêmica. Considerando, neste estudo, o enfermeiro da saúde da família, sua reconfiguração identitária envolve características como: a formação acadêmica, os aspectos legais da profissão, os pressupostos do SUS, a missão e os valores da administração pública em saúde. A convergência destas características influenciará nos modos de ser e de agir deste enfermeiro no contexto do trabalho.

De igual modo, as relações interpessoais interferem na construção da identidade do enfermeiro, tanto no campo de trabalho relacional em equipe, quanto nos relacionamentos com a comunidade, onde se busca, principalmente, a formação de sujeitos no processo do cuidado, aqui considerando o sujeito para Ayres (2001) como aquele que se coloca diante do outro, que compartilha, que engendra possibilidades, que almeja sucesso existencial. Para estes sujeitos há a possibilidade de reconstrução de suas identidades “a cada vez, a cada experiência de encontro com o outro” (p.67).

No contexto do trabalho, as facilidades e dificuldades vivenciadas direcionam o modo como as atividades podem ser concluídas, refletindo diretamente em seus resultados e na representatividade que estes assumem no cotidiano da equipe e da comunidade, atendendo ou não às expectativas do enfermeiro. De tal modo, possuem repercussão em sentimentos próprios tais como satisfação, motivação e realização profissionais, sentimentos que influenciam largamente a construção dos sentimentos de pertença, e conseqüentemente a identidade do enfermeiro (BRITO *et. al.*, 2010), notadamente à identidade real.

4.2.1 A identidade social real: O olhar do “eu” enfermeiro da estratégia de saúde da família

4.2.1.1 Ser enfermeiro da saúde da família: A busca pela realização

É reconhecido que o trabalho configura-se como uma das formas encontradas pelo homem de viver em sociedade e, na realidade, mais do que isto, o trabalho torna-se um meio de realização pessoal na medida em que oferece ao homem a oportunidade de viabilizar a satisfação de seus desejos, mesmo que de forma indireta, cumprindo uma função mental, satisfazendo a necessidades internas do indivíduo. Neste sentido, o conhecimento e o trabalho revelam-se como a essência do exercício profissional do enfermeiro, dando suporte à sua identidade social, que se articula na interseção dialética entre a teoria e a prática (NOGUEIRA, 2010).

No entanto, a construção da identidade social não depende somente daquilo que está expressamente relacionado à profissão, mas também das representações e identidades próprias daqueles que a vivenciam. Neste contexto, considera-se que uma articula-se à outra, numa construção permanente e rica.

Neste estudo, fica clara esta relação de contiguidade com relação à identidade, visto que, por meio da análise dos depoimentos dos sujeitos nucleares, é evidente o quanto a profissão e sua vivência profissional interferem na formação da identidade pessoal. Nos depoimentos abaixo, ao relatarem qual significado atribuíam a condição de “ser enfermeiro”, percebe-se que, para os sujeitos, esta condição é intrínseca à identidade pessoal, como se fosse a característica mais importante de cada ser.

“Considero-me uma pessoa tranquila, bem humorada, humilde, batalhadora. Amo minha profissão, sou muito dedicada, ética, responsável e tento ser o mais resolutiva possível para suprir as necessidades do paciente. Resido e trabalho na cidade de .../MG, sou solteira, moro com minha mãe e meu irmão.” ENF1

“Enfermeira há 12 anos, formada na Universidade de Pouso Alegre, [...] há onze anos trabalho no ESF [nome], gosto de trabalhar em equipe, sou bem aceita pela comunidade.” ENF2

“Sou “ENF3”, 39 anos, há dez anos formada pela PUC-BH. Atuo deste então em saúde pública (PSF). Por ideologia, acredito no ser humano e em sua capacidade de mudar, através da prevenção, da promoção e claro prestar assistência a saúde do indivíduo quando a saúde estiver comprometida. Por querer acompanhar o indivíduo, em todos os ciclos de vida, sua inserção social, considerando a família como centro da atenção, a influencia do meio ambiente, da cultura, economia no processo de adoecimento. Sou voltada a atenção do indivíduo em seu meio e não somente a assistência na doença que também faz parte, quando necessário for”. ENF3

“Meu nome é “Enf4”, sou enfermeira da ESF [nome], abrange toda a zona rural de [nome], atuo nessa equipe há sete anos e meio, sou uma pessoa tranquila, comunicativa e tento ser paciente.” ENF4

O trabalho, na atualidade, é uma forma de legitimação social, que permite que indivíduos comuns tornem-se reconhecidos e valorizados por aquilo que fazem, chegando a situações em que sua própria definição de identidade confunde-se com a definição das suas identidades sociais, conforme pode ser percebido nos depoimentos de ENF 2, ENF 3 e ENF 4 que, ao apresentarem-se, destacam sua profissão como a primeira característica pessoal mencionada.

Ao analisar a fala de ENF3, percebe-se que o objeto de trabalho do enfermeiro no contexto da saúde da família configura-se pelo indivíduo inserido em seu contexto sócio-histórico-familiar, diferentemente do indivíduo “biológico” hospitalizado considerado no contexto de trabalho do enfermeiro anteriormente à implementação do SUS. Neste sentido, pressupõe-se que a identidade social da enfermagem modificou-se ao longo dos anos, norteadas pelas mudanças do conceito de saúde, principalmente quando estava relacionada à saúde das coletividades, bem como pelo perfil de trabalho diferenciado exigido para tal profissional.

Tais mudanças do perfil profissional do enfermeiro exigidas pela abertura do mercado de trabalho foram percebidas pelas instituições formadoras, principalmente frente às modificações curriculares para os cursos de enfermagem implementadas ao longo dos anos.

Renovato *et. al.* (2009), em estudo sobre as mudanças curriculares dos cursos de enfermagem, evidenciaram que, no Brasil, o currículo de 1994 manifestou as primeiras mudanças para a formação de um profissional voltado não somente para o cuidado tecnicista no contexto hospitalar, mas considerava o profissional inserido no meio social, buscando atender às demandas da comunidade. Para os mesmos autores, tais mudanças curriculares inseriam-se em um contexto de Reforma Sanitária e instituição do SUS, trazendo novas formas de se conceber a saúde e a doença.

Estas mudanças curriculares fortaleceram-se em 2001, com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais de Enfermagem (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001) que visavam a formação de profissionais críticos e reflexivos, capazes de intervir na saúde do indivíduo, das populações e coletividades, de modo abrangente, considerando suas necessidades.

Para Renovato *et. al.* (2009), as novas diretrizes curriculares permitiram ampliar a formação profissional para além da técnica, considerando a atuação ética e política do profissional engajado na saúde coletiva, considerando uma reconfiguração identitária inserida nos contextos de mudanças e princípios do SUS e nos desafios da globalização mundial. Para os autores:

as diretrizes curriculares surgiram com o intuito de integrar a atenção entre ensino, serviço e gestão do sistema de saúde, objetivando contribuir tanto com a formação da identidade da enfermeira e do enfermeiro quanto com a construção do SUS (RENOVATO *et. al.*,2009; p.245-246)

Considera-se, neste contexto de mudanças dos modos de concepção e produção de saúde, que o termo saúde coletiva surgiu, no fim da década de 70, em um momento de reordenamento de um conjunto de práticas assistenciais, face à necessidade de ampliar a compreensão do processo saúde-doença dos indivíduos e comunidades.

A compreensão do coletivo significa, a partir de então, a apreensão do individual em seu contexto estruturado de práticas sociais. Significa reconhecer o indivíduo ser individual - como um ser social, em constante interação com os outros indivíduos e com o seu entorno, ou seja, o indivíduo se transforma e é transformado continuamente, por meio das relações e interações, tornando-se protagonista e autor do processo saúde-doença em seu contexto real e concreto (BACKES, *et. al.*, 2012; p.224).

Neste sentido, alterou-se o foco dos cuidados de enfermagem, deixando de ser o doente - portador de doença, mas uma pessoa - ser bio-psico-social. A atuação deixou de ser unicamente a execução de prescrições médicas, mas passou a considerar também a forma como o paciente era abordado – tendo em conta as necessidades afetadas ou parcialmente afetadas, a prescrição e decisão acerca dos cuidados a prestar e avaliar os resultados desse planejamento e decisão. Estas mudanças, característica do trabalho em saúde da família, permitiu que se abrisse um novo caminho em enfermagem, mais rico e mais vasto, ampliando os conhecimentos e instrumentos utilizados no cotidiano da prática de cuidados; abrindo os horizontes para a autonomia da enfermagem (NOGUEIRA, 2010).

Todas estas mudanças repercutem na percepção dos profissionais acerca da enfermagem com reflexos sobre sua autoestima, no reconhecimento social da profissão, sua identidade social.

Os significados de “ser enfermeiro da saúde da família” também perpassam pela realização profissional e pessoal, mediadas pela possibilidade de agir de modo abrangente que contemplando o cuidado direto a indivíduos e famílias, a administração, a gerência; e a construção de práticas autônomas e multiprofissionais.

“Profissionalmente tem um leque de significados pois, constitui em uma profissão com muitas atribuições como cuidar do ser humano individualmente, na família ou em comunidade, acolhê-lo, coordenar toda a equipe, atuar na prevenção e na

promoção da saúde, orientar, prescrever medicações, mediar conflitos referentes a equipe e a pacientes.” ENF1

“Ser enfermeiro da saúde da família é gratificante e dentre vários aspectos a autonomia, apesar das dificuldades normalmente apresentadas em nível institucional e em outros níveis, o seu trabalho tem visibilidade e é valorizado”. ENF2

“Ser enfermeiro da saúde da família significa pra mim ser um educador, um facilitador para se ter e/ou manter a qualidade de vida. É considerar o indivíduo, o sujeito de sua história, dentro do contexto de existir e co-existir com todas as implicações sociais, política, econômica, espiritual, cultural” ENF3

“Desde a faculdade me identifiquei muito com a ESF, então me sinto realizada sendo enfermeira da ESF e me identifiquei mais ainda com a equipe rural, pois antes não tinha dimensão do que era o trabalho de uma ESF rural”. ENF4

Destaca-se na fala de ENF2 que a autonomia torna-se um diferencial em seu trabalho, inclusive gerando visibilidade e valorização. O processo de autonomia pressupõe que o enfermeiro possa interferir no processo de definição das prioridades assistenciais e gerenciais, e está embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais (JONAS *et. al.*, 2011).

No entanto, ainda existem barreiras institucionais ou não-institucionais para que a autonomia seja realmente vivenciada pelos enfermeiros no contexto da saúde da família. Por meio das entrevistas, fica claro que a autonomia e a realização profissionais são comprometidas por vários fatores tais como a distância entre a teoria e a prática das propostas preconizadas para a Saúde da Família, a falta de apoio institucional, a desvalorização do profissional enfermeiro que se manifesta nos baixos salários e desresponsabilização da população, podendo ser evidenciado nos depoimentos:

“Sinto-me frustrada porque a realidade distancia muito do projeto inicial que a saúde da família se propôs e que eu gostaria de estar atuando. Eu percebo que as pessoas querem o assistencialismo no sentido de receber tudo pronto, sem a coresponsabilidade na manutenção da saúde e no processo de recuperação. Querem ficar isentas das implicações de suas escolhas, sua postura diante da vida. É mais fácil eleger alguém que seja responsável ou culpado, pelo processo saúde-doença. Ainda mantem a ideia que a saúde esta em poder do profissional médico, e que é repassada como mágica, pela prescrição de medicamentos, não está na capacidade de mudar um hábito de vida, por exemplo”. ENF3

“Profissionalmente sinto realizada, gosto da minha profissão, mas gostaria que fosse mais valorizada pela administração, porque trabalhamos muito e temos muitas responsabilidades. Não temos piso salarial, o salário deixa a desejar.” ENF2

Tais fatores propiciam desmotivação e insatisfação no trabalho, com destaque, segundo Kessler e Krug (2012), para a falta de valorização e reconhecimento pelas atividades

desempenhadas, tanto por colegas de trabalho, usuários, quanto por gestores da instituição. Aliado a isso, tem-se uma cultura de valorização da produção e da produtividade, culminando com uma sobrecarga de trabalho, a qual é altamente desmotivadora.

Percebe-se que algumas situações fazem com que o trabalho dos enfermeiros torne-se desmotivador, uma vez que o profissional possui muita responsabilidade nas atividades cotidianas com condições de trabalho frequentemente deficientes e, em contrapartida, não efetiva sua autonomia ou mesmo o poder de decisões compatíveis com as suas responsabilidades perante a organização.

Destaca-se que tais condições, potencialmente, podem favorecer as consequências negativas no trabalho como o alto índice de absenteísmo e doenças advindas da sobrecarga, falta de autonomia, falta de segurança, ambiente de trabalho ruim (CUNHA, *et. al.*, 2013).

Pelas análises das falas dos sujeitos nucleares, percebe-se que a construção da identidade do enfermeiro perpassa pelos laços de identificação com a profissão que são construídos no cotidiano, manifestos pelos seus sentimentos positivos acerca da enfermagem e do trabalho em saúde da família. Pagés *et. al.* (1987, p.144) relatam que “o profissional está ligado à organização não apenas por laços materiais e morais, por vantagens econômicas e satisfações ideológicas que ela lhe proporciona, mas também por laços psicológicos e afetivos”.

No entanto, os laços de identificação do enfermeiro fragilizam-se no momento em que surgem barreiras, institucionais ou não, que impedem a plenitude do trabalho desempenhado no cotidiano, promovendo a desmotivação, a frustração profissional. Os sentimentos negativos impactam na valorização do trabalho para si, influenciando nos seus atos de pertença (DUBAR, 2005) e, conseqüentemente, em sua configuração identitária.

4.2.1.2 O cotidiano do trabalho: O tarefeiro

A enfermagem como profissão existe para responder às necessidades e expectativas das pessoas e das sociedades, procedendo à organização dos cuidados, de forma a responder às necessidades de cuidar e ser cuidado. “O comportamento esperado dos enfermeiros enquadra-se em princípios e valores universais, tendo por referência o que a sociedade e os cidadãos necessitam, no respeito pelos direitos e valores da pessoa” (NOGUEIRA, 2010; p.40).

Neste sentido, para que a enfermagem atue de modo a promover o cuidado à população, é necessário que seja viabilizado ao profissional o exercício de suas funções em

um ambiente organizado, com condições de trabalho adequadas para as práticas de saúde. No entanto, percebe-se no cenário em estudo que o cotidiano de trabalho apresenta situações que limitam a ação do enfermeiro, tais como a alta demanda pelo serviço, o inadequado dimensionamento de pessoal de enfermagem; exigindo do profissional aptidões e flexibilidade para gerenciar e tentar suprir todas as necessidades da equipe e população, conforme pode ser percebido:

“O cotidiano na equipe na qual atuo é muito prazeroso, contudo a demanda pelos serviços oferecidos é muito grande e saber administrá-la não é uma tarefa fácil, por isso, muitas vezes chego exausta em casa”.ENF1

“Muitas das vezes não conseguimos diferenciar e separar as atividades dos enfermeiros e dos técnicos em enfermagem, porque como nosso trabalho é desenvolvido com a equipe mínima e, a alta demanda de atividades, na maioria das vezes apagamos os incêndios e não consigo me dedicar somente às ações específicas ‘do enfermeiro’”.ENF2

As atribuições do trabalho do enfermeiro, advindas da alta demanda do serviço em condições de convívio com as equipes mínimas de enfermagem são fortalecidas no momento em que as demandas dos usuários do serviço perpetuam um modelo de atenção divergente das propostas da saúde da família. Esta situação, aos olhos dos entrevistados, constitui-se como um dificultador do trabalho do enfermeiro, visto que se mantêm as ações sem os preceitos do modelo vigente de atenção a saúde e sem a co-participação e co-responsabilização dos usuários, conforme exemplificado:

“O que mais dificulta é o não entendimento da população e da própria equipe sobre a proposta da saúde da família.”ENF3

“Falta de comprometimento do usuário com o tratamento...”ENF2

Para Nogueira (2010), as ações de enfermagem junto à população devem superar o modelo curativista, devendo-se caracterizar na prática, por ações de promoção da saúde, de prevenção da doença, cuidados assistenciais e de reabilitação, desenvolvidos no contexto de vida do indivíduo e com a sua participação, fortalecendo os preceitos da estratégia de saúde da família.

No entanto, a realidade desta pesquisa aponta dificuldades no contexto de trabalho do enfermeiro para que as ações de enfermagem mencionadas por Nogueira (2010) sejam efetivadas, havendo a manutenção do modelo curativista nos cenários da ESF, visto que os pacientes ainda buscam no serviço de saúde pessoas que possam ser responsabilizadas pelo

seu processo de adoecimento e cura, tentando eximir-se de suas responsabilidades, conforme pode ser evidenciado:

“Eu percebo que as pessoas querem o assistencialismo no sentido de receber tudo pronto, sem a co-responsabilidade na manutenção da saúde e no processo de recuperação. Querem ficar isentas das implicações de suas escolhas, sua postura diante da vida. É mais fácil eleger alguém que seja responsável ou culpado pelo processo saúde-doença.” ENF3

O enfermeiro, ao ser eleito como único responsável pela saúde dos usuários, tentando constantemente responder às demandas imediatas dos usuários do serviço, tem seu trabalho comprometido, visto que passam a não conseguir estabelecer uma programação e planejamento das ações de saúde. Aliada a tal fato encontra-se a insuficiência de profissionais de enfermagem para atender toda a demanda do serviço, impossibilitando ao enfermeiro cumprir suas atribuições junto à saúde da família, perpetuando a realidade de que a maioria das ações desenvolvidas seja de cunho curativo/assistencial e não preventivo, além da sensação de que o trabalho se desenvolve num tarefismo constante, num contínuo “apagar de incêndio”.

“O cotidiano do meu trabalho é muito dinâmico, temos as rotinas assistenciais e gerenciais pré-estabelecidas que nem sempre podem ser cumpridas como planejado porque a cada hora uma coisa tem que ser resolvida; e pelo fato de ser zona rural é mais dinâmico.” ENF4

“Estamos apagando incêndio o tempo todo, resolvendo questões pontuais dos pacientes para resolver a falha do serviço. O agendamento que é respeitado efetivamente é a puericultura e o preventivo de câncer de colo uterino.” ENF3

“Desenvolve-se no dia a dia com múltiplas atividades no campo assistencial, gerência e educação... porque como nosso trabalho é desenvolvido com a equipe mínima e, a alta demanda de atividades, na maioria das vezes apagamos os incêndios e não consigo me dedicar somente às ações específicas “do enfermeiro”, e além disso tudo o que acontece na unidade passa por mim, como se eu resolvesse tudo. Isso compromete o trabalho no dia-a-dia.” ENF2

Corroborando com os depoimentos acima, percebe-se na fala de ENF1 apresentada abaixo que, a alta demanda do serviço de saúde pode vir a ser um dificultador do trabalho, pois exige a organização da oferta de serviços para toda a população adstrita, como pode ser evidenciado:

“Eu não diria que dificulta, mas, que existe um aspecto que exige um esforço maior da equipe para contornar no sentido de tentar oferecer os serviços a toda população

adstrita que se constitui na grande demanda pelos serviços oferecidos na unidade.”
ENF1

Cabe ressaltar que o enfermeiro, ao se dividir no trabalho e tendo em vista a responsabilidade pelo gerenciamento do território e pela prestação de assistência de enfermagem a um número determinado de famílias, pode não concretizar suas atribuições como deveria, devido ao quesito demanda-tempo. Para Oliveira e Bonardi (2010), conciliar atividades de enfermagem e gerenciamento torna-se a principal dificuldade dos profissionais no contexto da ESF, porque a atribuição de gerência advinda do território é muito complexa e as competências identificadas na Política Nacional de Atenção Básica que o enfermeiro necessita realizar na saúde da família são numerosas.

As dificuldades identificadas em relação à articulação gerência e assistência mediante a falta de recursos estruturais e humanos são características peculiares dos serviços de saúde, em que muitas vezes os enfermeiros precisam ajustar recursos finitos a necessidades de cuidado de saúde da população que normalmente surgem sobrepostas nos serviços, exigindo esforços e adequabilidades contínuas dos profissionais para a solução destas situações. Tal atribuição e o sentimento de que o trabalho realizado consiste em um “apagar de incêndio” continuamente refletem negativamente na qualidade da assistência à saúde prestada pelo enfermeiro e numa desmotivação do profissional (KESSLER e KRUG, 2012), impactando, inclusive, na construção de sua identidade.

No contexto de trabalho do enfermeiro na saúde da família, percebe-se também que ainda se mantém distâncias ideológicas, às vezes fortalecidas pelas distâncias geográficas, entre a equipe e os usuários do serviço, fazendo com que os princípios da saúde da família não sejam implantados com completude, seja por um distanciamento entre a teoria e a prática em serviço, seja pelo distanciamento geográfico que limita os encontros e o estabelecimento de relações de saúde. Para os sujeitos nucleares, as ações permanecem sendo majoritariamente desenvolvidas com foco curativo, mantendo a valorização pela população daquilo que é imediato, aliado a um desconhecimento da proposta preventiva do serviço, assim como pode ser percebido nos depoimentos que seguem:

“O cotidiano do meu trabalho é predominantemente de aspecto curativo. As ações preventivas voltadas à coletividade ficam em segundo plano, embora eu faça a cada procedimento orientações voltadas à prevenção... organizar o atendimento para aquele que não quer agendar com o agente comunitário de saúde, refazendo receitas porque não pegou medicação na data ou perdeu a receita. Àquela que com dificuldade de amamentar, porque não teve o preparo no pré-natal, fazer vacinas na data que a mãe quer, senão a mãe não retorna na unidade para fazê-la em momento

mais oportuno, para ser mais bem orientada, enfim, são entraves por desconhecer a proposta da saúde da família”. ENF3

“Acaba que como estamos responsáveis por toda a zona rural, o vínculo com a equipe fica prejudicado, pois, a população nos encontra com mais facilidade no momento da consulta médica, que tem local e horários pré-definidos, as ações preventivas acabam sendo prejudicadas.”ENF4

Em estudo realizado por Hemmi e Penna (2012), sobre as representações sociais dos usuários sobre a saúde da família, o distanciamento entre o usuário e a ESF também foi percebido, manifesto por meio dos relatos dos usuários sobre o (des)conhecimento dos preceitos da Saúde da Família, embora houvesse um reconhecimento da existência das atividades desempenhadas pela equipe e de sua qualidade, valorizadas (em seu prisma) pelas ações assistenciais oferecidas, tais como a assistência médica e a medicalização.

Apreende-se que a manutenção das práticas majoritariamente curativas, associadas ao distanciamento ideológico dos preceitos da saúde da família, evidenciados pelos sujeitos nucleares deste estudo, bem como pelo estudo de Hemmi e Penna (2012) impactam na construção de sentimentos de não pertencimento, que culminam na fragilidade identitária dos enfermeiros.

Para tanto, percebe-se que o cotidiano de trabalho do enfermeiro na ESF é permeado pelo tarefismo, que reproduz um modo de produção da saúde baseado no curativismo, na produtividade e no imediatismo, mantendo a execução de atividades de cunho preventivo ou de planejamento em segundo plano, culminando na negligência à algumas das propostas filosóficas da ESF. Em estudo realizado por Spagnuolo *et. al.* (2012) acerca dos desafios enfrentados pelo enfermeiro para coordenar as equipes multiprofissionais na saúde da família, fica nítida a dificuldade encontrada frente à sobrecarga de trabalho, a sobreposição de tarefas e a valorização da produtividade, que imputam ao profissional um fazer mecanizado, nos moldes curativistas. Para as autoras, o tarefismo promove a “invisibilidade e a desvalorização profissional” (p.232).

Para Ávila *et. al.* (2013), a visibilidade do enfermeiro tem a prerrogativa de interferir nos modos de trabalho do profissional, sua credibilidade, seu reconhecimento profissional, impactando diretamente na construção de sua imagem social, e, deste modo, impactando na configuração identitária do enfermeiro.

4.2.1.3 Condicionais do trabalho pelo olhar do enfermeiro: A subjetividade dos relacionamentos

O trabalho na ESF é orientado, dentre outras características, pela interdisciplinaridade do trabalho, pela abordagem integral e resolutiva das práticas e pela valorização de saberes, pelos processos de acompanhamento e avaliação das atividades implementadas, almejando a readequação do processo de trabalho. Logo, é essencial que se efetive o trabalho em equipe para a viabilização do trabalho na ESF, considerando o compromisso de prestar assistência pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade das necessidades de saúde, por meio de práticas humanizadas, éticas e responsáveis. Entretanto, há obstáculos para construção do trabalho em equipe com as características mencionadas (SILVA *et. al.*, 2012).

Neste sentido, faz-se importante identificar os facilitadores e dificultadores do trabalho no contexto da saúde da família, particularmente neste estudo fazendo esta análise especificamente para o trabalho do enfermeiro, visto que os facilitadores e dificultadores do trabalho repercutem nos modos como as ações são produzidas e conduzidas, carregando consigo traços identitários destes profissionais. Para tanto, ficou evidente que, aos olhos dos sujeitos nucleares, o conhecimento da realidade familiar e do ser humano é um dos fatores primordiais para a viabilização do trabalho em saúde da família, sendo que, quando há este reconhecimento, o trabalho e as ações em saúde são facilitadas.

“O que mais facilita o meu trabalho é o conhecimento da realidade familiar. Ajuda na resolução de problemas e na ampliação do vínculo família/profissional; e a possibilidade de dividir a responsabilidade entre usuário e família. E acredito que pelo fato de eu aceitar bem que os seres humanos são diferentes, podem pensar diferente, ter objetivos diferentes, valores diferentes e, mesmo assim, conviverem de maneira saudável. O que me mantém acreditando que pode dar certo.” ENF3

Neves (2005) considera que o conhecimento da clientela adstrita e as demandas dela advindas são uma ferramenta importantíssima para o planejamento de serviços e a administração de uma unidade de saúde da família, visando à adequação da capacidade de atendimento e a adoção de medidas com vistas à satisfação das necessidades dos clientes.

Deste modo, a utilização desta ferramenta – o conhecimento da clientela – pode se tornar um mecanismo importantíssimo para a mudança das práticas de trabalho cotidianas do enfermeiro, majoritariamente curativistas conforme mencionado pelos sujeitos nucleares entrevistados, pois “quando reconhecem a necessidade de conhecer a clientela adstrita, bem como, o perfil de morbi-mortalidade da comunidade, estão apontando para a necessidade do planejamento das ações em saúde” (NEVES, 2005; p.84).

Neste sentido, apresenta-se outro facilitador do trabalho do enfermeiro que atua na saúde da família, uma ferramenta fundamental para efetivação do conhecimento da clientela e da área de abrangência da saúde da família: a atuação do agente comunitário de saúde, que se caracteriza por ser o elo real entre a equipe e a comunidade.

“O comportamento das agentes de saúde com sua área de abrangência sendo um elo com outros profissionais, entidades, escolas e união da equipe de trabalho.” ENF2

O papel do ACS é vital ao bom desempenho da saúde da família pelo seu conhecimento sobre a população onde atua, visto que se preconiza que este indivíduo deve pertencer à comunidade. O contato direto do ACS com os usuários possibilita o aumento da credibilidade no serviço, que passa a estar vinculado aos usuários que, em determinadas situações, sentem-se mais à vontade para procurar a equipe para solucionar seus problemas de saúde (VICENZI *et. al.*, 2010). Sendo assim, é fundamental reconhecer e valorizar a importância das atividades desenvolvidas pelos ACS, como a visita domiciliar, para o fortalecimento dos princípios e das atribuições da ESF (LANZONI, 2013).

Também é fundamental reconhecer a importância da gestão pública como ferramenta para facilitar e viabilizar o trabalho do enfermeiro, dando-lhe autonomia e subsídio para seus atos, além da importância de se ter uma equipe engajada e bem orientada para o trabalho, conforme apresentado:

“Bom diálogo com a gestão, parceria com as outras equipes do município, equipe engajada e compromissada.” ENF1

“Qualidade da equipe, por ser uma equipe que sempre trabalha em conjunto e com bom relacionamento.” ENF4

Considerando nos depoimentos de ENF1 e ENF4 a importância da coesão da equipe para a efetividade do trabalho, sabe-se que o enfermeiro, por meio do processo de cuidar, medeia também à representação de sua equipe, fazendo interface, inclusive, com os processos administrativos da instituição e seus gestores. Para tanto, há que se compreender o conceito de equipe, que se configura como um grupo que compreende seus objetivos e está engajado em alcançá-los de forma compartilhada (CASTANHA, 2004; NEVES, 2005).

Nesse sentido, o cuidado promovido pelo enfermeiro abrange também cuidados do ambiente, dos colaboradores e dos instrumentos de trabalho que utiliza para prestar os cuidados específicos (CASTANHA, 2004). Faz-se necessário, então, estabelecer um processo

de comunicação verdadeira, onde se respeite a divergência de opinião, para que o projeto de cuidados da equipe seja verdadeiramente implementado, bem como se estabeleça a organização do serviço e a clara definição de papéis (NEVES, 2005).

O processo comunicativo interfere na motivação do enfermeiro. Ademais, foram mencionadas a desvalorização profissional advinda da falta de organização institucional, que acarreta sobrecarga de trabalho, falta de reconhecimento profissional (inclusive por membros de sua própria equipe), informalidade de trabalho entre outros aspectos:

“...acúmulo de funções, falta de educação permanente, falta de valorização do profissional.”ENF2

“...Se eu estou atendendo uma pessoa, não considera que é uma consulta de enfermagem, é só conversar. Eu tenho que estar sempre cobrando que preciso do prontuário do paciente para registrar e isto cansa...Há sobrecarga de serviço, temos que desenvolver atividade técnica, administrativa, secretariar o médico e fazer receitas; tem que ser mil e uma utilidades, inclusive em ações que não são formalizadas ou remuneradas, como as referências técnicas para o estado por exemplo.”ENF3

De acordo com a ENF 3, o trabalho em enfermagem tem apresentado uma característica marcante, qual seja estar em constante produção anônima, procurando satisfazer as necessidades dos clientes, da equipe, dos demais profissionais e da instituição, o que reflete em sua (des)valorização e conseqüente (des)motivação para o trabalho.

Soma-se a tal realidade a valorização social diferenciada entre os trabalhos especializados, que direciona as relações de subordinação entre os diferentes segmentos de trabalho e seus respectivos agentes, como também as falhas no processo de trabalho (precariedade, informalidade), inadequação na organização e indefinições de papéis dos profissionais e suas ações, além da valorização, ainda presente no cotidiano, do modelo biomédico (SILVA *et. al.*, 2012).

Ao se manter a desorganização institucional, a falta de autonomia dos profissionais, a falta de coesão da equipe, a informalidade do trabalho, a falta de instrumentos que normalizam e orientam a prática na saúde da família, abre-se uma lacuna no processo de trabalho. Tal lacuna fragiliza o trabalho de modo que o clientelismo e a ação política aproveitam-se da desorganização do serviço em benefício próprio, de cunho eleitoral, impactando no trabalho do enfermeiro:

“Falta autonomia de ação, porque no município não tem normas e rotinas e protocolos estabelecidos, ficamos expostos à pressão política de responder a demanda individual em detrimento da coletiva.”ENF3

“Falta de comprometimento do usuário com o tratamento, politicagem, pessoas querendo se promover usando o enfermeiro...”ENF2

Sabe-se que o processo de trabalho em saúde é marcado por diversos interesses, conflitos, necessidades, tensões e confrontos, nos quais, de um lado, se encontram os interesses políticos e, de outro lado, os interesses dos trabalhadores em geral, e usuários dos serviços, que nem sempre são equacionados de forma a atender aos anseios de todas as partes envolvidas. Neste sentido, é necessário que se construa uma agenda municipal de políticas públicas, pautada na legalidade, moralidade e princípios do SUS, visando organizar o processo de trabalho e atender, tanto às necessidades de saúde da população, quanto considerar os níveis de satisfação profissional e pessoal dos trabalhadores, e, ainda, atender as demandas políticas locais (BACKES *et. al.*, 2012).

Faz-se necessária, também, a construção de instrumentos administrativos e organizacionais como as normas e rotinas dos serviços, entendendo-se como normas, um conjunto de instruções para fixar procedimentos, métodos, organização, que são utilizados no desenvolvimento de atividades; e como rotinas, o conjunto de elementos que especificam as maneiras exatas pelas quais uma atividade deve ser realizada, bem como protocolos clínicos, para que se normatizem e organizem as ações em saúde da família, eliminando lacunas do serviço passíveis de intervenção por agentes políticos e que possam inviabilizar a oferta de ações para a coletividade (NEVES, 2005).

A utilização de instrumentos organizacionais e administrativos viabiliza a realização do trabalho orientado, integral e fundamentado, permitindo a emancipação do enfermeiro, que pode incorporar em seu cotidiano características próprias para facilitar o trabalho, fortalecendo sua liderança junto à equipe, à instituição e à comunidade, com autonomia para construir um projeto de cuidado, e, com isso, obter satisfação profissional.

Destaca-se que a liderança é característica importante do enfermeiro na saúde da família, e deve ser desenvolvida no contexto de trabalho, considerando cada indivíduo de modo diferenciado para que suas características sejam valorizadas. O depoimento de ENF 3, reflete esta peculiaridade da liderança, o reconhecimento da diversidade de cada indivíduo e a possibilidade de convívio e compartilhamento de conhecimentos:

“E acredito que pelo fato de eu aceitar bem que os seres humanos são diferentes, podem pensar diferente, ter objetivos diferentes, valores diferentes e, mesmo assim, conviverem de maneira saudável. O que me mantém acreditando que pode dar certo. Tenho liderança, humildade, flexibilidade e busco manter um clima de respeito na equipe. Tenho vínculo com a comunidade e isto é muito gratificante.”ENF3

Para uma boa liderança, acredita-se que as diferenças pessoais devam ser contornadas por meio de um relacionamento que tem como princípio a boa comunicação e a empatia, levando em consideração a peculiaridade humana, uma vez que indivíduos possuem desejos e necessidades diferentes (BLANCO *et. al.*, 2013).

Neste sentido, como catalizadora deste processo de conhecimento mútuo, pressupõe-se que a liderança na ESF deve ser carismática, executiva, resolutiva, empreendedora, acolhedora, para que possa propiciar a construção de vínculos, mobilizar vontades, e mediar democraticamente os conflitos internos da equipe-equipe, entre equipe e comunidade e internas da comunidade. No entanto, para haver boa comunicação não basta somente o líder se disponibilizar a ter uma boa comunicação com o grupo, mas também é preciso que o grupo esteja disposto a interagir de maneira produtiva, buscando um relacionamento sadio com seu líder, visando boas condições no ambiente de trabalho, bem como um planejamento adequado e conjunto das ações (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2008).

Mediante a construção de mecanismos eficazes de comunicação e mediação de conflitos entre instituição-equipe-comunidade, criam-se ferramentas para minimizar os efeitos de alguns intervenientes do trabalho de enfermagem que dificilmente podem ser modificados no cotidiano de trabalho, tais como as barreiras e a extensão geográfica das áreas rurais, conforme mencionado por ENF 4.

“Não diria ser um fator que dificultasse, mas a distância territorial da zona rural é muito extensa e há muitos pontos de atendimento, e com isso o trabalho da equipe fica a desejar.” ENF 4

Ressalta-se que o trabalho na área rural demanda um maior esforço da equipe e da população devido às longas distâncias entre as localidades e mesmo entre as residências. Em estudo realizado por Lara (2008), a situação assemelha-se à condição do presente estudo, ao relatar que a clientela sofre limitações com relação à distância até a sede do município onde se realizam as consultas especializadas referenciadas pela ESF, ou mesmo, os exames laboratoriais (LARA, 2008).

No que concerne à configuração identitária do enfermeiro na saúde da família, percebe-se que as condições do trabalho repercutem em seu cotidiano de forma a exigir a superação das dificuldades por meio de atitudes que refletem seu modo de ser e de fazer em saúde, interferindo em sua identidade.

Dentre os depoimentos, apreende-se que alguns dos facilitadores encontram-se nos relacionamentos promovidos pelo trabalho, tais como com a equipe e com as famílias, estabelecendo vínculos e ação partilhada. Deste modo, emergem das relações subjetivas interpessoais atos de atribuição e pertença capazes de reconfigurar a identidade social do enfermeiro.

4.2.1.4 O relacionamento do enfermeiro com seus pares: o motivador

A interação cotidiana com o outro tem o potencial de ajudar a transformar o próprio modo de ser, fazer e conviver, melhorando, assim, as alianças do enfermeiro para com a sua equipe. Para Castanha (2004; p.5), “o fazer do enfermeiro tem por motivação maior a sua identidade, que é ser visto, reconhecido, procurado e aceito como o ‘profissional enfermeiro’”, e tal “fazer” se dá no cotidiano das relações subjetivas com os pares que lhe são significantes – clientes, gestores e equipe de saúde.

Neste sentido, a comunicação multidisciplinar torna-se imprescindível fazendo com que se reconheçam as competências dos membros da equipe, e que cada profissional assuma a responsabilidade dos seus atos e confie na integridade dos outros elementos da equipe (NOGUEIRA, 2010).

A perspectiva multidisciplinar possibilita um trabalho mais articulado da equipe de saúde, no que diz respeito à compreensão dos profissionais sobre o trabalho de seus colegas, como no que diz respeito à qualidade do trabalho final, desenvolvido em conjunto. Esta prática coloca-se como potencializadora na conexão entre os diversos olhares profissionais, possibilitando outras formas de relação entre os trabalhadores envolvidos no cuidado (LANZONI *et. al.*, 2013).

Percebe-se, pois, o quanto são subjetivas as relações em equipe, que se constroem por meio da interação de impressões e atitudes individuais. Pela fala das entrevistadas, tal fato fica evidente, percebendo-se que o relacionamento em equipe é complexo e não somente permeado pelas relações profissionais, mas também por laços afetivos, como explicitado:

“O relacionamento do enfermeiro e dos demais membros da equipe é muito complexo, pois cada pessoa traz consigo ligações por traços profissionais, afetos, amizades e afinidades sendo condicionada por uma série de atitudes recíprocas. Consequentemente essas características possibilitam ao trabalhador para maior ou menor credibilidade no local de trabalho. A base para a equipe fluir bem é saber colocar-se diante de sua equipe.”ENF2

Para Castanha (2004), para que o processo de cuidar do enfermeiro torne-se visível no contexto da equipe, é necessário que além da competência e do conhecimento científico-tecnológico, o enfermeiro desenvolva sentimentos como a responsabilidade, engajamento, gentileza, empatia, respeito, interesse e diálogo, tanto para com os usuários quanto para sua equipe.

No contexto do relacionamento em equipe é evidente a importância do diálogo. Nas entrevistas deste estudo, percebe-se que a postura do enfermeiro conduz o funcionamento da equipe, dialogando, exigindo e elogiando quando necessário, alinhando as ações para adequá-las aos princípios da saúde da família, por mais que haja divergências internas no cotidiano de trabalho.

“O relacionamento com a equipe no meu ponto de vista é muito bom, sempre procuramos manter um bom diálogo”. ENF4

“Estabelecemos uma relação de confiança, respeito e companheirismo, desde o início esclareci que sou uma pessoa aberta a opiniões, não sou uma pessoa autoritária, contudo, gosto que o trabalho seja exercido com seriedade e respeito, tanto entre a equipe quanto com a população. Há momentos que tenho que sentar com a equipe e exigir mais, cobrar metas e outras para elogiar o desempenho.”ENF1

“Alguns membros não sabem atuar em equipe, não tem perfil. Essa situação desencadeia a frustração no grupo de trabalho, o que produz desmotivação e, por conseguinte, atrito pessoal.”ENF3

Tal alinhamento da equipe caracteriza uma das atribuições gerenciais do enfermeiro no contexto da saúde da família. Nessa ótica, Neves (2005) em estudo realizado com enfermeiros visando a conhecer as competências gerenciais essenciais ao bom desenvolvimento do trabalho na saúde da família, evidenciou a importância considerada pelo enfermeiro ao estabelecer um relacionamento interpessoal positivo com a equipe e com o usuário. Para o autor, é fundamental que o gerente desenvolva a capacidade de gerenciamento de conflitos que por ventura ocorram. Os enfermeiros também consideram como uma importante competência gerencial, a capacidade de motivar sua equipe de saúde e a comunidade para adequarem-se aos princípios da saúde da família.

Desse modo, a motivação constitui-se como a mola mestra do comportamento das pessoas; sua aplicação no contexto da equipe é indispensável para que o administrador possa contar com a colaboração irrestrita de todos (CUNHA *et. al.*, 2013).

Por meio da motivação alinham-se as ações desenvolvidas na equipe. Pensando-se em saúde da família, pressupõe-se que ao motivar, os membros da equipe busquem conhecer mais sobre dos fundamentos do trabalho em saúde da família e atuem almejando objetivos comuns.

A motivação torna-se uma forma para combater situações do cotidiano em que vários profissionais desconhecem os objetivos da saúde da família, levando a divergências quanto aos objetivos de trabalho, culminando com a dificuldade de relacionamento no interior das equipes, conforme se pode perceber:

“O meu relacionamento com os demais membros da equipe é bom. A maior dificuldade é conscientizar a equipe de ter uma visão das diretrizes do PSF.”ENF3

No que concerne à construção da identidade, percebe-se que as socializações (BERGUER e LUCKMAN, 1987) cotidianas em equipe e junto à comunidade fortalecem a identidade do enfermeiro, que se propõe a ser um motivador, integrando os membros da equipe e a comunidade aos pressupostos da saúde da família.

4.2.1.5 A formação profissional: Adequações para o mercado

A atuação do enfermeiro na saúde coletiva sugere a aproximação da formação acadêmica com as mudanças na prática da saúde pública brasileira, permitindo que esse profissional desenvolva uma visão ampliada das questões de saúde, discutindo seus determinantes e condicionantes, elencando prioridades e planejando ações em equipe (RAMOS *et. al.*, 2009).

Pelo fato de ser um curso com a formação universitária generalista, a enfermagem está qualificada para integrar e fomentar ativamente os princípios do sistema de saúde pública, sobretudo, nas atividades interativas e gerenciais, as quais requerem maior envolvimento, sistematização e comprometimento com as reais necessidades de saúde da população (BACKES *et. al.*, 2012).

Para os sujeitos nucleares deste estudo, a formação em enfermagem vem se modificando ao longo dos anos, acompanhando as mudanças no contexto e concepções

mundiais de saúde. Neste sentido, foi possível perceber a mudança do foco da formação, anteriormente centrada na assistência hospitalar, no assistencialismo e curativismo, passando para uma formação mais adequada aos preceitos do SUS, saúde coletiva e preventivismo, evidenciado nos depoimentos a seguir:

“Quando me formei, o ensino em enfermagem era mais voltado para o trabalho dentro do hospital, não eram tão difundidas as ações de atenção primária como hoje. No entanto fui buscando mais conhecimentos e hoje consigo atuar com facilidade na saúde da família.” ENF3

“Na faculdade a grade curricular estava mais voltada para a atenção básica em saúde pública, com isso pude aprender muito e identificar com a ESF.”ENF4

O trabalho de reorientação dos modos de formação profissional vem acontecendo ao longo dos anos, orientado pelo Ministério da Saúde brasileiro, que por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, vem atuando crescentemente, no sentido de ampliar a formação dos profissionais da saúde, de modo geral, para a área da Atenção Primária, com o intuito de fortalecer a cobertura da ESF e aumentar a resolutividade da atenção à saúde no SUS. A referida formação também faz parte da Política Nacional de Educação em Saúde, que

traz à tona aspectos como o conceito ampliado de saúde; a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que considerem o trabalho como eixo estruturante das atividades; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a integração entre o ensino e os serviços de saúde; o aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, a qualificação da gestão, dentre outros (BACKES *et. al.*, 2012; p.228).

Tais mudanças foram percebidas pelos sujeitos nucleares em sua formação e evidenciadas em suas entrevistas. Percebe-se que, pela diferença temporal entre as graduações de alguns sujeitos nucleares, houve diferenças quanto à formação, anteriormente voltada para modelos distintos da saúde da família, exigindo da profissional uma adequação com vistas a qualificar-se para atuar no mercado.

“Sou enfermeira formada pela Unifenas de Belo Horizonte em 2006, possuo especialização em Gestão de PSF e estou cursando outra pós graduação, agora pela UFMG em Saúde da Família. O curso foi importantíssimo pois me orientou tanto na teoria quanto na prática e, ao atuar, me senti preparada e segura para desempenhar as funções as quais são atribuídas ao enfermeiro de uma estratégia de saúde da família”.ENF1

“Quando formei estava no início o “PSF” agora Estratégia de Saúde da Família, mas procurei aperfeiçoar, fazendo logo após a especialização em Saúde da Família, com isso ajudou muito nos grupos operativos e no meu dia a dia.”ENF2

Sabe-se, porém, que a estruturação da graduação em enfermagem é dinâmica e sofre interferências de instituições de ensino e sua clientela. Neste sentido, houve mudanças quanto a carga horária do curso e conseqüente dedicação do aluno, grade curricular, mudanças no perfil dos alunos e egressos da graduação. Assim, ENF 2 acredita que a formação atual está aquém das exigências do trabalho em saúde da família, sendo possível estabelecer melhorias neste processo, observado a seguir:

“Quando formei, há doze anos, o ensino era totalmente diferente, a faculdade era em período integral, exigia muito mais do aluno, acredito que hoje a maioria das faculdades está inadequada para a realidade do SUS, nota-se despreparo de colegas quando assumem gerências do SUS.”ENF2

No entanto, salienta-se que a construção do conhecimento como processo dinâmico reflete as transformações inerentes ao momento por que passa a Enfermagem. Estas transformações evidenciam a contínua geração de conhecimentos e isso vem gerando desafios para a prática profissional do Enfermeiro, uma vez que impõe novas exigências, as quais geram desafios, também, para a prática pedagógica das instituições e dos docentes responsáveis pela formação deste profissional. Com a ESF, a Enfermagem se traduz na busca de um maior compromisso social, constituindo-se em grande desafio, principalmente no que se refere à necessidade de se repensar os rumos que sua prática social deve tomar, considerando-se as inovações cotidianas requeridas.

De tal modo, apreende-se que a formação profissional do enfermeiro reproduz necessidades de produção da saúde, entendidas histórica, conceitual e temporalmente. Ademais, a formação profissional se constitui em um processo de socialização secundária (BERGUER e LUCKMAN, 1987) do indivíduo, e possui intensa repercussão na configuração e reconfiguração identitária do enfermeiro.

4.2.1.6 O reconhecimento como enfermeiro: a dualidade existencial

A singularidade da enfermagem advém da sua inserção social, reunindo toda pluralidade e a complexidade dos modos de se fazer saúde, em atividades simples ou complexas de promoção do cuidado. No entanto, embora o enfermeiro utilize diversos mecanismos e habilidades para efetivar o cuidado em suas práticas de trabalho e torne-se um

diferencial nos processos de cuidar, seu trabalho muitas vezes torna-se invisível (CASTANHA, 2004).

Faz-se importante refletir acerca das percepções dos enfermeiros quanto ao reconhecimento de seu trabalho, o qual pode ocorrer de diversos modos, tais como avaliações institucionais, prêmios, relatos verbais dos pares do enfermeiro etc.

Neste estudo foi apresentada a situação da avaliação institucional como uma forma de reconhecimento, conforme é descrito por ENF 1:

“Foi feita uma pesquisa de satisfação individual de cada membro e a nossa equipe foi a primeira mais bem votada do município de [nome] em todas as categorias e, isso representa que estamos no caminho certo e com certeza que sempre procurando melhorar cada vez mais.”ENF1

A esse respeito, estudos apontam que o reconhecimento e a valorização obtidos por meio das ações realizadas junto à comunidade e ao paciente, surgem como fontes de prazer e satisfação pessoal e profissional (KESSLER e KRUG, 2012).

Tal fato é mencionado, também, nos depoimentos de ENF 4 e ENF 2, nos quais o reconhecimento pelo trabalho vem por meio da relação afetuosa e pelo estabelecimento do vínculo entre a equipe e a população. Ressalta-se que o reconhecimento pelo trabalho do enfermeiro apresenta-se, também, por meio do reconhecimento que a população tem pelo trabalho de toda a equipe.

“O que sinto na maioria da população é que todos eles tratam a gente com muito respeito, e tem grande consideração pelo nosso trabalho”. ENF4

“Acho que eles pensam que sou alguém em quem podem confiar. Quando o enfermeiro se coloca a investigar as necessidades da comunidade para melhor entendê-los, permite a partilha de experiências para que a comunidade tenha confiança no enfermeiro. Na ESF Dr Antônio essa confiança foi adquirida ao longo do tempo com o apoio de toda a equipe.” ENF2

No entanto, percebe-se a presença dos atos de atribuição de senso comum que relacionam a atuação do enfermeiro reduzida ao auxílio do trabalho médico, ou como se a enfermagem fosse um degrau para se conquistar a medicina, conforme observado:

“Acho que as pessoas pensam que enfermeiro é o auxiliar do médico, já que falaram que sou “quase médico”.” ENF3

Considera-se que o trabalho de enfermagem é extremamente desgastante, não somente em decorrência de aspectos operacionais, mas também devido às exigências relativas à responsabilidade para com os pacientes, tanto no aspecto físico, quanto no aspecto moral, social e psicológico. No entanto, para Cunha *et. al.* (2013), o profissional de enfermagem, apesar de possuir autonomia para tomar certas decisões, fica prejudicado quando o assunto é poder administrativo na organização como um todo, status e prestígio. “Parece que esse profissional ainda carrega o ranço de apenas ser um ajudante de outros técnicos de saúde, principalmente os médicos” (DIAS *et. al.*, 2013; p.466).

Salienta-se que, o exaustivo fazer sem a devida visibilidade e o reconhecimento, tanto em nível pessoal como de equipe, têm sido um determinante para a desmotivação para o trabalho e até para o adoecimento (CASTANHA, 2004).

Como uma forma de enfrentamento a este senso de inferioridade da enfermagem, é necessário, efetivar uma política de gestão de pessoas que confira segurança e autonomia aos profissionais, atendendo suas satisfações e proporcionando condições de trabalho compatíveis as necessidades, minimizando o desgaste físico e mental que a profissão acarreta e o sentimento de frustração (CUNHA *et. al.*, 2013).

A percepção de si referente ao reconhecimento ou não como enfermeiro neste estudo demonstrou uma dualidade existencial dos enfermeiros. Embora percebam o reconhecimento de seu papel, referidos pelas manifestações no cotidiano de trabalho de sentimentos de afeto, avaliações formais, ou características valorativas; percebem também que há uma fragilidade de identificação no momento em que atos de atribuição (DUBAR, 2005) denotam ao enfermeiro uma incompletude profissional (o quase ser), que repercute diretamente em atribuições próprias dos profissionais, sua autonomia e realização.

4.2.2 A identidade social virtual - O enfermeiro para o outro

Atualmente sabe-se que a enfermagem é uma profissão que assume suma importância no funcionamento das unidades de saúde e na qualidade do cuidado dispensado ao indivíduo. A capacidade de trabalho destes profissionais confere-lhes uma especificidade muito própria dentre as profissões da saúde, na prestação e gestão do cuidado, ao longo do processo saúde-doença (NOGUEIRA, 2010).

Neste sentido, faz-se necessário reconhecer a identidade deste profissional, que se manifesta por aquilo que se afirmam ser, bem como pelos os valores e concepções atribuídos a eles pelos seus pares. O valor atribuído pelo outro quanto ao trabalho do enfermeiro possui

um potencial de reafirmação, de confirmação de uma identidade socialmente constituída em cada ato profissional. Entretanto, pode também gerar-lhe rupturas quando não se reconhece no olhar que o outro lhe atribui.

Destaca-se que, tanto os significados conferidos à auto e à heteroimagem dos enfermeiros estão diretamente ligados às vivências cotidianas dos sujeitos, perpassando por questões relacionadas à equipe, ao espaço oficial e oficioso – determinado pela organização de modo não oficial, informal - ocupado nesse dia-a-dia e a forma como a população reconhece estes profissionais. Para Gomes e Oliveira (2005b), nesses significados estão implícitos os conflitos entre as equipes profissionais, as questões hegemônicas de poder presentes nas unidades de saúde e o aspecto multifacetado da imagem do enfermeiro, para si mesmo, para a equipe de saúde e para a sociedade.

Assim, é fundamental que cada profissional reconheça as percepções que a sociedade confere à sua profissão, visto que os atos de atribuição fazem parte do processo de delineamento identitário dos sujeitos (DUBAR, 2005). Além disso, o reconhecimento e a valorização profissionais fazem parte da satisfação das necessidades humanas imprescindíveis ao seu bem-estar, como ser singular, integrado a um grupo social, em uma determinada comunidade (NOGUEIRA, 2010).

4.2.2.1 O olhar do outro face ao trabalho do enfermeiro: O profissional plural em busca da integralidade da assistência

Durante as entrevistas deste estudo, foi possível perceber que os sujeitos secundários reconhecem o enfermeiro como um “profissional plural”, capaz de atuar de diversos modos, na assistência direta ou na gerência das unidades de saúde e das equipes sob sua supervisão; tendo a coordenação das atividades como uma característica marcante de seu trabalho, desempenhada tanto junto à equipe quanto junto à comunidade.

“O papel fundamental do enfermeiro é coordenar a equipe, mantendo o respeito a organização, dedicação, responsabilidade e a ética profissional.” (TE2)

É interessante observar que esta pluralidade é atribuída principalmente por aqueles que convivem com o enfermeiro no cotidiano do trabalho, notadamente na entrevista do coordenador da atenção primária, imputando ao enfermeiro uma atuação em extensos campos, conforme explicitado no depoimento de CAP:

“O enfermeiro atua na ESF com ações que vão desde o planejamento das ações, organização do processo de trabalho da equipe, atividades de educação em saúde e educação continuada, até atividades da organização geral como o cuidado com a manutenção das unidades básicas de saúde, os veículos e os insumos necessários para a execução de sua prática e de sua equipe. Ele também tem como papel desenvolver ações pertinentes as suas habilidades e competências técnicas na assistência, além de ações de prevenção e promoção da saúde. Na ESF, ele deve trabalhar de acordo com a realidade de seu território de abrangência interferindo de forma positiva e holística no cliente a fim de contribuir para a recuperação, manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida”. (CAP)

A pluralidade profissional do enfermeiro pôde ser reforçada a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que mediante nova forma de se conceber a produção da saúde, ampliou o campo de atuação dos profissionais deste setor, notadamente o do enfermeiro, que passou a desempenhar um papel de articulador das ações em saúde no contexto da equipe. Este fato possibilitou a criação de uma nova forma de entender o papel do enfermeiro, que, além da assistência e cuidado direto ao usuário, realiza, na maioria das vezes, a coordenação e a liderança de equipes sob sua supervisão (RAMOS *et. al.*, 2009).

Nos depoimentos a seguir pode-se perceber que há o reconhecimento, pelos sujeitos secundários, da pluralidade presente no campo de trabalho do enfermeiro na ESF. No entanto, cabe ressaltar que embora o enfermeiro possua a diversidade como característica principal de sua atuação, há a primazia do reconhecimento por atividades de cunho técnico e a menção de atividades que não possuem relação direta com o cliente ou com a própria enfermagem, tais como o cuidado com veículos e a atuação como motorista da equipe.

“O papel do enfermeiro é colher preventivo, fazer receita, puericultura, curativo, vacinas...” (ACS3)

“...até atividades da organização geral como o cuidado com a manutenção das unidades básicas de saúde, os veículos e os insumos necessários para a execução de sua prática e de sua equipe.” (CAP)

“O papel do enfermeiro na ESF consiste em acolher, orientar, realizar ações de prevenção e promoção da saúde de toda a comunidade, dando atenção especial às gestantes, crianças, idosos, hipertensos e diabéticos. Deve orientar às gestantes quanto às consultas de pré-natal, preparação para o parto, amamentação... Orientar quanto aos cuidados com o bebê, vacinação, puericultura. Realizar visitas domiciliares para curativos e outros procedimentos... E também nos ajudar quando leva a gente ou o médico para visitas distantes porque não temos motorista...”(ACS4)

“Realiza consultas, realiza pré-consulta, faz curativo, administra medicações, vacinas”. (US5)

“... aqui é medir a pressão da gente, se precisa de um exame de glicose faz na hora, tem a maior boa vontade com a gente, outras coisas que o enfermeiro faz aqui, o curativo, que muitas vezes eu já precisei porque na profissão da gente machuca muito. (US3)

“Vacina, ajuda nas pequenas cirurgias.” (US4)

A análise dos depoimentos permite inferir que no âmago da pluralidade dos papéis atribuídos ao enfermeiro existem resquícios de uma imagem que confere a este profissional apenas o fazer técnico, limitando sua intervenção a procedimentos, como pode ser evidenciado nos discursos do ACS3 e dos Usuários 3 e 4. O maior reconhecimento pelos sujeitos secundários das atividades técnicas corrobora com a situação de manutenção do curativismo nas práticas de saúde, quer seja reforçada pela demanda por serviços curativos pela população, quer seja pelo dimensionamento de pessoal de enfermagem inadequado à demanda real do serviço, que impõe ao profissional abdicar de práticas de promoção à saúde, planejamento, supervisão, etc. visando solucionar a demanda do serviço.

Por outro lado, o ACS4 revela uma compreensão mais ampliada do papel do enfermeiro e coerente com as premissas ideológicas da ESF ao conceber como atos de atribuição a realização de intervenções em distintos grupos populacionais. No âmbito dessas intervenções destacam-se as atividades de orientação às quais carregam um cunho educativo importante, bem como se destacam a realização de visitas domiciliares, que se configuram como uma importante ferramenta de efetivação do trabalho do enfermeiro junto à comunidade.

Destaca-se também no depoimento de U5, a realização da pré-consulta que, na prática, caracteriza-se pela mensuração de dados vitais para subsidiar a consulta médica. Tal atividade desenvolvida por enfermeiros representa um enfraquecimento da autonomia profissional, bem como a manutenção da representação social do enfermeiro como um auxiliar do profissional médico.

Com relação à pluralidade de atividades desempenhadas pelo enfermeiro no contexto da saúde da família, principalmente relacionadas à atribuição de papéis informais, tal condição pode gerar significados distintos e contraditórios na prática que impactam na identidade deste profissional, tais como a importância do papel desempenhado por ele junto da equipe de saúde da família, por um lado, e por outro lado pode expressar a ausência da efetivação de um campo específico de ação.

A dificuldade em delimitar um campo específico de práticas e saberes pode impactar negativamente na construção da identidade do enfermeiro, fato este que possui a potencialidade de acrescentar estresse ao seu cotidiano (OLIVEIRA e BONARDI, 2010).

Neste sentido, com relação à construção da identidade do enfermeiro, Gomes e Oliveira (2005b) consideraram que o profissional não consegue delimitar o seu papel em função de sua atitude pessoal e profissional, que se coloca em uma proposta de fazer tudo o que diz respeito ao cliente ou à unidade de saúde, bem como consideram a inexistência da identidade profissional (a qual faz parte da identidade social) do enfermeiro devido a uma percepção conflituosa de si mesmo e de sua prática, em uma não circunscrição de seu espaço e indefinição de papéis, que pode ser fortalecida e disseminada por uma falta de organização e formalização institucionais que impõem ao enfermeiro para a consecução de ações que nem sempre estão em seu campo de atuação (GOMES e OLIVEIRA, 2005b).

Ressalta-se, ainda, que a participação dos enfermeiros na realização de atividades gerenciais e assistenciais concomitantemente representa, para muitos deles, uma situação geradora de conflitos (internos e organizacionais) e de indefinição quanto aos seus papéis, dado que, em muitos casos, assume-se um vasto leque de atividades cuja priorização e conciliação tornam-se praticamente inviáveis (BRITO *et. al.*, 2008).

Destaca-se o quanto se reforçam nos depoimentos dos entrevistados a extensão da atuação do enfermeiro, ainda, em uma ação que possui a característica de tentar garantir a integralidade da assistência¹ em todas as fases do desenvolvimento humano, promovendo a assistência de acordo com as necessidades da comunidade.

“Seu papel é importante na unidade, organiza ações realizadas pelos ACS’s, atende a comunidade em suas necessidades, visando a prevenção e a promoção da saúde para todos, por exemplo, com as crianças, gestantes, idosos, adolescentes, saúde da mulher e do homem...” (TE4)

¹ Para Mattos (2005), o princípio da integralidade pode ser entendido em três grandes conjuntos de sentidos, quais sejam relacionados aos atributos de organização dos serviços, às respostas governamentais aos problemas de saúde e às práticas dos profissionais de saúde, que considera boas práticas dos profissionais admitindo que a integralidade está presente no encontro entre profissional e paciente, onde se busca o reconhecimento das demandas de saúde para além do que está explícito, numa ação contínua que promova técnicas de prevenção e promoção da saúde, organizando o consumo de bens e serviços de saúde e superando o reducionismo.

Oliveira e Bonardi (2010) destacam em seu estudo a integralidade da atenção como competência do enfermeiro, que se deve pautar em seguir princípios de promoção e proteção à saúde, de forma a prevenir agravos, diagnosticando, tratando, e agindo na reabilitação e manutenção da saúde de indivíduos e/ou famílias. Sua ação pode acontecer nas Unidades de Saúde da Família (USF), bem como, quando necessário, oferecer os serviços no domicílio e também em espaços comunitários, atuando na assistência às diversas fases do desenvolvimento do ser humano: na infância, na adolescência, no adulto e idoso; de acordo com protocolos e/ou normas técnicas estabelecidas, de acordo com as disposições legais da profissão.

Estes autores afirmam que ao enfermeiro cabe, além das atividades assistenciais, o planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações desenvolvidas pelos profissionais da equipe; supervisionar, coordenar e realizar frequentemente ação educativa dos ACS e da equipe de enfermagem; ter participação no gerenciamento de insumos necessários para um bom funcionamento da USF, realizar consulta de enfermagem, fazer solicitações de exames complementares e prescrição de medicações (OLIVEIRA; BONARDI, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, o enfermeiro na ESF tem como atribuições: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar as ações produzidas, priorizando a assistência integral, considerando as reais necessidades da população. Para Amarante *et. al.* (2011), a atuação do enfermeiro pautada na busca pela integralidade e equidade na assistência permite uma expansão das ações em saúde da família, e este crescimento amplia o acesso da população aos bens públicos em saúde, inclusive por grupos sociais até então excluídos dos serviços de atenção básica de saúde.

No contexto destas atribuições do enfermeiro, e em suas características mencionadas pelos entrevistados, pode-se perceber aquilo que histórica e culturalmente se estabeleceu como a essência da enfermagem: o cuidado.

“Basicamente o papel do enfermeiro é o cuidado integral do paciente, assistir, coordenar as práticas, promover a saúde do indivíduo, família e comunidade.” (TE3)

O cuidado de enfermagem é concebido como "um conjunto de ações de acompanhamento contínuo do usuário/população, no transcorrer de doenças ou ao longo de processos socio-vitais [...], visando à promoção, prevenção e recuperação da saúde”

(PEDUZZI e ANSELMINI, 2002, p.394); sendo que sua essência reside no encontro entre os pares e na dimensão comunicativa deste encontro, no sentido da busca do entendimento e reconhecimento mútuo dos sujeitos envolvidos. Nesse momento, cabe ao profissional, no exercício de sua função, buscar a medida justa da necessidade do paciente, fortalecendo relações de continência, acolhimento e vínculo (CECÍLIO, 2001; PEDUZZI e ANSELMINI, 2002).

Nesta concepção de cuidado e frente ao trabalho em equipe proposto pela saúde da família, tanto a enfermagem como as outras profissões envolvidas no processo de cuidar têm uma grande oportunidade de recuperar a visão da integralidade do trabalho, considerando que o trabalho em saúde é um trabalho coletivo (MARQUES e SILVA, 2004).

Nos depoimentos abaixo, percebe-se que os usuários do serviço conseguem materializar este cuidado de distintas formas, tais como pela assistência direta – na realização de curativos e visitas – ou como pelas ações mais subjetivas – como a escuta, as orientações familiares.

“Tá orientando as famílias, né?! E dando atenção, dar orientações para família. É muito eficiente com o cuidado de todas as pessoas que procuram ela” (US1)

“Aqui, o enfermeiro aqui para nós esta sendo tudo, ela faz um pouco de tudo, um cuidado, um curativo, faz visita...” (US3)

Embora as atividades assistenciais se configurem como uma parcela importante do trabalho do enfermeiro e uma forma palpável de promoção do cuidado, limitar-se a elas é fragilizar a potencialidade de uma assistência integral e coerente com as necessidades da população. O maior reconhecimento pelas atividades assistenciais promove uma dicotomia no desempenho do papel do enfermeiro, principalmente quando assumem corriqueiramente no cotidiano as atribuições dos técnicos/auxiliares de enfermagem.

Em estudo realizado por Brondani Júnior *et. al.* (2011) evidenciou-se que, em vários municípios, há primazia do desenvolvimento pelo enfermeiro de atividades técnicas em enfermagem que em muitas das vezes são desempenhadas devido ao dimensionamento de pessoal insuficiente para atender à demanda do serviço, ou pela não efetivação de um trabalho interdisciplinar cotidiano. Este fato, que também acontece no município deste estudo, e pode favorecer a desmotivação do enfermeiro, por não conhecer sua identidade própria.

O mesmo estudo evidenciou, ainda, que muitos enfermeiros compreendem as atividades gerenciais como desvio do cuidado ao usuário considerando, muitas vezes, a assistência e as ações gerenciais como funções dicotômicas. No entanto, é preciso destacar que as atividades gerenciais também promovem o cuidado, e são complementares e indissociáveis das práticas assistenciais (BRONDANI JR *et. al.*, 2011).

De tal forma, é preciso ressaltar a importância de conhecer as atribuições da equipe multiprofissional da saúde da família, podendo-se destacar a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB - (BRASIL, 2012) que estabelece as atribuições de cada profissional junto às equipes de saúde, bem como estabelece atribuições comuns para todos estes na equipe multiprofissional.

Espera-se como características importantes desta equipe multiprofissional a interação e o compartilhamento das ações entre os profissionais, bem como uma melhor organização, numa alternativa viável de combate à sobrecarga de trabalho oriunda da negligência de atribuições específicas de cada membro da equipe e da fragilidade identitária advinda do não reconhecimento de papéis (COSTA e MIRANDA, 2008).

A evidência dessa equipe multiprofissional para a promoção do atendimento à população remete à identificação de um processo de trabalho característico, centrado na distribuição das funções específicas para cada profissional, favorecendo a construção de suas identidades, bem como no compartilhamento daquelas atividades que permeiam todos os saberes profissionais. Neste ponto, é importante destacar as considerações de Gastão Wagner acerca das características dos saberes produzidos oriundos do trabalho em equipe, que o autor associa a núcleos e campos de saberes, em que:

O Núcleo é constituído por aquele conjunto de conhecimentos e de atribuições (tarefas) específicos e característicos de cada profissão ou especialidade. Ajudam a construir sua identidade e especificidade. Já o Campo tem uma conceituação situacional e indica aquele conjunto eventual de conhecimentos e de tarefas que uma profissão ou especialidade deverá se apropriar para lograr eficácia e eficiência. O Núcleo é composto por um conjunto estruturado de conhecimento e papéis, e constituem as disciplinas. O Campo representará uma abertura dessa identidade cristalizada ao mundo da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. Estes conceitos foram elaborados em uma tentativa para lidar com o dilema entre burocratização corporativa e diluição interdisciplinar das profissões e especialidades. (CAMPOS, 2006, p.11).

Esta pluralidade da atuação do enfermeiro no contexto da ESF, considerando seus núcleos e campos de saberes, tem se constituído em motivo de destaque alcançado pela categoria da enfermagem na maioria dos programas de saúde, nos quais desempenha os mais

diversos papéis, funções e responsabilidades. Certamente, esses papéis, funções e responsabilidades se encontram agregados ao desempenho de ações assistenciais, gerenciais, de investigação e de ensino desenvolvidos pelo enfermeiro, tanto na saúde da família quanto nos diferentes cenários de produção dos serviços de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária do Sistema Único de Saúde (COSTA e MIRANDA, 2008).

De tal modo, percebe-se que, para os sujeitos secundários, o enfermeiro é um profissional que atua em diversos campos, em abordagens assistenciais e gerenciais, buscando atender integralmente às necessidades da equipe e da comunidade, promovendo o cuidado. No entanto, há inconformidades quanto ao reconhecimento dos papéis desempenhados por este profissional, formal e informalmente estabelecidos na prática, que podem levar a fragilização da conformação identitária de tais enfermeiros.

4.2.2.2 A atribuição da coordenação da equipe ao enfermeiro: O articulador

O enfermeiro traz em sua essência o contato com o outro, seja no exercício da arte de cuidar, como também gerenciando equipes e preocupando-se com quem cuida, uma vez que em seu cotidiano pode se deparar com situações nas quais busca resolver conflitos de sua equipe. Além disso, o enfermeiro deve pautar sua conduta na prática da equidade na tomada de decisões, nortear-se pela ética e a lei do exercício profissional, orientar novas condutas, buscando a participação de seus pares na construção estratégica de planos e projetos (LOPES *et. al.*, 2013)

Atualmente, o enfermeiro tem voltado o seu foco de atenção para a gerência das equipes de saúde, não devendo, pois, negligenciar ações de educação, promoção e proteção da saúde. Nessa direção, os gestores, os usuários e os demais profissionais da saúde visualizam a atuação do enfermeiro como algo considerado imprescindível, inclusive ressaltando que nos serviços há o melhor desempenho quando estes são coordenados por enfermeiros.

Para alguns autores, no entanto, o potencial do enfermeiro precisa ainda ser evidenciado para um melhor aproveitamento de seu trabalho podendo, assim, refletir na melhoria da qualidade da assistência prestada por estes profissionais junto aos serviços de saúde (BACKES, *et. al.*, 2012).

No contexto desta pesquisa, fica evidente a função gerencial do enfermeiro, o qual se posiciona como um coordenador da equipe, responsável pela gestão estratégica e organização de um modo geral. O profissional, ao assumir a função gerencial e reconhecendo as

características da organização, assume a gestão do trabalho, otimizando resultados quantitativos e qualitativos e viabilizando a cooperação nas relações de trabalho, inclusive intermediando conflitos (MELO, 1999; MELO *et. al.* 2013).

Ressalta-se que há o reconhecimento dos seus pares quanto ao papel de coordenador e líder que desempenha, sem haver uma relação direta com a função de “chefe” do serviço. Neste sentido, o enfermeiro torna-se um articulador importante junto às equipes e a administração pública.

“Sua função é coordenar a equipe, podendo tomar decisões juntamente com os demais membros e com a secretaria de saúde...” (ACS2)

“O papel fundamental do enfermeiro é coordenar a equipe...” (TE2)

Percebe-se que o caráter articulador e integrativo da gerência está presente no cotidiano de trabalho dos enfermeiros, sobretudo nas mediações que desempenham. Esta perspectiva encontra ressonância com a abordagem de Peduzzi e Anselmi (2002), as quais afirmam haver no trabalho do enfermeiro uma característica importante a ser observada que é o caráter articulador em suas atividades gerenciais cotidianas. As autoras mencionam, ainda, que esta articulação é observada, tanto em posições intermediárias, quanto de intermediação, ou seja, posições em que o enfermeiro atua mediando soluções ou sendo um elo entre as partes no processo de trabalho.

Em contraponto, para Peduzzi e Anselmi (2002) há ainda dificuldades entre os profissionais e seus pares em atribuir um sentido tecnológico ao trabalho gerencial ou de articulação desenvolvido pelo enfermeiro, culminando em uma dicotomia do trabalho de coordenação ou gerência que reflete negativamente na construção de sua identidade; no entanto, pode-se destacar Merhy (1997) que refere a tecnologia leve como sendo a tecnologia das relações e intercessores existentes no contexto de trabalho que podem gerar significativas mudanças nos modos de se trabalhar e produzir saúde; tecnologia considerada aqui como parcela da função gestora desempenhada pelo enfermeiro.

Esta dicotomia da função gerencial também foi traduzida nesta pesquisa por meio das falas dos sujeitos secundários deste estudo, ao relatarem certa duplicidade de entendimento face ao que seria o papel do enfermeiro nas atividades gerenciais da unidade/equipe, afirmando ser algo administrativo ou burocrático.

“O enfermeiro do PSF trabalha mais na administração, na parte burocrática mesmo...” (US5)

“Seu papel é importante na unidade, organiza ações realizadas pelos ACS's, além das ações de administração, parte burocrática, escrita.” (TE4)

Um estudo realizado por Peduzzi e Anselmi (2002) revelou que alguns profissionais de saúde referem-se às atividades de gerenciamento do cuidado e de gerência da unidade como "parte burocrática", associando-a ao registro do trabalho executado ou ao preenchimento de formulários, protocolos e afins. Para as mesmas autoras, tal associação pode expressar uma concepção errônea que caracteriza o trabalho gerencial como exclusivo controle de processos de trabalho, sendo que, no entanto a administração de serviços de saúde vai muito além da burocracia, mas se caracteriza por uma ferramenta com a finalidade de promover condições para que os objetivos e modelos de atenção à saúde da instituição sejam efetivados com eficácia.

Neste sentido, muitas vezes o trabalho do enfermeiro é confundido com um trabalho burocrático, cujos fins estariam somente no controle do trabalho e consecução de metas previamente estipuladas.

Em contrapartida ao olhar reducionista burocrata, emerge da fala do ACS1 quanto a posição de líder do enfermeiro, que orienta, articula, posiciona-se como elo.

“Praticamente quase todas, porque ela está direto sempre fazendo todo o trabalho, tudo que você precisa ela está junto mesmo e a função dela mais é ajudar, é liderar mesmo, ele faz o cronograma, a gente passa pra ela todas as dificuldades, ele te orienta, o elo principal pra gente é o enfermeiro” (ACS1)

No contexto da saúde da família, a liderança exercida pelo enfermeiro junto às equipes, cujo objetivo é lidar com a saúde da família, advém da experiência com a implantação do PACS, que permitiu ao profissional assumir esta proposta por meio de uma liderança forte, conduzindo suas práticas gerenciais de planejamento, coordenação da equipe, supervisão, execução e avaliação das ações realizadas, criando elo com os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e estabelecendo vínculo com as famílias que fazem parte da estratégia. Este panorama criado seguiu-se até o modelo atual da Estratégia de Saúde da Família, estendendo-se o vínculo aos demais membros da equipe e famílias. Esse relacionamento, permitiu-lhe estabelecer uma relação de confiança assumindo a posição daquele que acolhe, escuta, organiza e articula as ações (LOPES *et. al.*, 2013).

Para Christovam e Santos (2005), no contexto do exercício da enfermagem, há uma vastidão de momentos em que as relações de liderança podem ser estabelecidas, que vão desde ações em que o enfermeiro pode gerenciar, planejar, aprender, ensinar, transformar, até em momentos que participa da tomada de decisão. No entanto, cabe ressaltar que organizar o trabalho de outros profissionais e assumir, de fato, o papel de líder no sistema de saúde ainda são os desafios do cotidiano a ser enfrentados na gerência de saúde (CHRISTOVAM e SANTOS, 2005).

Compreende-se assim que, aos olhos dos sujeitos secundários, o enfermeiro é reconhecido como um articulador das ações no contexto da equipe e da comunidade, e tal postura denota a ele um papel de líder junto à sua equipe e clientela, contribuindo positivamente na construção de sua identidade.

No entanto, percebe-se certa fragilidade quanto às percepções destes sujeitos secundários quanto aos aspectos gerenciais do trabalho do enfermeiro, apresentando duplicidades de entendimentos desta função, caracterizada como algo exclusivamente administrativo ou burocrático. Tal percepção fragmenta a concepção de gerência e, conseqüentemente, a identidade dos enfermeiros, ao compartimentalizá-la como algo distinto da assistência ou do cuidado, quando na verdade são indissociáveis.

4.2.2.3 A manutenção do senso comum e a inferioridade da enfermagem: O ajudante

Embora a enfermagem seja uma profissão autônoma, regulamentada pela Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986 e pelo Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987 (BRASIL, 2009ab), ainda permanece no ideário dos sujeitos secundários a concepção do enfermeiro como o ajudante do profissional médico. Este fato reforça a manutenção de uma imagem de inferioridade profissional técnica e científica, minimizando a complexidade do cuidado multiprofissional proposto na equipe de saúde da família. Esta concepção perpetua o conceito hegemônico da medicina, como eixo estruturador de todos os serviços de saúde, conforme pode ser evidenciado no depoimento a seguir:

“Eu acho que o trabalho dele é essencial, tem muita influência pra ajudar o paciente e ajudar o médico.” (US2)

A manutenção da imagem do enfermeiro como um ajudante se reforça no cotidiano quando, muitas vezes, seu trabalho se confunde com o trabalho do profissional médico ou

funciona como substituto deste último em momentos em que, na falta de vagas para consultas, “garante” a assistência aos usuários renovando receitas, realizando encaminhamentos e referências. Esta percepção encontra ressonância no depoimento a seguir, em que um usuário demonstra claramente o papel substitutivo do médico pelo enfermeiro, ao relatar como se dá o relacionamento da comunidade com este profissional:

É bom, todos chegam à unidade e tiram suas dúvidas com ela, mesmo na ausência do médico, resolve os problemas da população como falta de receitas. (US5)

Deste modo, tal situação fortalece a imagem do enfermeiro como um auxiliar, que pode substituir os demais profissionais quando estes não se encontram ou não são acessíveis. Além disso, estes enfermeiros assumem uma postura que nem sempre condiz com sua atribuição legal, colocando em risco sua prática, inviabilizando muitas ações programáticas e corroborando com uma indefinição de sua identidade social, tanto para si quanto para seus pares.

Percebe-se o quanto a fragilidade identitária do enfermeiro é presente na saúde da família ao analisar o depoimento do Usuário 4, apresentado a seguir. Para ele, por mais que a enfermagem seja entendida como uma profissão distinta da medicina, persiste a concepção da subalternidade cultural existente entre as duas profissões.

“Tem pessoas que acham que o enfermeiro tem que fazer tudo, fazer as atividades do médico, mas são diferentes. Por exemplo, tem o médico, com as atividades dele, e tem o enfermeiro abaixo dele com suas atividades diferentes. Eles não são iguais.” (US4)

Esta inferioridade se fortalece ainda mais quando é replicada aos olhos dos demais membros da equipe de enfermagem e da medicina, conforme pode ser visualizado nos depoimentos a seguir, principalmente do Médico 1, que refere ser atribuição do enfermeiro a realização de pré-consulta médica e a organização e transcrição de receitas. Neste sentido, há um retrocesso quanto à autonomia e resolutividade do enfermeiro, que se mantém como um ajudante e um mediador de respostas quando as atribuições médicas não são totalmente cumpridas no cotidiano.

“É... promover a saúde, dar orientação, é dar continuidade ao trabalho do médico.” (TE1)

“Realizar pré-consulta, organizar e transcrever receitas, organizar a equipe, organizar cronogramas.” (M1)

Percebe-se que as questões de poder hegemônico consequente do saber médico, ainda se apresentam quando se discute o processo de trabalho em saúde, causando desconforto quando, na prática, a enfermagem é considerada como "um instrumento ou um meio do processo de trabalho médico". Este fato pode caracterizar relações de poder, isto é, de dominação e submissão reforçadas pela própria equipe de trabalho e pela comunidade (CHRISTOVAM e SANTOS, 2005; p.554).

Há que se destacar que, na perspectiva de Dubar (2011) e Brito (2004), a distorção da imagem do enfermeiro e de seu papel pelos seus colegas de trabalho e/ou pelos usuários pode lhe gerar rupturas identitárias que impactam diretamente na percepção que o enfermeiro tem de si mesmo. Isto porque é por meio do olhar do outro que a identidade dos sujeitos se constitui. As rupturas identitárias ocorrem, portanto, quando há divergências entre a percepção que se tem de si mesmo e a percepção do outro sobre mim. Os depoimentos dos sujeitos secundários revelam que a percepção que possuem sobre o enfermeiro e de seu trabalho se distancia das discussões atuais e deliberações legais da profissão sobre o perfil do enfermeiro e suas atribuições na contemporaneidade.

4.2.2.4 A integralidade na ação profissional: O integrador

No atual cenário da saúde pública brasileira, é notável a importância do enfermeiro na saúde coletiva, devido a sua atuação tanto no espaço domiciliar quanto no espaço comunitário ou nos centros de saúde. Neste contexto, a enfermagem tem a possibilidade de operar, criativa e autonomamente, nos diferentes pontos de atenção da rede de saúde, seja por meio de ações de educação, promoção ou reabilitação da saúde dos indivíduos. Assim, seu processo de cuidado ocorre por meio da análise e levantamento de situações críticas, por meio das quais se pode articular a intervenção sistematizada de planos de cuidados, superando as fragmentações e assegurando a continuidade e a resolutividade do cuidado em saúde (BACKES *et. al.*, 2012).

O enfermeiro encontra no cuidado ao ser humano a essência e especificidade de trabalho, ofertado em todas as suas dimensões, individual ou coletivamente, de forma integral e holística. No campo específico da saúde da família desempenha seu papel nos diferentes espaços sociais, articulando seu saber em diversas áreas, tais como: na atenção direta, na gestão e organização dos serviços, no ensino e na educação em saúde, na pesquisa e na avaliação, no controle social, bem como no fomento de ações participativas e de promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. “Nessa direção, a autonomia e o protagonismo

social do enfermeiro são construídos por conquistas técnico-científicas, legais e políticas pelo desenvolvimento de práticas cidadãs comprometidas com o bem-estar social” (BACKES, *et. al.*, 2012; p.227).

O enfermeiro possui capacidade e habilidade para compreender o ser humano como um todo, articulando seus saberes em prol da integralidade da assistência à saúde. Possui a capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos e famílias; capacidade de acolher e compreender as diferenças sociais, bem como, de promover a interação e a integração entre os usuários, a equipe de saúde da família e a comunidade.

Assim, a enfermagem aproxima-se, identifica e cria relações efetivas com o usuário, inserido no seu contexto cultural e social, ou seja, busca primeiras intervenções de cuidado em saúde integrando e contemplando os saberes profissionais e os saberes dos usuários e da comunidade. Neste sentido, “a enfermagem pode ser definida como a ciência do cuidado integral e integrador em saúde, tanto no sentido de assistir e coordenar as práticas de cuidado, quanto no sentido de promover e proteger a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades” (BACKES *et. al.*, 2012; p.224).

O papel integrador foi explicitado no campo desta pesquisa, em que aos olhos dos sujeitos secundários, o enfermeiro articula e integra diversos saberes em sua prática diária, buscando promover a integralidade da assistência (MATTOS, 2005) por meio de ações assistenciais e gerenciais. Ao integrar, o enfermeiro possibilita a criação de um campo específico para que o cuidado aconteça, por ações de cada membro da equipe de saúde, individualmente ou em equipe multidisciplinar.

Em sua atuação cotidiana, o enfermeiro consegue integrar as necessidades específicas de saúde da comunidade ao trabalho da equipe de saúde da família, aliando às diretrizes da política de saúde vigente. Neste sentido ele orienta o trabalho, media saberes e direciona as ações de cuidado.

“O trabalho do enfermeiro tem como base o cuidado com o cliente, seja através de ações de prevenção, promoção, tratamento onde acompanha e realiza procedimentos. Suas ações devem ter como base a humanização no atendimento. O trabalho do enfermeiro é fundamental para a organização do serviço de saúde, independente do grau de complexidade. Ele planeja, organiza, monitora, avalia, executa cuidados através dos procedimentos pertinentes a sua área de atuação naquele espaço de trabalho. O enfermeiro atua como um educador, cuidador, administrador, coordenador, gerente, supervisor. Tudo isso no seu cotidiano, de forma concomitante”. (CAP)

“O enfermeiro tem várias atribuições dentro da equipe. Além dos cuidados diretos de enfermagem nas urgências clínicas, o enfermeiro realiza o acolhimento do paciente na unidade, busca resolver problemas tanto em nível individual como

coletivo e ainda é o elo fundamental na relação funcionários x gestor x políticas de saúde”. (O1)

“Realizar as atividades corretamente, realizar consultas de enfermagem, gerenciar, planejar, executar e avaliar a unidade de saúde.” (ACS2)

“O trabalho do enfermeiro basicamente é realizar, com atenção, a saúde dos indivíduos e das famílias cadastradas em cada equipe e se necessário em domicílio e em todas as fases da vida, infância, adolescência, adulta e terceira idade”. (ACS3)

“O trabalho é analisar o grau de satisfação de sua equipe mantendo a organização, realizar consulta de enfermagem, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, realizar ações de saúde em diferentes espaços”. (TE2)

Dentre as atividades citadas merece destaque a consulta de enfermagem que se traduz por uma importante ferramenta de integração entre equipe e comunidade no contexto da saúde da família. A consulta de enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, normalizada pela Lei 7.498/86 que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, e tem como característica possibilitar a legitimação da práxis do enfermeiro, por meio de uma prática autônoma, considerando o indivíduo em seu contexto familiar, inserido em um meio sócio-cultural-ambiental específico (COSTA, *et. al.*, 2012).

Deste modo, percebe-se que o enfermeiro não atua somente com a assistência no contexto da doença, mas seu trabalho está focado na capacidade de agir com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada e competente, que envolva ações integrais e integrativas em saúde (RAMOS *et. al.*, 2009).

Além da forma integral como se desenvolve, uma característica importante do trabalho do enfermeiro é a longitudinalidade, que permite que as ações sejam planejadas e executadas ao longo da vida de cada indivíduo, considerando sua subjetividade de suas necessidades temporais.

“O trabalho do enfermeiro é feito com participação ativa dentro e fora da unidade, de modo contínuo com as famílias e com a equipe, a fim de promover saúde para todos. Acolhe, orienta e educa com muita atenção. Busca soluções para os problemas de modo geral”. (ACS4)

“Ele é muito importante para dar continuidade no serviço e no cuidado com os pacientes, tentando resolver na medida do possível o que o paciente quer e precisa. É muito importante.” (TE1)

A longitudinalidade é considerada a característica central da APS, entendida como o aporte regular de cuidados por parte da equipe de saúde ao longo do tempo. Neste sentido, um

importante meio para se realizar o cuidado longitudinal é promover na equipe o conhecimento do usuário inserido em seu contexto, com suas características sociais, econômicas e culturais.

Para Baratieri e Marcon (2012), a longitudinalidade é de fundamental importância para a atuação do enfermeiro na ESF, pois lhe proporciona melhoria da qualidade da assistência prestada, ao possibilitar a elaboração de planos de ação mais precisos e eficazes pelo profissional. No entanto, percebe-se no cotidiano que ainda são mantidos desafios para sua efetivação, tais como a incipiência das ações de promoção à saúde, a fragilidade do paciente no percurso da RAS, principalmente associada aos inócuos processos de referência e contra-referência, a manutenção e preponderância do curativismo nas práticas diárias.

O cuidado longitudinal permite a instituição do elo entre as equipes, à comunidade e os programas de saúde, e o enfermeiro é um catalizador deste processo. Backes *et. al.* (2012) consideram que o enfermeiro é o interlocutor e o principal agente catalizador das políticas e programas voltados para a saúde coletiva, em especial para a ESF que requer um envolvimento efetivo com as reais necessidades de saúde das famílias e comunidades (BACKES *et. al.*, 2012).

Para os mesmos autores, o enfermeiro é reconhecido, nessa perspectiva, pela capacidade interativa e associativa, por compreender o ser humano de modo holístico, pela integralidade da assistência à saúde, pela capacidade de acolher e identificar-se com as necessidades e expectativas dos indivíduos, pela capacidade de interação direta com o usuário e a comunidade que o rodeia, bem como pela capacidade de promover o diálogo entre os usuários, a equipe de saúde da família e a gestão pública.

No entender dos entrevistados deste estudo, o enfermeiro se aproxima, identifica e procura criar uma relação de empatia com o usuário, independentemente das suas condições sociais. O enfermeiro é aquele que encaminha e otimiza as intervenções de cuidado em saúde de modo que integre e contemple tanto os saberes profissionais quanto os saberes dos usuários

“É essencial na integração da equipe em relação às condutas no atendimento ao usuário, tanto no que se refere à equipe, comunidade ou gestão.” (GEST)

“Possibilita aproximação da família com o resto da equipe. Ele é importante tanto na prevenção e quanto na assistência, pois consegue entender toda a demanda de cada paciente, trazendo para toda a equipe resolver essa necessidade.” (M1)

Ao promover a integração entre o paciente e a equipe de saúde, o enfermeiro fortalece uma das características mais importantes da saúde da família: o vínculo. A instituição do vínculo estimula a cidadania e a autonomia do sujeito, propiciando sua participação ativa na construção do cuidado. No encontro entre profissional e usuário, dá-se uma negociação

visando reconhecer suas necessidades, uma busca de produção de vínculo, com o objetivo de estimular sua autonomia e responsabilização quanto à sua saúde (SCHIMITH e LIMA, 2004).

Para os entrevistados a construção do vínculo tem o potencial de mudar condições de saúde, bem como seus determinantes, demonstrando que o vínculo não possui uma repercussão somente individual, mas que pode atuar sobre o campo da coletividade.

“O enfermeiro é um facilitador na construção de mecanismos para o alcance das condições importantes para a qualidade de saúde da população e dos determinantes em saúde.” (TE3)

Ressalta-se que, para Schimith e Lima (2004), o vínculo deve ser extensivo à toda equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades reais dos sujeitos envolvidos no processo de cuidar, a fim de que se concretize o trabalho vivo em ato (MERHY, 2002). Assim, promove-se uma aproximação entre equipe e usuário, possibilitando a criação e manutenção de um campo fértil para o cuidado.

No cotidiano do trabalho existe uma integração viabilizada pelo enfermeiro que merece ser destacada: o elo entre a equipe e a gestão pública. Neste papel, o enfermeiro catalisa as demandas da equipe e da administração a fim de convertê-las em trabalho vivo (MERHY, 2002), além de ser um instrumento de mediação de conflitos normalmente existentes nessa relação. Este fato foi mencionado por um dos entrevistados, demonstrando a importância do enfermeiro como integrador deste processo.

“Além dos cuidados diretos de enfermagem nas urgências clínicas, o enfermeiro realiza o acolhimento do paciente na unidade, busca resolver problemas tanto em nível individual como coletivo e ainda é o elo fundamental na relação funcionários x gestor.” (O1)

Nesta relação, o grau de autoridade e o poder de decisão, utilizados pelo enfermeiro na organização do trabalho de enfermagem e de sua equipe em nível institucional, destacam a presença de autonomia deste profissional em relação à Instituição ou a quem ele está subordinado diretamente. Neste sentido, a autonomia na tomada de decisões do enfermeiro na organização do trabalho de enfermagem e do próprio estilo de gerenciar, depende, muitas vezes, das normas estabelecidas pela Instituição e da relação que se estabelece entre as equipes e a gestão pública, o que pode se tornar um entrave para que as transformações necessárias aconteçam além de ser um foco potencial de conflitos (WILLIG e LENARDT, 2013).

A fim de se minimizar este risco, pode-se pensar na instituição da gerência participativa em serviço, uma ferramenta importantíssima para que o planejamento do cuidado seja efetivado e implementado no cotidiano das equipes. Ao discorrer sobre a gerência participativa, Ciampone (2002, p. 8), afirma:

A gerência participativa está fundamentada no humanismo, pois é pautada no respeito e integração dos valores humanos, nas necessidades das pessoas e do trabalho. Considera o trabalhador como ser atuante na organização, com capacidade de desenvolver o seu papel com autonomia e de participar efetivamente nas tomadas de decisões relacionadas aos processos de trabalho dos serviços. A estrutura organizacional é flexível e adaptável, há maior confiabilidade nas interações informais e as decisões são descentralizadas. Esta proposta propicia o crescimento pessoal e profissional, contribuindo para que o trabalhador se sinta mais motivado e reconhecido.

Apreende-se que, aos olhos dos sujeitos secundários, o enfermeiro é um integrador das ações de saúde, tanto em nível local, articulando as ações da equipe multidisciplinar no contexto da unidade de saúde ou mesmo articulando as necessidades de saúde da comunidade, visando a prática da integralidade da assistência; quanto promovendo a integração em nível institucional, integrando equipe e gestão pública, sendo reconhecido como um elo neste processo. De tal modo, tal reconhecimento interfere positivamente na construção da identidade do enfermeiro.

4.2.2.5 A formação do profissional: O eterno aprendiz

Com a implantação do modelo assistencial do SUS, e da necessidade de formulação de novas políticas educacionais, a saúde e a educação passaram por um processo de transformação, no qual, novos modos e diretrizes para a formação profissional foram estabelecidos, a fim de que os profissionais de saúde possuíssem uma formação adequada aos valores e preceitos do sistema único de saúde (AARESTRUP e TAVARES, 2008).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de Enfermagem, é essencial ao enfermeiro que se forme em uma postura “generalista, humanista, crítica e reflexiva” (p.37). Além disso, é necessário que o egresso saiba analisar perfis epidemiológicos nacionais e regionais a fim de pautar sua atuação sob um planejamento que considere a atenção integral ao ser humano inserido em seu contexto bio-psico-social (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

Este profissional deve ser capaz de atuar em toda a rede de atenção à saúde, quer seja individual ou coletivamente, de tomar decisões, liderar, administrar e gerenciar, comunicar-se e promover educação permanente. Deve, ainda, possuir competências e habilidades para, reconhecendo a política de saúde, conseguir atuar na prevenção, tratamento e reabilitação dos indivíduos, contribuir para a formação permanente em saúde, reconhecer-se como líder da equipe de enfermagem, ter uma visão crítica-reflexiva e tecno-política dos problemas de saúde, conseguindo atuar sobre eles (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

No cotidiano do trabalho do enfermeiro da saúde da família e no cenário desta pesquisa, pouco se discute sobre a formação profissional do enfermeiro, sendo que para a maioria dos entrevistados, não há um conhecimento solidificado quanto a este tema. Em seus relatos, demonstram que o enfermeiro deve ser graduado, e ter uma formação adequada para a atuação junto à saúde da família.

“Conheço... O enfermeiro tem que ter... tem que ser graduado. Então, tem que ter os cursos todos que manda o Ministério da Saúde senão ele não pode exercer a profissão.”(ACS1)

“O enfermeiro é formado em curso superior.” (ACS4)

“Curso superior.” (TE4)

“Não sei.” (US3)

“Não sei.” (US4)

A formação do enfermeiro hoje acontece em meio a mudanças do perfil profissional e do sistema de saúde, voltando-se majoritariamente às propostas do SUS, buscando formar um profissional engajado que atue em todos os níveis da rede de atenção à saúde, de modo preventivo, assistencial, político, gerencial; articulando seus saberes aos contextos ambientais, sócio-econômicos e culturais junto ao indivíduo e às coletividades (AARESTRUP e TAVARES, 2008).

Para os mesmos autores, neste contexto de formação profissional, vários saberes devem ser estimulados e solidificados no cotidiano. Assim, a formação deve possuir uma metodologia que associe a teoria e a prática, conteúdos abrangentes que proporcionem ao graduado atuar junto à população, inserida em seu meio sócio-político-cultural, junto à política de saúde e às organizações de trabalho. Tais aspectos da formação encontram ressonância no relato do Coordenador da Atenção Primária abaixo:

“A formação do enfermeiro possibilita um conhecimento vasto na área de políticas públicas de saúde, epidemiologia e áreas afins. Possui uma formação humana com conhecimentos básicos na área de psicologia e bom conhecimento nas áreas da biologia e ciências da saúde. Aspectos gerenciais e administrativos também fazem parte da formação do enfermeiro”. (CAP)

As DCN para a enfermagem estabelecem que a formação do enfermeiro deve abranger as bases sociais e biológicas, em que temas básicos da biologia, anatomia, fisiologia humana etc, devem ser ministrados. Deve abranger, também, a assistência e os fundamentos de enfermagem, a administração e o ensino; em uma formação que se fundamente em conteúdos teóricos e práticos associados (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001). Neste sentido, pode-se perceber que no depoimento do Usuário 5 há uma visão limitada quanto à formação do enfermeiro, reduzida a apreensão de conhecimentos relativos à doenças e medicações, oposta à visão abrangente da formação em enfermagem proposta pelas DCN.

“Possui matérias básicas, é uma formação voltada para o conhecimento das doenças e medicamentos, possui estágios”. (US5)

Uma característica importante da formação dos profissionais de saúde e também da enfermagem é a educação continuada. Por meio dela, é possível que o profissional adquira níveis progressivos de conhecimento, capazes de interferir na qualidade da assistência prestada pelo mesmo. Neste estudo, este aspecto da formação foi abordado por um dos entrevistados, ao mencionar que a formação é algo em constante construção, algo inacabado que se molda ao longo da vida.

“Só sei que a caminhada é bem longa, assim... se ele quiser vai estudando e não pára né, é graduação, é pós, mestrado... e assim vai.” (TE1)

A este respeito, para Paschoal *et. al.* (2007) e Aarestrup e Tavares (2008), afirmam que a educação continuada permite ao trabalhador que aprimore e amplie suas competências e habilidades técnicas por meio de processos educativos subsequentes e contínuos à formação inicial, possibilitando uma crescente acumulação de conhecimentos ao longo de sua vida profissional.

Cabe ressaltar que no contexto atual vários tem sido os esforços para se efetivar políticas de educação permanente em saúde a fim de desenvolver, nos profissionais, a

criticidade e a capacidade de transformação das práticas no próprio ambiente de trabalho, visto que:

...a proposta da Educação Permanente em Saúde (EPS) é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, estruturando a capacitação dos profissionais de saúde com base na problematização do seu processo de trabalho, emergindo os conteúdos dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, da população. Portanto, a atualização técnico-científica é apenas um aspecto da transformação das práticas, e não o seu foco principal. (CELEDÔNIO *et. al.* 2012; p.1101)

No entanto, cabe ressaltar algumas características pessoais mencionadas pelos entrevistados referentes ao processo de formação do enfermeiro, que interferem em suas competências e habilidades profissionais. Assim, foram mencionadas características individuais e subjetivas que têm o potencial de qualificar o cuidado prestado.

“A formação do enfermeiro é igual a todos, porem o que difere dos demais é o senso de observação e a sensibilidade capaz de captar os detalhes que possibilitam o conhecimento de certas reações e comportamentos dos pacientes sob seus cuidados, ou seja, ele adaptar suas atitudes a personalidade de cada um”. (ACS3)

“A formação é adequada para o PSF, pois para trabalhar em saúde pública primeiramente tem que ser paciente e humano.” (TE3)

“Mais ou menos eu sei, ele tem que estar estudando muito e dando valor nas pessoas que está dando a aula para ele e com o povo também.” (US1)

“Eu acho que é muito difícil chegar até o ponto que chega, tem que estudar, saber de tudo” (US2)

Neste sentido, em consonância com as falas dos entrevistados, de acordo com as DCN para o curso de enfermagem, a formação profissional deve atender às necessidades sociais de saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde, garantindo a qualidade da atenção e a humanização do atendimento, a compreensão da natureza humana em todas suas fases evolutivas, conhecer das interações sociais sua estrutura e suas relações, identificar os condicionantes e determinantes da saúde sabendo atuar sobre eles (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2001).

No entanto, para os sujeitos secundários não há um conhecimento solidificado no que diz respeito a formação profissional do enfermeiro, que perpassa aspectos da graduação, da construção de conhecimentos voltados para o trabalho em saúde pública e a formação contínua. É interessante destacar que, para os entrevistados, o aprendizado acontece constantemente, no contato com o “outro”, e requer do profissional o desenvolvimento de

características pessoais subjetivas para que este contato se efetive e o conhecimento seja construído. Tal percepção encontra ressonância em aspectos da construção da identidade social, a qual, para Dubar (2005), consiste em um fenômeno transitório e dinâmico, construído e remodelado a partir das inúmeras socializações que acontecem ao longo da vida.

4.2.2.6 Condicionais do trabalho na saúde da família: as lacunas das relações interpessoais

O processo de trabalho no contexto da ESF deve pautar-se, entre outros aspectos, na interdisciplinaridade, na valorização dos diversos saberes e em práticas sustentadas na perspectiva da integralidade e resolutividade, bem como no acompanhamento e na análise sistemática das atividades implementadas. Logo, o trabalho em equipe é fundamental para a viabilização do processo de trabalho na saúde da família, uma vez que neste formato de organização do trabalho deve haver compromisso em prestar assistência pautada no atendimento integral, contínuo, com equidade e resolutividade das necessidades de saúde, por meio de práticas humanizadas, éticas e responsáveis (SILVA *et. al.* 2012).

Considerando os aspectos organizacionais do serviço de saúde à luz de práticas interdisciplinares, várias são as nuances que interferem na conformação do trabalho em equipe. Neste estudo, buscou-se identificar possíveis aspectos intervenientes no trabalho do enfermeiro aos olhos dos sujeitos secundários, bem aqueles que se traduzissem como facilitadores ou dificultadores no contexto do trabalho.

No contexto deste estudo, evidenciou-se que a percepção do usuário acerca das propostas ideológicas da saúde da família é um aspecto interveniente do trabalho do enfermeiro importante a ser considerado.

Para os sujeitos secundários, o usuário tanto pode interferir no serviço de modo a facilitar ou dificultar o trabalho do enfermeiro. Este fato evidencia a importância do usuário e de sua família no contexto da ESF. Por esta razão, necessário se faz que os usuários sejam estrategicamente incluídos nas ações de saúde as quais, por sua vez, devem ser planejadas objetivando inserir o indivíduo em seu processo de cuidado, como um sujeito do cuidar.

“O que facilita e o que dificulta são as próprias pessoas que vem aqui, porque a pessoa tem que entender que apesar de estar um funcionário com preparo aqui, aqui estão seres humanos que tem acertos e erros. É um ser humano na frente de outro.”
(US3)

“O que dificulta o trabalho do enfermeiro é a falta de educação e compreensão do usuário.” (TE3)

“Baixa adesão da população a projetos preventivos” (M1)

“Na minha opinião, acho que o que mais dificulta seu trabalho é a não aceitação da população aos projetos da saúde da família. Eles acabam sempre vindo buscando soluções para as queixas agudas, esquecendo do monitoramento contínuo de sua saúde e das ações de prevenção.” (O1)

Ressalta-se que a ESF tem como prerrogativa assegurar que a família seja o foco da sua atuação e pressupõe que denotem o entendimento do usuário como um sujeito do processo de cuidado, inserido em um contexto familiar, no qual a família não seja vista apenas como um conjunto de pessoas que irão cumprir as orientações da equipe, mas que sua participação seja valorizada no processo de elaboração e execução das decisões sobre o cuidado com a saúde do membro familiar (SANTOS, 2010). Pressupõe, assim, que equipe e família reconheçam a sua importância frente ao planejamento do cuidado; frente às propostas contidas na filosofia da saúde da família.

De tal modo, cabe destacar as considerações de Cecílio (2001) sobre a integralidade e da equidade da assistência face às necessidades e demandas apresentadas pelos usuários aos serviços de saúde. Para tal autor, é preciso que os profissionais reconheçam, no cotidiano da saúde da família e em cada demanda do usuário (mesmo que estas demandas reproduzam um modelo de atenção curativo, pautado na resolução de queixas agudas) um momento fértil para que a produção em saúde se efetive, por meio do reconhecimento de suas reais necessidades de saúde.

Podemos trabalhar com a ideia de que há necessidades diferentes de vínculos para diferentes pessoas em diferentes momentos, assim como diferentes necessidades de consumo de determinadas tecnologias de saúde, diferentes necessidades ligadas às condições de vida e diferentes necessidades de construção da autonomia no modo de andar a vida. (CECÍLIO, 2001, p. 125)

Assim, reconhecer as reais necessidades de saúde dos usuários implica em abrir mão de conceitos prévios ou estereótipos dos serviços de saúde, muitas vezes são cristalizados em seus objetivos, e considerar a individualidade do sujeito e de suas queixas, viabilizando-se a prática real de atitudes equânimes e integrais em saúde, e o reconhecimento do indivíduo como sujeito de sua vida. (CECÍLIO, 2001)

Cabe mencionar Ayres (2004), que trata, por meio de um relato de experiência de um atendimento médico, os desencontros vividos no cotidiano das unidades de saúde. Em seu

relato, o autor apresenta a experiência de uma paciente (D. Violeta), que corriqueiramente buscava à unidade de saúde com as mesmas queixas, nunca resolvidas no âmbito da proposta do serviço. Para haver uma mudança neste panorama, foi preciso que novas formas de cuidado fossem estabelecidas, principalmente reconhecendo suas reais necessidades de saúde, para que se estabelecesse um vínculo real entre usuário-profissional-equipe e se propiciasse um ambiente de cuidado em que D. Violeta e seu médico fossem realmente sujeitos do processo de cuidar.

Assim, reconhecer e fazer reconhecer o indivíduo/família como sujeito do processo de cuidar implica em considerar em cada ação de saúde que o usuário deve ser entendido como sujeito de sua história, o protagonista social e histórico de sua vida (SANTOS, 2010; AYRES, 2004).

Ao se perpetuar a ideia de passividade do indivíduo face à sua condição de saúde, é preciso refletir acerca dos princípios do SUS, bem como das dificuldades para a construção do acolhimento e do vínculo entre profissional da saúde e usuário, uma vez que se busca pela consolidação dessa interação, proporcionando aos usuários condições de serem protagonistas do processo de saúde-doença, a fim de repensar o cuidado produzido (SILVA, *et. al.*, 2012).

Cecílio (2009) discute acerca das múltiplas dimensões da gestão do cuidado – profissional, organizacional e sistêmica – que se interpenetram e devem ser igualmente consideradas para que realmente as necessidades de saúde dos indivíduos sejam reconhecidas. O autor destaca que na dimensão profissional encontra-se a principal ferramenta de promoção do cuidado: o contato entre profissional e usuário; e que esta dimensão deve ser valorizada, evitando que se propague deteriorações no contexto dos serviços de saúde.

Diante da deterioração das relações nos serviços de saúde, de práticas cada vez mais serializadas e impessoais de cuidado, do angustiante ‘diálogo de surdos’ entre profissionais e pacientes, da baixíssima capacidade para dar respostas mais complexas e matizadas às necessidades de saúde portadas pelos usuários (CECÍLIO, 2009; p. 553)

Ao refletir sobre o cotidiano de trabalho do enfermeiro nas equipes de saúde da família, considerando as relações interpessoais do cotidiano, pode-se pensar, também, como intervenientes em seu trabalho aspectos relacionados à infraestrutura e à organização do serviço, os quais influenciam diretamente o trabalho deste profissional na realidade em estudo. A este respeito, podem-se citar os seguintes depoimentos:

“A organização do processo de trabalho, o quantitativo de pessoal de enfermagem suficiente, remuneração, a existência de plano de carreira, cargos e salários que refletem na valorização profissional, administração do tempo e o planejamento das ações, a disponibilidade de recursos materiais para o desenvolvimento de seu trabalho, ambiente adequado e a sólida formação acadêmica.” (CAP)

“Encontro muitos pontos que interferem no seu trabalho, o bom relacionamento entre enfermeiro x coordenador ESF x Gestor, o número adscrito de população é compatível para um bom trabalho, a unidade é bem equipada, etc.” (O1)

“População, equipe e infraestrutura” (M1)

Os fatores mencionados potencialmente se traduzem em obstáculos para construção do trabalho em equipe quando inexistem no cotidiano, podendo fazer emergir a valorização social diferenciada entre os trabalhos, na medida em que não exista organização e um plano de cargos e carreiras adequados, como também falhas no processo de trabalho onde não há infraestrutura e planejamento (SILVA, *et. al.*, 2012).

Para Cotta *et. al.* (2006), outros fatores intervenientes no trabalho que se traduzem pela desmotivação e desresponsabilização pelo profissional no SUS são: a questão salarial representada pelos baixos salários; a carência de recursos técnicos e materiais que culminam com a precariedade das condições de trabalho e a ausência de um plano de carreira que fortalece a não fixação do profissional na instituição. Tal situação pode se traduzir nos depoimentos a seguir apresentados, nos quais os entrevistados explicitam fatores dificultadores do trabalho do enfermeiro:

“Poucos profissionais para a realização dos trabalhos que exigem documentação por escrito e ações práticas como grupos, palestras e visitas.” (ACS4)

“Os principais aspectos que dificultam o trabalho do enfermeiro são a falta de compreensão do usuário e muitas vezes a falta de espaço adequado para trabalhar.” (ACS3)

“Ambiente não adequado, falta de companheirismo, falta de harmonia, a não participação da equipe, ou seja a falta de interação profissional.” (TE4)

Cunha *et. al.* (2013) ressaltam em seu estudo que a realidade mencionada pelos entrevistados se repete em várias unidades de saúde da família, observando-se entraves à realização do trabalho, visto o quadro reduzido de recursos humanos, estrutura física deficiente, sobrecarga de trabalho, falta de autonomia, insegurança no emprego, má relação com gestores municipais, materiais e equipamentos insuficientes e falta de capacitações introdutórias e permanentes.

Em contraponto, os entrevistados apresentaram sua percepção quanto ao que poderia facilitar o trabalho do enfermeiro, ficando evidente a importância das questões organizacionais, tais como a infraestrutura, organização e qualificação da equipe.

“O bom relacionamento com a equipe, acesso a novas tecnologias para a educação permanente como os ambientes virtuais de aprendizagem, inclusive com a facilidade de acesso a educação e qualificação dos profissionais através da educação permanente disponibilizada pelo Canal Minas Saúde (porem nem todos os profissionais dão valor a este instrumento). Acesso a teleconsultoria como apoio para o esclarecimento de dúvidas, bom vínculo dos enfermeiros com a comunidade, com a gestão e a coordenação.” (CAP)

“Boa infraestrutura, equipe capacitada”(M1)

“Ambiente organizado e adequado, material conforme as necessidades, equipe qualificada, flexível e competente.” (TE4)

Considerando a importância da qualificação permanente da equipe, mencionada pelo CAP, Cotta *et. al.* (2006) observam que é de relevância o aprendizado contínuo dos membros da equipe como forma de melhorar as condições de trabalho e consequente aperfeiçoamento das relações interpessoais deste contexto. Tal qualificação promove o desenvolvimento da equipe que, de modo cooperativo, desenvolve novas habilidades, a criatividade, fortalecendo os valores existentes e reconhecidos no serviço.

De tal modo, percebe-se que a tríade – infraestrutura, organização e qualificação – condicionam o processo de trabalho em enfermagem de tal modo que sua ausência dificulta este trabalho e sua presença facilita e viabiliza sua operacionalização. Tal fato também foi reconhecido em estudo desenvolvido por Mauro *et. al.* (2010), que buscou reconhecer fatores que pudessem interferir no processo de trabalho de enfermagem, ficando elucidado que a infraestrutura, a organização e a qualificação permanente da equipe, são primordiais para viabilização do trabalho desempenhado pelos enfermeiros e, inclusive, sua ausência pode comprometer, ainda, a qualidade de vida e saúde destes profissionais.

De tal modo, quando se consideram situações cotidianas já mencionadas neste trabalho – sobrecarga, infraestrutura incipiente, manutenção do senso comum que caracteriza a enfermagem como uma profissão subalterna, desmotivação – que, para Ramos *et. al.* (2009) são fatores determinantes para a não efetividade do trabalho do enfermeiro, percebe-se a fragilidade identitária dos profissionais enfermeiros no contexto da saúde da família.

Atrelado a isto, conformam-se como dificultadores e desmotivadores do trabalho do enfermeiro algumas relações de trabalho, a baixa remuneração, a insuficiência de profissionais na equipe.

“O quantitativo de pessoal de enfermagem insuficiente para o desenvolvimento das ações, a baixa remuneração que deixa o profissional desmotivado, inclusive com a inexistência do plano de carreira, falta de organização do processo de trabalho, planejamento e avaliação de ações e administração do tempo, e o acúmulo de funções.” (CAP)

O desafio é efetivar um processo de trabalho em equipe que se configure como uma ferramenta de enfrentamento a alguns dificultadores do trabalho, tais como a organização e a qualificação, como uma possibilidade viável de realização pela motivação e vontade dos profissionais apesar de todas as adversidades, com o envolvimento de todos os seus membros, com espaços de discussão para a tomada de decisões, de modo que não ocorra sobrecarga e insatisfações, bem como descompromisso dos profissionais que compõe a equipe (SANTOS *et. al.*, 2013).

Uma realidade marcante mencionada pelos entrevistados, que se traduz por uma fragilidade, é a interferência que os serviços de saúde sofrem pelas figuras políticas do município. Nestes casos, considerando a saúde como um bem passível de intervenção, os agentes políticos ou políticos de profissão tentam se valer de sua posição para amedrontar os profissionais em troca de segurança no emprego. Assim, os profissionais se veem obrigados a atender demandas pessoais e políticas, independentemente de critérios clínicos, protocolares ou filosóficos da saúde da família, beneficiando necessidades individuais, conforme evidenciado abaixo:

“Os aspectos que interferem no trabalho realizado pelo enfermeiro é a ... politicagem, pessoas querendo se promover usando o enfermeiro.” (TE3)

Este fato chega a ser um dificultador do trabalho para os enfermeiros.

“...ficamos expostos à pressão política de responder a demanda individual em detrimento da coletiva.” (ENF3)

Historicamente no Brasil, a prática clientelista caracteriza um mecanismo de resposta às demandas sociais, desde o início de sua constituição, até aprofundar-se na Ditadura Militar, sendo que a região Nordeste tem se destacado como cenário privilegiado desta lógica política de sobrevivência eleitoral dos políticos de carreira frente às altas demandas econômicas e sociais da região (XIMENES NETO e SAMPAIO, 2008).

No contexto estudado, há um estilo de clientelismo em que os políticos de profissão oferecem assistência ao eleitor visando benefício próprio, ato caracterizado por Ximenes Neto

e Sampaio (2008, p.42) como "troca da legitimação e apoio – consenso eleitoral –, toda a sorte de ajuda política que tem ao seu alcance – cargos e empregos públicos, financiamentos, autorizações dentre outros".

Esta situação fere diretamente o que se conhece por cidadania, sendo que a Cidadania na saúde “começa na descoberta de que as ações e serviços de saúde não são um favor ou ato de caridade, mas sim um direito constitucionalmente exigível e para cujas ações todos colaboram” (XIMENES NETO E SAMPAIO, 2008; p.42). Para os mesmos autores, pela posição estratégica de contato com a população, por solucionar a maioria dos problemas de saúde da população, a ESF se configura como um campo profícuo para atuação dos agentes políticos, tentando se beneficiar com os produtos da saúde.

A ESF, por seu contato direto com o povo, e a comunidade, com suas demandas e suas lideranças religiosas, políticas, corporativas e comunitárias, vivem intensa proximidade que expõem sobremaneira os profissionais, deixando-os suscetíveis ao processo político local, assim favorecendo uma cultura fisiológica de troca. E como o campo da saúde é eleitoralmente sensível, gerando promessas e votos, o poder político local busca apropriar-se do dispositivo da ESF como saída para contabilizar votos. Temos visto na experiência, durante andanças em muitos municípios da zona norte do Estado do Ceará, que os conhecidos "cabos eleitorais" aproximam-se da ESF, com o intuito de melhorar seus redutos eleitorais, chegando a interferir no processo de trabalho e na autonomia profissional e gerencial. (XIMENES NETO E SAMPAIO, 2008; p.42)

No entanto, é preciso se pensar na importância do papel político que o enfermeiro pode desempenhar a frente da equipe de saúde da família. Esta função deve ser compreendida como alicerce do processo de trabalho da profissão, pois permeia todos os demais processos, com a finalidade de adquirir melhores condições para atuação na saúde da família, reconhecimento social e representatividade profissional (FERNANDES, 2012).

A fim de tecer um agir político, cabe ao enfermeiro pautar suas atitudes valorizando a subjetividade dos encontros, quer sejam entre ele e usuários, profissionais ou gestores de saúde. Neste sentido, faz-se necessário que o profissional desenvolva habilidades para poder captar detalhes intrínsecos ao processo de trabalho, no intuito de promover uma aproximação entre as partes para que o cuidado seja construído. Destaca-se, pois, na fala dos sujeitos, a dimensão subjetiva contida no processo de trabalho como fundamental para a realização do mesmo:

“Para que o enfermeiro realize seu trabalho é necessário, além dos materiais básicos para a realização do trabalho, o profissional precisa ser discreto e cordial para que a população se sinta segura para tirar suas dúvidas ou expor seus problemas”. (ACS3)

“Eu acho que o profissional tem que ser discreto, paciente, humano para que a população se aproxime e confie no tratamento.” (TE3)

Ao refletir sobre os momentos de encontro possíveis na atenção primária, importa trazer para discussão a clássica perspectiva de Merhy (2002) sobre a dimensão tecnológica do processo de trabalho e sua importância para a reestruturação do modelo assistencial em saúde. O autor classifica as tecnologias em saúde em tecnologias leve, leve-dura e dura. A tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados, como a clínica, a epidemiologia e os demais profissionais que compõem a equipe, estando inscrita na forma de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações de interação e subjetivação, ou seja, no encontro entre trabalhador da saúde e o usuário, que possibilita produzir acolhimento, responsabilização, vínculo e autonomização.

Neste sentido, cabe ressaltar que a tecnologia leve possui o potencial de aproximação dos pares, necessitando de uma baixa densidade tecnológica, porém com alta complexidade, dada a relação intersubjetiva inerente aos encontros humanos. É preciso, então, que o trabalho vivo em ato seja realizado para que um encontro efetivo aconteça no cotidiano dos serviços de saúde.

Cabe neste momento destacar, uma dificuldade presente no contexto da saúde da família que interfere na viabilidade e na qualidade dos encontros: o trabalho em área rural. O ambiente rural normalmente é marcado por extensa área territorial além de possuir barreiras geográficas, climáticas e naturais, que exigem da equipe um maior planejamento para que as ações sejam realmente efetivadas para esta população. Neste estudo, esta realidade foi abordada pelos entrevistados, que reconhecem as dificuldades de atuação do enfermeiro em área rural.

“Ah, na zona rural, como eu trabalho na zona rural, pro enfermeiro, é... tem muita dificuldade, Porque enfrenta chuva, enfrenta... a estrada tá ruim ele tem que ir, a noite, tem cachorro, tem criação, ele tem que enfrentar isso tudo. Isso é uma dificuldade muito grande que ele tem que enfrentar.” ACS1

Lara (2008), ao estudar a configuração identitária do agente comunitário de saúde de regiões rurais, considera a importância deste profissional, visto que em comunidades muito distantes e pequenas, não é possível a presença do enfermeiro com frequência. Assim, essa interação limita-se ao auxiliar de enfermagem e nem sempre ocorre todos os dias.

Os dados deste presente estudo reforçam os achados de Lara (2008), visto que, similarmente no cenário desta pesquisa a atuação do enfermeiro junto às comunidades rurais é prejudicada por vários fatores tais como distâncias, fatores naturais e geográficos, infraestrutura incipiente etc; culminando num reconhecimento maior dos ACS's como profissionais de saúde pela população, bem como na fragmentação do cuidado de enfermagem, caracterizado pela infrequência das práticas e ausência de longitudinalidade do cuidado. Tal situação fortalece o distanciamento do enfermeiro de sua clientela, fragilizando seu reconhecimento e, conseqüentemente, a construção de sua identidade.

Apreende-se, portanto, que para os sujeitos secundários, vários são os fatores que interferem, facilitando ou dificultando o trabalho do enfermeiro em saúde da família, nos quais podem-se destacar: o usuário do serviço, a interferência de agentes políticos e a tríade – organização, gestão e infra-estrutura. De tal modo, estes fatores exigem do enfermeiro adequabilidades para solucionar os problemas que emergem no contexto do trabalho, muitas vezes frustrando e desmotivando o profissional, culminando em uma percepção negativa da construção de sua identidade.

4.2.2.7 O relacionamento interpessoal do enfermeiro para o outro: A referência

É crescente a noção de que a formação, o desempenho profissional e a gestão de pessoas afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários. As equipes constituídas dispõem, para pessoas de diferentes áreas, de troca de informações, relacionamento interpessoal, desenvolvimento de novas ideias e resolução de problemas. A relação de trabalho na ESF baseia-se na interdisciplinaridade, não mais na multidisciplinaridade ou na atividade isolada, requer uma nova abordagem, questionadora das certezas profissionais, estimulante na comunicação horizontal e permanente, entre os componentes da equipe (COTTA *et. al.*, 2006).

A prática interdisciplinar coloca-se como potencializadora da integração entre a equipe de saúde por meio da articulação entre os diversos saberes e fazeres presentes no trabalho em busca da saúde do usuário. Assim, as equipes multiprofissionais são consideradas instrumentos fundamentais para o desenvolvimento de um trabalho em saúde de qualidade (LANZONNI, *et. al.*, 2013).

Neste sentido, faz-se importante analisar como se dão os relacionamentos no contexto das equipes de saúde da família, principalmente, na ótica deste estudo, compreender como se

dá o relacionamento do enfermeiro para com seus pares, demais integrantes da equipe de saúde da família, usuários, coordenadores e gestores de saúde, na visão destes últimos.

Assim, para os ACS's, o enfermeiro é um profissional a quem recorrem em todos os momentos, sendo uma figura amiga, acolhedora, resolutiva, constituindo-se como o elo entre eles e os demais membros da equipe, conforme evidenciado abaixo:

“Ah é ótimo né, porque se não tivesse ele, ele é o elo, a ligação, tudo que você passa pra ele, ele resolve. (ACS1)

“É ótimo, pois ela é ótima profissional, respeitadora e excelente amiga. Temos um bom relacionamento. É muito trabalhadora.” (ACS2)

“O relacionamento do enfermeiro com o agente de saúde é ótimo, temos liberdade para conversar, é muito amiga, todas as vezes que precisamos dela, está sempre a disposição para nos ouvir.” (ACS3)

“O relacionamento do enfermeiro com os agentes é de uma parceria muito grande, cooperação e companheirismo. Todos com a mesma finalidade, buscando o bem estar de toda a população.” (ACS4)

Em estudo realizado por Lanzonni *et. al.* (2013), também fica evidente esta relação, ao ressaltar que o relacionamento dos agentes comunitários com o enfermeiro é mais próximo, quando comparada com os demais profissionais, por ser um supervisor direto de suas ações (LANZONNI, *et. al.*, 2013).

Já para os técnicos de enfermagem, o enfermeiro é um profissional de referência nos momentos de dúvida, havendo uma relação de completude entre suas ações.

“No meu é tranquilo, ajuda o trabalho do técnico, porque nas dificuldades você sabe com quem contar.” (TE1)

“É um relacionamento ótimo, existe autonomia, diálogo, compreensão, companheirismo, confiança e ética.” (TE2)

“O relacionamento do enfermeiro com o técnico de enfermagem é muito bom, há um respeito muito grande entre nós.” (TE3)

“É uma interação positiva, ela ajuda no meu trabalho e eu a ajudo também, onde realizamos ações aos poucos para as metas serem alcançadas.” (TE4)

Os dados do presente estudo refletem a relação entre estes profissionais, visto que pela demanda excessiva de trabalho e o número reduzido de profissionais de enfermagem, esta dupla, enfermeiro e técnico de enfermagem, necessita de uma intrínseca relação de apoio e confiança para que as atividades sejam realizadas a contento. Os técnicos de enfermagem

assumem papéis de “quase enfermeiros” para muitas das vezes resolverem questões do próprio enfermeiro, bem como o enfermeiro assume as atividades técnicas. As “trocas de papéis” acontecem principalmente em momentos de vacância, como férias, em que não há a substituição temporária dos profissionais, podendo gerar distorções quanto ao reconhecimento do papel do enfermeiro para a equipe, para os usuários e para os próprios enfermeiros, e, podendo afetar sua configuração identitária.

Para o coordenador da atenção primária, o enfermeiro é um parceiro de trabalho, sendo a horizontalidade uma marca deste relacionamento.

“Minha relação com os enfermeiros é excelente. Há interação, trabalho em equipe, discussão com o grupo para o enfrentamento dos problemas, compreensão, cordialidade. Cada um contribui com seu saber. A relação de trabalho não é verticalizada, cada um é sujeito, sabe se apropriar de seu lugar sem imposição.” (CAP)

Para os usuários, fica clara a relação acolhedora do enfermeiro, que atua com cordialidade, empatia, cativando-os com suas atitudes e apresentando resolutividade nas ações, com base no explicitado:

“Trata a gente bem. Faz tudo direitinho, a ENF1, depois que entrou aqui foi a melhor” (US1)

“Muito bom, muito bem atendido. Quando precisa atende na hora, resolutivo” (US2)

“Comigo é especial, toda vez que eu venho aqui sou muito bem atendido, tanto faz na parte da saúde como de dentista também. Não tenho nada a reclamar. É dez, é mil.” (US3)

“É muito humano, ele faz tudo para ajudar.” (US4)

“É muito bom, conversa, esclarece as dúvidas, é muito prestativa.” (US5)

Em estudo realizado por Kessler e Krug (2012), o reconhecimento do trabalho do enfermeiro expresso verbalmente com palavras de gratidão pelos usuários do serviço, é fonte de prazer e satisfação profissionais.

Os entrevistados foram questionados sobre como se dava o relacionamento do enfermeiro com os demais membros da equipe, tendo sido evidenciada a função de articulador deste profissional, mantendo a liderança do grupo sem apresentar preferências por este ou aquele profissional, mantendo o diálogo aberto, a união do grupo, a conformação de sujeitos do processo de trabalho por meio da participação ativa de cada membro.

“Também há um bom relacionamento, com realizações de reuniões sempre que necessário. O enfermeiro é muito organizado em todo o seu trabalho, facilitando muito seu relacionamento com os demais membros”. (O1)

“O relacionamento do enfermeiro com sua equipe é de muita união, a equipe tem que trabalhar junto identificando as prioridades, necessidades e problemas da comunidade com o objetivo e promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida. O enfermeiro como integrante da equipe de saúde da família mantém sua importante contribuição para que este objetivo venha a ser atingido.” (TE3)

“O enfermeiro possui uma boa relação com todos os membros da ESF. A relação é baseada no diálogo, todos os membros das equipes são sujeitos do processo de trabalho, não há autoritarismo e centralização do poder”. (CAP)

Os entrevistados foram indagados quanto ao relacionamento do enfermeiro com a comunidade, ressaltaram sua atuação como um elo entre as partes, fortalecendo o vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde, facilitando a identificação e o sentimento de pertença entre todos.

“Os enfermeiros das ESF’s do município possuem uma boa relação e vínculo com a comunidade. Há uma reciprocidade na identificação entre enfermeiro e comunidade.” (CAP)

“Trata bem também, (a comunidade) ela conhece todos, porque, ela conhece todos pelo nome, quando as vezes você ta falando e ela já sabe quem é, sabe, ela tem o elo, ela lembra muito das pessoas sim. Ela sabe muito, o elo com a comunidade é perfeito.” (ACS1)

“O relacionamento do enfermeiro com a comunidade é ótimo, todos gostam muito dele, faz tudo que esta no seu alcance, sem o enfermeiro na equipe dificulta muito nosso trabalho em comunidade e em equipe também”. (ACS3)

Este relacionamento deve ser pautado nas relações de ética profissional, respeito e confiança, a fim de se propiciar a longitudinalidade do cuidado proposta pela ESF e suas legislações.

“O relacionamento do enfermeiro com a comunidade é com muita ética profissional, acolhendo com atenção e buscando sempre a solução dos problemas”. (ACS4)

“O relacionamento do enfermeiro com a comunidade tem que ser de muita confiança, e para o enfermeiro conseguir essa confiança da comunidade é ao longo do tempo, com o apoio de toda a equipe” (TE3)

“O enfermeiro acolhe bem todos os usuários, trata todos com carisma e respeito e busca sempre atender as necessidades buscadas pelos mesmos”. (O1)

A construção de uma relação dialógica pressupõe a possibilidade de construção de vínculo entre profissionais, usuários, famílias e a comunidade, na perspectiva da valorização das subjetividades, no intuito de impulsionar um cuidado humanizado, com produção de autonomia do usuário (SANTOS *et. al.*, 2013).

No entanto, este relacionamento nem sempre é fácil, visto seu caráter subjetivo intrínseco, em que necessidades e interesses são relativizados pela percepção individual, pela inserção do indivíduo no meio sócio-econômico e ambiental.

“Claro que ele não vai agradar a todo mundo, mas é positivo.” (TE1)

“Reclamação sempre tem né, por exemplo no meu caso que tenho uma esposa que depende muito do médico, tem muito problema de saúde, então toda vez que vem aqui ela sai elogiando todo mundo aqui, então eu não posso reclamar de ninguém aqui, é todo mundo especial aqui.”(US3)

Apreende-se deste contexto a percepção dos sujeitos secundários da referência que o enfermeiro exerce junto à equipe de saúde da família, sendo considerado um profissional com quem se pode contar nos momentos de dúvidas ou necessidades. Tal percepção estende-se à comunidade que, além da referência, manifesta a figura acolhedora e familiar expressa pelo enfermeiro. Tal coesão de entendimentos repercute positivamente face à construção identitária do enfermeiro.

4.2.3 A intercessão entre a identidade social virtual e a identidade social real do enfermeiro da ESF de um município do interior do estado de Minas Gerais: a construção de zonas de congruência e fissuras identitárias

“Cada criatura é um rascunho a ser retocado sem cessar.”

Guimarães Rosa

Ao analisar os dados do presente estudo, foram observadas características importantes mencionadas pelos sujeitos nucleares e secundários que propiciaram a elucidação de aspectos da configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família do município estudado, que se apresentam na figura 1:



Figura 1: Aspectos identitários do enfermeiro da estratégia de saúde da família do município estudado – 2014

Fonte: Elaborado para fins deste estudo

Tais características apresentadas, ao serem analisadas, permitem inferir a construção de zonas de congruência acerca da configuração identitária do enfermeiro da ESF, bem como permitem pontuar fissuras existentes neste processo identitário.

Por meio da figura, observa-se a diversidade de significados que o enfermeiro assume em seu trabalho junto às equipes de saúde da família, as quais repercutem na conformação de atos de atribuição pelos sujeitos secundários e atos de pertença pelos enfermeiros (DUBAR, 2005).

Tal diversidade é reforçada quando se observa que, na perspectiva dos sujeitos secundários, o enfermeiro possui como ato de atribuição ser um profissional plural, que incessantemente busca a integralidade da assistência (MATTOS, 2005).

A pluralidade decorre de sua atuação em várias dimensões do cuidado, como o assistencial, o gerencial, o formativo (ou educativo), visando garantir a integralidade da assistência, o cumprimento dos princípios do sistema único de saúde, a isonomia, a equidade; utilizando das diversas tecnologias em saúde (MERHY, 1997)

Seu trabalho acontece no contexto da equipe de saúde da família, abrangendo relações entre a equipe-comunidade-instituição, ficando evidente que o enfermeiro é, em ato de atribuição, um catalizador desta relação, um articulador, um integrador. Neste sentido,

destaca-se o posicionamento do enfermeiro como um elo que promove a articulação e a integração das situações de saúde, viabilizando a escuta, o trabalho em equipe, a construção do vínculo, elemento fundamental do trabalho em saúde da família, evidenciado tanto pelos sujeitos nucleares como secundários.

Em ato de pertença, atua como um motivador, um ordenador das ações desenvolvidas no contexto da equipe e da comunidade. Em consonância, por ato de atribuição, o enfermeiro configura-se como referência no trabalho na equipe e na instituição, denotando o papel de líder nos processos de efetivação do cuidado junto aos indivíduos, famílias e comunidade.

A motivação e referência acontecem junto à equipe, com vistas a propiciar o conhecimento acerca dos princípios da saúde da família, a importância de se desenvolver um trabalho de qualidade que reflita benefícios para a saúde da população, junto à comunidade, a motivação e a referência visam modificar a postura dos pacientes em situações de adoecimento, adotando condutas menos curativas e que valorizem mais a prevenção e a promoção da saúde, forjando indivíduos que sejam sujeitos do processo de cuidar (AYRES, 2001), co-responsáveis pela sua condição de saúde/doença.

Embora as atividades sejam desenvolvidas e o trabalho aconteça no contexto da saúde da família, o enfermeiro frequentemente se mantém como um tarefeiro ao priorizar resoluções para demandas imediatas, quer seja do próprio serviço, de sua equipe, da administração ou dos usuários, num constante “apagar de incêndio”, substituindo ou complementando atividades que seriam consideradas atribuições de outros profissionais, mantendo uma conduta que prima pelo curativismo e pela medicalização, relegando a promoção e a proteção da saúde a um segundo plano.

O tarefismo contínuo soma-se às condições de trabalho do enfermeiro, apresentadas neste estudo evidenciando uma tríade característica de fatores facilitadores e dificultadores do trabalho: infraestrutura, organização e educação permanente.

Tais fatores culminam em situações que se interpõem como obstáculos no contexto do trabalho do enfermeiro, tais como a desvalorização profissional e a desorganização institucional e do serviço. Sobressaem nas falas dos profissionais à insatisfação com relação aos baixos salários, à falta de um programa de educação permanente e à interferência política na dinâmica do serviço, impondo a primazia para a resolução de necessidades individuais e políticas em detrimento da coletiva.

Tal situação agrava-se quando pensamos na associação destes fatos à sobrecarga de trabalho, à falta de autonomia dos profissionais, ao desconhecimento tanto por parte da população quanto da equipe das diretrizes de trabalho em saúde da família, à interferência

política no serviço. A associação de fatores dificultadores permite a criação de lacunas no trabalho fortalecidas pela subjetividade dos relacionamentos e pela subjetividade das relações interpessoais, visto que cada indivíduo traz em si traços próprios que conduzem os modos de trabalho. A soma destas situações impõe ao enfermeiro uma sensação de contínuo apagar de incêndio, interferindo negativamente na promoção, planejamento e avaliação do trabalho. Tais sentimentos depreciativos promovem fissuras no processo de configuração identitária do enfermeiro.

Destacam-se, também, as limitações existentes quanto ao dimensionamento de pessoal de enfermagem, o qual acarreta conflitos entre demanda e oferta de serviços. A realidade municipal apresenta-se com equipes mínimas de saúde da família em funcionamento, propiciando, tanto ao enfermeiro quanto ao técnico em enfermagem, a realização de procedimentos que, muitas vezes, não são de sua competência técnico-legal, principalmente nos momentos de vacância por férias, onde não há substituição dos profissionais ausentes. Além disso, percebe-se na prática a realização de procedimentos técnicos em enfermagem por agentes comunitários de saúde tentando suprir a insuficiência de profissionais de enfermagem. Tais condutas, além de comprometerem a identidade profissional, ferem as legislações e normalizações profissionais quanto ao seu exercício e regulamentações (BRASIL 2009a, 2009b).

No contexto dos relacionamentos entre enfermeiro-equipe-usuário se estabelecem relações de poder (FOUCAULT, 2001) capazes de fortalecer as relações interpessoais criando vínculos reais, ou fragilizá-las, favorecendo a construção de lacunas em meio aos relacionamentos e o surgimento de conflitos no contexto da equipe, além da desmotivação para o trabalho.

Destaca-se, ainda, que os enfermeiros são profissionais em constante formação, no entender dos sujeitos secundários, a formação profissional é contínua e deve adequar-se às necessidades dos serviços de saúde e por isso, o enfermeiro é o eterno aprendiz, embora, no contexto do estudo, os entrevistados não conheçam com profundidade características desta formação. Para os sujeitos secundários, não basta que o enfermeiro possua somente conhecimentos científicos acerca da enfermagem, mas também aprenda agir com empatia, carisma, ética, solidariedade... com vistas a ter uma “postura profissional adequada”.

Para os sujeitos nucleares é clara a percepção de que, ao longo do tempo, houve uma evolução no ensino formal da enfermagem, norteadas pelas exigências e mudanças do modelo de atenção a saúde e pelos princípios do SUS. Todavia, os enfermeiros ressaltam a necessidade de qualificação da formação profissional, a fim de melhor preparar os egressos

para a vivência cotidiana nos centros de saúde, evidenciando a necessidade de articular a formação profissional às adequações para o mercado em saúde.

Com a evolução da profissão, várias mudanças ocorreram ao longo do tempo com relação ao perfil e à identidade do enfermeiro. No entanto, ainda persiste no senso comum a manutenção do papel de subordinação deste profissional, principalmente à categoria médica. Assim, neste estudo, foi possível perceber que, para os enfermeiros ocorre uma dualidade existencial própria, no qual muitas vezes é reconhecido pelo seu trabalho e em outras é considerado como ajudante pelos sujeitos secundários, um “quase médico”, como aquele que viabiliza a execução de outros fazeres profissionais, culminando, muitas das vezes, com a invisibilidade do seu trabalho.

No entanto, por mais que existam percalços, os enfermeiros buscam incessantemente pela realização profissional. De modo geral, acreditam na profissão, atuam por princípio e prazer; tentam, em cada ato, garantir que o cuidado – essência do trabalho em enfermagem – seja efetivado conforme as diretrizes da ESF.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“O rio não quer chegar,
mas ficar largo e profundo...”*

Guimarães Rosa

No contexto das transformações organizacionais e ideológicas do sistema de saúde brasileiro têm ocorrido mudanças nos processos de trabalho em saúde exigindo remodelações dos perfis profissionais, que culminam num processo de reconfiguração identitária das profissões de saúde, estando, a enfermagem, inserida neste processo.

Neste contexto de mudanças, percebe-se que a ESF se tornou um campo fértil para o trabalho dos enfermeiros, visto ter sido a estratégia eleita para a efetivação do SUS e do atual modelo de atenção a saúde no Brasil, embasado na promoção da saúde. Neste cenário, o enfermeiro tem a possibilidade de atuar junto a indivíduos, famílias e comunidades, numa abordagem integral, longitudinal e pautada no vínculo, permitindo ao profissional que se emancipe e tenha autonomia no trabalho. Tal situação exige mudanças na formação e na atuação profissionais, e, deste modo, a ESF proporciona um processo de reconfiguração identitária dos enfermeiros que atuam neste cenário.

Considerando os pressupostos de Dubar de que a identidade é permanentemente construída, molda-se por meio das interações sociais estabelecidas ao longo da vida, configurando-se pelo produto da identidade própria (real) associada à identidade referida por seus pares (virtual), a abordagem qualitativa, neste estudo, possibilitou a compreensão da realidade vivida socialmente pelos enfermeiros de saúde da família no contexto do mundo do trabalho, sendo possível analisar a identidade do enfermeiro na ESF de um município do interior do estado de Minas Gerais.

No que se refere ao cotidiano de trabalho dos enfermeiros, foram identificadas dificuldades e facilidades que influenciam sua prática profissional, mencionadas tanto pelos sujeitos nucleares quanto pelos secundários, até certo ponto, passíveis de serem elucidadas na tríade: organização-infraestrutura-educação permanente. As dificuldades referem-se à falta de reconhecimento pelos usuários dos princípios da saúde da família, além de sua (des) responsabilização no processo saúde/doença, fazendo com que as ações assistencialistas e curativistas ainda sejam priorizadas no cotidiano. Além disso, foram mencionadas dificuldades relacionadas à infraestrutura do centro de saúde dificultando as ações da ESF, às barreiras geográficas impostas às equipes rurais, à sobrecarga de trabalho do enfermeiro, à

desorganização administrativa e à interferência dos atores políticos no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, bem como a falta de educação permanente da equipe.

Quanto à sobrecarga de trabalho, cabe destacar que esta decorre da realização de atividades no centro de saúde e na ESF, as quais frequentemente divergem das atribuições formais deste profissional, culminando com a diminuição da qualidade do trabalho realizado e improvisação, gerando estados de frustração perante a pouca reflexão sobre a própria prática. Ademais não são priorizadas atividades específicas da saúde da família face à necessidade de responder à demanda individual em detrimento da coletiva.

Embora tenham emergido no estudo as diversas dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho do enfermeiro, percebe-se a busca pelo reconhecimento, tanto junto aos seus pares quanto junto à comunidade. Além disso, observou-se a busca contínua pela satisfação e realização próprias no trabalho, a despeito de reconhecerem a existência de questões do senso comum de cunho depreciativo que interferem neste reconhecimento e satisfação.

Com base na análise da identidade virtual dos enfermeiros, expressa pelas falas dos sujeitos secundários desta pesquisa, compreendidos por médicos, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, odontólogos, coordenador de atenção primária, gestor municipal de saúde e usuários do serviço, percebe-se que a identidade reflete a centralidade do enfermeiro como organizador e articulador da estratégia de saúde da família, seu papel de líder e de referência para a equipe e comunidade, associada à responsabilidade que lhe conferem.

Observa-se, pois, que o enfermeiro se configura como o personagem central da ESF, ao promover a liderança junto à equipe e à comunidade, e ao organizar e motivar o trabalho da equipe junto aos seus pares; revelando as próprias características da ESF, tanto junto à própria equipe, como para a administração pública e para a comunidade. As características identificadas referem-se a capacidade técnica, interação, empatia, comprometimento, relacionamento interpessoal e são reconhecidas pelos profissionais da equipe, pelos gestores e pelos usuários, o que impacta na reconfiguração da imagem social do enfermeiro. Os traços depreciativos estão relacionados às questões culturais e ao senso comum ligado à profissão, que reforçam a imagem de subordinação do enfermeiro a outros profissionais da saúde e à força de agentes políticos municipais.

No que concerne aos aspectos facilitadores expressos pelos sujeitos destacam-se o estabelecimento do vínculo entre profissional de saúde, usuário e comunidade, permitindo que o usuário manifeste suas reais necessidades de saúde e reconheça o papel da ESF e sua

relação com o trabalho efetivo em equipe. Estas situações permitem ao enfermeiro que atue com mais autonomia, impactando em sua satisfação e reconhecimento profissionais.

Com relação aos modos de produção da saúde e do cuidado proporcionadas pela ESF, persiste, no entanto, a ênfase em ações curativas que reproduzem o modelo curativista, expressa pela organização dos serviços que ainda se mantém majoritariamente com vistas à demanda espontânea em detrimento da perspectiva da promoção da saúde coletiva.

O curativismo no cotidiano, associado ao desenvolvimento, por parte do enfermeiro e dos demais membros da equipe, de atividades que nem sempre são de sua competência profissional, geram conflitos no que se refere ao reconhecimento de seus papéis perante a si mesmos, pela equipe, pela comunidade e pela administração pública. Ressalta-se que esta fragilidade quanto aos papéis desempenhados por cada membro da equipe, em especial pelo enfermeiro, permite que se abram lacunas no processo de trabalho em saúde da família, passíveis de intervenção por personagens que tentam obter benefício próprio em meio aos produtos dos serviços de saúde.

O relacionamento interpessoal do enfermeiro na ESF é fator importante na sua construção identitária, ficando evidenciado entre sujeitos nucleares e secundários, que o enfermeiro possui bom relacionamento com a equipe, com a administração e com a comunidade, com construção efetiva de vínculo com a população e atuam com profissionalismo sem prejudicar a dimensão afetiva das relações.

Quanto à formação profissional do enfermeiro foram evidenciadas modificações curriculares para a formação do profissional, acompanhando mudanças conceituais, filosóficas e ideológicas da saúde, buscando adequar o perfil profissional às exigências do mercado. No entanto, tais mudanças são percebidas, majoritariamente, pelos sujeitos nucleares deste estudo, ficando a formação, aos olhos dos sujeitos secundários, limitada à tópicos específicos reconhecidos pelo cotidiano do trabalho.

Face ao que foi apresentado, percebe-se que a configuração identitária de tais enfermeiros apresenta algumas rupturas, inerentes, principalmente, ao não reconhecimento de papéis e a não delimitação de seu trabalho no cotidiano. Tais rupturas podem configurar-se como uma crise identitária.

No entanto, a crise de identidade pode se conformar como um dos elementos que permitem a construção da identidade social, exigindo dos sujeitos momentos intensos de reflexão, com vistas a fomentar mudanças capazes de influenciar positivamente na identidade, caracterizando um movimento para uma (re)configuração identitária.

Considera-se que este estudo trouxe contribuições para o arcabouço teórico e científico acerca do tema, bem como para os próprios enfermeiros, que podem reconhecer-se neste trabalho. Acredita-se que este estudo pode se configurar como uma ferramenta para gestores e instituições, com vistas a subsidiar melhorias nos processos de trabalho dos enfermeiros no contexto da saúde da família, bem como nos resultados advindos do trabalho na ESF.

Considera-se também que, por ser a identidade reconstruída permanentemente e dependente do contexto social que se insere o profissional, tem-se como limitação deste estudo a replicação de seus resultados para além deste cenário, física e temporalmente. Sugere-se, portanto, que mais estudos sejam realizados em distintos cenários para enriquecimento da temática analisada.

REFERÊNCIAS

AARESTRUP, C., TAVARES, C. M. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2008; v.10, n.1, p;228-234. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21.htm>. Acesso em: 10/09/2013

ALMEIDA, P. F. de; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica.** 2011, v.29, n.2, pp. 84-95.

ALVES, V. S. O modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu, 2005. Set./Fev. v. 9, n. 16, p. 39-5.

AMARANTE, A. L. *et. al.* . As estratégias dos enfermeiros para o cuidado em saúde mental no programa saúde da família. **Texto contexto – enferm,** Florianópolis, mar 2011, v. 20, n. 1.

ARAÚJO, M. F. S. Um “quase doutor”: **Prática profissional e construção da identidade do enfermeiro no Programa de Saúde da Família** [Tese de Doutorado] Programa de Pós Graduação em Sociologia /UFPB, João Pessoa, 2003.195p.

AVELAR, V. L. L. M. de; PAIVA, K. C. M. de. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. bras. enferm.**2010, vol.63, n.6, pp.1010-1018.

AYRES, J. R. de C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde colet.** 2001. v.6, n.1, p.63-72

AYRES, J. R. de C. M., O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade.** set-dez 2004, v.13, n.3, p.16-29.

AYRES, J. R. de C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade,** 2009, v.18, supl.2, p.11-23

BACKES, D. S; BACKES, M. S; ERDMANN, A. L.; BUSCHER, A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva** 2012, vol.17, n.1, pp. 223-230.

BARATIERI, T. e MARCON, S. S. Longitudinalidade no trabalho do enfermeiro: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Texto contexto - enferm.** 2012, v.21, n.3, p. 549-557.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70. 1977.

BARRETO, J. O. M; NERY, I.S.; COSTA, M. do S. C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2012, v.28, n.3, pp. 515-526.

BERGER, P. L. B.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: um livro sobre a sociologia do conhecimento.** 2ª edição. Tradução: Ernesto de Carvalho. Dinalivro: 1999.

BLANCO B. M., VALENTE G. S. C, LIMA C. A.*et. al.* A importância da liderança do enfermeiro no gerenciamento das relações interpessoais entre a equipe de saúde. **J. res.: fundam. care.** 2013. jul./set. v.5, n.3, p.211-17

BORGES, M. P. de A. **Professores: imagens e auto imagens.** 2007. 670f. [Tese de doutorado]. Faculdade de Ciências. Universidade de Lisboa. Lisboa. 2007. 670f.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, Senado, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências.** 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL.. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios.** Série D. Reuniões e Conferências. Brasília: Ministério da saúde, 2005. 84 p.

BRASIL. **Decreto nº. 94.406, de 08 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 21 set. 2009a. Disponível em:<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm>. Acesso em: 12 jan. 2012.

BRASIL. **Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Presidência da República, Brasília, DF, 21 set. 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em: 12 jan.2012.

BRASIL. **Portaria GM/MS nº 2.027, de 25 de agosto de 2011.** Altera a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, na parte que dispõe sobre a carga horária dos profissionais médicos que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF) e na parte que dispõe sobre a suspensão do Piso de Atenção Básica (PAB Variável). Ministério da Saúde. Brasília, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt2027_25_08_2011.html>, acesso em 18/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série E: Legislação em saúde. Brasília. 2012. 114p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em 15/12/2013

BRITO, M. J. M., VIANNA, P. C. M., COSTA, A. S. S. M., *et. al.* Os traços identitários de profissionais que atuam em um serviço substitutivo de saúde mental de belo horizonte. **Cienc Cuid Saude** 2009 Out/Dez; v.8, n.4, p.523-530

BRITO, M. J. M. **A configuração identitária da enfermeira no contexto das práticas de gestão em hospitais privados de Belo Horizonte.** [Tese de doutorado]. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais/UFMG; 2004.

BRITO, M. J. M., *et. al.* Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, 2008.

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

BRONDANI JUNIOR, D. A., HECK, R. M., CEOLIN, T., *et. al.* Atividades gerenciais do enfermeiro na estratégia de saúde da família. **R. Enferm. UFSM.** 2011 Jan/Abr; v1, n.1, p.41-50

CAÇADOR, B. S. **Configuração identitária do enfermeiro no contexto da estratégia de saúde da família.** 2012. 180p. [Dissertação de mestrado] Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte.

CAMPOS, G. W. S. **Memorial**. Memorial apresentado à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como requisito para o concurso para professor titular na área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde e junto ao Departamento de Medicina Preventiva e Social. Campinas: UNICAMP, 2006.

CAMPOS, G. W. S; GUERRERO, A. V. (orgs). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada** Ed HUCITEC, 1ª Edição, 2008, p.411.

CASTANHA, M. L. **A (in)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde**. 2004. 174p. Paraná. Universidade Federal do Paraná.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECÍLIO, L. C. de O. A morte de Ivan Ilitch de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface - Comunic.Saude, Educ.** 2009, vol.13, suppl.1, pp. 545-555.

CELEDÔNIO, R. M., JORGE, M. S. B, SANTOS, D. C. *et. al.* Políticas de educação permanente e formação em saúde: uma análise documental. **Rev Rene**. Fortaleza. 2012; v.13, n.5, p.1100-10.

CHIZZOTTI, A. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Rev Portuguesa de Educação**, 2005, v.16 n.2 p.221-236

CIAMPONE, M. H. T. Administração em enfermagem. **Rev. Enf. Atual**, Rio de Janeiro, 2002. jul./ago, a. 2, v. 2, n.10, p. 06-13.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 3/2001**. Estabelece Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 2001. Seção 1, p. 37.

COSTA, R. K.de S., MIRANDA, F. A. N.de. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: contribuição para a mudança do modelo assistencial. **Rev. RENE**. Fortaleza, abr./jun.2008. v. 9, n. 2, p. 120-128.

COSTA, F. dos S; SILVA, J. L. L.; OCA Y GONZÁLE, R. R. M. de; *et. al.*; Valorizando a consulta de enfermagem enquanto prática profissional no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). **Rev. Pesqui.: Cuid. Fundam.** out.-dez. 2012, v.4, n.4, p.2881-2889.

COSTA, L. H. R., COELHO, E. A. C. Ideologias de gênero e sexualidade: a interface entre a educação familiar e a formação profissional de Enfermeiras. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, Abr-Jun 2013; v.22, n.2, p.485-92.

COTTA, R. M. M., SCHOTT, M., AZEREDO, C. M. *et. al.* Work organization and professional profile of the Family Health Program: a challenge in the health basic attention restructuring. **Epidemiol. Serv. Saúde**, sep. 2006, v.15, n.3, p.7-18.

CHRISTOVAM , B., SANTOS, I. Instituição da liderança do enfermeiro em questões de saúde. **Rev Bras Enferm**.set-out 2005; v.58, n.5, p.551-5.

CUNHA, S. M. B., VASCONCELOS, R. M. A., ALMEIDA, D. R., *et.al.* Organização do trabalho de enfermagem nas estratégias de saúde da família do município de Cáceres-MT. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, 2013. v.4, n.2, p.77-93.

DIAS, S. M. M; BARCELLOS, K. C. P.; DIAS, M. R. G; **Fatores indutores de desmotivação no ambiente e na profissão do enfermeiro em instituição hospitalar**. 2013. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/artigos05/57_artigo%20Fatores%20Indutores.pdf> Acesso em: 12/09/2013

DUBAR, C. Socialisation et construction identitaire in RUANO-BORBALAN, J.C. (coord), **L'identité**, Sciences Humaines Éditions, Auxerre, 1998, p. 135-143.

DUBAR, C. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais**. Título original: La socialisation: construction des identités sociales et professionnelles. Tradução: Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

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

FERNANDES, M. C. **Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: enfoque na gerência do cuidado**. Fortaleza. 2012. 109p.

FERNANDES, K.R. e ZANELLI, J. C.. O processo de construção e reconstrução das identidades dos indivíduos nas organizações. **Rev. adm. contemp.** 2006, v.10, n.1, p. 55-72.

FLEURY, S. e OUVENEY, A. M. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 p. 25-58.

GIRARDI, S.; CARVALHO, C. L.; MAAS, L. W. D. O Trabalho precário em saúde: Tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, maio 2010, n.45, p.11-23.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas**. São Paulo, mai/jun 1995, v. 35 n. 3, p. 20-29

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. A representação social da autonomia profissional do enfermeiro na Saúde Pública. **Rev. Bras. Enferm.** jul-ago 2005a; v. 58, n4, p.393-8

GOMES, A. M. T., OLIVEIRA, D. A auto e heteroimagem profissional do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2005b, v.13, n.6, p. 1011-1018.

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**. 2012, v.46, n.3, p. 650-656.

JACQUES, M. G. Identidade e trabalho. In: CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 3ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2000, p. 127-131.

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**; jan/mar 2011; v.14, n.1, p. 28-38

KESSLER, A. L.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho de enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev. Gaucha. Enferm.** Porto Alegre. 2012. v.33,n.1, p.39-44

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

LARA, M. O. **Configuração identitária do agente comunitário de saúde de áreas rurais.** 2008. 136 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

LIMA, F. do R. de O. **A identidade Profissional da Enfermeira na Estratégia Saúde da Família,** 2013, 66f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador. 2013.

LOBATO, L. de V. C.. e GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 p. 89-120.

LOPES, B.R. da S., MAGELA, Q. de P. P., VIANA, T. da S., *et.al.* O enfermeiro líder em saúde da família: reflexões sobre cidadania, autoridade e poder. **16 CBCENF.** Vitória. 2013. 18p. Disponível em:
<<http://177.184.194.68/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I18445.E8.T4214.D4AP.pdf>> Acesso em: 15/12/2013

MACHADO, M. H. Trabalho e emprego em saúde In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 p. 259-278.

MARINHO, E. R. As relações de poder segundo Michel Foucault. **Revista Facitec,** dez. 2008, v. 2, n. 2, disponível em: <www.facitec.br/erevista> Acesso em: 18/10/2013

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Rev. Bras. Enferm.** 2004, v.57, n.5, p. 545-550.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde.** 4.ed. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2005

MAURO, M. Y. C; PAZ, A. F. da; MAURO, C. C. C. *et. al.*; Condições de trabalho da enfermagem nas enfermarias de um hospital universitário. **Esc. Anna Nery.** 2010, v.14, n.2, p. 244-252.

MEDEIROS, S. M.; *et. al.* Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2006, v. 08, n. 02, p. 233 - 240.

MELO, M. C. de O. L. O gerente e a função gerencial nas organizações pós reestruturação produtiva. In: **VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho**, v.6, 1999. São Paulo. Anais do VI Encontro Nacional de Estudos do Trabalho. São Paulo: Unicamp. 1999. 23p.

MELO, M. C. de O. L.; LOPES, A. L. M.; RIBEIRO, J. M. O cotidiano de gestores entre as estruturas acadêmica e administrativa de uma instituição de ensino superior federal de Minas Gerais. **Organizações em contexto**, São Bernardo do Campo, jan.-jun. 2013, v. 9, n. 17, p.205-227.

MELLO, R., FUREGATO, A. R. F. Teoria ego-ecológica e o estudo da identidade social : aplicabilidade em pesquisas de enfermagem. **Esc. Anna Nery**. 2011, v.15, n.4, p. 825-832.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2010, v.15, n.5, p.2297-2305.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2ª ed. Brasília: OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. 554p.

MERCADANTE, O. A. *end col.* Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J., org. **Caminhos da saúde no Brasil**[online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328 p. Disponível em SCIELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 18/11/2013.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002

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**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2006. 393 p.

MONTENEGRO, L. C. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde**. 2010. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010

NAVARRO, D. R.; PEREIRA, G. A.; PEREIRA, I. C. V; *et. al.* Um estudo das práticas dos(as) enfermeiros(as) em saúde coletiva no Programa Saúde da Família no município de Poços de Caldas (MG). **Doxo – Revista da PUC Minas Poços de Caldas**. mar-julh 2011, v.2,n.1.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. Caderno de pesquisas em administração. São Paulo. 1996. v.1, n.3, 5p.

NEVES, F. B. de S. **Percepção do enfermeiro sobre suas competências gerenciais no programa saúde da família**. 2005. 103p. [Dissertação de mestrado] Programa de pós-graduação UNIVALI. Itajaí, 2005

NOGUEIRA, C. L. S. **O outro olhar (sobre os enfermeiros): Percepções dos utentes sujeitos a internamento hospitalar sobre os enfermeiros e os cuidados de enfermagem**. 2010, 171p. [Dissertação de mestrado]. Universidade do Porto. Instituto de ciências biomédicas Abel Salazar. 2010.

NORONHA, J. C. de; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. D.O Sistema Único de Saúde - SUS In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 p. 365-394.

OLIVEIRA, M. R. F; BONARDI, C. M.**O profissional enfermeiro que atua na estratégia de saúde da família: prática gerencial**. Ourinhos. 2010. 12p.

OLIVEIRA, R. G.; MARCON, S. S. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. **Rev. Esc. Enferm USP**; mar. 2007, v.41, n.1, p. 65-72

ONOCKO-CAMPOS, R. T.*et. al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Saúde Pública**. 2012, v.46, n.1, p. 43-50.

PADILHA, M. I. C. S., VAGHETTI, H. H., BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, abr/jun2006; v. 14, n.2, p.292-300.

PAGÉS, M. (col.) **O poder nas organizações**. São Paulo: Atlas, 1987.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 p. 459-492.

PASCHOAL, A.S; MANTOVANI, M.F; MÉIER, M.J. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2007

PAVONI, D. S; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enf**, Brasília, mar-abr2009. v.62, n.2, p.265-71

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: a relação entre planejamento e execução do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, jul./ago. 2002, v. 55, n. 4, p. 392-398.

RAMOS, C. da S.; HECK, R. M.; CEOLIN, T.; *et. al.* Perfil do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família **Ciênc. cuid. saúde**; dez. 2009, v.8(supl), p. 85-91.

RENOVATO, R. D., BAGNATO, M. H. S., MISSIO, L., *et. al.* As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**. Jul/out 2009. v.7, n.2, p. 231-248

SANTOS, F. P. dos A. **Processo de trabalho das equipes de saúde da Família na produção do cuidado aos usuários com Hipertensão arterial**. 2010, 170p. [Dissertação de mestrado]. Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde. UESB. Jequié/BA. 2010

SANTOS, R. M. dos; RIBEIRO, L. da C. C.; Percepção do usuário da estratégia saúde da família sobre a função do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. Out/Dez 2010; v.15, n.4, p.709-15

SANTOS, F. P. A., NERY, A. A., MATUMOTO, S. A produção do cuidado a pacientes com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. Esc. Enferm.USP**. 2013. V.47; n.1; p. 107-114

SARTI, T.D. *et. al.* Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**. 2012, v.28, n.3, p. 537-548

SCHIMITH, M. D., LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do programa de saúde da família. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**. Nov-dez 2004. v.20; n.6; p.1487-1494

SHIMIZU, H. E., CARVALHO JUNIOR, D. A. de. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, v.17, n.9, p. 2405-2414.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar á reforma sanitária In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 p. 323-364.

SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento populista In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 p. 89-120.

SILVA, L. M. S. da, FERNANDES, M. C., MENDES, E. P., *et. al.* Trabalho interdisciplinar na estratégia saúde da família: enfoque nas ações de cuidado e gerência. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, dez 2012; v.20(esp.2), p.784-8.

SPAGNUOLO, R. S., JULIANI, C. M. C. M., SPIRI, W. C. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Cienc Cuid Saude**. Abr/Jun 2012; v.11, n.2, p.226-234

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

TEIXEIRA, C. F. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e Saúde da Família**. Salvador: Edufba, 2006.

VIANA, A. L. d'A.; BAPTISTA, T. W. de F. Análise de políticas de saúde In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S., LOBATO, L. de V. C., NORONHA, J. de C. e CARVALHO, A. I. de (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012 p. 59-88.

VICENZI, R. B., GIRARDI, M. W., LUCAS, A. C. dos S. Liderança em saúde da família: um olhar sob a perspectiva das relações de poder. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, 2010, v.1, n.1, p.82-87.

WILLIG, M. H., LENARDT, M. H., A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enferm**. Curitiba, jan./jun. 2013, v.7, n.1, p.23-29.

XIMENES NETO, F. R. G., SAMPAIO, J. J. C. Processo de ascensão ao cargo e as facilidades e dificuldades no gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.** 2008, v.61, n.1, p. 36-45.

ZUZA, D. C.; SILVA, M. A. P. D. Estudo sobre a identidade do enfermeiro em uma instituição hospitalar cooperativista. **Reme: Rev Min Enferm.** Belo Horizonte, 2007, v.11, n.4, p. 28-31.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Tradução. Daniel Grassi. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

Data: ___/___/___ Horário de Início: ___ : ___ Horário de Término: ___ : ___ Local de realização da entrevista:
Dados de identificação
Entrevistado(a): Idade: Escolaridade: Estado civil: () casado(a) () solteiro(a) () separado(a) () viúvo(a) Tempo de trabalho na saúde da família: Remuneração na função: Jornada de trabalho diária: 1) Formal: 2) Informal: Número de empregos anteriores: Cargos ocupados em outros empregos: Há quantos anos formado:

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

	Roteiro de Entrevista: médico, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, usuário, gestor de saúde
Entrevista n°:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Fale sobre o papel do enfermeiro na ESF 2. Fale sobre o trabalho do enfermeiro. 3. Fale sobre a formação do enfermeiro? 4. Quais são os principais aspectos interferem no trabalho realizado pelo enfermeiro? 5. Quais são, em sua opinião, os aspectos facilitadores do trabalho do enfermeiro? 6. E quais são os principais aspectos dificultadores do trabalho enfermeiro? 7. Fale sobre o relacionamento do enfermeiro com (o nome da categoria profissional ou condição de usuário). 8. Fale sobre o relacionamento do enfermeiro com os demais membros da equipe da ESF. 9. Fale sobre o relacionamento do enfermeiro com a comunidade. 10. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa? 	

	Roteiro de Entrevista: Enfermeiro
Entrevista n°:	
<ol style="list-style-type: none">1. Você poderia fazer uma apresentação sobre você?2. Fale o que significa para você ser enfermeiro de saúde da família.3. Como você se sente no exercício de sua função?4. Fale sobre o seu cotidiano de trabalho como enfermeiro.5. Quais os principais aspectos, em seu dia-a-dia como enfermeiro, facilitam seu trabalho?6. Quais os aspectos, em seu dia-a-dia como enfermeiro, dificultam seu trabalho?7. Fale sobre seu relacionamento com os demais membros da equipe da ESF.8. Fale sobre sua formação acadêmica e a sua relação com a prática na ESF9. O que você acha que as pessoas pensam de você como enfermeiro?10. Você gostaria de falar mais alguma coisa?	

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Sujeito Nuclear

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada, provisoriamente, **“Configuração identitária do enfermeiro atuante na estratégia de saúde da família em um município do interior do estado de Minas Gerais”**, a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais / UFMG. A pesquisa configura-se como uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo de responsabilidade de Gláucia de Sousa Vilela, aluna regularmente matriculada no referido curso e orientada pela Dr^a Maria José Menezes Brito, Professora Associada desta Instituição. O estudo tem por objetivo compreender a identidade social de enfermeiros inseridos na Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Estado de Minas Gerais, analisando as falas de dois atores essenciais do processo de construção da identidade social: os sujeitos nucleares e os sujeitos secundários. De acordo com a literatura, a identidade social somente pode ser construída a partir da interação entre a identidade real e a virtual, que são produzidas por meio da visão do sujeito nuclear (ator da construção da identidade real) e do sujeito secundário (ator da construção da identidade virtual). Neste sentido, o sujeito nuclear é aquele que se apresenta como o foco ou objeto da pesquisa, personagem a quem se busca conhecer a identidade; e sujeitos secundários são aqueles que possuem socialmente alguma relação com o sujeito nuclear e têm papel importante na construção da identidade deste sujeito. Para esta pesquisa, são considerados como sujeitos nucleares os profissionais enfermeiros das equipes da estratégia de saúde da família, e, sujeitos secundários, os demais profissionais da equipe (médicos, auxiliares de enfermagem, odontólogos ou agentes comunitários de saúde), gestores de saúde ou usuários do serviço de saúde.

A sua participação, como um sujeito nuclear, é de extrema importância a esta pesquisa, visto que a partir da análise de sua fala e dos demais sujeitos nucleares participantes, poderemos construir a identidade social real do enfermeiro. E esta, associada à análise das entrevistas dos sujeitos secundários, possibilitará a construção da identidade social do enfermeiro da estratégia de saúde da família do município.

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de entrevistas. Ao ser entrevistado(a) você responderá a algumas questões referentes ao enfermeiro, o cotidiano de trabalho deste profissional e fatores que influenciam

sua prática. Mediante sua autorização, as entrevistas serão gravadas com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição caso queira ouvi-la. Informamos ainda que o material gravado será destruído após a finalização do estudo.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, esclarecer dúvidas e ainda retirar o seu consentimento, sem nenhum ônus ou prejuízo. Em caso de dúvidas em relação a esta pesquisa, você pode esclarecê-las com as responsáveis pelo estudo por meio do contato com a responsável pelo projeto ou sua orientadora. No caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) por meio do telefone ou endereço abaixo especificados. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com outros estudos sobre a temática; possibilitar a intervenção no processo de formação do enfermeiro; subsidiar estratégias que potencializem as ações desse profissional e seu reconhecimento social, refletindo sobre foco de ação do enfermeiro na estratégia de saúde da família.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente Termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Gláucia de Sousa Vilela
(Aluna do curso de Mestrado em Enfermagem)

Prof.^a Maria José Menezes Brito
(Orientadora)

Nome: _____

R.G: _____

Assinatura por extenso: _____

_____, ____/____/____

Nome da pesquisadora: Gláucia de Sousa Vilela Tel: (37) 9955-0639

Orientadora: Prof.^aDr^a Maria José Menezes Brito Tel: (31) 3409-9849

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627, Unidade Administrativa I I, 2° andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270-901. Tel: (31) 3499-4592

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Sujeito Secundário

Gostaria de convidá-lo(a) a participar de uma pesquisa intitulada, provisoriamente, **“Configuração identitária do enfermeiro atuante na estratégia de saúde da família em um município do interior do estado de Minas Gerais”**, a ser desenvolvida no curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais / UFMG. A pesquisa configura-se como uma das exigências para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, sendo de responsabilidade de Gláucia de Sousa Vilela, aluna regularmente matriculada no referido curso e orientada pela Dr^a Maria José Menezes Brito, Professora Associada desta Instituição. O estudo tem por objetivo compreender a identidade social de enfermeiros inseridos na Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do Estado de Minas Gerais, analisando as falas de dois atores essenciais do processo de construção da identidade social: os sujeitos nucleares e os sujeitos secundários. De acordo com a literatura, a identidade social somente pode ser construída a partir da interação entre a identidade real e a virtual, que são produzidas por meio da visão do sujeito nuclear (ator da construção da identidade real) e do sujeito secundário (ator da construção da identidade virtual). Neste sentido, o sujeito nuclear é aquele que se apresenta como o foco ou objeto da pesquisa, personagem a quem se busca conhecer a identidade; e sujeitos secundários são aqueles que possuem socialmente alguma relação com o sujeito nuclear e têm papel importante na construção da identidade deste sujeito. Para esta pesquisa, são considerados como sujeitos nucleares os profissionais enfermeiros das equipes da estratégia de saúde da família, e, sujeitos secundários, os demais profissionais da equipe (médicos, auxiliares de enfermagem, odontólogos ou agentes comunitários de saúde), gestores de saúde ou usuários do serviço de saúde.

A sua participação, como um sujeito secundário, é de extrema importância a esta pesquisa, visto que a partir da análise de sua fala e dos demais sujeitos secundários participantes, poderemos construir a identidade social virtual do enfermeiro. E esta, associada

à análise das entrevistas dos sujeitos nucleares, possibilitará a construção da identidade social do enfermeiro da estratégia de saúde da família do município.

Trata-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será por meio de entrevistas. Ao ser entrevistado(a) você responderá a algumas questões referentes ao enfermeiro, o cotidiano de trabalho deste profissional e fatores que influenciam sua prática. Mediante sua autorização, as entrevistas serão gravadas com a finalidade de assegurar a autenticidade das informações, ficando à sua disposição caso queira ouvi-la. Informamos ainda que o material gravado será destruído após a finalização do estudo.

Sua colaboração é voluntária e o seu anonimato será garantido. Firmamos o compromisso de que as informações serão utilizadas apenas para fins da pesquisa. Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, esclarecer dúvidas e ainda retirar o seu consentimento, sem nenhum ônus ou prejuízo. Em caso de dúvidas em relação a esta pesquisa, você pode esclarecê-las com as responsáveis pelo estudo por meio do contato com a responsável pelo projeto ou sua orientadora. No caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP/UFMG) por meio do telefone ou endereço abaixo especificados. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir com outros estudos sobre a temática; possibilitar a intervenção no processo de formação do enfermeiro; subsidiar estratégias que potencializem as ações desse profissional e seu reconhecimento social, refletindo sobre foco de ação do enfermeiro na estratégia de saúde da família.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente Termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão.

Atenciosamente,

Gláucia de Sousa Vilela
(Aluna do curso de Mestrado em Enfermagem)

Prof.^a Maria José Menezes Brito
(Orientadora)

Nome: _____

R.G: _____

Assinatura por extenso: _____

_____, ____/____/____

Nome da pesquisadora: Gláucia de Sousa Vilela Tel: (37) 9955-0639

Orientadora: Prof.^aDr^a Maria José Menezes Brito Tel: (31) 3409-9849

Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP): Av. Pres. Antônio Carlos, n° 6627, Unidade Administrativa I I, 2° andar, sala 2005, Bairro Pampulha, Belo Horizonte/MG. CEP: 31.270-901. Tel: (31) 3499-4592

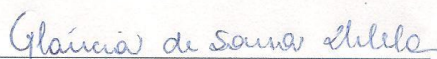
ANEXO C–Autorização para realização da pesquisa – SMS do Município

20

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Gláucia de Sousa Vilela, venho por meio deste, solicitar à Secretaria de Saúde de /MG autorização para realizar junto às equipes da Estratégia de Saúde da Família do município, pesquisa intitulada **“Configuração identitária do enfermeiro atuante na estratégia de saúde da família em um município do interior do estado de Minas Gerais”**. Esta pesquisa consiste em quesito parcial para a conclusão da Pós-graduação Stricto Sensu – Mestrado- em enfermagem, realizado por mim na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, sob orientação da professora Pós-doutora Maria José Menezes Brito.

Itaguara, 19 de fevereiro de 2013.



Gláucia de Sousa Vilela

Resultado do Pedido: Deferido () Indeferido



Secretário Municipal de Saúde

ANEXO D–Autorização para realização da pesquisa – ENA UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM APLICADA

PARECER Nº 01 /2013 - ENA

PROJETO DE PESQUISA: Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família em um município do interior do Estado de Minas Gerais

INTERESSADAS: Gláucia de Sousa Vilela/Profª Maria José Menezes Brito

PARECERISTA: Profª Kátia Ferreira Costa Campos

HISTÓRICO:

Recebi, por designação do Prof. Gilberto Simeone, chefe do ENA, em 28 de fevereiro de 2013, o projeto de pesquisa intitulado “CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS”, para emitir parecer.

MÉRITO:

Trata-se de projeto de pesquisa voltado para o conhecimento da configuração da identidade de profissionais enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em um contexto de redefinição do conceito de saúde e prática profissional para a reorganização de processos de trabalho, contexto esse, que influencia na identidade profissional, conforme Araujo, 2003; Gomes; Oliveira 2005 e Navarro et al., 2011, citados pela pesquisadora. E tem como objetivo geral: Compreender a configuração identitária de enfermeiros da Estratégia de Saúde da família de um município do interior de Minas Gerais. E como objetivos específicos: “Descrever as atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho pelos enfermeiros que atuam em ESFs; Conhecer a identidade real e virtual dos enfermeiros que atuam na ESF; Conhecer aspectos das relações estabelecidas entre o enfermeiro e os demais profissionais da equipe de saúde da família e usuários deste serviço.”

A metodologia proposta é de natureza qualitativa, do tipo estudo de caso, descrita de forma clara em relação ao cenário, sujeitos, instrumento de coleta de dados e análise dos mesmos, respeitando-se os princípios éticos expostos no texto e no TECLE (anexo A).

O tema em questão é relevante, atual e pertinente à necessidade de compreensão em relação à identidade do profissional enfermeiro em uma estratégia que busca

organizar e fortalecer a Atenção Primária à Saúde, para a efetivação do modelo assistencial proposto pelo SUS. Identidade essa, que nesse contexto precisa ser compreendida nos aspectos propostos pelo estudo.

Encaminhamento:

Correção do título: Estratégia Saúde da Família (termo utilizado pelo Ministério da Saúde em sua legislação) e não Estratégia de Saúde da Família. Bem como no decorrer do texto.

Parabenizo a autora e sua orientadora pela pertinência do estudo no momento atual.

CONCLUSÃO:

Pelo exposto, sou, s.m.j., pela aprovação do projeto de autoria da pesquisadora Gláucia de Sousa Vilela.

Belo Horizonte, 08 de Março de 2013



Profª Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovado em reunião de Câmara do
Departamento de Enfermagem Apli-
cada/ENA em 12 / 03 / 13.


Profª Drª Isabela Gilza Cássio Velloso
SubChefe Depto de Enfermagem Aplicada
Escola de Enfermagem UFMG

ANEXO E–Autorização para realização da pesquisa – COEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais

Pesquisador: Maria José Menezes Brito

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 15295213.8.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 329.007

Data da Relatoria: 10/07/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo, que será desenvolvido no município de _____, MG. Os sujeitos da investigação serão denominados sujeitos nucleares e secundários, sendo que, sujeitos nucleares são aqueles que se relacionam diretamente com o objeto da pesquisa, neste caso os enfermeiros; e sujeitos secundários, aqueles que se destacam pela proximidade com os sujeitos nucleares e por meio da qual é possível uma intermediação de relações capazes de auxiliar na construção da identidade dos sujeitos nucleares. Para fins desta investigação consideram-se sujeitos nucleares: os enfermeiros das unidades de saúde da família que aceitarem participar do mesmo, num total de 4 profissionais; e sujeitos secundários: membros da equipe multiprofissional da estratégia de saúde de família (ESF), cujo enfermeiro aceite participar do estudo (auxiliares/técnicos em enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde e usuários do serviço) e o gestor municipal de saúde. Em relação aos sujeitos secundários das equipes da ESF: será escolhido um membro de cada categoria profissional de cada equipe de saúde da família (sendo o agente comunitário escolhido considerando o de maior tempo de trabalho na equipe) e usuários do serviço, escolhidos aleatoriamente e entrevistados até que haja saturação das informações coletadas. O instrumento de coleta de dados utilizado para este estudo consistirá de uma entrevista com roteiro semiestruturado, no qual existe uma participação ativa do pesquisador

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 329.007

que pode ultrapassar ao roteiro de questões norteadoras, na perspectiva de se evidenciar aspectos subjetivos da vivência profissional dos enfermeiros como as relações envolvidas na dinâmica da rede de atenção a saúde e alguns traços culturais que caracterizam esse tipo de organização, uma vez que, parte-se da premissa de que esses aspectos influenciam a construção da identidade. Para a concretização desta fase será feito o agendamento das entrevistas em horário e local previamente acordado com os sujeitos da investigação. Será feito também registro no diário de campo com observações realizadas. Os dados serão coletados até se esgotar a percepção a respeito do fenômeno. Os dados serão tratados e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2009).

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Compreender a configuração identitária de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de um município o interior do estado de Minas Gerais.

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

Descrever as atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho pelos enfermeiros que atuam em ESF's;

Conhecer a identidade real e virtual dos enfermeiros que atuam na ESF;

Conhecer aspectos das relações estabelecidas entre o enfermeiro e os demais profissionais da equipe de saúde da família e usuários deste serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto é claro quanto aos riscos e benefícios para os sujeitos. O compromisso dos autores quanto à destinação do material e/ou dados coletados e à publicação dos resultados, sejam favoráveis ou não, bem como os critérios para a interrupção/suspensão da pesquisa estão bem explicitados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto visa basicamente compreender a dinâmica da construção identitária de enfermeiros que atuam em centros de saúde da estratégia de saúde da família em um município do interior do estado de Minas Gerais.

O projeto tem relevância para o avanço científico na área de ciências da saúde e saúde pública.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto para Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CONEP; Protocolo de Pesquisa; Projeto de Mestrado; Roteiro de Entrevista anexado ao Projeto de Mestrado; Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Itaguara, MG; Parecer consubstanciado do Departamento de Enfermagem

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 329.007

Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Foram realizadas as mudanças no TCLE conforme diligências anteriores.

Recomendações:

Corrigido no TCLE dirigido ao 'sujeito nuclear'.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos pela aprovação do projeto "Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais" da pesquisadora Maria José Menezes Brito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 08 de Julho de 2013

Assinador por:
Maria Teresa Marques Amaral
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** ccep@prpq.ufmg.br