



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

NÍVIA VANESSA CARNEIRO DOS SANTOS

ANÁLISE BOURDESIANA DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DA
ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

SALVADOR

2021

NÍVIA VANESSA CARNEIRO DOS SANTOS

**ANÁLISE BOURDESIANA DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DA
ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida

SALVADOR

2021

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas (SIBI/UFBA), com os dados fornecidos pela autora.

S237 Santos, Nivia Vanessa Carneiro.
Análise bourdesiana da identidade profissional da enfermeira na atenção primária à saúde/ Nivia Vanessa Carneiro Santos – Salvador, 2021.
119 f.

Orientador: Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, 2020.
Inclui referências e anexos.

1. Enfermagem. 2. Enfermeira. 3. Identidade Própria. 4. Atenção Primária à Saúde.

I. Universidade Federal da Bahia. II. Título.

CDU 616-083

NÍVIA VANESSA CARNEIRO DOS SANTOS

**ANÁLISE BOURDESIANA DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DA
ENFERMEIRA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de pesquisa Formação, Gestão e Trabalho em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em 10 de janeiro de 2021

BANCA EXAMINADORA

Deybson Borba de Almeida



Doutor em Enfermagem e Saúde e Professor Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

Michel Nicolau Netto



Doutor em Sociologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Professor do Departamento de Sociologia do IFCH/UNICAMP.

Gilberto Tadeu Reis da Silva



Pós-doutor em Ensino em Ciência da Saúde e Professor Titular da Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia (UFBA).

DEDICATÓRIA

À Todas as profissionais de Enfermagem que lutaram e lutam na linha de frente dos serviços de saúde.

A Meus pais, por sempre terem me ofertado o amor mais singelo.

À Silvia (*In Memoriam*), por mesmo do céu, ser meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

A Deus, força motriz na minha jornada, detentor de toda sabedoria e amor.

A Jesus, amigo, cúmplice e parceiro, que me guia de perto em todos os momentos.

À Maria, que por intercessão da minha mãe, faz morada no meu coração.

À minha querida mãe, Vandinez, por ser fonte de inspiração, amor e incentivo. Ser sua filha é um presente. Te amo tanto!

Ao meu pai, Pedro, por todo amor, carinho e dedicação. Um exemplo de pai amoroso e companheiro. Te amo muito!

À minha tia Dida (*in memorian*), por sempre acreditar no meu potencial e ser colo em todos os momentos, eu te amo, para além deste plano terreno.

À Maria (*in memorian*), por ter me ensinado a amar, da forma mais simples e intensa, ser sua filha emprestada foi um presente que me faz feliz até hoje.

A Nusa, meu amor, por estar ao meu lado em todos os momentos, compartilhando do amor e me fazendo feliz, de uma forma tão pura. Eu te amo minha sorte!

Ao meu orientador Prof. Dr. Deybson Borba, por me mostrar como se construir enquanto ser humano, por tornar esse processo um aprendizado incrível e por ser companheiro.

À minha afilhada Mel, por tornar esse momento mais leve com seus sorrisos e primeiras palavras, dinda te ama!

À Andressa pelo apoio, carinho e por ser sempre o ombro amigo. Você é alguém que eu tenho muito orgulho, te amo e conte comigo sempre!

À minha irmã e comadre Rayane, por sempre me incentivar a ser melhor, pelos momentos compartilhados e por sempre estar do meu lado, te amo e te admiro!

À Tainá, prima querida, por torcer por mim e mesmo de longe estar sempre presente.

À Valentina, Lorenzo, Júlia, Tierry, Maria Flor, Laura, Matheu, Gabriel, Larissa e Luiza por serem as (os) sobrinhos que ganhei de presente da vida, sou e serei sempre por vocês.

Às minhas irmãs de alma Ninha, Marla, Marquinhos e Marta por me fazer forte em momentos difíceis.

Aos meus tios e tias, em especial às minhas tias (os) Vanuza, Vanete, e Antônio, pelo companheirismo e por celebrarem minha vitória com tanto amor.

À minha sogra Eliete, minhas cunhadas Cyntia e Clarisse e meu cunhado Wando por me acolherem tão bem e serem fontes de incentivo e carinho.

Aos meus compadres Greice e Genilson pela união e carinho. Vocês são pessoas que sempre terão prioridade na minha vida, amo vocês!

Às minhas primas e primos, pela torcida.

Às minhas amigas e colegas de jornada no mestrado: Verônica e Fernanda, com vocês o caminho se tornou mais leve.

A Igor, amigo e incentivador, pelos conselhos, parceria e carinho verdadeiro.

Aos meus amigos, desculpas pela ausência em tantos momentos, obrigada por entenderem e serem meu alicerce. Eu amo vocês e sou muito grata por tê-los!

À Denise pelo apoio na coleta de dados e cumplicidade com a minha dissertação.

À Atenção Básica do município pesquisado, por ceder a autorização para a realização da coleta de dados.

Ao Professor Dr. Michel pelo auxílio com o referencial sociológico.

Ao grupo Bolsistas CAPES por ser descontração e cumplicidade.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia por ser morada de lições importantes da vida.

Às docentes da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelos ensinamentos.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida.

Ao GEPASE pelos ensinamentos e por ter me confiado a coordenação discente.

À Liga de Enfermagem Emergencista pelos aprendizados.

À coordenação do PPGENF pelo compromisso e apoio.

Aos secretários do PPGENF pelo suporte.

À Universidade Estadual de Feira de Santana por ter sido minha porta de entrada na pesquisa.

“Foi o tempo que dedicaste à tua rosa que a fez tão importante” (SAINT-EXUPÉRY, A. de, 1989. P.28)

“Aprendi que todas as formas de conhecimento são transitórias e que elas só têm real valor quando utilizadas em benefício dos seres e de tudo o que existe no campo universal. Todavia de nada vale todo o conhecimento do mundo se não houver amor”.
(SILVA, A.L., 2013)

RESUMO

SANTOS, Nívia Vanessa Carneiro. **Análise bourdesiana da identidade profissional da enfermeira na Atenção Primária à Saúde**. 2021. 119f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2021.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a identidade profissional da enfermeira na primária à saúde e como objetivos específicos: relacionar a socialização primária com a identidade profissional da enfermeira na atenção primária à saúde; identificar as representações de si das enfermeiras e seus impactos na identidade profissional; discutir as disposições incorporadas pela enfermeira na atenção primária à saúde e apresentar os sistemas de práticas das enfermeiras da atenção primária à saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa desenvolvida com nove enfermeiras, em uma cidade do interior da Bahia - Brasil. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semiestruturada e os dados foram processados pelo software N-vivo 10 e analisados de acordo com a análise temática. As normas da Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, foram atendidas em todas as etapas da pesquisa (CAAE: 95311918.4.0000.0053). Foram identificadas três categorias de análise, cada uma com três subcategorias: (1) Representações de si: perspectiva identitária das enfermeiras na Atenção Primária à Saúde, que se relaciona com as percepções individuais e coletivas, sustentando valor positivo ou negativo, com impacto direto no *Habitus* e na identidade. Esta categoria gerou três subcategorias: Gestão, Dilemas profissionais e Práticas de Saúde. (2) Disposições incorporadas: o espaço subjetivo entre o eu e o outro, integrado ao *Habitus* a partir de um sistema propenso a organizar as interações e percepções dos indivíduos à sociedade e o seu modo de reação a esse sistema. Esta categoria deu origem a três subcategorias: Sentimento de Responsabilização Excessiva, Sentimento de Obrigatoriedade de fazer mesmo sem condições estruturais e Sobrecarga de Trabalho. (3) Sistema de práticas de enfermeiras da Atenção Básica de Saúde, gerado a partir do “*Habitus* prático” na medida em que fomenta a reprodução das regularidades e das condições objetivas, porém condicionado às exigências sociais e situacionais. Desta categoria derivou-se três subcategorias: Práticas de prevenção, Práticas de Clínica-Individual e Normatização da Assistência. O *Habitus* da enfermeira da Atenção Primária à Saúde está dissolvido e interligado com as práticas hegemônicas e condicionado a um campo gerador de disputas e regulado por uma autonomia controlada com práticas dicotomizadas. Nesse contexto, as enfermeiras, na tentativa de legitimar sua identidade e se compreender, assumem múltiplas funções, com o intuito de agregar capitais simbólicos, sociais e econômicos, contribuindo para a ruptura do seu processo de trabalho e identidade profissional. Conclui-se, que a identidade

profissional dinâmica e inacabada está atrelada a um *Habitus* forjado, a partir das socializações primárias que condicionam as perspectivas individuais e sociais, mediante o incorporamento de disposições inconscientes que impactam na compreensão de si, na concepção de pertencimento profissional e na representação para a sociedade. O *Habitus* interiorizado repercute na exteriorização do mesmo e pode agregar ou diminuir o capital simbólico, dando origem a um sistema de práticas fragmentado e descaracterizado, condicionado e condicionante, no campo da Atenção Primária à Saúde.

Palavras-Chave: Enfermagem. Enfermeira. Identidade própria. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

SANTOS, Nívia Vanessa Carneiro. **Bourdesian analysis of the professional identity of nurses in Primary Health Care.** 2021. 119f. Dissertation (Master's degree in Nursing) - Nursing School, Federal University of Bahia, Salvador, 2021.

This research has aims to analyze the nurse's professional identity in primary health care and as specific objectives: to relate primary socialization with the nurse's professional identity in primary health care; identify nurses' self-representations and their impacts on professional identity; discuss the provisions incorporated by the nurse in primary health care and present the practice systems of nurses in primary health care. This is a qualitative research developed with nine nurses, in a city in inland Bahia - Brazil. Data collection occurred through semi-structured interviews and data were processed by N-vivo software 10 and analyzed according to thematic analysis. The rules of Resolution n. 466 of 12 December 2012, of the National Health Council were followed in all research steps (CAAE: 95311918.4.0000.0053). Three categories of analysis were identified, each with three subcategories: (1) Representations of themselves: identity perspective of nurses in Primary Health Care, which is related to individual and collective perceptions, supporting positive or negative value, with an impact on Habitus and identity. This category generated three subcategories: Management, Professional Dilemmas and Health Practices. (2) Incorporated provisions: the subjective space between the I and the other, integrated with Habitus from a system prone to organizing the interactions and perceptions of individuals to society and their mode of reaction to that system. This category gave rise to three subcategories: Feeling of Excessive Accountability, Feeling of Obligation to do even without structural conditions and Work Overload. (3) System of practices of primary health care nurses, generated from the “practical Habitus” as it promotes the reproduction of regularities and objective conditions, but conditioning the social and situational requirements. Three subcategories were developed from this category: Prevention Practices, Individual-Clinical Practices and Standardization of Assistance. The habitus of the primary health care nurse is dissolved and interconnected with hegemonic practices and conditioned to a field that generates disputes and regulated by a controlled autonomy with dichotomized practices. In this context, nurses, in an attempt to legitimize their identity and understand themselves, assume multiple functions, in order to add symbolic, social and economic capital, contributing to the rupture of their work process and professional identity. Dynamic and unfinished professional identity is tied to a forged Habitus, from the primary socializations that condition individual and social perspectives, through the embedding of unconscious dispositions that influence the understanding of one another, the conception of professional belonging and representation for society. The internalized Habitus has repercussions on one's exteriorization and can add or decrease symbolic capital, giving rise to a system of fragmented and mischaracterized practices, conditioned and conditioning, in the field of Primary Health Care.

Keywords: Nursing. Nurse. Self-identity. Primary Health Care.

RESUMEN

SANTOS, Nívia Vanessa Carneiro. **Análisis bourdesiana de la identidad profesional de las enfermeras en Atención Primaria de Salud.** 2021. 119f. Disertación (Máster en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador, 2021.

Esta investigación tiene como objetivo general analizar la identidad profesional de la enfermera en la atención primaria de salud y como objetivos específicos: relacionar la socialización primaria con la identidad profesional del enfermero en la atención primaria de salud; identificar las autorrepresentaciones de las enfermeras y su impacto en la identidad profesional; discutir las disposiciones incorporadas por la enfermera en la atención primaria de salud y presentar los sistemas de práctica de las enfermeras en la atención primaria de salud. Esta es una investigación cualitativa desarrollado con nueve enfermeras, en una ciudad en el interior de Bahía - Brasil. La recogida de datos se produjo a través de entrevistas semiestructuradas y los datos fueron procesados por el software N-vivo 10 y analizados de acuerdo con el análisis temático. Las normas de la Resolución nº 466 de 12 de diciembre de 2012, del Consejo Nacional de Salud, se cumplieron en todas las etapas de la investigación (CAAE: 95311918.4.0000.0053). Se identificaron tres categorías de análisis, cada una con tres subcategorías: (1) Representaciones de sí: perspectiva de identidad de las enfermeras en la Atención Primaria de Salud, que está relacionada con percepciones individuales y colectivas, sosteniendo un valor positivo o negativo, con un impacto directo en el Habitus y la identidad. Esta categoría generó tres subcategorías: Gestión, Dilemas Profesionales y Prácticas de Salud. (2) Disposiciones incorporadas: el espacio subjetivo entre Yo y el otro, integrado con Habitus de un sistema propenso a organizar las interacciones y percepciones de los individuos a la sociedad y su modo de reacción a ese sistema. Esta categoría dio lugar a tres subcategorías: Sensación de Responsabilidad Excesiva, Sensación de Obligación de hacer incluso sin condiciones estructurales y Sobrecarga de Trabajo. (3) Sistema de prácticas de enfermeros de atención primaria de salud, generado a partir del “Habitus práctico” en la medida en que promueve la reproducción de regularidades y condiciones objetivas, pero condicionando los requisitos sociales y situacionales. A partir de esta categoría, se desarrollaron tres subcategorías: Prácticas de Prevención, Prácticas Individuales-Clínicas y Estandarización de la asistencia. El habitus de la enfermera de atención primaria de salud se disuelve e interconecta con las prácticas hegemónicas y se condiciona a un campo que genera disputas y está regulado por una autonomía controlada con prácticas dicotomizadas. En este contexto, las enfermeras, en un intento de legitimar su identidad y entenderse a sí mismas, asumen múltiples funciones, con el fin de añadir capital simbólico, social y económico, contribuyendo a la ruptura de su proceso de trabajo e identidad profesional. Se concluye que la identidad profesional dinámica e inacabada está ligada a un Habitus forjado, desde las socializaciones primarias que condicionan las perspectivas individuales y sociales, a través de la integración de disposiciones inconscientes que repercuten en la comprensión del otro, la concepción de la pertenencia profesional y la representación para la sociedad. El Habitus internalizado tiene repercusiones en su exteriorización y puede añadir o disminuir el capital simbólico, dando lugar a un sistema de prácticas fragmentadas y mal caracterizadas, condicionadas, en el campo de la Atención Primaria de Salud.

Palabras Clave: Enfermería. Enfermera. Auto-identidad. Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Matriz teórica baseada na teoria de <i>Habitus</i> e de campo de Pierre Bourdieu.....	17
Figura 2 – Esquema da estratificação de Socialização.....	59
Figura 3 – Espiral dos Processo de Socialização.....	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Conteúdo manifesto por Categoria Temática.....	51
Quadro 2 – Corpus e Subcategoria de Análise Gestão.....	65
Quadro 3 – Corpus e Subcategoria de Análise Dilemas Profissionais.....	70
Quadro 4 – Corpus e Subcategoria de Análise Atenção à Saúde.....	74
Quadro 5 – Corpus e Subcategorias de Disposições Incorporadas.....	78
Quadro 6 – Corpus e Subcategorias do Sistema de Práticas de Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde.....	85

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP-UEFS	Comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
ENS	<i>École Normale Supérieure</i>
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GEPASE	Grupo de Estudos e Pesquisa em Administração dos Serviços de Enfermagem
Hab/ km ²	Habitantes por quilômetros quadrado
IBIDEM	Informações Bibliográficas da citação anterior, mesma obra
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LACEN	Laboratório Central de Saúde Pública
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PIBIC	Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica
PNAB	Política Nacional da Atenção Primária à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	22
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA.....	22
2.2	IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA NOS DIVERSOS CENÁRIOS DE PRÁTICA.....	30
2.2.1	Campo: Da compreensão de Bourdieu à realidade identitária das enfermeiras da atenção primária à saúde.....	34
3	REFERENCIAL TEÓRICO SOCIOLÓGICO.....	38
3.1	CONCEITO DE CAMPO.....	39
3.2	CONCEITO DE <i>HABITUS</i>	42
3.3	CONCEITO DE CAPITAL.....	44
4	METODOLOGIA.....	47
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	47
4.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	47
4.3	LOCAL DO ESTUDO.....	49
4.4	PROCEDIMENTOS DA COLETA.....	50
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	55
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	57
4.7	FINANCIAMENTO.....	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	59
5.1	AS SOCIALIZAÇÕES E A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	59
5.2	CATEGORIA 1 - REPRESENTAÇÕES DE SI: PERSPECTIVAS IDENTITÁRIAS DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	66
5.3	CATEGORIA 2 - DISPOSIÇÕES INCORPORADAS: O ESPAÇO SUBJETIVO ENTRE O EU E O OUTRO.....	80
5.4	CATEGORIA 3 - SISTEMA DE PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95

REFERÊNCIAS.....	98
APÊNDICES.....	112
ANEXOS.....	114

1 INTRODUÇÃO

A imagem social de uma profissão é formada por meio de uma rede de representações sociais, permeadas por um conjunto de conceitos, afirmações e explicações. É reproduzida e reproduz as ideologias enraizadas, com base no seu sistema de práticas. Na Enfermagem, essa imagem social perpassa pelos estereótipos, signos e símbolos que relacionam sua representação social à abnegação e subjugação, tendo relação direta com as questões de gênero e submissão do trabalho feminino (SILVA et al., 2020).

A imagem social é espelhada e refletida na identidade profissional, visto que a ela associa-se uma rede social de significados e representações advindas de múltiplos contextos, como o histórico, o social e o político (BELLAGUARDA et al., 2011).

A identidade é um extrato de variadas socializações que se divide em subgrupos denominados de níveis. O primeiro nível, a socialização primária, é desenvolvida na infância e está associada ao contexto familiar; a secundária é construída pelas práticas escolares e a terciária perpassa pelo ambiente e pelos moldes do trabalho. Esses níveis serão discutidos e relacionados nesta pesquisa, visto que é por meio deles que a identidade se constrói, redefine, reabilita e se esclarece (ESTEVES, 2012).

Edgar e Sedgwick (2003) recapitulam discussões teóricas e epistemológicas sobre o conceito de identidade na cultura ocidental. De acordo com esses autores, “[...] no mínimo dois diferentes conceitos de identidade vêm lutando por posições hegemônicas em campos distintos como filosofia, política e psicologia (EDGAR; SEDGWICK, 2003, p. 63)”.

Nesta dissertação, fez-se uma articulação com os dois principais conceitos filosóficos adotados para estudar a identidade profissional: Dubar e Bourdieu.

A identidade, para Dubar (2009) é entendida como sendo enraizada, embutida e intrínseca ao grupo. Ou seja, a relação das pessoas em seus grupos de pertença e no conjunto existencialista revela a identidade como algo que se modifica com base nos processos de socialização. Desse modo, a identidade é apresentada em quatro dimensões identificadoras: forma cultural, reflexiva-espelhada, estatutária (trabalhadora) e narrativa (DUBAR, 2005).

Pierre Bourdieu (1989a) compreende a identidade como sendo a “mente” de um indivíduo atrelado aos fundamentos assentido dos outros seres. Os autores estruturam a identidade em dois pilares, campo e *Habitus*, norteadores na construção e percepção da identidade pessoal ou profissional. Para esses autores, o *Habitus* é um sistema dinâmico de disposições que se desenvolve em um tempo constante e é adquirido através das relações sociais. Já o campo é entendido como um espaço social gerido por uma hierarquização dos

níveis de poder que gera conflitos, sendo permeado por regras próprias e contendo uma autonomia reguladora dos indivíduos envolvidos nesse ambiente.

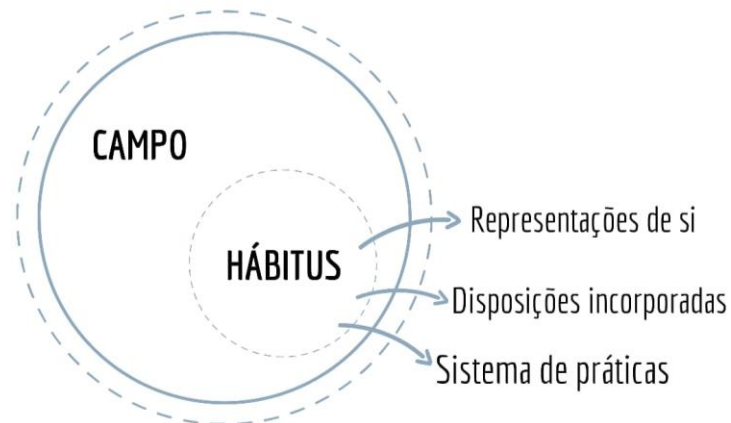
É sobre este último conceito que esta dissertação se debruça, pois busca compreender as particularidades e mutabilidades dos espaços sociais atreladas às socializações das enfermeiras, reconhecendo o campo como gerador do *Habitus* através de regras próprias e “autonomia regulada”, entendendo a enfermeira como agente ativo e atuante em todos os níveis de assistência. Esta pesquisa tem como objeto de estudo o campo da Atenção Primária à Saúde (APS), assumindo-o como dissolvido no modelo hegemônico enraizado na profissão que monta um arquétipo identitário da Enfermagem, como trazido por Braverman (1983). Para este autor esta área do saber está marcada pela divisão técnica e social do trabalho, tanto na perspectiva assistencial como na gerencial, vertical e horizontal, sendo permeada por questões sociopolíticas.

A modalidade de identidade que será trabalhada neste estudo é a profissional. Esta é construída pela aceção e significado social da profissão, da análise das tradições e das práticas fixadas culturalmente e que permanecem, de forma significativa, estimulando o imaginário social (ALMEIDA, 2017; PIMENTA, 1999). No caso da profissão de Enfermagem, essa construção coloca-a em uma posição de subjugação, exclusão social e falta de visibilidade. Esta identidade é construída e associada com a representatividade da enfermeira que se apoia em uma formação tecnicista e tarefeira, com baixo senso crítico e de base proletária (ALMEIDA, 2017; PIMENTA, 1999).

Outra opção adotada neste estudo foi tratar os profissionais de Enfermagem no feminino, fazendo o uso do termo enfermeira, em decorrência da profissão ser marcada por um número expressivo de mulheres e ter suas raízes históricas e sociais marcadas pelos estigmas de ser majoritariamente composta pelo gênero feminino.

Em termo de esquadramento teórico, é importante situar o leitor no modelo adotado. A Figura 1 apresenta a matriz teórica voltada para pensar a identidade profissional de enfermeiras. Nessa matriz, o *Habitus* é dissolvido no campo e é o mediador entre marcadores externos e a subjetividade dos sujeitos.

Figura 1 – Matriz teórica baseada na teoria de *Habitus* e de campo de Pierre Bourdieu



Fonte: Elaboração própria.

Este *Habitus* desenvolvido e condicionado ao campo é gerador de percepções e constructos que norteiam esta pesquisa, a qual se apoia nas definições a seguir:

- Representações de si: corresponde às interpretações que o indivíduo faz sobre si mesmo e que os outros fazem sobre ele, pressupondo uma assimilação cognitiva e meios afetivos que lhe atribui valores positivos ou negativos (BOURDIEU, 1998).
- Disposições incorporadas: formulam o *Habitus* por meio da tendência que edifica as formas pelas quais os indivíduos entendem o mundo social à sua volta e a ele reagem (BOURDIEU, 1998).
- Sistemas de práticas: é um produto do *Habitus*, que tende a reproduzir as imutabilidades associadas às condições objetivas e subjetivas, que servem para a construção do seu princípio norteador (BOURDIEU, 1994).

Quanto a justificativa deste estudo, destaca-se o expressivo contingente de profissionais de Enfermagem no Brasil, ficando em torno de 570.000 (quinhentos e setenta mil) enfermeiras, 1.341.428 (um milhão trezentos e quarenta e um mil quatrocentos e vinte e oito) técnicas de Enfermagem e cerca de 470.000 (quatrocentos e setenta mil) auxiliares, totalizando 2.333.767 (dois milhões trezentos e trinta e três mil e setecentos e sessenta e sete) profissionais de Enfermagem. Na Bahia são 135.486 (cento e trinta e cinco mil quatrocentos e oitenta e seis) profissionais, entre enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem, ocupando o quarto lugar no *ranking* (COFEN, 2020).

Santos (2019) afirma que apesar do significativo contingente numérico das enfermeiras nas equipes de saúde, estando a profissão presente em todos os níveis da assistência, observa-

se vulnerabilidade e uma batalha interna na identidade profissional que gera impactos no nível de cuidado prestado (assistência) e nas práticas de gestão da saúde e cuidado, o que gera invisibilidade social, fator marcante na identidade profissional das enfermeiras. Ávila et al. (2013) coadunam que este desvalor infere nas práticas de cuidado/trabalho dessas profissionais, logo, desvelar sobre o objeto de estudo, identidade profissional, reverbera na assistência prestada.

Ao pensar na enfermeira inserida no espaço da saúde pública é possível perceber atribuições e objetivos diferenciados, estando a prática assistencial principalmente voltada para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Porém a fragilidade identitária da enfermeira e a falta de conhecimento de si, faz com que essas profissionais desenvolvam uma prática tecnicista e subalterna, imersa no modelo biomédico. Colliere (1999) profere que quando se relaciona a filiação médica na Enfermagem, a enfermeira idealiza o seu escopo de trabalho a partir do escopo do trabalho do médico, o que interfere na identidade profissional e nas práticas assistenciais, pois “ao se ater ao ato médico, se abstém do ato de cuidar”.

Em observância ao estado da arte foi realizada consulta à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no dia 16 de agosto de 2020, mediante as palavras chave: Enfermagem, identidade profissional e Atenção Primária à Saúde, associados ao booleano *AND*. Os critérios de inclusão foram: artigos em português, inglês e espanhol, que tratassem sobre identidade profissional da enfermeira na Atenção Primária à Saúde, sem recorte temporal, sendo o único critério de exclusão não abordar a referida temática.

Foram encontrados 28 artigos, dos quais foram lidos os títulos e apenas seis tinham associação com a temática. Após a leitura dos resumos, somente três artigos foram lidos na íntegra por abordarem a identidade profissional da enfermeira na Atenção Primária à Saúde.

Após o primeiro levantamento de artigos, foi realizada nova pesquisa no mesmo portal de dados e data, a fim de se inteirar sobre os estudos que utilizaram Bourdieu para a análise da identidade, mediante os descritores “Enfermagem” *AND* “identidade” *AND* “Bourdieu”. Nesta busca foram encontrados 13 estudos. Após a leitura do título restaram nove artigos, sendo selecionados oito após a leitura dos resumos. Dentre esses, todos os manuscritos utilizaram Pierre Bourdieu como referencial filosófico, porém cabe ressaltar que dois fizeram uso da teoria do *Habitus* e campo.

Pelo *Scoping Review* nota-se a lacuna científica sobre a temática proposta nesta pesquisa, tanto em relação aos estudos da identidade profissional na Atenção Primária à Saúde, quanto na perspectiva da análise Bourdesiana, o que desencadeia um déficit de

compreensão e, conseqüentemente, incompreensão acerca da identidade profissional da enfermeira, reverberando na qualidade do processo de trabalho.

A aproximação da autora da pesquisa com a temática escolhida ocorreu em momentos distintos e em uma ordem cronológica de amadurecimento enquanto estudante, enfermeira e pós-graduanda. Na graduação vivenciei um impasse na compreensão da competência legal e técnica da enfermeira, e essa inquietação me fez constatar a existência de silêncio acerca do assunto (identidade), que refletia o desconhecimento dos graduandos sobre o contexto histórico da profissão e dos marcadores sociais e impactava na falta de diálogo sobre empoderamento profissional e construção identitária.

Após minha formatura e retorno a minha cidade natal, uma cidade interiorana, marcada pela indicação política e locus de pesquisa desta dissertação, pude vivenciar a desvalorização social a qual as enfermeiras estão expostas, o desvalor do trabalho e a fragilidade da identidade profissional. Atuando como enfermeira preceptora de estágios em unidade de saúde da família percebi que as inquietações trazidas na literatura se materializam na prática de forma mais latente, além de perceber que o processo de trabalho da enfermeira é um vetor de precarização da profissão, com conseqüente desvalorização e invalidação da profissão de Enfermagem, mesmo sendo a principal força de trabalho nas práticas assistenciais e gerenciais da APS.

Na pós-graduação, após aproximação com o professor Dr. Deybson Borba de Almeida, fui inserida em um projeto de pesquisa coordenado por ele e intitulado: “Identidade profissional da enfermeira: versões e interpretações dos diversos cenários de prática”. A partir desse momento, me dediquei a estudar sobre identidade e pude beber na fonte de diversos estudos gerados desse projeto, o que possibilitou a familiaridade com o tema.

Esta dissertação é fruto de diversos estudos na perspectiva da identidade profissional em diversos cenários de práticas (SANTOS, 2019; SILVA, 2020; LAITANO, 2020; ALVES, 2018; SANTOS, 2019). A partir de estudos científicos publicados e dos dados do projeto matriz, pude observar que a fragilidade identitária não está restrita ao campo hospitalar/gestão, perpassa também pela Atenção Primária à Saúde.

A lógica mercadológica, na qual a APS está imersa, mesmo antes da nova Política Nacional da Atenção Primária à Saúde (PNAB), fortalece o modelo biomédico/biologicista que contribui para a diminuição da responsabilidade sanitária e descontinuidade da assistência. Com isso, esse campo acaba por se mutabilizar ao ponto de perder suas particularidades. Em decorrência disso, esta dissertação não irá se ater à compreensão da APS

como um campo diferenciado, visto que este se encontra diluído no modelo hegemônico de saúde hospitalocêntrico e curativista.

Vilela (2014) aborda que as dificuldades das enfermeiras advêm da invisibilidade social ocasionada pela falta de reconhecimento dos usuários, além do baixo conhecimento da população dos princípios da saúde da família, além do alto valor dado para a doença em detrimento da saúde, fazendo com que as ações preventivas se sucumbam as práticas curativistas, ainda priorizadas no cotidiano da saúde pública.

Como já supracitado, o referencial sociológico norteador da dissertação será o Bourdesiano, o qual auxiliou na formulação da hipótese e possibilitou o recorte/produção da questão norteadora: Na concepção bourdesiana, como está constituída a identidade profissional da enfermeira na Atenção Primária à Saúde?

Visando responder a essa pergunta, delimitou-se como objetivo geral: Analisar a identidade profissional da enfermeira na atenção primária à saúde e como objetivos específicos: relacionar a socialização primária com a identidade profissional da enfermeira na Atenção Primária à Saúde; identificar as representações de si das enfermeiras e seus impactos na identidade profissional; discutir as disposições incorporadas pela enfermeira na Atenção Primária à Saúde e apresentar os sistemas de práticas das enfermeiras da Atenção Primária à Saúde.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA

O termo Atenção Primária à Saúde (APS) se difundiu após a elaboração do Relatório Dawson, no Reino Unido, no ano de 1920, sendo inicialmente relacionado com a ideia de regionalização e hierarquização do cuidado, sendo esse um dos primeiros e principais documentos a caracterizar a APS como uma organização sistematizada, sob níveis de complexidade hierarquizados, desenvolvida em uma base geográfica definida. Essas concepções influenciaram e reorganizaram diversos sistemas de saúde no mundo (STARFIELD, 2004; LAVRAS, 2011).

No Brasil, a consolidação da APS se deu de forma simultânea com a municipalização do Sistema Único de Saúde (SUS), em meados da década de 90, onde começou a estruturação da APS a partir da normatização e financiamento, sendo assim instituída como modalidade de gestão de estados e municípios mediante a NOB-SUS 01/96. Em 1994, passou a ser reconhecida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006; BRASIL, 1998).

Ao longo do tempo o conceito de APS tem sido reinterpretado e redefinido, visto que está inserido em um sistema social que passa por reestruturação e reorganização. A primeira definição da APS surgiu após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), registrado no documento denominado de Alma-Ata:

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais baseados em métodos e práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos, famílias e da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1978, p. 14).

O Ministério da Saúde (MS) define APS como sendo o nível básico de atenção, tanto individual como coletiva, que abrange a promoção à saúde e prevenção de agravos, tendo como destaque e principal foco a manutenção do bem-estar social, a partir de uma atenção plena e ampla (BRASIL, 2012). Outra definição utilizada pelo MS é a de Barbara Starfield, estudiosa da atenção básica (AB), que caracteriza a APS como um pilar que serve de guia para o trabalho nos sistemas de saúde, a qual promove a racionalização de recursos e

dinamicidade dos sistemas de saúde; a organização e compreensão dos recursos direcionados para promoção da saúde e; a manutenção e melhoria do bem-estar. Sendo esse o nível de primeiro contato do usuário, e norteador para a resolutividade dos seus problemas (STARFIELD, 2002).

No Brasil, esse termo, foi incorporado aos princípios da Reforma Sanitária e ao SUS, e adquiriu uma nova interpretação e nome, adotando Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde, modelo este norteador do processo de saúde-doença (MATTA; MOROSINI, 2009).

Na literatura internacional, principalmente na Europa, a APS é vista como uma estratégia organizacional do sistema de saúde, voltada para atender de forma regionalizada, hierarquizada, contínua e sistematizada grande parte das necessidades de saúde populacional, se apropriando de ações no âmbito preventivo e curativo.

O termo utilizado nesta dissertação será o de Atenção Primária à Saúde, visto que os benefícios dos sistemas de saúde sustentados pela APS de qualidade são reconhecidos internacionalmente. E por ser um consenso entre os formuladores de políticas públicas, este termo é preconizado pelos sistemas públicos universais, por se alinhar à literatura e a experiência internacional dos sistemas universais (GIOVANELLA, 2018).

Segundo Oliveira e Pereira (2013), a APS apresenta dois aspectos distintos e interligados, dotados de dependência mútua: (1) ser uma estratégia organizacional que promove a reorganização dos sistemas de saúde e (2) ser um modelo dotado de práticas que sofreram mudanças, tanto na abordagem clínica quanto na assistência dos profissionais de saúde, orientando-se por eixos estruturantes.

Os eixos estruturantes denominados por Starfield (2002) de atributos essenciais, são: Atenção ao primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação. Esses atributos são coadunados por definições também de outros estudiosos:

–Atenção ao primeiro contato: Repercute na acessibilidade e utilização dos serviços de saúde pelos usuários a cada problema novo ou a cada repetição do mesmo problema, ou seja, retorno à unidade para busca de soluções e apoio de saúde.

–Longitudinalidade: Relacionado a existência de uma fonte contínua de atenção e seu uso a longo prazo, independente da presença de problemas associados à saúde ou do tipo de problema.

–Integralidade: É uma das bases na construção do SUS consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: priorização das ações de promoção e prevenção;

atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica-assistencial; articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias (GIOVANELLA, 2002).

–Coordenação: Articulação entre os variados serviços e ações de saúde, de forma que estejam isócronos e voltados ao alcance de um objetivo comum, independentemente do local em que sejam desenvolvidos. Objetiva ofertar ao usuário uma gama de serviços e informações que respondam a suas necessidades de saúde de forma integrada, por meio de diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Mendes (2011) traz que os quatro atributos são essenciais para que a APS ancore a coordenação das redes de atenção à saúde, porém, é sabido que o sistema de práticas da APS é em partes antagônico ao que se encontra nas bases teóricas. O Taylorista fordista é o modelo hegemônico de trabalho e, a nova Política Nacional da Atenção Primária à Saúde (PNAB), que passou por reformulação no dia 30 de agosto de 2017 e ecoou no direcionamento das políticas de APS, reforça uma assistência médico centrada e biologicista (GIOVANELLA et al., 2020).

Antes de trazer considerações sobre as mudanças da PNAB, é preciso compreender o momento político envolto nesse processo. No ano de 2017 ocorreu a aprovação do texto da nova PNAB, o país era governado pelo presidente Michel Temer, que assumiu o cargo de presidência, em meio a um processo de impeachment, quando foi observado o rápido fortalecimento de uma pauta antidemocrática e autoritária, orientada para o aprofundamento da mercantilização dos direitos sociais brasileiros.

No ano de 2019, o Brasil sofreu uma guinada ideológica para a extrema direita, resultando na eleição de Jair Messias Bolsonaro que criou o programa “Previne Brasil” através da portaria 2.979, de novembro de 2019. O programa condicionou o financiamento ao número de pessoas registradas em equipes de Saúde da Família e Atenção Primária cadastradas, ponderado por critérios de vulnerabilidade socioeconômica, perfil demográfico e localização geográfica, outros condicionantes foram o pagamento por desempenho a partir de resultados alcançados pelas equipes sobre indicadores/metras definidos pelo MS e incentivos financeiros para ações e programas prioritários (BRASIL, 2019).

Assim, o financiamento da APS no país deixou de ser universal e passou a ser restrito à população cadastrada pelos municípios, portanto, a meta do governo federal claramente não foi financiar a APS para o total da população brasileira. Além disso, o programa não levou em conta as dificuldades administrativas dos municípios carentes ou a complexidade de cadastros em cidades populosas (BRASIL, 2019).

Se pensarmos de forma prática, considerar apenas a população cadastrada gera um rompimento com a universalidade, a equidade e demais princípios e diretrizes do SUS (GIOVANELLA et al., 2020). Indo para o viés da equipe, esta mudança acarretou engessamento da gerência e burocratização da assistência, alterando o conjunto de trabalho das equipes, mudando o foco da assistência humanizada e centrada na promoção da saúde para os números que serão monitorados (MASSUDA, 2020; COSEMS, 2019).

Outro programa lançado em 2019, foi o “Saúde na Hora” que traz a priorização do cuidado individualizado e do atendimento à demanda espontânea. Nessa proposta, as unidades básicas de saúde (UBS) com no mínimo três equipes poderão fornecer atendimento de 60 horas semanais com flexibilização e redução de carga horária dos profissionais. Essa iniciativa acarreta um rompimento da APS e das suas reais atribuições, transformando as UBS em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e invalidando o processo de trabalho e organização das ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2019; ANDERSOB, 2019).

A contratação em massa de plantonistas impacta na criação de vínculos e coordenação dos cuidados, gerando perda da capilaridade da Estratégia da Saúde da Família (ESF) nas comunidades, o que compromete a longitudinalidade (IBIDEM, 2019).

Um dos princípios do SUS que sofreu a influência da nova PNAB foi a universalidade, através da flexibilização dos parâmetros de cobertura, tornando indefinido o número de agentes comunitários de saúde (ACS) por equipe. Para Morosini (2018), tal adequação compromete vários processos já institucionalizados, reforçando o aumento do risco de serem instituídas barreiras de acesso à saúde de parte da população. O texto reformulado da PNAB traz para a prática da APS uma universalidade seletiva visto que impacta e desregulamenta os fundamentos para a saúde pública.

Além do declínio no elo entre a comunidade e o serviço, o componente multiprofissional também vem sofrendo sucateamento, através da extinção do credenciamento e financiamento federal aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da modificação de carga horária mínima, como citado anteriormente, colocando o processo de trabalho da APS como um trabalho fácil e prático, sem levar em consideração a criticidade do processo.

Com essas iniciativas, a própria ideia de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade da ESF deixou de ser incentivada e em médio prazo tende a sumir, substituída por equipes cuja composição conste um profissional médico e uma enfermeira, abolindo a equipe com saberes multicêntricos (BRASIL, 2019; MOROSINO, 2018).

Morossini (2018) conclui que as modificações introduzidas no texto da PNAB de 2017 levam para uma direção equivocada. Em um breve levantamento é possível destacar algumas causas que promovem a relativização da cobertura universal, a redefinição de padrões antônimos de serviços, a reestruturação das equipes e a reorganização do processo de trabalho na APS, o que acarreta retrocesso no modelo tradicional e legitimado, perdendo princípios e diretrizes guias, como a continuidade da assistência e a responsabilidade sanitária.

A enfermeira, como profissional da saúde e atuante na APS, sofre influência da mercantilização da assistência, presente nesse campo e pelas marcações identitárias da sua profissão, como invisibilidade, desvalorização social, benevolência e inespecificidade das suas funções. Mendes-Gonçalves (1992) ressalta que a dinâmica de trabalho em saúde tem uma identidade marcada, sendo desempenhado por diversos agentes. Sanna (2007) traz que na Enfermagem existem cinco tipos de processos de trabalho, que podem ou não ser executados de forma simultânea.

1) Processo de trabalho Assistir: tem como objeto o cuidado aos seres humanos, suas famílias, seus grupos sociais e a comunidade em que estão inseridos, ou seja, a coletividade dos indivíduos. De forma errônea pode-se entender que o objeto de trabalho deste processo é o corpo biológico do indivíduo, porém, a Enfermagem é uma ciência, na qual, a prática deve ser voltada para as necessidades biopsicossociais e que se realiza a partir do reconhecimento das necessidades de natureza física, psicológica, social e espiritual durante toda a vida, isto é, assistir as pessoas a partir de uma visão holística (SANNA, 2007).

Na contramão do cuidado holístico e centrado no paciente, a literatura traz que esse assistir é pautado no modelo hegemônico de gestão, Taylorista Fordista e no modelo assistencial biologicista. Melo et al. (2016) afirma que existe um hiato entre o trabalho que deve ser feito e o que as enfermeiras realmente realizam no cotidiano, uma vez que o modelo assistencial biomédico atualmente predomina na APS e interfere na organização do processo de trabalho gerando uma restrição no desenvolvimento da identidade da enfermeira.

Por vezes, esse processo de trabalho assistencial é posto em segundo plano em decorrência da precarização do serviço da saúde, visto que, ao se colocar como “ordenadora” da assistência e cuidado na unidade ela gera uma multiplicidade de atribuições e uma burocratização do campo. Pereira (2015) acrescenta que a enfermeira da APS desempenha a função de “argamassa” no trabalho das equipes de saúde, sendo que na maioria das vezes, trata-se de um trabalho invisibilizado que acaba por ressignificar e reorganizar a identidade profissional da enfermeira.

2) Processo de trabalho Administrar: tem como objeto os atores do cuidado e os recursos empenhados no assistir em Enfermagem. Por não ser visto de forma interligada com a assistência, muitas enfermeiras consideram que este fazer tem sua importância diminuída, pois se condicionaram a pensar que a atuação da enfermeira deve se ater apenas ao cuidado direto ao paciente. No entanto, não há cuidado cabível se não houver a coordenação do processo da assistência em Enfermagem, finalidade do processo administrar (SPÍNDOLA; SANTOS, 2005; HAUSMANN, 2006).

Envolvida no processo de trabalho da APS, a enfermeira é a principal gestora da unidade, sendo ela a autoridade sanitária local. Todavia, existe um déficit na compreensão da importância da gestão, além da dificuldade em associar o cuidado assistencial “prático” com o processo gerencial, resultando em uma administração conservadora e hierárquica.

Hausmman e Peduzzi (2009) abordam que há dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial e ao se considerar o cuidado como marcador e o centro do processo de trabalho das enfermeiras, as atividades gerenciais desenvolvidas por elas deveriam ter como produto final a qualidade do cuidado, de modo que a separação entre a dimensão assistencial e gerencial compromete a qualidade e gera discórdias e conflitos no trabalho da enfermeira.

Um estudo sobre o aporte gerencial da enfermeira na ESF aponta que a função de gerência é minimizada a atividades de cunho burocrático e de organização dos serviços, o que gera sobrecarga profissional, impactando em uma tensão de captura na direção assistencial de produção do cuidado, em detrimento do trabalho administrativo burocrático de gerência de pessoas e insumos. Os autores relatam que, a incidência da burocratização do trabalho da enfermeira, torna o mesmo mecanizado, o que contribui para um alerta sobre o risco de danos e possíveis iatrogenias aos usuários, por ser a gestão uma atividade ligante que infere na assistência e tem o cuidado como a atividade fim (JONAS et al., 2011).

3) Processo de trabalho Ensinar: seu objeto são os indivíduos que querem se tornar profissionais de Enfermagem ou aqueles que, já sendo profissionais, querem alavancar seus conhecimentos e continuar se desenvolvendo profissionalmente. Para alcançar esse desenvolvimento, os agentes se aprofundam nas teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, empregados como meios para atender a finalidade de entender, treinar e melhorar os recursos humanos de Enfermagem (SANNA, 2005).

Em decorrência da sobrecarga de trabalho, da burocratização da assistência e da falha na compreensão das funções e particularidades do campo da APS, acaba-se por se perder a prática de ensinar, seja este ensinar, mediante capacitações com a equipe, salas de espera para

os pacientes ou escuta ativa nas consultas, que reverbera em um profissional tarefeiro que não se reconhece como um vetor de informações e elo entre a comunidade, o serviço e o conhecimento.

Em uma pesquisa realizada em uma unidade de saúde da família, no município de São Paulo, no ano de 2014, as autoras não apuraram nenhuma atividade de ensino de forma sistematizada voltada para a equipe, observaram somente o esclarecimento de dúvidas que surgiam em relação aos procedimentos realizados, sinalizadas pelo próprio profissional ou paciente, concluindo assim que os dados colhidos destacam a “subutilização de um espaço importante para a educação em saúde e acolhimento” (PAULA et al., 2014).

4) Processo de trabalho Pesquisar: seu objeto é o saber já adquirido em Enfermagem e a tentativa de preenchimento das lacunas existentes nesses saberes, sendo priorizado a área de atuação que a profissional tem afinidade, por objetivar descobrir novas e melhores formas de atingir os diversos processos de trabalho, entre eles o assistir, administrar, ensinar e pesquisar em Enfermagem. Os produtos desse processo são conhecimentos inovadores, que podem ser empregados para melhoria na compreensão e modificação do trabalho dos profissionais de Enfermagem, além do esclarecimento de dúvidas, que instiga e mantém sempre ativo o processo de trabalho pesquisar nas áreas da saúde, inclusive na Enfermagem, visto ser uma área de conhecimento que está sempre se reinventando (SANNA, 2005).

O processo de trabalho ensinar e pesquisar se confluem, ambos se relacionam às práticas acadêmicas que acabam sendo esquecidas, se tornando secundárias devido ao processo de mecanização do trabalho. Ao se consultar a literatura, especificamente sobre APS e processos de trabalhos desse campo, as autorias são, em sua grande maioria, profissionais ligadas a universidades e não à assistência, o que denota uma escassez de produções por parte das enfermeiras assistenciais, revelando que as mesmas não refletem e não escrevem sobre sua prática. Nesse sentido, diversos artigos comentam a dicotomia existente entre educação e serviço (DUFFY, 1986; INFANTE, 1986; DENYES, 1989; CAVE, 1994; KOPALA, 1994).

Geralmente, a produção acadêmica incipiente de enfermeiras assistenciais está atrelada com a sobrecarga de trabalho. Segundo Silva et al. (2013) se trata de um dos elementos chave que impactam para a noção de precarização, que basicamente consiste no acúmulo de funções realizadas no decorrer da jornada de trabalho e no desenvolvimento das atribuições, que poderiam não deveriam ser restritas aos profissionais de Enfermagem. Logo, essa sobrecarga gera falta de tempo para refletir, pensar criticamente, aprender, inovar, organizar e descansar, o que gera desgaste físico e psíquico.

Outro problema que afeta esses profissionais é a incipiência em investimentos e estudos na área em que atuam. Em uma pesquisa realizada por Galavote (2016), entre as enfermeiras entrevistadas, menos de 10% tinham mestrado concluído ou em curso na área da Saúde da Família e Saúde Pública ou Saúde Coletiva. Em decorrência desse baixo número e do baixo investimento nas suas carreiras, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) alerta sobre os currículos universitários que referenciam a formação profissional guiada em um paradigma curativo, hospitalocêntrico e fragmentado, no que tange o conhecimento na abordagem da saúde. Ao se fazer especializações de modo aleatório acaba por se valorizar as especialidades sem a compreensão global do ser humano e do processo de adoecer.

Assim, a qualidade da formação profissional pode fortalecer a atuação, pois ao se basear em uma concepção de modelos assistencial ou organizacional do serviço ou da prática de trabalho deformada, se observa a ocorrência de desvalorização profissional ou mesmo a baixa incipiência de propostas de ação de saúde pública voltada para a comunidade, bases da APS (COTTA, 2006).

5) Processo de trabalho Participar Politicamente: envolto em todos os processos supracitados, está presente mesmo sem a percepção ou ciência do profissional de Enfermagem, por ser um processo intrínseco em todos os meios sociais. Mesmo que o indivíduo se autodeclare apolítico, ou seja, declare trabalhar sem expor crenças, ideologias ou fazer proselitismo. O processo de trabalho participar politicamente não somente se atrela à filiação de um órgão ou classe e ou partido político, considerando-se que todo julgamento moral e atitude atrelada e /ou que corresponda a esse julgamento é uma participação política, pois sem este processo político não é possível estar em sociedade (SANNA, 2005).

Mangagni (2018) afirma que a enfermeira experiencia em seu cotidiano na APS, diversidades de limitações para a sua atuação sociopolítica, já que, ainda atuam em ambientes e condições precárias de trabalho, com empecilhos como sobrecarga de trabalho, dimensionamento de pessoal ineficaz e baixos salários, o que contribui para a necessidade de vínculos duplo ou triplos e autonomia limitada.

No que tange a luta por melhorias nas condições de trabalho, quanto para seu desenvolvimento pessoal e profissional, as enfermeiras estão desarticuladas do processo político, o que se determina pela configuração e história da profissão, cingida pela divisão técnica e social do trabalho que gera uma ideologia social de subordinação e dificuldades em firmar-se como uma profissão autônoma, com conhecimento científico, senso crítico e com um objeto de trabalho bem delimitado (LESSA; ARAÚJO, 2013).

Estudos variados relatam a identidade inespecífica e baixa participação política da enfermeira, assim como, o não entendimento da dimensão política atrelada a seus sistemas de práticas, caracterizado pelo distanciamento das entidades de classe e conselho e quando registram presença nesses espaços, a participação é pontual e atípica (ALMEIDA et al., 2016; BELLAGUARDA et al., 2015; ALMEIDA, 2016).

Mesmo atuando como profissional de ponta da APS, o processo de trabalho da enfermeira encontra-se marcado por ambiguidades e rupturas, além de apresentar descontinuidade gerada por antigas polarizações, tanto no campo assistencial como no campo gerencial, onde as mesmas, por vezes, não compreendem que a APS requer profissionais com constante atualização dos seus núcleos de saber, das dimensões políticas, de gestão, senso crítico e dinamicidade, o que possibilita uma profissional que assume a função de norteadora do cuidado, através do desenvolvimento das práticas privativas e humanizadas com embasamento científico (GALAVOTE, 2016).

2.2 IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA NOS DIVERSOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

A identidade é composta pela dualidade de estruturar e ser estruturada, inserida em um sistema social, econômico e político que é gerido por regras próprias e permeado por conflitos, visto haver nas suas estruturas relações de poder e por conseguinte sujeitos dominante e dominados (SANTOS, 2019; SILVA, 2020; LAITANO, 2020; ALVES, 2018; SANTOS, 2019).

Essa identidade é matriciada por disposições duráveis do indivíduo que irá definir as práticas, representações e os processos de socialização. Bourdieu, adotado como referencial sociológico desta dissertação, estrutura a socialização em primária e secundária, na qual a primária diz respeito aos proêmios do processo e se incorpora à família, ou seja, a infância dos indivíduos. E a socialização secundária que se desenvolve em um universo de produção, como na universidade/faculdade e ambiente laboral. Em ambos, ocorre a universalização de normas, regras de condutas, reafirmação de visões de sociedade e exequíveis ações que limitam um horizonte social e cultural.

A identidade profissional da enfermeira pode ser compreendida como um emaranhado de ideias e atitudes atrelado a aspectos históricos, socioeconômicos e culturais que desenvolvem elementos cujo objetivo é conceder a determinado indivíduo características

específicas e singulares através das impressões de si mesmo como ser humano envolto em um corpo social e profissional (IGOR, 2010).

Essa identidade se desenvolve a partir das relações sociais, sendo que a identidade faz com que as enfermeiras adquiram um local de fala, um lugar de destaque social onde podem se sentir pertencentes a uma classe, além de agregar valor social (ALMEIDA, 2017). Porém, diversos determinantes, tanto sociais quanto históricos a colocam em uma posição de invisibilidade, desvalor social, baixo poder político e baixas remunerações econômicas, que geram descontentamento e baixa autoestima profissional (IBIDEM, 2017).

Percebe-se que a configuração identitária da enfermeira apresenta algumas rupturas inseparáveis do seu constructo histórico e social, atreladas sobretudo à falha no reconhecimento da sua real atribuição e a não compreensão de seu trabalho na prática cotidiana, configurando-se assim, uma crise identitária (VILELA, 2014).

A identidade profissional da enfermeira é fruto de modelos predominantemente hegemônicos e de fatores determinantes, como trazido por Queiroz (2015), que afirma que a identidade se constrói de forma processual e em dinâmica reformulação, construção, modificação e reconstrução, dependendo tanto de fatos atrelados ao passado como também expectativas pessoais e grupais, visto ser um processo em constante modificação, um fenômeno histórico, político e social.

Por situações históricas explícitas na profissionalização da Enfermagem, a mesma tem sua origem vinculada ao saber da medicina e da atenção medicalizada e institucionalizada. Além disso, está marcada por questões geradoras de conflito que emergem rotineiramente entre “médicos e enfermeiras/enfermeiras e pacientes/enfermeiras e técnicas ou auxiliares de Enfermagem e entre técnicas e auxiliares entre si” (BRAVERMAN, 1983, p.83).

Além da compreensão da origem medicalizada da profissão, é importante pensar em particularidades que interferem no desenvolvimento da identidade da Enfermagem, essa profissão também sofreu influência da organização militar, em especial do conceito nuclear de comando hierarquizado inerente a essa organização. Implicando, em partes, na cisão entre o pensar e o fazer, que gerou déficit na criticidade das práticas assistenciais e gerenciais, além da divisão técnica e social do trabalho. Assim, esses estereótipos favorecem a disseminação da imagem da Enfermagem como prática auxiliar à medicina (GEOVANINI et al., 2010; KURCGANT, 2005).

Destarte, a história da profissão é um marcador importante para entender a repercussão da imagem de subordinação profissional, considerando-se que a profissão foi construída a partir do modelo biomédico, dando origem a uma secundarização involuntária do cuidado, em

detrimento de um modelo tecnicista e curativista. Essa situação se relaciona principalmente ao desenvolvimento das primeiras escolas de Enfermagem, onde a imagem do médico era atrelada ao conhecimento e se constituía como único meio de qualificação do ensino, o mesmo era o detentor do arcabouço científico, exclusivamente sobre a doença, o que resultou na compreensão de que o percurso histórico da Enfermagem está atrelada à subordinação ao saber fazer da medicina, a autonomia incipiente para as práticas de cuidados, as bases curativistas, tecnicistas e teóricas, fincadas nos ensinamentos médicos (LESSA; ARAUJO, 2013).

Utilizando o conceito de capital simbólico de Pierre Bourdieu, percebe-se que, normalmente, as regras são estabelecidas por quem detém capital simbólico mais representativo (prestígio, saber e reconhecimento). Nesse caso, observa-se que historicamente foi o profissional médico que continha/contém esse capital, conferindo conformidade ao seu poder invisível que se propaga nas teias sociais, gerando comportamentos e valores que viabilizam e condicionam a perpetuação desse prestígio no campo da saúde (FLORENTINO; FLORENTINO, 2009).

Além disso, a atuação da enfermeira, por ter sua base no trabalho doméstico e de servidão, acaba por se associar, historicamente, à desvalorização social atrelada às mulheres. Embora a profissionalização da Enfermagem tenha agregado mudanças e colocado a profissão em uma conjuntura profissional, assim como, gerou mudanças nos seus modos de saber-fazer, o mercado que absorve essas enfermeiras e a sociedade ainda disseminam uma estrutura geradora de dominação social embasada nas associações de gênero e conseqüente subordinação e desvalor social (LAITANO et al., 2019).

Laitano et al (2019, p.4) reforçam que na Enfermagem são encontrados variados estereótipos que refletem o imaginário do que é e faz uma enfermeira, tais como, “bondosa, dedicada, carinhosa, abnegada, obediente e servil, o que nos reporta às características da própria história da profissão e seu cunho religioso”. Esses atributos se baseiam principalmente nas expectativas dos pais, maridos, patrões e afins.

Uma revisão integrativa oriunda do projeto intitulado “Identidade profissional das enfermeiras: diversos cenários de práticas” concluiu que a identidade profissional da enfermeira está associada de forma significativa com as questões religiosas, com a organização militar e permeada por indícios que implicam na sua solidificação como profissão e ciência, ainda regida por aspectos relacionados ao constructo social e histórico da profissão como o gênero, a submissão e o incipiente valor social (SANTOS, 2019).

É possível observar a conformação de uma fragilidade na identidade profissional da enfermeira que impacta na qualidade do cuidado e/ou da gestão do cuidado desenvolvida por essas profissionais, assim como na dificuldade de compreensão das suas atribuições essenciais e da sua centralidade no desempenho do trabalho em saúde, vinculado tanto aos usuários quanto aos profissionais de saúde, incluindo a equipe de Enfermagem (ALMEIDA, 2017; VILELA, 2014).

Esse tipo de identidade possui determinantes contextuais, com alterações históricas, associados ao local e ao tempo, de caráter cíclico, onde se reconhece às participações individuais, interprofissionais, organizacionais e sociais que se relacionam na construção da identidade de maneira específica e conjugada (LOPES, 2013).

É sabido que uma identidade fortalecida reflete na qualidade do cuidado, já que o profissional com a identidade consolidada cuida de forma diferenciada, por compreender suas atribuições e seu processo de trabalho, impactando em um sistema de práticas bem definido e permeado pela criticidade. Essa diferenciação reflete no valor social do seu trabalho, com conseqüente reconhecimento social e econômico, que geram reflexões na satisfação profissional e agregam capitais simbólicos, sociais e econômicos.

Bandeira et al. (2000) afirmam que a satisfação no trabalho é um fenômeno multifatorial e complexo, podendo ser gerada por diversas, como o trabalho, aspirações, alegrias e tristezas que impactam na atitude em relação a si, a família e a organização. Pesquisas apontam que os aspectos negativos gerados no ambiente de trabalho estão relacionados com eventos adversos que resultam no cuidado de baixa qualidade e geram aumento na incidência da síndrome de *Bournout* (VAN BOGAERT et al., 2014; PANUNTO; GUIRARDELLO, 2013).

As enfermeiras inseridas em diversos cenários dos serviços de saúde, assumem um leque de atribuições e sofrem a influência dos campos em que atuam, desenvolvendo seu sistema de práticas e se matriciando nos elementos desse campo. Porém percebe-se que mesmo com essas particularidades os diversos cenários de prática acabam por convergir no sistema hegemônico, pautado no modelo biomédico, biologista e mercadológico.

Na atenção hospitalar ficam evidenciados os modelos identitários que reafirmam a necessidade da reformulação pessoal e do trabalho em equipe para o desenvolvimento da assistência individualizada e apropriada para cada usuário. Estudos revelam que as enfermeiras atuantes na assistência hospitalar não têm clareza sobre o objeto do seu trabalho (o cuidado). Essa noção prejudica os limites do campo privativo da Enfermagem, assim como a delimitação de sua identidade profissional. Logo, conclui-se que após mais de um século de

profissionalização, a formulação de identidade é também produzida a partir da posição dominada das enfermeiras no campo da saúde, resultando em uma identidade que produz e reforça a dominação (BORGES; SILVA, 2010; COLLIÉRE, 2003).

No serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), fica evidente que, mesmo com o desenvolvimento dos campos de prática das enfermeiras e do firme arcabouço legal que as rege, ainda inexistem clareza acerca das atribuições privativas da profissão, principalmente em serviços renovos, como o SAMU, tendo o desenvolvimento da sua pauta enraizada de forma mais significativa no modelo biomédico, tecnicista e curativista (AVELAR; KELLY, 2010).

No que tange a identidade de enfermeiras gerentes, Brito et al. (2008) trazem que a noção de identidade expressa por essas profissionais recai sobre a dicotomia entre o gerenciar e o assistir, o que dificulta a compreensão do processo de trabalho em saúde, de forma integral e ampla, reverberando em uma crise identitária.

Com isso, Leal (2016) afirma que a desvalorização da atividade gerencial no sistema de prática das enfermeiras, descaracteriza a base do próprio trabalho, que deveria ter a indissociabilidade assistencial-gerencial como norte. Assim, quando ocorre esse distanciamento, o objeto do processo de trabalho não reflete a realidade do que realmente é exercido pela enfermeira, já que a dimensão ideologizada e supervalorizada é somente assistencial.

Santos (2019) retifica que é de extrema importância incentivar e instituir discussões acerca da identidade profissional da enfermeira, tanto nos espaços formativos quanto nos espaços assistenciais, incentivando a discussão sobre a temática e fortalecendo a identidade para gerar reconhecimento social e valorização profissional.

2.2.1 Campo: Da compreensão de Bourdieu à realidade identitária das enfermeiras da atenção primária à saúde

Apesar de optarmos pelo primeiro conceito basal de Bourdieu, o de *Habitus*, para a fundamentação desta pesquisa, será abordado o conceito de campo por estar implícito nas falas das participantes, para o auxílio da compreensão dos resultados.

A teoria sobre o campo é compreendida por Bourdieu como sistemas de posições sociais fixas e organizadas. Além disso, é definido como um *locus* gerador e central de discussões dos agentes sociais, que agregam este espaço com interesses específicos,

caracterizando o campo em si, resumidamente, como um espaço social das relações objetivas e subjetivas (BOURDIEU, 1989).

A profissão de Enfermagem, enquanto ciência, se localiza em diversos cenários de práticas, porém é pertencente a um campo comum a todas as enfermeiras. A história da profissão e a socialização primária da profissão (características enraizadas) fazem com que a mesma tenha características sociais advindas do constructo profissional.

Semelhante a socialização primária, a Enfermagem moderna, carrega até os dias atuais símbolos e signos marcantes do seu processo. Corroborando essa afirmação Almeida (2017) traz que esses marcadores do “passado” histórico da profissão continuam a contribuir para a identidade profissional das enfermeiras que se formam em tempos atuais, que carregam e perpetuam as mesmas fragilidades.

Logo, pensar a história da Enfermagem é trazer para a profissão um respaldo no constructo da mesma, já que a identidade profissional é resultante de um processo construído, de múltiplas influências, das quais se tende a destacar os percursos passados e históricos. Por isso, é tão relevante a compreensão da história da Enfermagem para se pensar em *Habitus* e identidade (QUEIROZ, 2015).

A história entra com uma função imprescindível e não instrumental no desenvolvimento da identidade, já que instiga a compreensão e interpretação dos processos construtivos e inerentes à identidade. No jogo social, as esferas se distribuem individualmente e em grupos, nos quais as enfermeiras são o que acreditam ser; são aquilo que as fizeram ser; são aquilo que os outros pensam delas, mas são também aquilo que querem ser e o que as deixam ser, impactando no destaque profissional e na valorização social (QUEIROZ, 2015).

Esse mesmo autor reforça que a identidade da enfermeira está pautada em sete aspectos que se atrelam à história da profissão, entre eles: ideia maternal ligada à benevolência; profissão hegemonicamente feminina; profissionalização jovem; profissão com origem religiosa associada ao sacerdócio; invisibilidade social e incerteza das funções da enfermeira.

É possível inferir que a história da Enfermagem interfere no constructo frágil da identidade profissional, que por sua vez é repercutida no *Habitus* das profissionais, independente do campo de atuação, já que essas se matriciam em um mesmo contexto originário de identidade.

Pereira e Oliveira (2013, p. 1) afirmam que a identidade profissional da enfermeira permanece tingida pela imagem do cuidado maternal, dominada pela supremacia do saber

médico e formação tecnicista e biologicista, trazendo pouca visibilidade social às atividades privativas da categoria profissional.

Observa-se que, além do engessamento, a prevalência do modelo biomédico tradicional e hegemônico no cotidiano das práticas da enfermeira na APS é expressado por ações prioritariamente voltadas para a cura de doenças e direcionado para a manutenção do modelo biomédico, se distanciando das atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, sem levar em conta as demandas populacionais. Na visão das participantes, isso pode implicar na distorção das práticas que representam a identidade profissional da enfermeira (HALL, 2014).

Logo, pensar a APS na visão de Bourdieu é entender este campo como um jogo de forças e lutas, seja para a manutenção ou transformação do poder nele envolvido. Assim, para que ocorra a disputa, é preciso que tenham seres sociais dotados de *Habitus* próprios que interajam entre si e respeitem as regras e leis inerentes a este jogo, para assim, ganhar através deste campo, prestígio social.

Todavia, através das falas das enfermeiras deste estudo, observa-se que este prestígio é nublado pela prática do faz tudo. As enfermeiras na tentativa de agregar mais capital simbólico, entendido aqui como reconhecimento social, abarca todas as funções e acaba por se invisibilizar no processo. Fernandes et al. (2018) complementam que ao trazer esse jogo, dotado de regras próprias, a enfermeira objetiva mais prestígio e valorização, de forma consciente e inconsciente e em situações postas como impositoras. Assim, a enfermeira visando agregar capital simbólico (valorização social), incorpora a prática de fazer tudo como algo inerente e natural no seu cotidiano.

A indefinição do trabalho da enfermeira gera baixa visibilidade profissional e desvaloriza o capital financeiro, definido por Bourdieu (2007), como um importante marcador que alavanca posições nas disputas existentes nos campos sociais. A posição ocupada pelo capital econômico tem relação direta com a posição no espaço social, pois o mesmo comanda as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas para conservá-lo ou transformá-lo.

Esse desvalor do trabalho da enfermeira reflete em profissionais com baixa autoestima, que se submetem a diversas situações em decorrência da distorção do papel profissional real, como no caso da APS que é um campo diferenciado do contexto hospitalocêntrico, porém ainda marcado pela hegemonia médica, prática curativista e mercantilização da saúde. Mesmo tendo objetivos e características teoricamente específicas, entende-se que a APS é um espaço ambíguo, já que os seus valores de constituição são

baseados na realização de cuidados com foco na promoção à saúde, prevenção de agravos e valorização do sujeito.

Apesar do contexto social e cultural da APS, o que emerge nos discursos são práticas dicotomizadas, focadas nas tecnologias duras e leve-duras, superestimadas tanto pelo público alvo que solicita soluções imediatistas, por desconhecerem ou rejeitarem outras opções de produção de cuidado. Quanto pelos profissionais que por se perceberem em um processo de vícios cíclicos inculcido no modelo biomédico hegemônico, acabam se acomodando, o que gera limitações de cuidado e estímulo à saúde (FERNANDES, 2016).

Percebe-se que a enfermeira na APS, apresentam *Habitus* e identidade similares nos seus campos de atuação, concluindo-se que as enfermeiras entrevistadas não escolheram a profissão de modo consciente. Em decorrência dessa constatação, iremos trabalhar nesta dissertação o conceito de *Habitus* de Pierre Bourdieu, mesmo utilizando-nos do conceito de campo para contextualizar alguns aspectos.

Habitus é definido na obra de Bourdieu como um arcabouço de relações transponíveis e duráveis que agrega todas as vivências e funciona como um norte de percepções, concepções e de ações, gerando a capacidade de desenvolvimento de ações variadas e antagônicas, a partir da transferência analógicas de esquemas (BOURDIEU, 1983).

3 REFERENCIAL TEÓRICO SOCIOLÓGICO

Esta dissertação tem como referencial sociológico os estudos de Pierre Bourdieu, sociólogo francês, considerado um importante escritor inserido no rol dos mais importantes teóricos da sociologia, visto que aborda um leque de temas, refletindo em um novo e rico olhar para os estudos na sociologia (JOAZEIRO, 2017).

Pierre Bourdieu nasceu em 1º de agosto de 1930, em uma aldeia chamada Denguin, na França e cresceu em um meio econômico modesto. O pai era funcionário dos correios, emprego considerado de baixo escalão na época. Na infância, Bourdieu estudou em uma escola local, onde demonstrou talento acadêmico precoce, sendo admitido no Liceu Louis-le-Grand, uma das principais escolas preparatórias de Paris. Foi aprovado na *École Normale Supérieure* (ENS) em 1951 e se graduou em filosofia em 1955. Depois de experiências pessoais, advindas da época de guerra na Argélia e no Béarn abandonou a filosofia e migrou para a sociologia. Já graduado, lecionou em algumas universidades e foi diretor da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais, em Paris (1964-1980). Exerceu o cargo de diretor e editor de revistas científicas, estando sua matriz teórica presente em programas de ensino de economia e sociologia, ao lado de Tocqueville, Marx, Weber e Durkheim (ORTIZ, 1994; HIRATA, 2010; BONNEWITZ, 2003).

A leitura e a utilização de várias perspectivas teóricas foi algo que se tornou sua marca, pois mesclou “o racionalismo de Bachelard e o materialismo de Marx com o interesse neokantiano de Durkheim pelas formas simbólicas e a visão agonística de Weber sobre os *Lebensordnungen* em competição com as fenomenologias de Husserl e Merleau-Ponty” (WACQUANT, 2002, p. 98).

Pierre Bourdieu morreu vítima de câncer, em 23 de janeiro de 2002 em Paris, deixando como legado intelectual um verdadeiro “tesouro sociológico”, que reúne esquemas de múltiplas interpretações, a partir do patrimônio internacional de ciências sociais e humanas. Seus apontamentos ultrapassaram as fronteiras que dividem, institucional e representativamente, o campo da psicologia do campo da sociologia, o individual do coletivo, extraídos do conjunto do patrimônio internacional de ciências humanas e sociais (LAHIRE, 2002).

A problemática teórica de Pierre Bourdieu refere-se a diversas tentativas sistemáticas, com o intuito de transpor um emaranhado de contraposições e inconformidades, que enleiam as ciências sociais desde seus primórdios: Sociedade x Indivíduo, Estrutura x Ação e Necessidade x Liberdade. Seu método de abordagem denominado de conhecimento

praxiológico objetiva alcançar a resolução de um dilema icônico e clássico, o do subjetivismo e objetivismo (VALLE, 2007).

Grenfell (2018) aponta dois traços marcantes que caracterizam as obras de Bourdieu:

1. A compreensão singular da ligação entre teoria e prática e de como elas devem aparecer nas pesquisas da ciência social e,

2. O conjunto único de termos conceituais para serem empregados no decorrer da análise. Esses termos surgiram no decorrer dos seus estudos empíricos e são utilizados para explicar e esclarecer os processos sociais revelados neles, inclusive nesta pesquisa.

Bourdieu afirmava que seu objetivo nunca foi formular uma teoria, e sim, estudar e compreender um fenômeno ou prática social particular. Assim como esta pesquisa, que parte da prática das enfermeiras e da formulação do seu *Habitus*, considerando-se que em um esquema bourdesiano os dados precisam partir de informações empíricas reais (GRENFELL, 2018).

Para tanto, um passo importante para a compreensão do objeto de estudo foi a apreensão dos conceitos-guias usados por Bourdieu. Esses conceitos serão utilizados nesta pesquisa para a codificação das entrevistas e compreensão da identidade, a fim de triangular os dados pesquisados, característica de um estudo bourdieano.

3.1 CONCEITO DE CAMPO

A primeira utilização de Bourdieu do conceito de campo foi em um artigo chamado *Champ Intellectuel et Project Créateur* (campo intelectual e projeto criador), que discutia a diferença de opinião entre dois acadêmicos franceses, Barthes e Picard (GRENFELL, 2018).

O conceito de campo surgiu na obra de Bourdieu em um período mais extemporâneo, e de certa forma, suplantou seu primeiro conceito basal, o de *Habitus*. Os campos são resultados de processos de antagonismos sociais, do modo de ser e do conhecimento adquirido no e para o mundo. Cada campo tem, de forma singular e particular, seu próprio objeto (educacional, político ou artístico) e princípio de compreensão. São “espaços estruturados de posições” em um dado momento, podendo ser compreendidos de forma desarticulada das características dos sujeitos sociais. Assim, se molda como uma estrutura objetiva (BOURDIEU, 1987).

O novo conceito acarreta ganhos investigativos evidentes no trabalho de pesquisa, sem se associar ao corpus teórico de Bourdieu (MONTAGNER; MONTAGNER, 2018). Por elucidação, o campo tem especificidades universais. Enraizado em todos os campos e

atributos próprios, que associado a um *Habitus* específico formam uma estrutura, denominada de *doxa*. A opinião consensual se caracteriza como leis que organizam e permeiam a luta pela dominação do campo (THIRY-CHERQUES, 2006).

O conceito de campo não é o mais bem delimitado ou o mais explanado, porém, assume um lugar de assentimento enquanto formulação e ideia assimilável doxicamente, como uma constatação primária da realidade, adquirindo um amplo uso na sociologia e áreas afins (MONTAGNER, 2003).

Uma das primeiras definições de campo fornecida é: “Espaços estruturados de posições (ou postos) cujas propriedades dependem de sua posição nesses espaços e que podem ser analisadas independentemente das características de seus ocupantes (em parte determinadas por elas)” (BOURDIEU, 1990, p. 26). E pode ser compreendido como um lócus gerador e centralizador das disputas por parte dos autores, os mesmos ocupam o campo com interesses próprios e singulares, sendo essa uma característica deste espaço, visto que através dos interesses individuais o campo se resume em um espaço social de relações objetivas e subjetivas (BOURDIEU, 1989).

O conceito de campo é formulado por meio de um sistema hierárquico e definido de forma fragmentada, portanto, a hierarquia é o princípio motriz que direciona e anima esse campo, residindo na luta direcionada e produzida pelas estruturas do espaço social. A estrutura do campo tem seu pilar estrutural em dois polos: o polo dominante que vai ser constituído pelos agentes que contém maior poder de capital social e o polo dominado que de forma antagônica, é formado por indivíduos com baixo poder de capital social específico que agrega valor ao espaço (CARVALHO, 2002).

Bourdieu dá as formas iniciais da palavra campo usando a expressão “*le champ*” que é usada para descrever uma área de terra, um campo de batalha e um campo de conhecimento. Existem muitas analogias para o *champ* de Bourdieu, como: o campo que se joga uma partida de futebol, o campo da ficção científica e o campo de forças na física, explanadas por Gregeel (2018) no seu livro:

1 - Um campo de futebol é um lugar bem limitado onde se desenvolve um jogo, para jogar este jogo os jogadores precisam ter posições bem definidas, o campo de futebol representado de forma visual é um retângulo com divisões internas e, marcado por um limite externo com disposições postas em lugares predeterminados.

O jogo tem regras específicas que os jogadores novatos precisam aprender, além de habilidades básicas como: quando começar a jogar, o que é permitido que os jogadores façam, onde eles podem ir, condições relacionadas à posição no campo (similar a posição social).

Além de que a própria condição física do campo, como por exemplo se ele está molhado ou seco, acaba por ter efeitos sobre as possibilidades que os jogadores terão e em como o jogo será jogado.

Esse mesmo autor traz que a ideia de um campo social como um campo de futebol não é um disparate completo. Bourdieu realmente discutiu a vida social como um jogo. Ele frequentemente se referia a ela como um jogo de futebol, talvez por esse ser um jogo que ele conhecia bem. O mesmo sugeriu que, assim como no futebol, o campo social consistia em posições ocupadas por agentes (pessoas ou organizações) e o que acontece no campo é, conseqüentemente, limitado. Portanto, existem limites ao que pode ser feito, que por sua vez é moldado pelas condições do campo (GRENFELL, 2018).

2 - Campo de força da ficção científica: os campos de força da ficção científica são construídos através da criação de uma barreira entre o que acontece dentro e o que acontece fora. Feitos para proteger quem está do lado de dentro, eles constituem pequenos mundos autocontidos. As atividades dos lados de dentro seguem padrões regulares e ordenados e têm certa previsibilidade, sem isso, o mundo social dentro do campo de força se tornaria anárquico e deixaria de funcionar. A ordem social em naves estelares fictícias é estruturada hierarquicamente: nem todos são iguais, e há algumas pessoas dominantes que têm o poder de tomar decisões sobre os modos como o pequeno mundo social funciona (GRENFELL, 2018).

Entretanto as regras das naves estelares autocontidas também são como aquelas que operam em outras embarcações semelhantes, e apesar de uma certa variação ser possível e necessária para sobrevivência, existe um padrão comum de operações entre as naves estelares. Portanto, o espaço social de Bourdieu pode ser concebido como um pequeno mundo nesse modelo. Ao falar sobre o campo econômico, por exemplo, ele o descreveu como um “cosmos” e também como “universo separado regido por suas próprias leis” (BOURDIEU, 2006).

Como um campo de força, um espaço social opera de modo semi autônomo. Ele é uma construção humana com seu próprio conjunto de crenças que racionalizam as regras no comportamento do campo – cada campo tem sua própria “lógica da prática” distinta (GRENFELL, 2018).

3 - Um campo de força: na física, geralmente é representado como um conjunto de vetores que ilustram as forças exercidas por um objeto sobre o outro, Bourdieu também pensou os campos sociais de modo parecido (GRENFELL, 2018). Ele propôs que pensar em um campo como constituído por forças opostas, ou seja, quiasmáticas. Ele afirmou que o capital cultural e o econômico operam como dois polos hierarquizados como um campo

social, sendo que esta hierarquização diz respeito ao acúmulo de capital de cada determinado polo (BOURDIEU, 1989).

Bourdieu produziu estudos que mostraram como vários subcampos apareciam na vida das pessoas. Por exemplo, em *A distinção*, juntou análises detalhadas de número de campos econômicos e culturais para mostrar não simplesmente as correspondências entre os campos, mas também, as mutabilidades importantes que trabalhavam através dos campos para criar gradações de agrupamentos sociais distinguidos por seu “gosto” na comida, na arte, na moradia, na educação, na recreação e assim por diante (BOURDIEU, 2007).

Afunilando para a saúde, estudos como o de Silva et al. (2018) apontam que, a partir das reflexões, a noção de campo social possibilitou a compreensão das normas que orientam a atuação dos profissionais de saúde e os movimentos que pressupõem ações dos atores que nele atuam.

É importante compreender que Bourdieu falava sobre o campo social como um cientista social. Acima de tudo, seu campo deve ser compreendido como um dispositivo escolástico – uma heurística epistemológica e metodológica – que ajuda os pesquisadores a planejar métodos para compreender o mundo. Ele não deveria ser algo mimético: não existe um lugar material equivalente a um campo, ainda que todas as pessoas, práticas, instituições e serviços em campos sociais realmente tenham manifestações físicas e possam ser investigados (GRENFELL, 2018).

3.2 CONCEITO DE *HABITUS*

Entre os pensadores que precederam Bourdieu e descreveram algo parecido com *Habitus* estão: Aristotele, Ockham, Tomás de Aquino, Merleau-Ponty, Husserl e Elias, além de Dukeim e Weber. Bourdieu também cita “Ethos” de Hegel, “Habitualitat” de Husserl e “Herix” de Mauus como ideias precursoras de sua própria concepção. Uma influência particularmente direta foi a arquitetura gótica e o pensamento escolástico de Erwin Panofsky (1957) (CARMIC, 1986; BOURDIEU, 1998; HERAN, 1987; NASH, 1999; RIST, 1984; BOURDIEU; WACQUANT, 2005).

O *Habitus* é definido mais formalmente nas três obras: *A reprodução*, *Esboço de uma teoria na prática* e *Senso prático*, e, conseqüentemente, torna-se mais integrado em um esquema teórico mais amplo e mais aplicável, tendo suas raízes no pensamento aristotélico e na escolástica medieval. De forma mais precisa, advém da noção aristotélica de *hexis*, convertida pela tradição escolástica em *Habitus*, que significa “uma moral que se tornou

hexis, gesto, postura” (BOURDIEU, 1983). Dois conceitos guias de *Habitus* irão servir de norte para esta pesquisa:

1. O *Habitus* é o norte operador que ocasiona a interpelação entre dois níveis de relações, estrutura e práticas, sendo as práticas entendidas como um resultado das relações dialógicas entre a situação e o *Habitus*. Integra o movimento de interiorização das estruturas exteriores, ao passo que, as práticas dos agentes exteriorizam os sistemas de disposições incorporados. Além disso, o *Habitus* está no princípio de normatização das ações, que objetivam de modo organizado estratégias que não são produtos de uma intenção estratégica (SETTON, 2002).

2. O *Habitus* é uma propriedade de atores (indivíduos, grupos ou organizações) que é composta de uma estrutura estruturante e estruturada. Ela é estruturada pelo nosso passado e circunstâncias atuais, como a criação da família e as experiências educacionais. É estruturante no sentido de que o *Habitus* ajuda a moldar as práticas atuais e futuras. É uma estrutura por ser ordenada sistematicamente e não aleatória ou sem nenhum padrão, composta de um sistema de disposições que geram percepções, apreciações e práticas (BOURDIEU, 2007; BOURDIEU, 2009; GRENFELL, 2018).

Nessa concepção, o conceito de *Habitus* pretende romper com as interpretações deterministas e unidimensionais das práticas, tentando recuperar a noção de sujeitos ativos como produtos de sua história em determinado campo social e de suas experiências acumuladas durante a trajetória individual. Assim, o *Habitus* individuais são produtos da socialização por diferentes sistemas e em espaços distintos como a família, a escola, o trabalho, os grupos de amigos e/ ou a cultura de massa (GRENFELL, 2018).

Montagner (2003) sistematiza o *Habitus* em quatro dimensões:

1 - Categorical: refere-se às categorias de compreensão e categorização do mundo, organização e desenvolvimento coeso, através dos quais os seres atuam de forma inconsciente dos seus atos, enquanto resultado de categorias imprescindíveis para a prática (MONTAGNER, 2003).

2 - Disposicional: compreendida como um senso prático, associado a uma relação dóxica com as estruturas e com as vertentes objetivas do mundo social, que se reproduz por ações coerentes com o campo associado (MONTAGNER, 2003).

3 - Distribucional: relacionada com a interação entre indivíduo-indivíduo e indivíduo-sociedade, indo além do papel mediador, visto que o *Habitus* dentro do indivíduo é resultante de uma soberania objetiva, traduzida na interiorização das iniquidades sociais (MONTAGNER, 2003).

4 - Econômica: entendida como o resultado de um elevado grau de propagação dos resultados do trabalho de pesquisa, é uma investida do autor como tentativa de formulação de uma teoria que explique sobre os aspectos subjetivos e inteligíveis da prática, de forma a colocá-lo como uma teoria mais geral que reverbera nas trocas simbólicas (MONTAGNER, 2003).

O *Habitus* norteia estudos em diversas áreas de abrangência, por ser um conceito versátil que se adapta a realidades sociais variadas. Nos estudos de identidade, a teoria do *Habitus* de Bourdieu surge para amparar as análises e trazer luz ao fenômeno estudado. Assumpção e Gollin (2016) analisaram a identidade de educadores físicos, utilizando a teoria do *Habitus* e concluíram que a mesma vai além do simples aspecto individual, estando associada às diferentes dimensões humanas e aos aspectos socioculturais, por meio de longos, contínuos e duradouros processos socializadores.

Em um estudo que analisou a identidade de enfermeiras, Fernandes (2018) concluiu que é necessário instituir delimitação da identidade profissional, associada à sua reflexão em disposições, que irão gerar um *Habitus* que resulta em práticas e concepções relacionadas com a essência do trabalho da enfermeira na organização do seu processo laboral, minimizando a ocorrência da invisibilidade da sua identidade.

Logo, *Habitus* na abordagem de Bourdieu significa o que poder/conhecimento é para Foucault e código é para a Bernstein – quando internalizamos a ideia a ponto dela se tornar parte do nosso modo de enxergar e pensar o mundo social. Isso passa a ocorrer naturalmente, logo, se o *Habitus* é o social incorporado, *Habitus* pode se tornar o sociólogo incorporado (GRENFELL, 2018).

3.3 CONCEITO DE CAPITAL

Bourdieu deriva o conceito de capital da percepção da economia. O capital se agrega como operações de investimento a curto ou médio prazo, se transmitindo através de heranças e se reproduzindo a partir de habilidades e da capacidade de investimento, sendo que o acúmulo das diversas formas de capital está relacionado, também, à extração de mais-valia. Etimologicamente, o conceito de capital é complexo, por abranger mais do que o econômico (riqueza material, como bens e patrimônios) (THIRY-CHERQUES, 2006).

O propósito de Bourdieu é estender o sentido do termo capital, ao empregá-lo num sistema mais amplo de trocas, em que bens de tipos diferentes são transformados e trocados dentro de redes ou circuitos complexos. Ele tenta afastar da economia a instância estreita da

troca mercantil e trazê-la para uma antropologia mais abrangente de trocas e avaliações culturais, na qual a troca econômica é apenas um tipo (ainda que o mais fundamental). Entretanto, é importante notar que outras formas de capital podem ser vistas como formas “transubstanciadas” do capital econômico (GRENFELL, 2018).

Dentre as formas de capital, Bourdieu destaca:

- Capital Econômico: Bourdieu (1989, p.20) “vê o espaço social como um campo de lutas no qual os atores (indivíduos e grupos) elaboram estratégias que permitem manter ou melhorar sua posição social”. Coleman (1988) define o capital econômico atrelado à renda e riqueza material, associados a bens e serviços, aos quais ele possibilita acesso. Para este autor, o capital é importante na relação, amarra o *backgrounds* familiar e os coloca em diversos locais socioeconômicos. Portanto, considera o capital econômico como um fator determinante da situação familiar e que infere diretamente em como a criança se desenvolve (socialização primária).

- Capital Social: na década de 1980, os sociólogos Bourdieu e Coleman transformaram o capital social em um tópico específico de estudo, para tentar entender como os indivíduos inseridos em uma rede de relações sociais estável poderiam se beneficiar de sua posição ou gerar externalidades positivas para seus membros (GRENFELL, 2018).

Na concepção de capital social sustentada por Bourdieu (1980) destacam-se três aspectos, a saber: os elementos constitutivos; os benefícios obtidos pelos indivíduos mediante sua participação em grupos ou redes sociais e as formas de reprodução deste tipo de capital. Os dois elementos que constituem o capital social são as redes de relações sociais, que permitem aos indivíduos ter acesso aos recursos dos membros do grupo ou da rede, e a quantidade e a qualidade de recursos do grupo (GRENFELL, 2018).

Em relação ao primeiro elemento, Bourdieu (Ibid., p.67) define o capital social como a agregação de recursos atuais ou potenciais, que têm ligação estreita com uma rede durável de relações institucionalizadas de reconhecimento e de interconhecimento mútuo. O segundo elemento diz respeito a quantidade e a qualidade de recursos do grupo. E o terceiro elemento é produto do trabalho necessário para produzir as redes de relações duráveis, que podem proporcionar os benefícios materiais e simbólicos que circulam entre os membros da rede.

- Capital Cultural: para Bourdieu (1979), a noção de capital cultural deriva da necessidade de compreensão das iniquidades de esforço e desempenho escolar dos indivíduos pertencentes a níveis sociais antagônicos. Este capital se atrela principalmente à diminuição do fator econômico, em detrimento ao fator cultural, na tentativa de explicar as desigualdades

na escola. Logo, o capital cultural pode existir sob três formas: no estado incorporado, no estado objetivado e no estado institucionalizado.

Bourdieu compreende o conhecimento, as habilidades e as informações correspondentes ao conjunto de qualificações intelectuais produzidas e transmitidas pela família, e pelas instituições escolares, sob três formas: o estado incorporado, como disposição durável do corpo (a forma de se apresentar em público); o estado objetivo, como a posse de bens culturais (a posse de obras de arte) e; o estado institucionalizado, como os títulos acadêmicos, sancionado pelas instituições.

No estado objetivado, o capital cultural existe sob a forma de bens culturais, tais como esculturas, pinturas e livros. Para possuir os bens econômicos na sua materialidade é necessário apenas capital econômico, o que se evidencia na compra de livros, por exemplo. Todavia, para apropriar-se simbolicamente desses bens, é necessário possuir os instrumentos da apropriação e os códigos necessários para decifrá-los. É necessário possuir capital cultural no estado incorporado. No estado institucionalizado, o capital cultural materializa-se por meio de diplomas escolares (GRENFELL, 2018).

- Capital Simbólico: o conceito de capital simbólico foi elaborado por Bourdieu desde seus primeiros trabalhos sobre o Béarn e sobre a sociedade, empreendidos no final da década de 1950 e início dos anos 1960. O capital simbólico é o único possível de acúmulo. Tal conceito permeia quase toda a sua obra e ostenta, sem qualquer dúvida, a grife de Bourdieu (GRUM, 2017).

O capital simbólico possui propriedades particulares e diferentes das outras espécies de capital, por ter características peculiares, como a labilidade, fragilidade e vulnerabilidade, que advém do fato de ser um capital que se apoia essencialmente nos outros (BOURDIEU, 2007; GRUM, 2017). Thiry-Cherques (2006) complementa dizendo que o capital simbólico é uma síntese dos demais.

Por fim, Grenfell (2018) conclui que as três principais “ferramentas de pensar” de Bourdieu são a base para a análise de qualquer prática social. Os conceitos de campo e *Habitus* são os esquemas geradores que estruturam e são estruturados, sendo o *Habitus* adquirido no decorrer da vida; o campo uma configuração objetiva das relações, encontrada em qualquer espaço social ou contexto particular e; o capital a força motriz que é determinada e determina as estruturas sociais.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo qualitativo definido por Minayo (2006) como um tipo de abordagem amplamente desenvolvida e aplicável em diversos tipos de pesquisas, como históricos relacionais, representativos e que abrangem percepções, crenças e opiniões, que resultam das interpretações individuais relacionadas aos constructos de vida e a construção de artefatos do objeto de estudo.

A pesquisa qualitativa expressa pluralidade, a partir da geração de um campo de múltiplas abordagens com utilização de técnicas variadas, procedimentos e recursos com antagônicas compreensões filosóficas e metodológicas que objetivam investigar, compreender e traduzir em forma de discussões, o mundo social (VIEIRA, 2013).

O objeto de estudo desta dissertação perpassa pela compreensão da identidade profissional, que é um fenômeno que se faz e se refaz através de um processo subjetivo e interno, que advém do *Habitus*, das relações sociais, das socializações e do campo onde está inserido, por esse motivo, o método utilizado é o mais adequado para o objetivo desta pesquisa (MINAYO, 2006).

Lima et. al. (2020), em um estudo sobre identidade profissional de estudantes de Enfermagem, corroboraram o supracitado, ao afirmarem que o método qualitativo por nortear esforço investigativo, visa revelar as bases que formulam a gênese de um objeto, ou seja, de um fenômeno. Já, Vieira (2013) aborda como limitações da pesquisa qualitativa, o tempo exigido para o desenvolvimento da mesma, devido ao complexo protocolo da pesquisa, além da dificuldade na realização do trabalho coletivo, por ter um caráter multifacetário e depender de continuidade na análise.

Essas limitações da pesquisa qualitativa não trouxeram impactos para esta pesquisa, visto que o método se adequa a estudos sociais, a partir das relações de segmentos delimitados e focalizados que trabalham com universos de significados.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população do estudo foi composta por enfermeiras que atuavam na Atenção Primária do município pesquisado. Os critérios de inclusão foram: ser enfermeira e estar atuando na assistência e/ou gerência da unidade de Atenção Primária à Saúde da referida

cidade, com tempo de atuação mínimo de seis meses. O critério de exclusão adotado foram: enfermeiras afastadas do serviço em decorrência de problemas de saúde ou em período de férias.

É importante salientar que a delimitação de um tempo de atuação curto foi em decorrência da rotatividade de profissionais, devido à precarização dos vínculos empregatícios. Logo, considerar um maior tempo de atuação, poderia acarretar em redução representativa no número de entrevistados.

A coleta de dados foi finalizada com o total de nove enfermeiras, na faixa etária entre 20 e 30 anos (seis) e entre 30 e 35 anos (três). A faixa etária das entrevistadas demonstra que a maioria delas é jovem e encontraram na APS do município seu primeiro vínculo empregatício, sendo que, algumas delas consideraram a APS como uma alternativa ao desemprego. Dados semelhantes foram encontrados por Corrêa et al. (2012), em estudo sobre o perfil sociodemográfico e profissionais de enfermeiras da Atenção Primária de Cuiabá-MT, no qual 22,6% das participantes, estavam na faixa etária de 26 a 30 anos, demonstrando o caráter jovem desses profissionais.

Quanto ao sexo, oito das participantes eram do sexo feminino. No que tange ao predomínio do gênero feminino na pesquisa, Waldow (2012) afirma que a predominância de mulheres na Enfermagem está relacionada diretamente com a própria história da profissão. Ao decorrer do tempo, a humanidade e as práticas de cuidar de forma geral estavam atreladas ao imaginário social e a percepção do universo feminino como dotada de qualidades “naturais” para desenvolver essas atividades.

Três das enfermeiras possuíam de 10 a 15 anos de formação, duas entre 5 a 10 anos e quatro tinham menos de cinco anos de formação profissional. A prevalência de profissionais com tempo curto de formação se associa à idade das entrevistadas. Ximenes Neto et. al. (2009) asseguram que existe predominância de enfermeiras com pouca vivência de trabalho na área da atenção primária, sendo que, em seu estudo 17 dentre as trinta enfermeiras formaram-se em média entre um a cinco anos.

Quatro entrevistadas possuíam pós-graduação *stricto sensu*, sendo que somente duas eram na área de saúde pública. Os dados desta pesquisa divergem da literatura, que apontam a preocupação das enfermeiras inseridas na ESF em realizarem pós-graduação na área (FERREIRA; SCHIMITH; CACERES, 2010; ROCHA; ZEITOUNE, 2007). Neste estudo, a falta de especialização na área atuante pode estar atrelada à precarização do vínculo e à falta de estímulo profissional.

Com relação à organização escolhida pelas enfermeiras para realizar a graduação, a faculdade privada foi a preferência das enfermeiras. Cinco foram graduadas em instituições de ensino privadas, provavelmente em virtude da maior dificuldade de acesso à universidade pública, que pode estar associada a uma educação primária precária.

Das nove entrevistadas, duas eram concursadas com renda mensal entre três a oito salários mínimos e as demais tinham renda mensal, entre um e três salários mínimos. Ressaltando-se a predominância de cargos comissionados, dependentes da administração pública e condicionados às suas normas e estruturas de poder.

A precarização do trabalho é o processo que faz alusão a luta de classes e é forjado por um jogo de disputa da força política entre capital e trabalho, caracterizado por “amplificação e institucionalização da instabilidade e insegurança; terceirização e subcontratação como estratégias centrais, recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social, inovações da legislação trabalhista e previdenciária, reduzindo os direitos conquistados” (SANTOS, 2012).

Nogueira et. al. (2004) relacionam os cargos comissionados com a precarização do processo de trabalho e a desvalorização do trabalho da enfermeira, observado nesta pesquisa pela diferença na remuneração salarial das profissionais. Além disso, a precariedade advinda do trabalho associado a um contrato transitório não se restringe apenas a diminuição do dimensionamento da proteção social no cargo desenvolvido (diminuição do número de direitos e benefícios), se relaciona também com o fato desse modo de contrato ser de curta durabilidade e gerar sentimentos de instabilidade e insegurança nas enfermeiras, refletindo negativamente na identidade profissional.

4.3 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Atenção Primária à Saúde de uma cidade do interior da Bahia, que conta com uma área territorial de 1.155,418 km²; população estimada de 33.468 pessoas; 27,87 hab/km² de densidade demográfica; índice de desenvolvimento humano de 0,628 e PIB per capita de R\$ 8.777,84. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9.5% no período em que a pesquisa foi realizada. A cidade apresenta 64,4% de domicílios com esgotamento sanitário adequado; 63.7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 0,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (IBGE, 2011).

A rede estadual de saúde é composta por onze Unidades de Saúde da Família, sendo cinco na zona urbana e seis na zona rural do município. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família do município é de 92,86%. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 16.71 para 1.000 nascidos vivos, as internações devido a diarreias são de 1.1 para cada 1.000 habitantes e o número de hipertensos e diabéticos são, respectivamente: 3842 e 1021.

O local da pesquisa foi escolhido em decorrência das peculiaridades dessa cidade, no âmbito político, empregatício e de saúde, que implicam na precariedade de vínculo e condições de trabalho. E devido à escassez de estudos voltados para municípios de pequeno porte, comprovado pela carência de pesquisas, o que torna pertinente pesquisar e analisar como a identidade profissional de enfermeiras está constituída no município (SILVA, 2017).

4.4 PROCEDIMENTOS DA COLETA

Previamente, foram solicitadas as anuências para a execução do projeto, da coordenadora da Atenção Primária e da Secretária de Saúde (Anexo B). Em seguida, foi realizada a apresentação do projeto para a coordenadora da APS e para as enfermeiras, quando foram explanadas as questões pertinentes ao conceito de identidade profissional, bem como seus impactos e os estudos que abordavam sobre a importância da temática e os aspectos inerentes à metodologia da pesquisa. Após essa explanação, as enfermeiras esclareceram suas dúvidas e preencheram uma lista com seus nomes, unidades onde atuavam e seus contatos, para posterior agendamento das entrevistas.

Por ser o *locus* do estudo uma cidade interiorana e cidade natal da autora, existia uma relação implícita - mesmo que de forma casual com as participantes - o que poderia gerar desconforto e omissão de falas por parte das enfermeiras no momento da entrevista. Visando minimizar este viés de informação, foi selecionada uma bolsista do projeto matriz “Identidade profissional das enfermeiras: diversos cenários de práticas” para a realização das entrevistas.

A referida bolsista foi treinada em três momentos distintos. No primeiro momento, foi realizada uma apresentação no intuito de aproximá-la da temática. No segundo encontro foi promovida uma imersão da bolsista acerca do instrumento de coleta e, no terceiro momento, foi viabilizado um treinamento com o objetivo de esclarecer as possíveis dúvidas. No final do treinamento, a estudante referiu se sentir preparada para a realização das entrevistas.

Após a apresentação do projeto e treinamento da bolsista, foi realizado contato telefônico com cada enfermeira e agendadas as entrevistas, conforme disponibilidade das mesmas e da bolsista. No telefonema foi explicitado que o local de escolha da entrevista

ficaria a critério do (a) profissional e que as entrevistadas não teriam seus nomes revelados na pesquisa. É importante ressaltar que não houve recusa por parte de nenhuma participante.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de janeiro e fevereiro de 2020, por meio de entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada permite uma descrição informativa, visto ser guiada por um estilo amplamente informativo, que tem na sua estrutura questionamentos semi estruturados que oferecem ao entrevistador uma chance de esclarecimento, associado aos segmentos dinâmicos de perguntas e respostas, e assim, minimiza de forma estratégica a ocorrência de erros, por se tratar de uma técnica flexível, direcionada e de baixo custo, que antecipa, de forma estruturada, os enfoques, hipóteses e orientações úteis vinculadas às circunstâncias investigativas e de acordo com a demanda do entrevistador e do entrevistado (ROSA; ARNOLDI, 2006).

A entrevista semiestruturada é realizada a partir de um instrumento de coleta de dados estruturado e norteador para a pesquisa. Manzini (2012) traz que o mesmo é indicado para estudar fenômenos com uma população específica, deve ser realizado da forma mais flexível possível na sequência da apresentação das perguntas, podendo o entrevistado realizar perguntas complementares para o melhor entendimento e aprofundamento do estudo, o que gera mais segurança e maior amplitude explanatória sobre o objeto estudado.

O roteiro utilizado para a entrevista foi constituído por duas partes. A primeira parte consistiu na caracterização sociodemográfica das enfermeiras e a segunda foi composta por questões subjetivas relacionadas à identidade profissional da enfermeira no campo da Atenção Primária à Saúde (Apêndice A).

Com o intuito de proporcionar conforto, privacidade e comodidade para as participantes, as entrevistas foram realizadas e gravadas nos locais de escolha das enfermeiras, seis entrevistadas escolheram suas residências e três, as unidades de saúde em que atuavam.

É pertinente acrescentar que, mesmo tendo sido as entrevistadas que escolheram os locais para a entrevista, foi preservada a fluidez da entrevista, optando-se por ambientes fechados e com baixo nível de ruídos. As entrevistas foram gravadas em dois celulares, sendo que um deles funcionou como mecanismo de segurança (*backup*). As entrevistas duraram, em torno, de uma hora e meia e, após o término dessas, foi iniciada a fase de transcrições realizada pela bolsista responsável pelas entrevistas, sob a supervisão da autora.

De forma simultânea com as transcrições das entrevistas foi realizado o processo de saturação/repetição dos dados, a partir do referencial teórico de Fontanella, Rica e Turato (2008), conforme Quadro 1.

Quadro 1 – Conteúdo manifesto por Categoria Temática.

Categorias temáticas	Conteúdo manifesto	Entrevistas
Representações de si: perspectiva identitária das enfermeiras na APS	<ul style="list-style-type: none"> – Autonomia – Liderança – Hierarquia – Dimensão coletiva – Dilemas profissionais: reconhecimento social, baixa remuneração, desmotivação e sobrecarga de trabalho 	<ul style="list-style-type: none"> – 1, 2 – 3, 2 – 1, 3, 4, 5 – 5, 6 – 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8
Disposições incorporadas: o espaço subjetivo entre o eu e o outro	<ul style="list-style-type: none"> – Estrutura precária para trabalho – Sobrecarga – Responsabilização excessiva 	<ul style="list-style-type: none"> – 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 – 4, 7, 8 – 3, 5, 7, 8
Sistemas de práticas de enfermeiras da ABS	<ul style="list-style-type: none"> – Pertença a coletividade e educação comunitária – Assistência clínica individual – Prevenção e aproximação com a comunidade – Normatização 	<ul style="list-style-type: none"> – 4, 5, 6 – 3, 5, 6 – 1, 6, 7 – 1, 2, 3, 4, 9

Fonte: Elaboração própria, com base em Fontanella, Rica e Turato (2008).

Após a finalização das transcrições das entrevistas, estas foram encaminhadas via e-mail para validação das participantes, tendo sido explicitado que o processo de validação consistia na anuência do que foi dito durante as entrevistas, e que as mesmas tinham autonomia para a retirar ou o acrescentar novas informações, caso julgassem necessário. O prazo instituído para resposta foi de sete dias, a partir da data de envio da entrevista, e a ausência de resposta no prazo seria considerada como validação da entrevista. Todas as enfermeiras confirmaram o recebimento do arquivo, porém, nenhuma delas enviou resposta no período proposto, o que foi interpretado como validação de todas as entrevistas.

REGISTROS DE CAMPO: SENTIMENTOS DA AUTORA

Colocar por escrito em palavras, os sentimentos vividos durante esta pesquisa, é algo complexo, pois experienciei diversas sensações durante este processo. Nasci e fui criada na cidade serviu como campo de estudo e sofri influências do modo de viver desse local. Retornar a ele para pesquisar sobre a minha profissão, me remete a um sentimento de volta para casa.

Foi nessa cidade que escolhi ser enfermeira e, enquanto estudante do ensino médio, não imaginei que esse seria o lugar que me daria amparo (dados) para analisar um fenômeno tão importante que é a identidade profissional da enfermeira, e que seria o ponto de partida

para construção de minha dissertação. É uma sensação prazerosa saber que essa cidade que me acolheu, desde o meu nascimento, servirá para que outras pessoas também possam refletir sobre identidade profissional.

Os sentimentos que experimentei estão atrelados a momentos pré e pós entrevistas, devido ao fato de as mesmas terem sido realizadas por uma bolsista:

A primeira entrevista foi realizada em uma unidade de saúde. Enquanto eu aguardava a sua realização, me senti ansiosa e entusiasmada, e me peguei pensando sobre as possíveis respostas e em como elas impactariam na minha pesquisa. Tinha esperança em encontrar ali, uma enfermeira com uma construção identitária fortalecida. Neste sentido, identifiquei que estava colocando minhas expectativas nas enfermeiras que seriam entrevistadas e precisei concentrar esforços para permitir que o fenômeno se manifestasse como de fato era.

A segunda entrevista teve um diferencial em relação à anterior, pelo fato de a enfermeira ser concursada. Voltei a me empolgar por acreditar que encontraria nessa entrevista a diferença que a literatura traz entre os tipos de vínculos (concurso e contrato) e seus impactos na identidade da profissão. Porém, após a entrevista, em conversa informal com a bolsista e a enfermeira, meu sentimento foi de decepção por encontrar uma profissional desmotivada. Ficando marcada uma fala que me trouxe reflexões durante dias: “se eu pudesse voltar no tempo, jamais teria feito Enfermagem, não aconselharia ninguém a fazer”. Essa fala nublou meu entusiasmo e me fez pensar que a pesquisa só iria revelar os pontos frágeis da profissão e de uma identidade marcada pela invisibilidade profissional, falta de reconhecimento e desvalorização do trabalho.

Na terceira entrevista não tive a oportunidade de conversar com a participante, ainda que de modo informal. Partimos para a quarta entrevista onde, em uma conversa cordial, vi uma profissional comprometida, com senso crítico apurado e com uma identidade mais fortalecida, porém, ainda marcada por traços históricos da profissão, como a benevolência e a subordinação. Essa entrevista me deu ânimo para a continuidade da pesquisa e me trouxe esperança.

A quinta e sexta entrevistas ocorreram sem que eu tivesse contato com as enfermeiras entrevistadas. Já a sétima entrevista me gerou certa ansiedade por se tratar de uma enfermeira que já tinha experiência como coordenadora de atenção primária. Nessa, identifiquei uma profissional com receio de falar e de se expor, com medo de retaliações ou represálias e uma sensação de “comodismo” diante dos relatos, além de uma certa tensão quando o assunto envolvia questões políticas, com frases como: “você sabe como é a política, tudo é demissão”;

“tentei não falar muito, nosso prefeito é maravilhoso, a Enfermagem está ruim em todo lugar”.

Na oitava entrevista consegui conversar de forma rápida com a enfermeira e pude perceber um profissional que desconhece seu papel e supervaloriza o profissional médico. Por fim, o que marcou a nona entrevista foi o relato da bolsista sobre o estranhamento acentuado da pergunta relacionada ao poder, fato que já tinha aparecido em outras entrevistas. Com isso, pude perceber o quanto essas profissionais têm dificuldade de reconhecer e se empoderar no seu exercício profissional.

Após ler todas as entrevistas refleti sobre algumas falas e me vi em algumas delas. Meu primeiro emprego foi nessa cidade e eu fui submetida a situações que colocaram em xeque a minha identidade profissional. Fui tomada por um momento introspectivo, em que revivi toda minha trajetória acadêmica e profissional, desde a graduação até minhas vivências profissionais.

A partir daí, pude compreender como a academia foi imprescindível para a formação e desenvolvimento de meu senso crítico e para o fortalecimento da minha identidade profissional, culminando com a abordagem da temática de minha dissertação.

Durante o momento de introspecção, percebi que a identidade é uma constante e com o findar da última entrevista continuava me sentindo reflexiva sobre a aproximação entre a minha realidade e as falas das enfermeiras e compreendi que mesmo envolta em um sistema que reafirma a identidade da enfermeira como algo frágil, essa é inteiramente ligada ao processo individual e coletivo.

Ao pensar nesse processo de resiliência e observar a natureza ao redor, me deparei diversas vezes com o cacto, planta comum na região, e percebi que esse o mesmo tem um simbolismo que reflete a identidade. Na cultura popular, a flor que nasce no cacto é considerada a flor da sabedoria, renovação e perseverança e por ser resistente e se renovar representa o inacabado da construção da identidade e a capacidade de enfrentar desafios, assim como, essas e todas as enfermeiras.

Estamos marcadas pelo processo histórico da profissão, que impacta ainda hoje em desvalorização profissional e falta de reconhecimento do nosso papel. Somos a maior força de trabalho do SUS e dos setores privados, estamos em todos os níveis da assistência, do nascer ao morrer, somos resistência nesse processo e ainda estamos construindo nossa identidade profissional.

Esta identidade não está e nunca estará acabada, somos resistência as intempéries de um desgoverno que sucateia a saúde e denigre nossa imagem, por isso, as entrevistadas desta

pesquisa terão como codinome: Flor de cacto, seguido do número de ordem das entrevistas, a fim de representar o constructo constante e inacabado da identidade e da luta por não precisar resistir o tempo todo e sim desabrochar com orgulho de ser e ter o nome de enfermeira.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Na análise das entrevistas utilizou-se o método de análise temática de conteúdo. Segundo Minayo (1998), essa técnica se propõe a identificar os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, na qual a presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo de estudo analisado, utilizando-a de forma mais interpretativa, em lugar de realizar inferências estatísticas.

A análise categorial temática acontece em etapas, através da operacionalização dos desmembramentos do texto em micro temas chamados de unidades sendo reagrupados em categorias para a reorganização analítica posterior. E comporta dois momentos: o inventário ou isolamento dos elementos e a classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos (MINAYO, 1998).

Minayo (1998) sistematiza a análise em três etapas: a primeira etapa denominada de pré-análise, consiste na escolha dos documentos a serem examinados, retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado e, na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A segunda etapa consiste na exploração do material e na codificação do mesmo e a terceira etapa baseia-se no tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

Após a repetição dos dados foi realizada a organização dos dados e para tal, utilizamos o *software N vivo 10 for Windows* para organizar os trechos das falas por unidades de registro. O *N-vivo* consiste numa ferramenta que embasa o pesquisador nas várias etapas da pesquisa qualitativa: organização da fundamentação teórica, delimitação e procedimentos da amostragem inicial, definição, dimensionamento e organização das categorias e subcategorias analíticas, organização dos dados coletados em variadas fontes, análise dos dados, desenvolvimento teórico e apresentação dos resultados, potencialização e intensificação do alcance e profundidade das pesquisas, permissão de maior exploração da complexidade dos dados e a validação dos resultados das pesquisas, gerando confiabilidade às mesmas (MOZZATO, 2016).

Esse *software* é amplamente usado em pesquisas das diversas áreas de saber, entre elas a saúde, assim como, a antropologia e afins, principalmente em abordagens qualitativas. Ele

auxilia na exploração das entrevistas à medida que possibilita a profundidade, oferece múltiplas possibilidades de estratificação das falas, associação de palavras, categorização dos dados e consolidados gerenciais de análise (ALMEIDA, 2017).

Para Jacks et al. (2016, p. 50):

“O software ajuda na organização e análise de informações não estruturadas, possibilitando a visualização de cada etapa do projeto, desde o armazenamento das fontes. Facilita, ainda, o compartilhamento de informações e relatórios sobre os dados obtidos na investigação. Com o programa, é possível trabalhar de uma forma sistêmica”.

Desse modo, o programa permite focar por mais tempo em análises, trabalhar de forma sistematizada de modo que não ocorra a perda de informações e dados, tornando mais fácil e ágil a percepção de conexões que seriam dificilmente encontradas manualmente, trabalhar com um único arquivo e ferramentas de acesso em português, além de trazer mais rigor para as evidências encontradas (ALMEIDA, 2014).

Após a organização dos dados foi realizada a leitura flutuante das entrevistas transcritas, respeitando a representatividade, homogeneidade e pertinência, com devida adequação dos documentos ao objeto do trabalho a fim de determinar os conceitos teóricos mais gerais que serviram para orientar a análise. Segundo Morais (1999), no método de análise de conteúdo é necessário, de forma bem delimitada, compreender o material ou indivíduo a ser classificado, de forma singular e única, sendo as unidades de análise posteriormente submetidas à classificação.

As unidades de registros encontradas nesta pesquisa se atrelaram aos temas tratados nas entrevistas, sendo eles: autonomia, liderança, hierarquia, dimensão coletiva, dilemas profissionais, estruturas de trabalho, sobrecarga, responsabilização excessiva, pertencimento a coletividade, assistência clínica individual, prevenção e normatividade. E foram distribuídas inicialmente nas categorias iniciais: Representação, Disposições e Práticas.

Após a categorização foi inicializada a análise final que “compreende as inferências interpretativas, argumentativas, analíticas, críticas e propositivas, destacando as generalidades e particularidades das análises”, articulada ao referencial sociológico de Bourdieu e às próprias percepções da autora (JÚNIOR et al., 2012, p.6). Para o processo de categorização obteve-se o auxílio de um *expert* na teoria de Bourdieu. Foram realizados quatro encontros para alinharmos os conceitos guias, a categorização e análise das entrevistas.

Durante o momento da análise foram consideradas as afirmações de Spink (2013), que destaca os enunciados do contexto do estudo; complexidade dos fenômenos sociais e a

impossibilidade de manter controle sobre todas as variáveis intervenientes e os efeitos da inferência do pesquisador nos resultados da pesquisa.

Nesta dissertação utilizaremos como fundamentação teórica do conceito de *Habitus* de Pierre Bourdieu. Assim, para a categorização final utilizou-se a teoria do *Habitus* de Pierre Bourdieu a partir do eixo temático já estabelecido, gerando três categorias: (1) Representações de si: perspectiva identitária das enfermeiras na APS, (2) Disposições incorporadas: o espaço subjetivo entre o eu e o outro, e, (3) Sistema de práticas de enfermeiras da ABS. Foram observados as unidades de análise estabelecidas, a coerência teórico-filosófica e o alinhamento com o objeto do estudo.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Todos os procedimentos adotados na pesquisa estão em conformidades com as orientações éticas previstas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que presume que o pesquisador é responsável pela integridade e bem-estar dos participantes da pesquisa, cabendo respeito a essas participantes em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012).

Após o conhecimento das informações fornecidas pela pesquisadora, leitura e compreensão das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), as enfermeiras assinaram o referido Termo em duas vias, uma via ficou com a participante e a outra com a autora desta pesquisa e declararam durante a entrevista, o interesse em participar do estudo. Foram preservados os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça dos participantes da pesquisa.

Esta pesquisa faz parte de um projeto da Universidade Estadual de Feira de Santana, denominado: “Identidade profissional da enfermeira: versões e interpretações dos diversos cenários de prática”, autorizado para sua execução através do parecer consubstanciado pelo Comitê de ética em pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP-UEFS) de número: CAAE: 95311918.4.0000.0053 (Anexo 1).

4.7 FINANCIAMENTO

O financiamento para esta pesquisa se deu através da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), mediante bolsa de incentivo para a

conclusão do mestrado em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica do CNPq (PIBIC/CNPq), mediante bolsa de incentivo cedida a aluna Denise Lima da Silva Brasileiro, graduanda do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana, que realizou a coleta de dados desta pesquisa. E por fim, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPES) pelo financiamento do software N-vivo 10 utilizado para a organização dos dados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, primeiramente, será apresentada uma discussão sobre as socializações, a construção da identidade profissional das enfermeiras na atenção primária à saúde, que servirá de embasamento para a discussão das três categorias: (1) Representações de si: perspectivas identitárias das enfermeiras na APS, (2) Disposições incorporadas: o espaço subjetivo entre o eu e o outro, e, (3) Sistema de práticas de enfermeiras da ABS.

5.1 AS SOCIALIZAÇÕES E A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este capítulo foi construído após compreender o lócus desta pesquisa com suas particularidades por considerar que a socialização influencia na APS e após as reuniões com o professor expert em Bourdieu. Levou-se em consideração as informações socioeconômicas e familiares das entrevistadas, visando compreender a identidade profissional da enfermeira da APS, a partir da socialização primária (infância), que repercute nas escolhas e identidade, visto que Bourdieu entende que o *Habitus*, mesmo desenvolvido em um determinado campo, não se relaciona somente com o local, é um produto da posição e trajetória social do indivíduo.

Pode-se falar de *Habitus* primário através da socialização associada à infância, manifestações que marcam de forma decisiva e que são duráveis e formada através do grupo familiar. Essa socialização primária depende da posição ocupada pela família no espaço social, que produz a interiorização das características exteriores reproduzidas de forma inconsciente, natural e óbvia. As enfermeiras desta pesquisa trouxeram em suas falas traços de aceitação e submissão condicionadas pelas limitações impostas na socialização primária, que geraram falta de expectativas para o futuro (BONNEWITZ, 2003).

A socialização dissolvida na formação do *Habitus* do indivíduo, visto ser uma dimensão reprodutiva bem mais acentuada do que a dimensão produtiva, é uma prática transformadora, na qual o agente social não é, em nenhuma hipótese, autor isolado das suas próprias escolhas e ações. Uma vez que, os atos são pensados, gerenciados, sentidos e entendidos a partir de condições estruturadas (campo) e estruturantes (*Habitus*) de forma simultânea, e, da formação ou combinação da trajetória sócio-histórica (RAMOS; JANUÁRIO, 2007).

Essa socialização tem efeito no poder econômico, social, cultural e político, e influência no modelo de atenção à saúde e nos modelos de gestão, por empoderar as práticas. Assim, Lahine (2015) ressalta que é um equívoco iniciar estudos sobre as carreiras profissionais com as primeiras passagens ao ato, sem entender e compreender as considerações e experiências sociais anteriores.

Bonnewitz (2003) afirma que a localização diferenciada no espaço social, faz com que diferentes sistemas de disposições sejam adquiridos pelos diversos agentes e tenham consequências na fase da vida adulta e na participação em diversos campos sociais. Sendo esses espaços um meio de construção de *Habitus* secundários incorporados e advindos da socialização primária.

Na Figura 2 está apresentado o esquema da estratificação dos três tipos de socialização e seus possíveis campos de desenvolvimento.

Figura 2 – Esquema da estratificação de Socialização.



Fonte: Elaboração própria.

Silva (2014) traz que na perspectiva relacional bourdiana, a percepção da realidade se atrela a posição relativizada de pertencimento do local que o sujeito ocupa no espaço social, em decorrência disso, ele ressalta a importância de analisar o núcleo familiar no qual as pessoas crescem e se desenvolvem. Assim, foi possível observar a origem social familiar das

entrevistadas mediante os dados socioeconômicos coletados. A caracterização familiar é descrita a seguir.

Com relação à escolaridade dos pais, cinco concluíram o ensino fundamental e seis, o ensino médio, destacando-se que nenhum genitor possuía nível superior incompleto ou completo. A profissão entre os pais que ficou mais evidente foi a de lavrador e entre as mães, a de dona de casa; outras profissões encontradas foram a de autônomo, pedreiro, padeiro, sargento, vendedora, auxiliar de Enfermagem e empregada doméstica. Sendo os homens os principais provedores de renda do lar.

A média de número de filhos que esses pais tiveram foi de 3.89 filhos por família, considerada uma média alta se levarmos em conta os padrões brasileiros de fecundidade, que segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, está em torno de 1,9 filhos (IBGE, 2019). A maioria das participantes informou ter vivido na infância com uma renda de um a dois salários mínimos, sendo que somente duas viveram com salários superiores.

Sete enfermeiras estudaram na infância em escola pública. Todavia, as nove entrevistadas saíram para cursar o nível superior em outras cidades, visto que na cidade de origem não tem faculdade/ universidade, entretanto todas retornaram e residem atualmente na sua cidade natal.

As enfermeiras entrevistadas tiveram socializações primárias similares, se for levado em conta, os modelos e condições familiares. É possível observar, a partir dos dados supracitados, que a socialização primária implica na escolha profissional, nas crenças, valores, esperança e na resistência de se desvencilhar das amarras sociais. Ao mesmo tempo que, a socialização primária é similar a um dispositivo de libertação, caso visto de forma estratégica e como rota de fuga para melhoria de vida.

O capital econômico é um marcador para entender a construção das classes sociais, logo é possível observar com esses dados que as enfermeiras cresceram com uma noção de capital limitada, impactando na aceitação de baixos salários, vínculos precários e de uma deslegitimação de poder, considerando-se que o capital está ligado ao poder social e reverbera no *Habitus* pessoal e profissional. Durkheim (2015, p.14) traz que a família forma “uma espécie de sociedade completa, cuja ação se estende tanto a nossa atividade econômica quanto à nossa atividade religiosa, política e científica”.

Foi possível observar a limitação do capital econômico no qual as enfermeiras viveram. Bourdieu traz que os símbolos e signos gerados pela agregação dos capitais são marcadores simbólicos importantes no decorrer da vida dos indivíduos, pois é, a partir da internalização e reprodução inconsciente dos capitais culturais, econômicos e sociais atrelados

a socialização primária, desenvolvida entre a família na infância e a socialização secundária na escola, que o *Habitus* começa a se constituir e a realidade dos agentes é decodificada (SILVA, 2014).

Aliado ao capital econômico, as profissões dos pais das participantes da pesquisa têm pouca valorização social e oferecem baixo retorno de capital financeiro, repercutindo na classe social a qual as enfermeiras pertenciam na infância. Também, foi observado que o pai é colocado pelas entrevistadas como o provedor da casa, o que acarreta na perpetuação do machismo estrutural, o qual condiciona as mulheres a se sentirem subordinadas ao poder masculino.

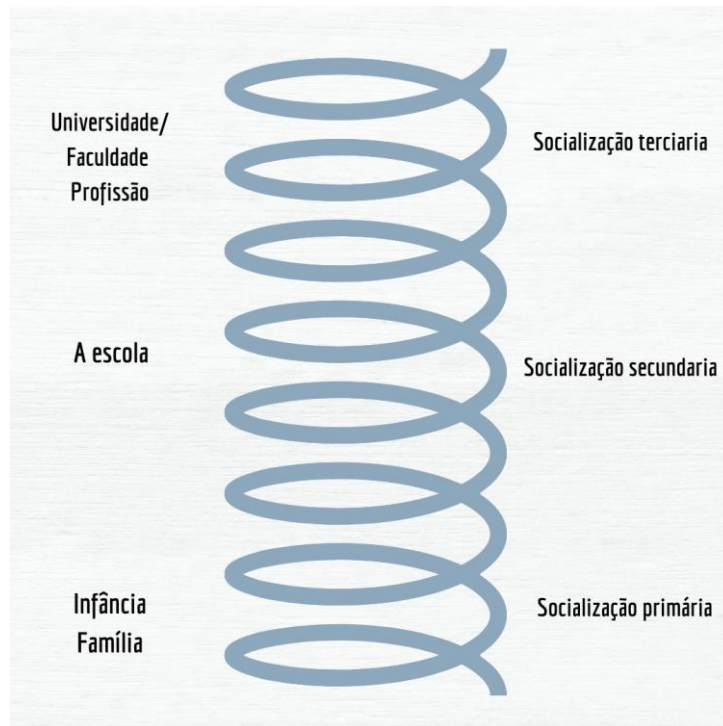
Bourdieu traz o conceito de capital e classe intrinsecamente ligados como um simbolismo capaz de modificar a trajetória de vida dos seres sociais e atrelar a ela poder ou não poder. Com isso, é possível observar que por ter um capital baixo, os pais das enfermeiras tiveram baixa escolaridade, o que repercute diretamente no capital social e na visão social de si e dos outros (BOURDIEU, 1996).

No que cerne ao campus primário que as enfermeiras viveram, uma cidade no interior da Bahia, sabe-se que nas cidades pequenas a classificação social é mais rígida, onde se reconhece as diferenças internas de cada grupo social e o lugar de cada um na estrutura social e espacial da cidade. Logo, é possível compreender as limitações vivenciadas por essas enfermeiras e o desejo de se adequar aos padrões sociais mais severos, característicos de uma cidade do interior.

Bourdieu chama a atenção para a necessidade de identificação da inserção do *Habitus* no entorno das relações sociais, suas condições coesas de existência e suas possibilidades geradas a partir da autonomia ou dependência, pois isso pode ser caracterizado como decorrentes, tanto da economia quanto da sociedade. Assim, ele se refere ao capital social, capital cultural e capital escolar, em detrimento de usar somente o capital econômico para garantir o sucesso em cada campo específico da vida do indivíduo (ROSADO, 2009).

Logo, é possível fazer uma analogia entre os processos de socialização e uma espiral, visto ser um processo de evolução e de movimento ascendente e ao mesmo tempo progressivo, associado, a um movimento de evolução e involução, entre idas e vindas, e que nunca está acabado, como pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 – Espiral dos Processo de Socialização.



Fonte: Elaboração própria.

Após as enfermeiras assistirem pais subjugados, posicionados em um sistema econômico de forma hierarquizada e inferior, a escolha da profissão tem relação com a vulnerabilidade social e implica na crença ou descrença da insubordinação, na aceitação das possibilidades e na estima e conseqüentemente na escolha profissional., como pode ser observado nas falas a seguir:

Eu queria outra formação que era a medicina. (Flor de cacto 1)

Eu prestei vestibular. Assim, não foi uma opção minha, foi uma realização de minha mãe. Ela sempre quis ser enfermeira. Eu falei que minha primeira opção era medicina, mas como não tinha, eu passei no vestibular no meio do ano, como medicina é anual, aí eu passei para Enfermagem. (Flor de cacto 2)

Eu queria estudar na UEFS, mas passei na UNEB e UFBA e escolhi a UFBA [...] Então, assim, fui pra que universidade que deu pra ir, sabe? Mesmo sem vontade de morar em Salvador”. (Flor de cacto 3)

De início eu queria medicina, eu ainda iniciei algum, só depois eu decidi fazer Enfermagem. (Flor de cacto 4)

Enfermagem, foi a linha assim, de questão de menos oportunidade, porque lá não tinha medicina, era o lugar que eu poderia ficar, então eu fui e fiz Enfermagem, eu queria outra formação que era a medicina. (Flor de cacto 5)

Fiz uma Pós. Foi logo quando eu saí da faculdade, que eu fiquei desesperada [...]. Então fui para urgência e emergência, era uma área que eu nunca me identifiquei

muito, mas eu fui fazer porque era a oportunidade que tinha né, de me inserir no mercado de trabalho. (Flor de cacto 6)

Quando se tem poucas condições, escolhemos o que de imediato vai nos ajudar, a Enfermagem surgiu para mim assim. (Flor de cacto 7)

Não sei como escolhi a Enfermagem, acho que ela me escolheu. (Flor de cacto 8)

Minha mãe queria ser enfermeira, ela sempre disse que achava lindo como as enfermeiras eram anjos que cuidavam, por isso. Por pedido dela, virei enfermeira, hoje vejo o quanto essa profissão é linda. (Flor de cacto 9)

Foi possível notar, que mesmo antes de exercer a profissão de Enfermagem, as escolhas das enfermeiras estavam pautadas em um pensar no futuro limitado, advindo de traços da sua socialização primária e de um conceito, criado por Bourdieu, chamado de condição de possibilidades, que é entendida através da verdade experienciada nos primeiros contatos com o mundo social. Ou seja, “a relação de familiaridade com o meio familiar e a apreensão do mundo social como mundo natural e evidente”, sobre o qual, por definição, não se pensa, e que exclui a questão de suas próprias condições de possibilidade” Bourdieu (1983, p.89).

Essa condição de possibilidades analisada a partir da baixa autoestima, relacionada à sensação de limitação frente ao futuro profissional, assim como, ao não reconhecimento e valorização da Enfermagem enquanto ciência, foi observada nas falas acima. Foi possível notar a ausência de reconhecimento de si e do futuro profissional, aliado à socialização primária, secundária, terciária e quaternária, que desemboca em um *Habitus* e identidade fragilizados no ser pessoa/enfermeira.

A partir da compreensão de si enquanto indivíduo social e dos marcadores econômicos, culturais e sociais, o ser humano passa a compreender a noção de pertencimento ou não pertencimento, vislumbrando seu lugar social como um limitador das perspectivas, como no caso das entrevistadas. Logo, a socialização primária é um marcador para sentimentos de frustrações e limitações.

É importante ressaltar que mesmo com o pensar do futuro limitado, as enfermeiras representam para os seus pais uma ascensão de classe, visto que o nível superior representa um molde de poder e de representatividade social. Porém, esta ascensão é bloqueada pelo campo gerador de desvalorização social, por conta da dominação associada a dimensão de gênero, resulta em adaptação do *habitus*.

Por fim, é possível compreender que os processos iniciais da vida dos indivíduos se inter-relacionam com suas escolhas no decorrer da vida, tal como a escolha profissional. Essa

fragilidade na escolha profissional repercute na estruturação da identidade das enfermeiras, porque, a socialização primária construída a partir de um contexto de dificuldade socioeconômica é um obstáculo ao assumir posições de destaque. A escolha da profissão de Enfermagem em decorrência da socialização primária, tem consequências no sistema de práticas das enfermeiras, nas disposições incorporadas e nas representações de si.

Por tanto, em seguida, serão apresentadas as categorias originadas a partir da análise dos dados: (1) Representações de si: perspectiva identitária das enfermeiras na APS, (2) Disposições incorporadas: o espaço subjetivo entre o eu e o outro, e, (3) Sistema de práticas de enfermeiras da ABS.

Os conceitos guias das unidades de análise gerados através da categorização estão descritos nas obras de Bourdieu e são explanados a seguir:

- Representações de si: se relaciona com as percepções individuais e coletivas, sustentando valor positivo ou negativo, sendo esses valores gerador de impacto direto no *Habitus* e na identidade. A categoria Representações de si: perspectivas identitárias das enfermeiras na APS gerou três subcategorias: Gestão, Dilemas profissionais e Práticas de Saúde.

- Disposições incorporadas: integrada ao *Habitus* a partir de um sistema propenso a organizar as interações e percepções dos indivíduos à sociedade e o seu modo de reação a esse sistema. Essa categoria denominada Disposições incorporadas: o espaço subjetivo entre o eu e o outro, deu origem a três subcategorias: Sentimento de Responsabilização Excessiva, Sentimento de Obrigatoriedade de fazer mesmo sem condições estruturais e Sobrecarga de Trabalho.

- Sistema de práticas: gerado a partir do “*Habitus* prático” na medida em que fomenta a reprodução das regularidades e das condições objetivas, porém condicionado às exigências sociais e situacionais. Da categoria intitulada Sistema de práticas de enfermeiras da ABS derivou-se três subcategorias: Práticas de prevenção, Práticas de Clínica-Individual e Normatização da assistência.

5.2 CATEGORIA 1 - REPRESENTAÇÕES DE SI: PERSPECTIVAS IDENTITÁRIAS DAS ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Este capítulo visa aprofundar e compreender as representações de si atreladas à construção e reconstrução da identidade da enfermeira no cenário da APS, pautado na teoria do *Habitus* de Pierre Bourdieu. É importante ressaltar, que este capítulo se entrelaça com os capítulos: Identidade profissional da enfermeira da APS e Socializações e a construção da identidade profissional das enfermeiras na APS, quando compreende as representações de si imersas em um campo específico e atreladas a história de vida das enfermeiras.

Retomando a questão conceitual da teoria do *Habitus*, busca-se a partir do enunciado discursivo, identificar traços da identidade profissional, o *Habitus* desenvolvido que se expressou nas falas e as representações de si, ou seja, como as enfermeiras se percebem e como são percebidas. Nesse sentido, Bourdieu (2003) traz que o conceito de *Habitus* é imprescindível para a compreensão das representações, pois inter-relaciona as ideias e as práticas sociais, gerando influência e influenciando as mesmas.

Bourdieu (1983) compreende que as representações são influenciadas pelos valores, crenças, ideias e ideologias associadas a disposições e ideologias anteriores, imersos na sociedade. As representações são percebidas a partir do modo como nos comunicamos, pela linguagem, religião e/ou religiosidade, hábitos e gostos, assim como, pelas concepções que emergem entre os participantes dos grupos profissionais e as classes sociais, atreladas aos diversos capitais (BOURDIEU, 1996, p. 112). Chartier (2001, p.49) complementa que “a representação é o modo como um dado grupo social constrói e interpreta a realidade da qual faz parte, a partir da compreensão do sujeito ativo do processo de construção identitária”.

Com base nos conceitos supracitados sobre a representação de si, a categoria Representações de si: perspectivas identitárias das enfermeiras na APS é composta por três subcategorias, que dialogam entre si no que tange aos aspectos individuais, coletivos e sociais da identidade da enfermeira, e, são denominadas: gestão, dilemas profissionais e atenção à saúde.

A identidade profissional atrelada ao *Habitus*, não deve ser restringida ao desenvolvimento de papéis determinados, visto ser o resultado da similaridade e junção de ideias, funções, aspectos sociais, históricos, econômicos e culturais. Esses elementos têm a função de atribuir a enfermeira adjetivos únicos que agregam impressões de si mesmo, enquanto categoria profissional legítima e integrante primordial da equipe de saúde, presente em todos os níveis da assistência (IGOR, 2010).

A primeira subcategoria que emergiu dos enunciados foi a de Gestão, quando foi possível observar nas falas de Flor de cacto 3, Flor de cacto 4 e Flor de cacto 5, que o processo gerencial das enfermeiras entrevistadas é pautado no modelo de administração científica, que desenvolve uma gestão hierárquica e verticalizada (Quadro 2). Visto que, as enfermeiras se percebem como gerente da unidade e detentoras de poder sobre os demais funcionários. Essa hierarquização surge como um fator que segmenta e dificulta o processo de comunicação (TREVISO, 2017).

Quadro 2 – Corpus e Subcategoria de Análise Gestão.

Corpus	Categoria
- Sobre a coordenadora da Atenção Primária:	Gestão
Ela dá muita autonomia para as enfermeiras, não é aquele negócio de cabresto não , por que às vezes você tá só com o nome de coordenar, mas tudo tem que passar pela coordenação. (Flor de cacto1)	
Se eu trabalhar com uma equipe de vícios, vão dizer que eu sou uma enfermeira chata, que pega no pé e sou uma enfermeira que só quer mandar, mas isso para mim vai ser elogios [...] Essa questão do poder e não poder é decidido em conjunto e registrado em ata, tudo direitinho e todo mundo assina. (Flor de cacto1)	
Desde a atividade de ação, de educação social, até a parte burocrática de gerência, de toda papelada, tudo é a enfermeira que tem que fazer, a atividade burocrática e a atividade assistencial. (Flor de cacto1)	
Eu tenho autonomia na minha equipe, não deixo isso se perder , porque tem que ter alguém responsável por conduzir o serviço, que tome a frente das coisas, então, eu considero que tenho autonomia na unidade e que as pessoas me respeitam , me tem como alguém que deve satisfação, entendeu? (Flor de cacto2)	
Então tudo é conversado comigo, eu prefiro ter um perfil de liderança e não de chefia, reconheço que eu exerço a liderança na unidade. (Flor de cacto2)	
- Sobre gerência:	
Quando você é gerente você tem que realmente cobrar e pedir, nem sempre o outro entende que aquilo ali , você não tá fazendo porque você quer ser chefe, mas sim porque tá ali naquela função e precisa dessa cobrança. Eu sei que tem alguns que gostam, desagrado a outros, porque quando a gente cobra, às vezes, a gente é um pouco chato, mas faz parte do processo de trabalho. A gente não vai agradar a todos em campo nenhum, em função nenhuma. (Flor de cacto3)	
Eu já falo assim, se fizer alguma coisa errada, chegue para mim e comunica, para a gente tentar resolver, tentar ser maleável. A questão da gerência, é uma questão que é muito difícil, porque, você tá acima de todos da sua unidade e muitas das vezes têm profissionais que não aceitam. (Flor de cacto4)	

Continua [...]

<p>Você é responsável pela gerência da unidade, então de qualquer maneira existe a hierarquia. A equipe não vai fazer nada sem passar por mim. Eu não uso esse poder abusivo, mas na unidade tem a hierarquia. Existe sim o poder, na unidade básica a enfermeira é a gerente. Diferente do hospital existe esse respeito, eles sabem que eu sou a coordenadora, então se precisa de folga, de alguma coisa, precisa sair, eles têm esse cuidado de tá sempre falando. Então eu acredito que existe esse respeito. (Flor de cacto5)</p>	
<p>Eu não gosto muito de rotular que sou eu que mando, sou eu que ordeno, sou eu que falo? Não gosto, mas, eu entendo, que tá intrínseco na questão profissional enquanto enfermeira. Não me sinto a poderosa não, viu (risos). Eu sinto que eu preciso fazer da forma correta, cobrar da forma correta para ter esse feedback de todos da equipe. A gente não pode deixar com que o poder suba muito porque senão a gente acaba se perdendo e perde as pessoas também [...] Então, a questão do poder ou não poder tá nesse nível de entender até onde eu posso ir, até onde eu posso chegar no outro. (Flor de cacto3)</p>	
<p>- Sobre a relação com os colegas de trabalho:</p>	
<p>A função de coordenador é mais difícil, muito mais difícil, do que a função de enfermeira. (Flor de cacto3)</p>	
<p>A gente tenta de forma muito tranquila, de forma aberta, de forma livre, no diálogo, mas se não der certo, a gente vai para os superiores, coordenação da atenção primária e a secretária [...] Eu coordeno a minha unidade, a minha coordenadora coordena todas as unidades com outros problemas, com outras situações. Então, a gente tem a subordinação, a secretária, coordenação e a minha unidade básica, uma coisa depende da outra. (Flor de cacto4)</p>	
<p>Na Atenção primária à saúde eu gosto da parte da assistência, me identifico mais do que a questão da coordenação. Então a parte assistencial é a que eu mais gosto. (Flor de cacto4)</p>	
<p>A gente procura sempre trabalhar como um todo. Sim, existe a hierarquia porque eu acabo sendo a coordenadora da unidade. (Flor de cacto5)</p>	
<p>Além de ser enfermeira assistencial, eu também sou enfermeira, sou a gerente da minha unidade. (Flor de cacto6)</p>	
<p>Tem a parte gerencial, técnicos, agentes de saúde, a parte de material, acaba que a enfermeira é a coordenadora da unidade. Então ela tem que delimitar todo esse espaço. Então não é só o trabalho de atendimento, o trabalho também de gerência que a gente faz. (Flor de cacto7)</p>	
<p>- Sobre a atuação do Coren:</p>	
<p>Desestimula um pouco a falta de atuação do nosso conselho, o COREN. Eu acho que deveria ser mais atuante, representar mais a categoria, comparando com outras categorias, por exemplo o SINDACS, Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde, eu vejo um fortalecimento entre eles, são unidos, brigam, lutam, eu não vejo isso na Enfermagem [...] Quando a gente tem um conselho forte que luta pela classe, por exemplo, piso salarial, carga horária, eu vejo que outras categorias lutam, a Enfermagem não. Eu acho bem fraco o nosso conselho e nós deveríamos ser melhores. (Flor de cacto6)</p>	
<p>A gente tem dificuldade no nosso conselho, que é um conselho que só chega para falar: tá errado, tá errado, tá errado, tá errado. Mas não recorre, a gente não tem carga horária adequada, não tem salário, não tem piso, não tem reconhecimento nenhum, então, é muito difícil. (Flor de cacto4)</p>	

Fonte: Elaboração própria.

A prática assistencial da enfermeira emerge como centralizadora do poder decisório e fiscalizadora do processo assistencial como visto nas falas da Flor de cacto 3 e Flor de cacto 5 que compreendem o poder de forma desarticulada e dissociada da gestão (WILLIG; LENARDT, 2002).

A enfermeira é uma profissional que tem competência para atuar na gestão e gerência do cuidado, sendo a responsável pela equipe de Enfermagem e referência da equipe. No entanto, nos espaços que ocupa, imersa em uma estrutura organizacional que contempla o modelo de administração clássica e tem como características marcantes a hierarquização acentuada, divisão social e técnica do trabalho e burocratização da assistência, essa profissional parece sofrer influências políticas e dos moldes de trabalho propostos e, por vezes, impostos pelas organizações de saúde. É possível compreender que o campo infere, de forma direta, no *Habitus* dessas profissionais, inclusive no seu modo de ser (TREVISO, 2017).

Neste estudo observamos que, como trazido por Bourdieu, a autonomia da enfermeira é cerceada pelo espaço no qual ela está inserida. Sabe-se que a autonomia é o grau de autoridade e o poder de decisão utilizados pela enfermeira na organização do trabalho de Enfermagem. A hierarquização da assistência impacta também no modo como as enfermeiras percebem a autonomia, associando-a com o processo hierárquico no qual, elas se percebem superiores a outras profissionais, como percebido na fala da Flor de cacto 2.

Bourdieu (2009) traz que o campo é assumido como um espaço social de dominação e de conflitos, regido por regras próprias e hierarquia social. A autonomia relatada pelas enfermeiras deste estudo se baseia no conflito ou na ilusão de tê-la visto. Segundo Bourdieu (2003) toda autonomia é regulada, ou seja, mesmo que as enfermeiras pensem que ao desenvolver a gerência hierarquizada estão firmando seu poder e sua identidade, isso acaba por gerar um déficit na autonomia, o que impacta na representação de si.

Paralelo a esse pensamento, foi possível identificar nas falas, a ausência de relação da gerência com a liderança, o que se justifica pelo modo administrativo científico de gerenciar das enfermeiras, em que as mesmas se entendem como chefes e não como líderes. Somente Flor de cacto 2, aborda a liderança como seu perfil de gestão.

Ao discorrer sobre a importância da liderança para o desenvolvimento de um gerenciamento efetivo, Antunes (1999, p.55) afirma que:

A liderança é um fator fundamental ao bom gerenciamento do serviço de Enfermagem e conseqüentemente à qualidade da assistência prestada ao paciente. Por isto é indispensável que a enfermeira, que a todo momento atua como líder no desempenho de suas atividades, esteja capacitada para atuar como 'líder competente' nas diferentes situações profissionais.

A liderança da equipe tão aspirada pelas enfermeiras deve ser (re) pensada na noção de separá-la da ideia de autoritarismo, disciplinarização e sujeição da equipe. E pode ser compreendida como um processo a ser alcançado e não imposto, no intuito de (des) construir essa imagem a partir da conscientização de que parte desse autoritarismo nubla a incompetência política e do modo de lidar com a equipe (FABRO, 1996).

Outra dissociação identificada no processo gerencial das profissionais é a relação de cuidar e gerir. Não existe a compreensão da relação entre gestão e assistência (Flor de cacto 1, Flor de cacto 3, Flor de cacto 4, Flor de cacto 6 e Flor de cacto 7).

A atenção à saúde não se constitui na direção exclusiva do objeto de trabalho desenvolvido pela gerência, porém deve ser entendida como uma finalidade direta do trabalho de gestão em saúde, visto que para que o cuidado seja desenvolvido, o profissional que gerencia faz uso de meios e ferramentas do trabalho administrativo, como o planejamento, organização, coordenação, diálogo e controle (BERNDT, 2003).

Castellanos et al. (1989) corrobora, afirmando que o processo administrativo está presente na rotina da enfermeira, que, de forma majoritária os negam, com a justificativa de que é preciso atuar na assistência direta ao paciente. Isso gera um obscurantismo no protagonismo da enfermeira gestora envolto no processo de cuidado e no elo gerência-assistência, que reverbera na identidade da enfermeira e no valor do seu trabalho.

Com a valorização das ações assistenciais e negação da dimensão gerencial do processo de trabalho da enfermeira, os grupos dominantes que têm mais capital, terão à disposição uma massa de trabalhadoras assalariadas, formada majoritariamente por mulheres, que historicamente assumiu espaços limitados e privados nos campos de atuação profissional.

De forma inconsciente as enfermeiras assumem, mesmo em espaços de poder e de desenvolvimento de serviços, a invisibilidade da dupla jornada de trabalho, “assumindo apenas a dimensão do trabalho de auxiliar o médico na execução da terapêutica, caracterizando-se como enfermeira-auxiliar-do-médico”, como afirma Collière (1999, p.102).

Em paralelo à compreensão da representação de si emergiu a segunda subcategoria, Dilemas Profissionais (Quadro 3). Antes de adentrarmos nos micros temas é preciso caracterizar a atenção básica como um campo de forças e lutas, no qual o funcionamento depende da existência de objetos em disputa e de sujeitos dotados de *Habitus*, que lhes possibilitem conhecer e reconhecer as leis imanentes do jogo, por se apoderar dos ganhos e gratificações simbólicas dele decorrentes.

A APS é um campo que desenvolve conhecimentos e é construído a partir de práticas envoltas aos símbolos que fundamentam a sua existência, porém, de forma paralela ela é

compreendida como um espaço de disputa de poder e por tudo que a faz ser quem ela é (FERNANDES et al., 2018).

Nas formações discursivas emergiu a divisão técnica e social do trabalho, que se manifesta no interior de cada profissional e obedece inicialmente aos princípios de comando, controle e autoridade. em detrimento da competência e da destreza. Direciona-se tarefas simplistas para os profissionais de nível médio e elementar, e, as ações que demandam controle e supervisão para os profissionais mais qualificados, caracterizando a divisão entre o trabalho intelectual (FABRRO, 1996).

Esse mesmo autor ainda ressalta que a insatisfação no trabalho referida pela enfermeira repercute na sua própria identidade e está ligada à própria indefinição da divisão do trabalho na Enfermagem. As enfermeiras se queixam de que, em alguns momentos, o seu trabalho não apresenta nada que as identifiquem enquanto tal, mas em outras situações, como as que envolvem resolução de problemas, ela é lembrada (Flor de cacto 2).

Quadro 3 – Corpus e Subcategoria de Análise Dilemas Profissionais.

Corpus	Categoria
A questão mesmo do reconhecimento financeiro, a gente ganha pouco para o que deveria ganhar, não tem o piso salarial, é basicamente isso mesmo, me entristece e acaba em certos momentos frustrando um pouquinho. (Flor de cacto1)	Dilemas Profissionais
A Enfermagem é muito importante em tudo o que ela faz, mas o reconhecimento é abaixo do que a gente precisa. Às vezes, a unidade tá sem médico, fica tranquila, mas sem uma enfermeira é mais complicado, porque não tem só a parte da assistência, tem a parte burocrática que é toda feita por nós. Então a Enfermagem, ela é de grande importância, talvez se percebessem o tanto que a Enfermagem é importante ela seria bem mais valorizada. (Flor de cacto3)	
Tem muita dificuldade em relação a própria população, em muitas das vezes, saber quem é enfermeira e saber quem é técnico de Enfermagem, então eu acho que a gente já começa daí, essa ambiguidade que a os pacientes têm “Ah, todo mundo é enfermeira”, mas o que é ser enfermeira? (Flor de cacto4)	
Ser enfermeira é uma coisa bem complexa, a gente luta muito, a gente se sente muito pequeno em algumas vezes, porque você estuda, você gasta e você não é valorizada, tem um trabalho muito grande e um reconhecimento muito pouco, financeiramente, porque a gente faz isso, faz aquilo, mas no final das contas, nosso salário é isso aqui (gesto de pequena quantidade com os dedos), nosso reconhecimento também é isso aqui (gesto de pequena quantidade com os dedos), é muito difícil. O salário, acaba sendo a desvalorização da gente, acho que é o salário mesmo, principalmente aqui. (Flor de cacto4)	

Continua [...]

<p>Acho que a Enfermagem é muito complexa e é muito desvalorizada. (Flor de cacto8)</p>	
<p>- Falando sobre a equipe e reconhecimento social:</p>	
<p>A gente tá o tempo todo ali fazendo tudo, organizando, gerenciando, trabalhando muito e muita das vezes, do nada, nos tiram tudo, como a gente tava falando aqui da própria sala. “Ah, tira a sala, tira a enfermeira para colocar um médico”. (Flor de cacto4)</p>	
<p>Eu sinto, o pessoal, pela cultura, às vezes também, pela falta de informação, acha que tudo o médico que resolve, eles não têm informação do que a enfermeira também pode resolver, e aí fica naquela. É tanto que eu vejo várias vezes, a agenda médica tá cheia e o paciente chega e pede a consulta médica, o pessoal da recepção: “Oh, hoje não tem para médico, no entanto você pode passar pela enfermeira”. “Ah não, mas eu só quero a médica” (riso) [...] Os próprios agentes comunitários de saúde, eles, nem todos sabem o que a enfermeira pode fazer no posto, acha que tudo é demanda médica. A maioria das coisas, então eles: “É mesmo você faz isso? Pensava que era só o médico”. Então quando você explica para equipe e começa também a falar para a comunidade, essa resistência vai diminuindo. É aquele trabalho de formiguinha, que aos poucos vai acontecendo. (Flor de cacto1)</p>	
<p>Tem gente que acha que a enfermeira tá ali só atendendo, sentada na sala só fazendo consulta, na hora que tá dando certo, tá dando tudo certo, na hora que dá errado vem logo atrás de quem? A enfermeira é a referência para vim saber porque deu errado, porque não fez, porque não aconteceu, eu sinto que nós não temos nosso trabalho reconhecido. (Flor de cacto2)</p>	
<p>- Sobre o que incomoda na Enfermagem:</p>	
<p>A resistência profissional também é uma das dificuldades impostas pela própria gestão. Às vezes, a gente não tem estrutura necessária, não tem suporte adequado para fazer as coisas. Às vezes, você tá na unidade e não tem um suporte necessário, para o que você planeja fazer, eu acho que dificulta também a falta de alguns equipamentos, que é permanente. (Flor de cacto2)</p>	
<p>Acredito que a gente trabalha muito, a gente trabalha muito, se dedica muito e o nosso trabalho é pouco reconhecido, pouco valorizado, tudo isso dificulta, porque a unidade de saúde, quem leva nas costas é a enfermeira. (Flor de cacto2)</p>	
<p>Desvalorização. Falta de conhecimento mesmo, a questão, financeiro, nós não somos recompensados financeiramente, não que isso seja o essencial na profissão, talvez não seja, mas desestimula. (Flor de cacto6)</p>	
<p>A gente tem uma sobrecarga de trabalho, porque a gente não recebe bem, nem em um, nem em outro. Então a gente precisa ter dois, para você bancar suas despesas, digamos assim. Então, HOJE, eu não faria mais Enfermagem! (Flor de cacto4)</p>	
<p>Você tem que gerenciar, desde a atividade, de ação, de educação social, desde a parte burocrática de gerência, de toda papelada. Então é tudo a enfermeira que tem que fazer, a atividade burocrática e a atividade assistencial. (Flor de cacto3)</p>	

Continua [...]

<p>Eu acho que é uma profissão que ao longo do tempo vem sendo cada vez menos valorizada, infelizmente é uma profissão que desde quando eu me formei para cá, eu acho que a desvalorização foi bem alta. [...] Acho que hoje em dia você vê que o reconhecimento é cada vez menor e às vezes isso desestimula. Não só com relação ao reconhecimento por parte de você enquanto profissional, mas até a parte de remuneração mesmo. [...] Aí dizendo assim, hoje, a Enfermagem é cada vez tão desvalorizada que a gente vê abrir concurso pagando mil reais; mil e duzentos reais à enfermeira, e tem quem queira [...] Prefeituras que abrem concursos públicos pagam valores ridículos, porque você vê que esse valor é a pessoa que mal tem um nível fundamental, ensino fundamental, em determinadas áreas ganha esse valor, entendeu? [...] Eu gosto do que eu faço, mas é como eu tô falando, é uma insatisfação com relação a desvalorização, se eu dissesse assim: "Hoje você queria Enfermagem de novo? Faria vestibular, faria tudo de novo? Não faria". Se uma pessoa viesse me perguntar, "me dá um conselho, tu achas que eu devo fazer o curso de Enfermagem?" Eu digo, não faça, por conta dessas questões e você vê que a tendência é piorar porque o número de desempregadas é muito grande, o número de pessoas que estão desempregadas ou subempregadas. (Flor de cacto7)</p>	
<p>Me sinto sobrecarregada, eu tenho que gerenciar a unidade, eu tenho que fazer atividade burocrática, eu tenho que dar conta da equipe, eu tenho que dar conta de todas as consultas de Enfermagem [...] De tudo ser a enfermeira, se tem que fazer alguma coisa vai ser a enfermeira, E fazemos tudo e ao mesmo tempo não fazemos nada. (Flor de cacto5)</p>	
<p>Eu gosto da atenção primária, mas eu queria mais, sabe? Eu queria que existisse um coordenador, não precisa ser a gente, não precisa, acho que é muito atribulado [...] Isso gera uma sobrecarga, a gente não faz nada direito. Porque às vezes a gente tá fazendo um pré-natal e batem na porta porque tá faltando isso ou aquilo e a gente tem que ligar para secretaria. Às vezes o próprio coordenador da atenção primária quer falar com a gente, é muito. E a gente tem que coordenar o trabalho de outras pessoas que não estão querendo trabalhar [...] Eu me sinto feliz, apesar de muito cansada (risos). Eu nunca quis por exemplo, ser professor, justamente para não levar trabalho para casa, e às vezes aqui tem que levar trabalho para casa [...] É pesado, às vezes você se estressa, se você ficar juntando isso, o acúmulo todo fica pesado. (Flor de cacto8)</p>	

Fonte: Elaboração própria.

Para Habermas (1983), a identidade da enfermeira se dissipa porque acaba por não demonstrar aquela identidade, que a mesma idealizou no seu imaginário durante a sua formação na academia, ou seja, o cuidado ao paciente. Assim surge, a ideia de que a enfermeira se torna substituível/descartável e seu trabalho, não especializado e privatizado, repercute politicamente e acarreta a docilização do próprio trabalhador, onde o mesmo aceita sem questionar sua condição, gerando repercussões pessoais, na medida em que se sentem

impotentes ao lidar com o sistema. Isso foi explanado nas falas das entrevistadas Flor de cacto 1, Flor de cacto 4 e Flor de cacto 7.

Há, conforme os enunciados, o sentido de que a enfermeira, ao tomar para si um leque de funções e atribuições pertencentes a outras categorias profissionais, gera uma ambiguidade na sua identidade, visto que, ao adentrar o espaço de competências de outros profissionais, as enfermeiras se afastam do seu núcleo de saber-fazer e conseqüentemente, assumem uma identidade nublada pela falta de conhecimento de si e de uma invisibilidade representativa, pois a mesma não se reconhece enfermeira (FERNANDES, 2017).

Fernandes (2017) corrobora, o que foi observado nos discursos, que a enfermeira assume diversas ações, forjadas em seus *Habitus*, que poderiam ser facilmente delegadas a outros profissionais, inclusive sem conhecimento científico ou formação superior, o que gera uma sobrecarga de trabalho por demandar tempo, distanciar do seu objeto de trabalho, o cuidado, e do seu público alvo, a população sob sua responsabilidade (FERNANDES, 2017).

Essa inespecificidade do trabalho da enfermeira gera desconhecimento social e na autovalorização dessas profissionais, impacta em baixa autoestima e fragilidade identitária, percebido nas falas das entrevistadas Flor de cacto 3, Flor de cacto 7 e Flor de cacto 8.

Silveira et al. (2012) abordam que quando o trabalhador é percebido socialmente e agrega prestígio e valor social, o seu processo de trabalho é desenvolvido com maior entusiasmo, comprometimento e realização, visto que, o local de trabalho passa a ser considerado como um ambiente que lhe agrega capital, em suas diversas formas. O reconhecimento da Enfermagem e o prestígio social podem fazer com que a enfermeira se sinta satisfeita com as atividades desempenhadas no contexto de trabalho e perante a sociedade, impactando em uma assistência ao paciente com maior qualidade.

Como explicado no capítulo do referencial sociológico, os capitais são estruturas condensadas no campo e que interferem no *Habitus*. Percebe-se como o capital social infere no desconhecimento do trabalho da enfermeira e no reconhecimento de si. Outro capital que emergiu nos enunciados foi o econômico, que também causa impacto na satisfação e motivação das enfermeiras. A baixa remuneração financeira foi um destaque nas falas das entrevistadas 3, 6 e 7.

Alguns dos fatores que contribuem para a redução do valor da força de trabalho e, conseqüentemente, favorecimento da desvalorização profissional apontado por Melo et al. (2016) são o número elevado de mulheres na profissão, o cisalhamento técnico e social do trabalho, a inexistência de regulamentação sobre o piso salarial e a jornada de trabalho (30

horas) e a existência de um alto número de profissionais desempregados (reservas) atrelado a incipiente organização política da categoria profissional.

Lopes (1988) ressalta os aspectos históricos da profissão, como sua origem no trabalho doméstico e atrelado ao lar, associado a mulheres e ao desvalor social e econômico, desassociado da ciência. Mesmo após a profissionalização da Enfermagem, que gerou um status e a legitimou como profissão, as práticas permeadas pelo mercado de trabalho, estrutura social e dominação dos capitais, ainda perpetua nas condições de subordinação e associação desse trabalho ao gênero, baseando sua prática no trabalho servil e com baixo poder de capital.

A desvalorização do trabalho foi caracterizada, ainda, pela baixa remuneração e substituição de enfermeiras por profissionais sem qualificação adequada, motivada principalmente por interesses mercadológicos, existência de contingente de reserva de enfermeiras e incipiente organização política da categoria. Essa incipiência política da categoria pode ser percebida pelas falas relacionadas ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) das entrevistadas Flor de cacto 4 e Flor de cacto 6.

Para além da representatividade política de uma instância normativa, a literatura traz que existe uma insipiência na participação política dos profissionais, revelando a importância do envolvimento da categoria em projetos políticos amplos que visem à melhoria da qualidade do trabalho da Enfermagem, dado que a precarização se processa de forma complexa e multifatorial. Ao optarem por não se envolverem com as questões políticas, as enfermeiras pactuam com o modelo que está posto e perdem a capacidade de reagir contra as diversas formas de exploração do trabalho.

Um dilema profissional que também emergiu nas falas foi a Sobrecarga de Trabalho. Foi possível perceber mediante o corpus discursivo que as enfermeiras se sentem sobrecarregadas frente ao processo de trabalho, atrelando essa sobrecarga principalmente à falta de delimitação de suas funções, como pode ser observado nas falas de Flor de cacto 3 e Flor de cacto 5.

Assumir uma pluralidade de atribuições gera excesso de trabalho para as enfermeiras, e, por conseguinte, reafirma a ideia de uma profissional permanentemente ocupada e atarefada, o que dar margem, para a sensação de indisponibilidade e a ausência de diálogo entre enfermeira-paciente, enfermeira-equipe e enfermeira-comunidade (SOARES, 2016).

Eras (2003, p.84) corrobora essa afirmação ao trazer a correlação feita por Bourdieu sobre a sobrecarga de trabalho e o *Habitus*:

Dentro do campo, o indivíduo ganha mais um papel, é um elemento ao qual se pode

identificar um grupo, seu “*Habitus*”, atuando na forma de se assumir uma identidade. Esse *Habitus* reproduzirá as trocas desiguais dos poderes, onde assume o papel de gerador e unificador, mas também é responsável pela identificação de diferenças simbólicas inclusive no uso de suas atribuições, gerando neste caso, a sobrecarga de trabalho, a que Bourdieu faz tanta referência presentes na atuação identitária na identidade da enfermeira.

A sobrecarga de trabalho minimiza a importância do saber-fazer das enfermeiras. Ao se sentirem sobrecarregadas, se sentem também desvalorizadas e com baixa autoestima profissional e há um desconhecimento de si, que contribui para a construção de uma identidade frágil e desarticulada da ciência do cuidado, que na APS perpassa pela saúde pública, pelas consultas de Enfermagem e pelo gerenciamento da equipe e do serviço.

Na APS a enfermeira precisa, essencialmente, se ocupar do cuidado e da gestão em saúde. O campo do cuidado relaciona-se às propostas teóricas, aos instrumentos e às tecnologias para o cuidado à vida. Já no campo da gestão, constam as ferramentas essenciais do gestor, planejamento, monitoramento e avaliação voltada para a eficiência e resolubilidade do cuidado.

Outro aspecto sinalizado nos discursos foi o desvalor econômico (baixo capital econômico). A baixa remuneração é um dos fatores que geram a sobrecarga de trabalho, visto que, o profissional precisa de mais vínculos trabalhistas para complementar a renda, como referido pela Flor de cacto⁴. O trabalho da enfermeira sob a análise sociológica do francês Bourdieu, sofre a sobrecarga negativa de dominação pelo sistema de estruturas sociais, que interferem no valor do trabalho, impactando na invisibilidade da profissão e no desvalor econômico deste labor.

Por outro lado, ao falar de enfermeiras, maioritariamente mulheres, que em uma sociedade patriarcal, machista, misógina, têm a responsabilidade de cuidar da casa, dos filhos e do marido, se faz necessário salientar o sentimento de exaustão física e mental expressos nos enunciados discursivos. Fica evidenciado, que as enfermeiras utilizam a “manipulação de identidade” ao reafirmar o clichê da Enfermagem ser uma profissão depreciada.

Essa mobilização objetiva alcançar diversos fatores, que se interligam com a profissão, na inquirição por uma reestruturação e ascensão na posição social. Através da luta, a busca pelo espaço se dá pela aquisição de poder, que na área da saúde diz respeito ao nome/função/nomeação, conquistados mediante a agregação dos capitais econômico, cultural e simbólico, visando legitimar e respaldar a identidade enquanto profissional. Situação denominada por Bourdieu como “conflitos simbólicos da vida cotidiana” (ERAS, 2003).

Todas as práticas dos agentes no campo estão guiadas para a aquisição de autoridade profissional (capital social representado pelo prestígio e reconhecimento). Bourdieu (1994,

p.142) traz que esse interesse dos agentes será permeado por uma dupla face, já que as trocas simbólicas se determinam a partir da busca da crença e do reconhecimento, pois, ao mesmo tempo em que mostravam respeito, cordialidade, competência e profissionalismo (capital profissional), recebiam anuência e consideração (capital social e simbólico) (MACÊDO, 2013). Sendo identificado essa postura nos enunciados discursivos desta pesquisa.

Outra compreensão das representações de si que emergiu como subcategoria foi a Atenção à Saúde (Quadro 4), que se relaciona com o objeto de trabalho da enfermeira, o cuidado; além de abarcar aspectos do campo, sendo este o ponto de partida para a discussão desta subcategoria.

As representações de si dos enunciados discutidos emergiram das interações sociedade-indivíduo-profissional, relações essas que se estruturam dentro de um campo de atuação, o qual sofre influência e influencia o reconhecimento. Logo, através das falas das entrevistadas foi possível observar que o campo da APS sofreu modificações em decorrência das influências internas e externas e dos determinantes sociais, acarretando na medicalização desse campo.

Quadro 4 – Corpus e Subcategoria de Análise Atenção à Saúde.

Corpus	Categoria
Hipertensos e diabéticos na maioria das vezes vêm porque tem que ter assiduidade para poder trocar receitas. A maioria procura a unidade quando tá sentindo alguma coisa. Se a receita tá em dia, tem mais resistência de vir. Aquele modelo do médico assistencialista de vir para a consulta, aquela coisa da medicalização, ainda é muito presente . O número de pessoas que chegam procurando emergência é muito maior do as pessoas agendadas naquele turno. Tem dia que parece uma UPA, um pronto atendimento, porque todo mundo que chega com uma dor, com uma febre quer ser atendido. Eles não entendem o que é o PSF, o que é a Atenção primária . (Flor de cacto7)	Atenção à Saúde
Às vezes, o paciente vê assim: “A unidade não tem médico, a unidade não presta, nada presta” . Eles pensam que quando não tem médico, não tem nada no posto. Não vê todas as outras atividades que são realizadas na unidade na ausência de um médico . Não tem aquelas determinadas consultas, mas outras coisas, a enfermeira resolve, a dentista resolve. (Flor de cacto7)	
Ser enfermeira da atenção primária é ser uma pessoa que trabalha e vê muito o acolhimento, acho que a gente que trabalha na atenção primária, a principal porta de entrada, onde a gente acolhe o usuário. (Flor de cacto2)	
- Falando sobre as mães nas consultas de puericultura:	
Elas não entendem que a gente na verdade tá acompanhando o processo de desenvolvimento e crescimento da criança e não apenas tá tratando uma doença. “Ah, eu não trouxe porque meu filho não tava doente”, aí fica três, quatro meses sem vir, e quando você faz a busca ativa: “Ah, não, ele tá bem, não tá doente, não tô levando por isso”. (Flor de cacto7)	

Fonte: Elaboração própria.

É possível perceber que também ocorrem proposições de ações embasadas em modelos operacionalizadores de cuidado engessado por protocolos predefinidos, fundamentados com bases em verdades científicas inespecíficas, para o contexto social de cada unidade, baseada em um modelo biologicista focado em práticas de vigilância em saúde que podem ou não incitar o processo de medicalização, ceifando a possibilidade de um cuidado autônomo e contextualizado (TESSER; POLI NETO; CAMPOS, 2010).

Ilich (2020, p.14) refere-se ao “cerceamento das possibilidades de autocuidado e aos modos de cuidar culturalmente construídos como sendo efeitos da medicalização, que conseguiria formatar-se em uma estrutura social e política capaz de ortopetizar a consciência corporal”.

Nesse espaço medicalizado, sobressai o papel do médico como aparente interlocutor entre os processos de saúde e doença, o que gera uma reprodução da ideia de que a enfermeira é meramente uma auxiliar/secretária especial do médico. Isso se atrela, principalmente, ao processo histórico de profissionalização da Enfermagem como profissão inferior ao médico, cujo valor e aclamação social reverberam até hoje, representando o poder nas organizações de saúde (FABRRO, 1996, p.12).

Porém, mesmo reforçando a APS como espaço que reafirma o reordenamento do modelo de atenção, aflora em discursos ambivalentes, as contradições que ainda são desenvolvidas nesse ambiente de teorias e práticas, onde é disseminada o modelo biomédico, percebido por ações de trabalhos curativistas, prescritivos e focados nas doenças, elementos esses que impactam na conformação da identidade profissional da enfermeira (FERNANDES, 2016).

Essa mesma autora ressalta que, os estereótipos amplamente divulgados de que a enfermeira é secretária do médico ou adversária dele, nublam relações de poder que ampliam cada vez mais o espaço da enfermeira, ao mesmo tempo que minimiza a identidade-enraizada da enfermeira subalterna, normatizada pelas relações sociais. Essa identidade é, então, assumida pela enfermeira e ela, assim, exterioriza “a identidade-mito: enfermeira-padrão, aquela que auxilia e cumpre ordens”, podendo ser observada nas falas das entrevistadas Flor de cacto 1, Flor de cacto 4 e Flor de cacto 7. Dessa forma, as enfermeiras “são socializadas sob a égide da submissão, abnegação e disciplinarização, incorporando aquilo que lhe é atribuído” (FABRRO, 1996).

Para Collière (1989) o modelo biomédico reforça a construção da imagem da mulher enfermeira-auxiliar do médico, logo, subordinada às deliberações e autarquia desse

profissional, além de ter inferência no processo da medicalização da ABS, como visto na fala da Flor de cacto 7.

A supervalorização do saber médico em detrimento dos outros saberes repercute no não reconhecimento do real trabalho da enfermeira. Avilla (2013) relaciona a incipiência de conhecimento acerca das reais funções e atividades dessa profissional, desde a falha no entendimento das diferentes categorias, enfermeiras, auxiliares e técnicos de Enfermagem. O desconhecimento sobre o trabalho da enfermeira pode estar relacionado ao espaço de atuação anterior, incumbido à enfermeira. Discussões bitoladas somente em sua categoria, continuam desse modo, cerceando a riqueza das variadas visões sobre as práticas de saúde exercidas por ela.

A falta de conhecimentos específicos das enfermeiras foi uma das questões mais evidenciadas pelas participantes da pesquisa (Flor de cacto 1, Flor de cacto 3, Flor de cacto 4, Flor de cacto 7 e Flor de cacto 8), o que vai ao encontro do que é referido na literatura, que mostra a enfermeira como “vítima de preconceitos sociais”, com menção de que para ser reconhecida profissionalmente, necessita de conhecimento e competências científicas da sua área de atuação, através do desenvolvimento de ações privativas (JESUS, 2010).

Um dos motivos da dificuldade de diferenciação de papéis entre os membros da equipe de Enfermagem, por parte dos usuários, é a conduta profissional da enfermeira, que se distancia cada vez mais do cuidado direto ao paciente, devido ao acúmulo de funções variadas e sem correspondência com sua área de atuação. Além da burocratização da assistência que gera a ausência dessa profissional e falha no reconhecimento da sua importância, inferindo em menor capital social e simbólico (KEMMER, 2007).

Desta forma, pode-se concluir que a representação de si das enfermeiras está vinculada com o campo de atuação, embasando sua gestão na administração científica, que é desenvolvida a partir de uma autonomia regulada e de uma anorexia de poder, que se alicerça na liderança autocrática, norteadando o cuidado para a dissociação da assistência-gerência que implica na fragilidade da identidade da enfermeira. O que impacta em práticas gestoras que não compreendem a gerência como componente do trabalho de cuidado, resultando em desvalor da profissão e sobrecarga de trabalho.

Os capitais sociais e econômicos contribuíram para o desvalor do trabalho da enfermeira, percebido pelo modo como ela se percebe (auto-imagem) e como é percebida pelos outros, visto que a satisfação profissional está intrinsecamente relacionada com os capitais supracitados. Esse processo é atribuído também ao contexto histórico da profissão, pelo meio social, econômico e cultural, e, pelas crenças elaboradas no processo

formativo/socialização primária, que têm impacto direto na identidade profissional.

Bourdieu compreende o campo como sendo um espaço social de disputa de poder, percebido neste capítulo através da ambivalência da APS, que é marcada por uma filosofia focada na promoção da saúde e que a partir das disputas de poder emerge revestida por um modelo hospitalocêntrico, com práticas dicotomizadas e focado nas tecnologias duras. O que demonstra que a prática de poder reverbera na reformulação da identidade profissional da enfermeira da AB, que tem sua prática firmada no faz-tudo.

Com isso, torna-se perceptível a responsabilidade que a própria enfermeira deve ter, na sua prática profissional, promovendo ações que agreguem reconhecimento profissional, através do desenvolvimento do seu papel privativo, e, fortalecimento do seu processo de trabalho. A adoção desta postura agrega capitais, pois ao se identificar na sociedade, por meio do seu nome e sua função, ela contribui para gerar aumento do seu reconhecimento, como também, noção social das funções da enfermeira, servindo de estratégia para que o usuário reconheça o papel da enfermeira e a sua importância no contexto da AB (AMORIN et al., 2017).

É necessário, enfrentamento primeiramente de si mesma, no sentido de (re)construir o sujeito/enfermeira, um ser inconfundível em suas singularidades, para posteriormente, construir espaços de liberdade e autonomia, que para Lunardi (1994) são alternativas de trajetórias possíveis de serem adotadas por sujeitos com desenvolvimento moral autônomo, descentrada da fala e do controle da autoridade externa.

5.3 CATEGORIA 2 - DISPOSIÇÕES INCORPORADAS: O ESPAÇO SUBJETIVO ENTRE O EU E O OUTRO

Este capítulo apresenta resultados referentes à categoria analítica das Disposições Incorporadas: o espaço subjetivo entre o eu e o outro, que ocorre através das transações subjetivas dos indivíduos e com o campo. O *Habitus* para Pierre Bourdieu é uma disposição incorporada estruturada por demandas pessoais e sociais dos indivíduos. Este caminho se mostra fértil visto que remonta à noção de sujeito social/individual inserido num mundo e em construção continuamente, por si e pelos outros (ARAUJO; OLIVEIRA, 2014).

Partimos da concepção de Nogueira; Nogueira (2002) e Setton (2004), de que as ações individualizadas e sociais são deliberadamente relacionadas às disposições incorporadas, estruturando socialmente e atuando nas multiações interativas sociais e coesas.

As práticas objetivas e subjetivas associadas às disposições incorporadas, fazem parte

do processo de construção do *Habitus*, visto que o mesmo se dá a partir de relações sociais e de práticas que são internalizadas pelos indivíduos no decorrer da sua trajetória pessoal e profissional. Nesse sentido, observa-se uma translação entre o sentido e a ação, um sentimento de responsabilização majorado com uma sobrecarga de trabalho desproporcional, que não é traduzida em valorização social e agregação de capital simbólico e social.

Iniciaremos a discussão pela Disposição Subjetiva que se dividiu em duas subcategorias: Sentimento de Responsabilização Excessiva e Sentimento de Obrigatoriedade de fazer mesmo sem condições estruturais (Quadro 5).

Quadro 5 – Corpus e Subcategorias de Disposições Incorporadas.

Corpus	Subcategorias
Você tem que gerenciar a atividade de ação, de educação social, a parte burocrática de gerência, toda papelada, é tudo a enfermeira que tem que fazer. (Flor de cacto3)	Sentimentos de Responsabilização Excessiva
A gente tem 40 h, mas a gente nunca faz só 40 h , a gente faz muito mais que isso, porque às vezes, eu tô em casa na hora do meu almoço e meu celular toca, a noite as pessoas me ligam, então você trabalha muito mais do que seu horário de trabalho. (Flor de cacto4)	
Às vezes eu me policio ao máximo porque a gente acaba tomando a frente de coisas que não é da gente , digamos, que não é sua responsabilidade. (Flor de cacto7)	
Ser enfermeira da atenção primária é complicado, você tem que ser tudo, de recepcionista à psicóloga. Você que coordena o posto na verdade. Tudo é você. Se tá faltando qualquer coisa, é você; se chega um paciente e tá reclamando, é você que tem que resolver. Se você está em casa, os agentes de saúde mandam mensagem avisando que o paciente piorou. Tudo é você o tempo todo. Ser tudo é muito complicado. Eu acho que a Enfermagem é um pouquinho de cada coisa, não é só aquele curativo. Você tem que ser todas as funções em uma só, acho que a Enfermagem é isso. Então, assim, eu me sinto mãe de todo mundo, como se todo mundo fosse meu filho. (Flor de cacto8)	
Existem algumas dificuldades impostas pela própria gestão, às vezes a gente não tem estrutura necessária, não tem suporte adequado, para fazer as coisas. Às vezes você tá na unidade e não tem um suporte necessário, mas você precisa desenvolver o trabalho. (Flor de cacto2)	Sentimento de Obrigatoriedade de fazer mesmo sem condições estruturais
Tem questões que não cabem a nós enfermeiras, visto ser uma questão gerencial, como por exemplo, falta de materiais e outras coisas. Mas, a gente acaba tirando um pouquinho daqui, um pouquinho dali, e acaba fechando. Às vezes você tem que entender que você precisa recuar e entender que aquilo ali não tá na sua ossada. (Flor de cacto3)	
Você vai fazer um preventivo, você não tem uma maca adequada, você não tem o material adequado, você não vai fazer ou vai fazer no " <i>embromeichon</i> ". (Flor de cacto7)	

Continua [...]

<p>A outra dificuldade é a questão de materiais. Às vezes falta o material, a gente faz o que? Então fica nesse percalço todo, às vezes a gente não tem um transporte para fazer uma visita, então dificulta e acaba as inter-relações que a gente tem dentro da própria unidade. A gente tem dificuldade de relacionamento, porque muitas das vezes faltou o básico. Como é que falta um material para fazer um curativo de um paciente? [...] Chega o paciente para fazer um curativo, falta soro, falta gaze, eu vou fazer o que? Se não tem nenhum material que eu possa substituir. Então, isso vai interferir na assistência e automaticamente no meu trabalho. (Flor de cacto4)</p>	
<p>Às vezes faltam algumas medicações. A gente faz o pedido de medicação, eles mandam a metade, tá em falta lá, tem que esperar o novo pedido para vim, isso às vezes dificulta [...] você tá na unidade de saúde da família, na zona rural, tem que aceitar, a realidade é aquilo ali, eu sei que a realidade daqui é igual a muitas outras no Brasil inteiro, piores ainda e isso me conforta. (Flor de cacto6)</p>	
<p>Não tem assim, condições de trabalho ideal para a gente fazer tudo que quer fazer dentro da nossa unidade. A gente lida muito com uma quantidade de material muito pouca, a gente não tem material. Mas isso eu não falo só da realidade daqui, falo da realidade do SUS no geral. Garrote a gente não tem na nossa unidade, a gente faz todo o procedimento com luva de procedimento. A gente na unidade só tem colagenase e óleo de girassol, não tem todos os materiais. (Flor de cacto9)</p>	

Fonte: Elaboração própria.

A primeira subcategoria que emergiu dos enunciados integrados à disposição subjetiva, foi a do Sentimento de Responsabilização Excessiva que traz a inespecificidade do trabalho da enfermeira como um fator que influencia a prática do “faz-tudo”. Evidenciando-se a ausência de delimitação de funções, inclusive a execução de atividades de baixa complexidade, que distancia da prática com embasamento científico. O que gera desconfiguração do real papel da enfermeira e impactos na identidade profissional.

Oliveira (2016) atribui esse fenômeno à percepção conflituosa de si mesma e de sua prática, a não restrição de seu processo de trabalho e a incerteza de suas competências que se faz sentir, o que interfere prejudicialmente na especificidade das atribuições da enfermeira, assim como, na definição de sua identidade profissional. Alvez (2016) aborda que a associação de disposições incorporadas advém de um processo de conhecimento e aprendizagem, através do qual as pessoas vivenciam sua trajetória a partir de suas vivências individuais, de maneira durável e sistemática, porém não mecanizada e nem irreversível.

Foi possível correlacionar a fala da Flor de cacto 8 com a gênese da profissão, permeada por valores religiosos e militares, que abarcam todas as funções na tentativa de mostrar um trabalho servil e de dedicação, no qual a mesma se percebe como “**mãe de**

todos”, descontente com a prática e em conflito quanto à sua real atribuição. Pela lógica de Bourdieu (2005, p. 85), “esta prática não é resultado da escolha consciente e calculada, e sim de um desconhecimento de si fundamental, que forma seu ser social e sua permanência identitária”

Fernandes (2016) corrobora o supracitado ao trazer que a prática da enfermeira na APS é movida por símbolos e signos da profissão, que perenizam no sistema de práticas e na noção de abarcar tudo. Esses investimentos simbólicos são realizados através da correlação dos arranjos incorporados e das objetivas, as quais acabam por se tornar uma atividade rotineira, representada pela prática do “faz-tudo”, como algo importante e que agrega valor.

Por outro lado, uma das palavras com maior ocorrência nos discursos desta subcategoria foi a palavra “tudo”, quando questionadas sobre a prática assistencial na profissão, como sinalizada na fala da Flor de cacto 8 **“A Enfermagem é tudo”**.

Fernandes et al. (2018) ressaltam que a enfermeira relaciona a sua identidade profissional atrelada a essa palavra, visando agregar mais credibilidade (de forma equivocada). Porém simultaneamente, busca agregar mais conhecimento ao se comprometer com uma variedade de funções, o que gera sentimentos negativos como frustração, descontentamento, frustrações e invisibilidade, como visto nas falas de Flor de cacto 3, Flor de cacto 4 e Flor de cacto 7.

Na lógica de Bourdieu (2004), as enfermeiras de algum modo caem na própria armadilha, pois, ao assumir a tendência de realizar diversas atribuições, inclusive funções de outras categorias, de forma inconsciente, porém orientada, acaba por contribuir para a inconsistência da identidade profissional. Visto que, as enfermeiras se responsabilizam por práticas que não dizem respeito ao processo de trabalho privativo do cenário de atuação.

Para assegurar a identidade profissional das enfermeiras, existe a necessidade de enfrentamento, análise e intervenção no processo de trabalho destas trabalhadoras. As enfermeiras não encontrarão o reconhecimento social e nem a valoração almejada, com a compreensão equivocada, de que para isso, devem assumir funções multivariadas e de diversos níveis de complexidade em vários campos de atuação. E pior do que isso, prosseguirão com o conflito identitário.

A segunda subcategoria atrelada ao sentido subjetivo foi a do Sentimento de Obrigatoriedade de fazer mesmo sem condições estruturais, que se relaciona principalmente com o tipo de vínculo precário vivenciado pelas enfermeiras e com a socialização primária que as colocam em uma posição de subjugação, de ter que fazer apesar das condições precárias.

As condições objetivas relacionadas a instabilidade e flexibilização de direitos, correlacionam-se com a precariedade do trabalho das enfermeiras, como por exemplo trabalhos de curta duração, contratos frágeis e com delimitações fragilizadas. Essa situação coloca a enfermeira como frágil diante das práticas libertárias, pois sem recursos de capitais, elas precisam aceitar as condições de trabalho impostas. Isso reflete negativamente na identidade profissional, que por sua vez está relacionada com a socialização primária (NOGUEIRA; BARALDI; RODRIGUES, 2004).

As socializações primárias e secundárias repercutem no modo como os indivíduos aceitam e/ou rebelam-se, bem como, na crença do quanto são capazes de transformar a realidade e atravessar as dificuldades. Todos esses processos de construção das crenças perpassam pelos estudos de Hanna Arendt (2016), em condição humana, onde trata do conceito da banalidade do mal.

As socializações funcionam como um processo de “consolidação das crenças”, pois elas são vivenciadas, sentidas e comprovadas. Os indivíduos de países de inserção social mais precária economicamente, muitas vezes, sabem ou acham que não conseguem se opor a um sistema opressor capitalista e neoliberal, e procuram um meio de cumprir a ordem.

Lunardi Filho (1997) e Veras (2003) chamam a atenção para as repercussões da precarização das condições de trabalho, seja por insuficiência de condições estruturais e/ou materiais, não só relacionadas a forma objetiva do trabalho, mas também à subjetividade do trabalhador, que podem gerar sofrimento e sentimentos de impotência no cotidiano do trabalho desses profissionais, como visto nas falas das entrevistadas Flor de cacto 2, Flor de cacto 4, Flor de cacto 6, Flor de cacto 7 e Flor de cacto 9.

Assim, pode-se concluir, que a falta de delimitação das atribuições da enfermeira associada e a aceitação das condições precárias de trabalho são imposta como uma condição objetiva sendo o reflexo da precarização do trabalho e do desvalor, aqui expressos nos capitais econômicos e sociais, produtos/produtoras da fragilidade identitária profissional, que tem como causas, o poder político disperso, pouco visível e as socializações primária e secundária guiadas pela autodepreciação e baixas perspectivas futuras.

Visualizar a Enfermagem pela perspectiva da teoria bourdesiana, possibilita entendê-la como um campo enviesado por lutas e dotado de força, organização interna, criada a partir de uma categorização profissional e social, forjadas por uma prática hierarquizada que direciona as relações sociais e individuais de trabalho. Assim, os conceitos de capital social e cultural permitem compreender as relações de poder atuantes entre as enfermeiras e as outras categorias profissionais da saúde, assim como com os usuários. Nesse jogo, os agentes

assumem espaços diferenciados e verticalizados, de acordo com a posse dos diversificados capitais, que lhes proporcionam poder, força e posições que asseguram a autonomia e dominação, mesmo que dinâmica e transitória (MACÊDO, 2013).

A partir dessa constatação, Pires et al. (2016) afirmam que é necessário investir em estratégias que edifiquem o trabalho em equipe, a autonomia profissional da Enfermagem e a incorporação de tecnologias que contribuam para a resolubilidade da assistência e redução da sobrecarga de trabalho. Com o intuito de fortalecer esses profissionais para o agir cotidiano, assim como, para participarem politicamente da gestão dos serviços de saúde e das instâncias de controle social, e, potencializarem a agregação de capitais para a detenção de poder social (PIRES et al., 2016).

5.4 CATEGORIA 3 - SISTEMA DE PRÁTICAS DE ENFERMEIRAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Bourdieu traz em seu arcabouço teórico a noção de *Habitus* atrelado a um sistema de práticas individuais e incorporadas, que funciona de modo dialético, influencia e é influenciado pelo campo das identidades profissionais. Este capítulo visa discutir as disposições incorporadas da enfermeira na Atenção Primária à Saúde, pautada na teoria do *Habitus*.

O sistema de práticas surge a partir de um emaranhado de relações históricas, gerado e gerador de ações que são condicionadas e condicionantes, e, que derivam da dupla imbricação entre as estruturas subjetivas e as estruturas objetivas constituídas pelos agentes sociais. Essa reciprocidade na relação gera um movimento infinito, generativo e autocondicionado, o *Habitus*, que busca se reequilibrar, se recriar e reproduzir sempre (Bourdieu, 1980).

É possível encontrar nos indivíduos os princípios geradores e organizadores das práticas e representações, das ações e pensamentos. Por este motivo, Bourdieu não trabalha com o conceito focal de sujeito, ele prefere o termo agente, pois os seres sociais são agentes à medida que atuam e reconhecem que são dotados de senso prático, um sistema adquirido de preferências, classificações e percepções (Bourdieu, 1996).

Nesse sentido, após a busca do sistema de práticas das enfermeiras nos enunciados discursivos, foram identificadas três subcategorias: Práticas de prevenção, Práticas de Clínica-Individual e Normatização da Assistência como eixo que se transversaliza (Quadro 6).

A enfermeira é a norteadora do cuidado na APS, responsável por cumprir os princípios básicos que regem a APS, como a promoção à saúde e prevenção de agravos, citados nas falas

de Flor de cacto 4, Flor de cacto 6 e Flor de cacto 7.

O campo da atenção primária à saúde abrange ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação em saúde. E a promoção da saúde deve ser o eixo principal da atenção, aqui compreendida como espaço de interdisciplinaridade e valorização dos saberes. Assim, depreende-se que a enfermeira deveria identificar a potência desse sistema para o processo de trabalho, o qual deveria centrar-se em práticas de cuidado baseadas em evidências científicas e realizadas de forma particularizada e de acordo com as demandas de saúde da comunidade que atende.

Quadro 6 – Corpus e Subcategorias do Sistema de Práticas de Enfermeiras na Atenção Primária à Saúde.

Corpus	Subcategorias
Gosto muito de atividades educativas, educação permanente também, é uma área que a gente faz muita coisa legal lá. (Flor de cacto4)	Práticas de Prevenção
A base da atenção primária é a prevenção. A prevenção através da vacina, de uma consulta de hiperdia, através do pré-natal, para mim a palavra, que resume a atenção primária é prevenção. (Flor de cacto6)	
A gente trabalha com prevenção, a atenção primária é a porta de entrada, por isso a gente trabalha com prevenção. Na minha atuação, a gente faz palestras educativas com o intuito de tentar prevenir doenças ou promover mudanças de determinados hábitos que possam vir a causar alguma doença ou algum dano às pessoas. (Flor de cacto7)	
- Sobre atenção primária à saúde:	Práticas de Clínica-individual
A gente escuta o que ele tem a nos dizer, a escuta qualificada. E a partir daí, a gente direciona o paciente. Então para mim, a escuta e o acolhimento são bem significativos na Atenção primária à saúde. (Flor de cacto2)	
Gosto muito do atendimento pessoa-pessoa, eu me identifico com os usuários, no atendimento aos usuários. Então isso para mim, tem um elo entre eu, enquanto enfermeira, e os meus pacientes. Então isso para mim é maravilhoso, essa questão de poder conhecer um pouco o outro, de tá sabendo, tá acompanhando, isso para mim é ótimo. (Flor de cacto3)	
Me identifico também com a parte das relações, de estar próximo do paciente, de poder fazer uma visita domiciliar, conversar com o paciente, ouvi-lo durante a consulta de hiperdia, de pré-natal. E a enfermeira tem esse tempo. (Flor de cacto4)	
Na Atenção primária à saúde, nós podemos desenvolver o vínculo mesmo com pessoa/ pessoa, porque eu gosto desse vínculo[...] a enfermeira na unidade pode tá fazendo vários links em relação à população, atividades educativas, consultas de Enfermagem, desde a puericultura, pré-natal. Faz preventivo, então é uma gama de coisas que a gente pode tá fazendo na unidade. (Flor de cacto5)	

Continua [...]

<p>Eu cheguei lá em maio e não tinha bem estipulado os programas no cronograma, era tudo mais demanda espontânea. Aí eu tento resgatar, porque o ministério sempre pede para que a gente trabalhe de acordo aos programas, então faz hiperdia, puericultura, pré-natal, planejamento familiar. Tem as questões de preventivo, a demanda espontânea contínua e as vaguinhas de urgência que tem que deixar separado. Os professores falavam direitinho, a questão das leis, porque a atenção primária sempre segue muito a questão da política, do ministério da saúde. (Flor de cacto1)</p>	<p>Normatização da Assistência</p>
<p>No meu dia a dia, a gente trabalha com os programas do Ministério da Saúde. No dia tal é pré-natal, preventivo, é a puericultura, planejamento familiar, o hiperdia. É realizado semanal. Tem essas atividades que são desenvolvidas ao longo da semana. Tem atividades extra muro também, onde a gente sai do posto de saúde e vai atender nas fazendas, lá onde o pessoal que não pode vir. Aí vamos até eles, a enfermeira e o médico, levamos a medicação, da farmácia, o medicamento dispensa lá. (Flor de cacto2)</p>	
<p>Você sabe que vai ter que seguir os programas. Você vai atender aquele paciente. Já tem três, quatro vezes no mês, o mesmo paciente, o curativo que é diário, aquele curativo crônico. (Flor de cacto3)</p>	
<p>A gente que vai trabalhar na atenção primária segue o cronograma do Ministério da Saúde, que tem que ter as consultas de Puericultura, Planejamento familiar, Hiperdia, preventivo. (Flor de cacto9)</p>	

Fonte: Elaboração própria.

A prevenção à saúde é sinalizada como algo específico e norteador do sistema de práticas da atenção primária. E isso ocorre pela invisibilidade da promoção da saúde, pelo modelo médico hegemônico e pela identidade profissional da enfermeira em conflito. Essas características estruturam o campo e resignificam o mesmo.

Czeresnia (2003) traz que as ações preventivas são definidas como intervenções guiadas para combater o surgimento de doenças específicas, evitando o aumento nas taxas de incidência e prevalência das mesmas. Freitas (2003) afirma que as estratégias preventivas se direcionam, de forma certa e persuasiva, para os grupos populacionais de alto risco (acometidas por comorbidades específicas). Logo, constituem programas focalizados em tópicos individuais e personalizados e em grupos de contextualização.

Segundo o MS (2016), a prevenção na APS se divide em quatro níveis: prevenção primária que é a ação direcionada para a remoção de causas e fatores de riscos de um problema de saúde (individual ou populacional); prevenção secundária que se relaciona com a detecção de um problema de saúde inicial; prevenção terciária que é a implementação de ações visando reduzir, em um indivíduo ou população, os prejuízos funcionais consequentes de um problema agudo ou crônico já instalado e; a prevenção quaternária que corresponde a

detecção de iatrogenias em indivíduos que contém maior risco de intervenções, sendo elas diagnósticas e/ou terapêuticas, para protegê-los de intervenções médicas inapropriadas.

O nível primário, de acordo com as falas de Flor de cacto 4, Flor de cacto 6 e Flor de cacto 7, está relacionado à prevenção, à imunização e às atividades educativas. E o nível secundário para Flor de cacto 7, compreende as consultas de pré-natal e hiperdia como forma de prevenção. Os outros níveis não foram identificados nas falas das enfermeiras, o que denota equívocos na compreensão do termo prevenção e desconhecimento dos seus níveis e consequentemente dos princípios base da APS.

Medina et al. (2014) corroboram o supracitado, quando evidencia o baixo número de estudos no Brasil, que problematizam ou discutem a natureza e efetividade das ações de prevenção de doenças e promoção à saúde desenvolvidas na APS, o que evidencia a incipiência quanto à reflexão e conceituação do tema. Assim como, a pouca clareza dos profissionais que atuam nesse nível de assistência.

A APS, a partir de suas particularidades, integra uma rede de serviços e está posta como um subcampo da saúde, permeado por conflitos e regras próprias, que desenvolve seu sistema de práticas com uma população delimitada e que conjuga de um *Habitus* social. Assim, é imprescindível que a assistência seja pensada sob duas vertentes, as necessidades de cada indivíduo e a lógica social.

Fernandes (2016) aborda que a APS como ordenadora do cuidado, difere da expressão “porta de entrada” usada pelas enfermeiras para definir a APS. Para a mesma ser considerada efetivamente como a porta preferencial para entrada nos serviços de saúde, deverá existir a articulação coesa e complementar da rede de atenção com os diversos serviços. Com o intuito de promover a facilidade do acesso, qualificar o atendimento prestado e proporcionar resolutividade das demandas apresentadas pela população. Ressalta-se que esta articulação não foi relatada por nenhuma das entrevistadas.

Foi possível identificar uma polissemia nesta subcategoria, se atrelarmos a uma outra, a da medicalização da APS. Foi observado que mesmo que as enfermeiras sustentem o discurso da prevenção (influenciadas pela Portaria nº 2.488/2011 que articula a APS à promoção e prevenção de agravos à saúde), elas se contradizem ao afirmar que as pessoas só procuram o serviço para consulta médica e/ou quando estão doentes, o que demonstra a perpetuação das práticas curativistas.

O modelo biomédico tradicional e hegemônico ainda se perpetua no cotidiano de práticas da enfermeira na APS, percebido por ações voltadas para as práticas curativistas prescritivas, focado no processo de doença e sem relação com atividades de promoção à saúde

e prevenção de agravos, principalmente pelas necessidades populacionais demandarem o oposto de práticas biologicistas, o que gera uma distorção das práticas que representam a identidade profissional da enfermeira (FERNANDES, 2016).

Uma relação presente no corpus discursivo, oriunda das falas de Flor de cacto 4 e Flor de cacto 7, foi a de práticas educativas e prevenção. Entende-se por educação, a utilização de processos e técnicas pedagógicas para a socialização de saberes e formação de atores sociais, tendo como alicerce as inúmeras relações humanas. Desta forma, essa ação se constitui como uma prática que conduz a políticas de intervenção social e que pode ser atrelada a uma metodologia problematizadora (FREIRE, 2011; FREIRE, 2014).

Já, a educação em saúde é um espaço de práticas e de conhecimentos que objetiva a construção de vínculos entre os serviços de saúde e o modo de pensar e agir no cotidiano da população. É uma ação transversal que gera articulação entre os variados níveis de gestão do sistema, expressando um dispositivo basal tanto para a construção de políticas de saúde de maneira compartilhada, como para a articulação entre saberes e práticas a favor da vida, do respeito, da dignidade, da sensibilização e da integralidade das ações de saúde. Sendo posto como uma estratégia fulcral para o alcance da promoção à saúde, dentro do processo saúde, doença e cuidado (MASCARENHAS; MELO; FAGUNDES, 2012).

Foi possível observar práticas educativas travestidas de práticas informativas. A finalidade das práticas era exclusivamente repassar informações, o que é um limitador para a criação de espaços dialógicos com a população. As práticas informativas cerceiam as oportunidades de conhecer detalhadamente a realidade territorial, ao tratar a população apenas como depositário de conhecimento.

Esse modo verticalizado de educar pode estar atrelado à forma, igualmente verticalizada, de gerenciar a unidade, como foi destacado na subcategoria Gestão. Evidenciando-se a tendência de hierarquizar o conhecimento e a não compreensão de poder, por parte das enfermeiras. Atitude que demonstra a identidade das mesmas.

Estudos corroboram as práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras, nesse espaço de atenção e evidenciam que ainda é forte a tendência de repassar conhecimentos mediante palestras, o que também foi observado nesta pesquisa. Fica evidente a recorrência da prática pedagógica tradicional, em que são utilizados recursos precários e pouco interativos, culminando na participação deficiente dos usuários (GUERREIRO et al., 2014; SHIMIZU; ROSALES, 2009).

A enfermeira pode atenuar os efeitos negativos das condições socioculturais e estruturais nas quais os usuários do seu território de atuação vivem. Para tanto, a mesma

precisa associar o seu *Habitus* às práticas e representações da APS; às atividades educativas e ao diálogo, à participação da comunidade e à ação-reflexão-ação. Isto representa que, ao se desenvolver uma prática dialogada e participativa, a educação tem como finalidade a modificação da realidade de saúde das pessoas e grupos sociais adscritos daquele território (FERNANDES, 2016).

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

Fica notório, o desvio do modelo de saúde pública para a prática assistencial individualizada focada nos aspectos clínicos dos indivíduos, o que reforça a distorção no modelo de saúde, que causa reflexos na identidade. Os modelos de atenção em saúde são a forma com que a assistência à saúde é reproduzida e estruturada pelos serviços, visando atender as necessidades populacionais. A partir dessas constatações surgiu a segunda categoria: Práticas de Clínica-Individual.

No processo de trabalho se faz necessário, relacionar e articular os sujeitos (profissionais/gestores/usuários), a tecnologia (que diz respeito ao conhecimento aplicado) e os recursos físicos (materiais físicos de uso contínuo), visando intervir sobre os problemas de saúde coletivos e individuais, a partir de um contexto sócio histórico (GÖTTEMS; PIRES, 2009).

A busca da reorientação do modelo de atenção não é resolvida somente a partir da incorporação de novas perspectivas, saberes, informações e tecnologias. É necessário também, mobilizar novos conhecimentos sobre a condição de vida e história familiar do usuário (constelação familiar, estrutura territorial e do domicílio, rede social e aspectos biopsicossociais); imergir intensamente e de forma direcionada no contexto de vida dos usuários (visitas domiciliares e equipamentos comunitários) e; articular novas ações pautadas nos indivíduos e na coletividade, com atividades em grupo, lúdicas ou não (comemoração de datas importantes e campanhas). Todavia, estas mudanças agregam elementos essenciais para a produção de projetos terapêuticos, entretanto, sem o desenvolvimento e aplicação das tecnologias relacionais, do estreitamento dos vínculos e da escuta, este leque de ferramentas pode apenas servir para reforçar e manter a operacionalização de um território biomédico, prescritivo, hierárquico e disciplinador (FEUERWERKER, 2014).

Analisar o sistema de práticas na APS a partir do conceito de campo, implica em entender os movimentos históricos pelos quais as relações sociais em jogo conformam os modelos de atenção à saúde. Conjectura-se que os modelos de atenção em saúde adotados no Brasil, ao longo do tempo, foram sendo responsáveis pela conformação dos diferentes pontos da rede de serviços de saúde, e que esses foram responsáveis pela estruturação do campo da Atenção primária à saúde (SILVA; DAVID, 2018).

As concepções de Bourdieu sobre campo, quando em diálogo com o conceito de Modelos de Atenção em Saúde, contribuem para uma outra conjectura que é pensar a APS como um espaço social, onde são construídos saberes e desenvolvidas práticas em volta dos objetos que justificam sua existência, mas, ao mesmo tempo, como espaços de disputas (LOPES et al., 2013).

O modelo de atenção está intrinsecamente relacionado ao entendimento do processo de trabalho da enfermeira, visto que a identidade desta profissional é influenciada pelo contexto no qual estão inseridas e em especial através das articulações dos elementos institucionais, éticos, clínicos, políticos e socioculturais, que são o pilar para estruturação do modelo de atenção vigente (BRIENZA, 2005; MENDES-GONÇALVES, 1992; FERNANDES, 2016)

Ainda no campo conceitual sobre modelos técnicos assistenciais, Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998) apresentam três tipologias: o modelo assistencial médico privatista centrado no saber médico; o modelo assistencial sanitarista que privilegia o controle de agravos e; o modelo assistencial do SUS, que tem como princípios a saúde como direito de todos, a equidade, integralidade, resolutividade, intersetorialidade, humanização e participação popular. Sendo este último modelo o que deveria ser reconhecido e empregado nas práticas assistenciais/gerenciais das enfermeiras, por representar os pilares da APS.

A partir do corpus discursivo e dos enunciados que surgiram das categorias anteriores foi possível perceber que o modelo assistencial que está atrelado ao *Habitus* das enfermeiras, é o modelo assistencial médico privatista, no qual as mesmas acabam por se submeter ao poder médico vigente, o que acarreta em déficit na identidade. Bourdieu (2009) traz que “esse modelo condiciona as características dos campos, assim como o sentido das ações que são desenvolvidas pelos variados agentes que neles atuam”.

É nesse jogo que ocorre a construção da identidade profissional da enfermeira, onde a mesma, influencia e sofre influência do modelo de saúde vigente, pautado no modelo curativista e na doença, distanciando-se do foco da APS, que é a prevenção de agravos e promoção da saúde; Esse distanciamento acarreta em fragilidade identitária da enfermeira, por

somente reproduzir o modelo vigente sem produzir uma exérese, que Bourdieu traz como sendo, o rompimento de padrões que impactam na visibilidade do cuidado.

Apesar das enfermeiras reforçarem em seus discursos, a APS como espaço que visa a reorientação do modelo de atenção, foi possível observar que as contradições expressas neste ambiente de práticas interferem na conformação da identidade profissional da enfermeira, pela correlação do vínculo somente com as consultas do pré-natal e do hiperdia, sem relacionar as outras estratégias preventivas.

O vínculo é um princípio essencial para o desenvolvimento do cuidado entre a enfermeira e a população, visto que promove a identificação de demandas de saúde do território e gera a possibilidade do planejamento do cuidado, a partir da singularidade e do multidimensionamento dos sujeitos sob sua responsabilidade. Assim, o vínculo é um elemento basal na formação da identidade profissional da enfermeira, condizente com a realidade e problemáticas de saúde desse nível de atenção (FERNANDES, 2016).

No corpus discursivo foi possível observar que, as enfermeiras citaram a criação do vínculo com os usuários como uma forma de aproximação pessoa-pessoa. As mesmas destacaram a criação deste vínculo através de consultas, visitas domiciliares e escuta qualificada (Flor de cacto 3, Flor de cacto 4 e Flor de cacto 7). O que demonstra a utilização, pelas mesmas, de tecnologias leves e leves-duras.

Entende-se o vínculo como uma tecnologia leve, por constituir o modo relacional de agir associado aos atos e ações na saúde. A tecnologia leve é capaz de estabelecer relações tão próximas, ao ponto de ser capaz de incentivar, sensibilizar e responsabilizar os profissionais para as demandas de saúde individuais ou populacionais, com o objetivo de estimular e incentivar a autonomia dos usuários, a partir de projetos terapêuticos com baixa burocratização e que garantam acessibilidade e resolubilidade (LIMA; MOREIRA; JORGE, 2013; MERHY; FRANCO, 2012).

Segundo os fundamentos e diretrizes impressas na Política Nacional da Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde, o vínculo consiste no aperfeiçoamento de relações de vínculo e confiança entre o trabalhador da saúde e o usuário, tornando possível a consolidação do processo de corresponsabilização pela saúde, formado ao longo do tempo, além de carregar em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012).

O espaço da APS permite o desenvolvimento contínuo do cuidado e, conseqüentemente, o estreitamento de laços da enfermeira com a população do território. A partir desta aproximação, torna-se possível a construção e ou reformulação de vínculos entre estes atores sociais, por proporcionar um ambiente discursivo, no qual as necessidades de

saúde são vistas, discutidas e compreendidas, a partir da valorização da construção de sujeitos autônomos e socialmente valorizados, e, o usuário é percebido como alguém que contém emoções e poder de fala (FERNANDES, 2016).

A partir do corpus discursivo das enfermeiras Flor de cacto 1, Flor de cacto 2, Flor de cacto 3 e Flor de cacto 9, foi possível perceber que o modelo de atenção vigente em saúde está atrelado a um processo de automatização do cuidado e ancorado nas práticas baseadas em protocolos. Destarte, a partir desta percepção foi delimitada a subcategoria: normatização da assistência.

Pesquisas com enfermeiras da APS, também constataram que as ações desempenhadas por essas profissionais são, em sua maioria, realizadas com suporte e focadas em um cronograma de atendimentos fragmentados, direcionados para grupos específicos, como crianças e gestantes, enfermidades (principalmente hipertensão e diabetes) e procedimentos, geralmente de pequeno porte. Evidenciando, práticas limitadas aos protocolos de atendimentos, o que exclui outros espaços de produção de saúde (FERREIRA; ACIOLI; 2010; MATUMOTO et al., 2011; KAWATA et al., 2011).

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

Quando existe uma normatização excessiva nas práticas na APS, reprime-se a liberdade de ação e de pensamento crítico, bem como limita a possibilidade de conexão com as problemáticas e necessidades particulares dos usuários, o que repercute em um nível de atenção simplificado, prevalecendo o modelo hegemônico burocrático com fragmentação do trabalho e ancorado em atividades programáticas, as quais tornam os usuários meros objetos, descontextualizados socialmente e culturalmente. Além de não incentivar o saber tecnológico produtor de autocuidado legítimo (MERHY et al., 2014).

Nesse cenário, os programas e as normas ministeriais pautados na tecnicidade do trabalho e no afastamento da criticidade, são limitantes para o cuidado em Enfermagem e em saúde e contribuem para a desvalorização da profissão, barateamento do trabalho e a sobrecarga profissional, gerando um efeito cascata na modulação do *Habitus* e na identidade profissional

Fernandes (2016) afirma que no Brasil, as atividades que a enfermeira desenvolve no campo da atenção básica poderiam ser realizadas a partir de uma agenda institucionalizada pelo ministério da saúde, mas com autonomia nas suas diversas funções, entre elas o

planejamento e execução do seu processo de trabalho, partindo-se da análise e compreensão das vulnerabilidades presentes no território adscrito. Centralizar as ações apenas nas diretrizes e normativas orientadas pelo MS, gera fragilidade na configuração identitária (FERNANDES, 2016).

A enfermeira deve pensar e analisar a prática de forma crítica e reflexiva, para a construção da agenda, tendo em vista que, mesmo abarcando os programas ministeriais deve ampliar suas opções de cuidado com vista aos pilares da APS e focalizar a autonomia, levando em conta as particularidades dos indivíduos/comunidade, o que proporciona alternativas que refletem a essência da sua identidade profissional (FERNANDES, 2016).

Conclui-se neste capítulo, que existem conflitos e fragilidade na identidade profissional da enfermeira, percebido através do seu sistema de práticas baseado na prevenção individualizada e em práticas informativas travestidas por práticas educativas. Sistema de práticas desenvolvido em um modelo de atenção curativista e medicocentrado com práticas normativas e engessadas, permeadas por processos de socialização que matriciam a escolha profissional pelas possibilidades reais e não pelo interesse de ser, formando assim o *Habitus* da enfermeira da APS da cidade estudada.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo analisar a identidade profissional da enfermeira na Atenção Primária à Saúde, a partir da perspectiva bourdesiana. Em um primeiro momento, percebeu-se o campo da prática da enfermeira na APS muito aproximado da área de saúde/Enfermagem, não guardando aspectos particulares ao fenômeno pesquisado.

A APS pode ser entendida como campo, na sociologia bourdesiana, visto ser dotada de regras próprias e permeada por disputas de poder. Porém, constatou-se que a APS sofreu e sofre multabilizações ao ponto de ter seus princípios diluídos nos modelos de prática mercadológicos, curativista e médico centrado, não existindo a histerese social deste campo. Esse *Habitus* se encontra imerso no campo maior da Enfermagem, no qual a acumulação de capital de forma desigual demarca a relação de dominação e subversão.

Para a análise do *Habitus* da identidade profissional da enfermeira na APS, foi preciso entender as relações que o corpus discursivo produziu, para revelar a linearidade do mesmo, visando detectar a relação entre os conceitos nucleares de Pierre Bourdieu e a identidade profissional da enfermeira no cenário de prática.

Os resultados da pesquisa indicaram conformidade com o referencial sociológico da dissertação, e apontaram que a identidade profissional da enfermeira na APS constitui-se a partir das socializações primárias, das representações de si, das disposições incorporadas e dos sistemas de práticas.

Observa-se que as socializações se interligam como um espiral, mediante um processo inacabado de idas e vindas, condicionante/determinante para a escolha profissional pensada, muitas vezes, através da limitação econômica/social e ideológica de se pensar o futuro. Esse processo é discutido por Bourdieu como condição de possibilidade, pensada a partir das primeiras experiências no mundo social, de se sentir pertencente ou não, capaz ou não, digno ou não de um grupo pela escolha profissional.

Nesse sentido, a compreensão de si das enfermeiras da APS, tanto pessoal quanto profissional perpassa pela socialização primária, em que os marcadores econômicos, culturais e sociais influem na noção de pertencimento, no sentimento de esperança, na estima, na escolha profissional, crença e descrença de assumir funções de destaque, insubordinação e aceitação das possibilidades. Logo, a socialização é um marcador para sentimentos de frustração e limitação, que reverbera na identidade profissional da enfermeira.

Nota-se nas formações discursivas que as representações de si, no como a enfermeira se vê e como ela é vista, repercutem nos seus modelos de gestão, dilemas profissionais e na atenção à saúde, no que tange os moldes da assistência e gerência.

Através da polissemia dos enunciados observou-se a prevalência do modelo de administração científica/clássica que culmina em uma gerência hierárquica, verticalizada e dicotomizada, percebida pela falta de elo no processo de gestão e cuidado, que gera invisibilidade da indissociabilidade do trabalho, a gestão e o cuidado.

A dissociação entre a assistência e gerência do cuidado perpetua a invisibilidade do processo laboral da enfermeira, implicando no afastamento do seu objeto de trabalho que reverbera na prática. De acordo com os discursos, os capitais econômicos e sociais contribuem para o desvalor da Enfermagem, aliado ao predomínio de mulheres na profissão e a incipiente organização política das enfermeiras que implica em descontentamento profissional.

A fragilidade na representatividade política se encontra nos enunciados de descontentamento com as entidades representativas de classe, porém, a incipiente participação política dessas profissionais vai além, onde a maioria das enfermeiras não assimilam o poder político no seu *Habitus*, o que gera impacto na militância das enfermeiras e na conquista de direitos.

Observou-se que, mesmo no campo da APS existe a supremacia do modelo biomédico e a conseqüente medicalização da assistência. A agregação de capital simbólico, com vistas a visibilidade, credibilidade e reconhecimento, é o elemento responsável pela influência das disposições nesse campo, que por conseguinte constrói a identidade profissional, reforça e mantém o poder e a violência simbólica. Conceituada por Bourdieu como um marcador de desigualdade de capitais.

Outra percepção obtida, a partir do corpus discursivo, foi que a variabilidade das atribuições da enfermeira atrelada à aceitação sem questionamentos críticos das condições precárias de trabalho, gera sobrecarga de trabalho e desvalor. Esse último expresso nos capitais econômicos e sociais, produtos/produzidas de uma fragilidade identitária profissional, que tem como causas, o poder político disperso/pouco visível e as socializações primária e secundária guiada pela autodepreciação e baixas perspectivas futuras.

A enfermeira realiza condutas e práticas de outras categorias profissionais sob a vigilância das mesmas. A prática do “faz tudo” das enfermeiras da APS está associada a sobrecarga de trabalho. As enfermeiras assumem funções que não pertencem à sua competência, o que corrobora para o desconhecimento das suas reais responsabilidades e para

a invisibilidade social. Visto que, ao fazer tudo, ela sustenta a lógica da falta de especificidade do trabalho, agregando menor carga de capital simbólico.

Na categoria analítica do sistema de práticas pode-se perceber a existência conflituosa de modelos de atenção à saúde, alternativos e hegemônicos, representados em uma prevenção individualizante baseada em práticas informativas e vinculadas ao modelo de atenção curativista e médico-centrado.

A identidade profissional é dinâmica, transformadora e requer constantes reflexões, bem como, provoca inquietações frente ao processo de trabalho. Está atrelada a um *Habitus* forjado, a partir das socializações primárias que condicionam as perspectivas individuais e sociais, mediante o incorporamento de disposições inconscientes que impactam na compreensão de si, na concepção de pertencimento profissional e na representação para a sociedade. O *Habitus* interiorizado repercute na exteriorização do mesmo e pode agregar ou diminuir o capital simbólico, dando origem a um sistema de práticas fragmentado e descaracterizado, condicionado e condicionante, no campo da APS.

Conclui-se que o *Habitus* da enfermeira da APS está dissolvido e interligado com as práticas hegemônicas e condicionado a um campo gerador de disputas e regulado por uma autonomia controlada com práticas dicotomizadas. Nesse contexto, as enfermeiras, na tentativa de legitimar sua identidade e se compreender, assumem múltiplas funções, com o intuito de agregar capitais simbólicos, sociais e econômicos, contribuindo para a ruptura do seu processo de trabalho e identidade profissional.

Por fim, entende-se que a identidade está relacionada a diversos fatores, capitais e contextos, como o econômico, o cultural e o social. Por ser desenvolvido em uma cidade do interior, esta pesquisa possibilitou a investigação de uma identidade pouco abordada na literatura, uma vez que as pesquisas se concentram, em sua maioria, nos grandes centros. E demonstrou que a socialização primária infere no processo de identidade profissional, o que leva a necessidade de outros estudos, à luz da teoria de Bourdieu, a fim de analisar o *Habitus* em diferentes conjunções.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, D. B. **Constituição de enfermeiras militantes: um estudo histórico e foucaultiano**. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2017.
- ALMEIDA, D. B. et al.. Portuguese nursing: history of the life and activism of Maria Augusta Sousa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p. 495-501, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0498.pdf>. Acesso em: 4 abr. 2016.
- ALMEIDA, D. B. A. et al. Arqueologia discursiva: os saberes constitutivos de enfermeiras militantes em entidades de classe. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 3, p. 1128-1134, May 2018. doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0277. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000301128&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.
- ALVES, A. R. C. Dos *Habitus* de classe aos patrimônios individuais de disposições: reflexões sobre a prática em Pierre Bourdieu e Bernard Lahire. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 18, n. 42, p. 294-327, Aug. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222016000200294&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2020.
- AMORIM, L. K. A. et al. O trabalho do enfermeiro: reconhecimento e valorização profissional na visão do usuário. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 5, p. 1918-1925, Maio. 2017. doi: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201722. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaEnfermagem/article/viewFile/23341/18946>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- ANDERSON, M. I. P. Médicos pelo Brasil e as políticas de saúde para a Estratégia Saúde da Família de 1994 a 2019: caminhos e descaminhos da Atenção Primária no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2180, 2019. doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2180. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2180/0>. Acesso em: 26 nov. 2020.
- ANTUNES, V. A. et al.. A ação gerencial do enfermeiro situação ideal x realidade. **Revista Téc. Enf. Nursing**, São Paulo, v. 4, n. 35, p. 16-21, abr. 2001.
- ARAÚJO, C. M.; OLIVEIRA, M. C. S. L. Contribuições de Bourdieu ao tema do desenvolvimento adolescente em contexto institucional socioeducativo. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 8n. 2, jul./dez. 2014. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/534/514. Acesso em 13 set. 2020.
- ASSUMPÇÃO, L. O. T.; GOLIN, C. H. Reflexão sociológica sobre o conceito de *Habitus* relacionado à prática de atividade física. **Revista brasileira Ciência & Movimento**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 158-166, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.18511/rbcm>. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/6533>. Acesso em: 26 nov. 2020.
- AVELAR, V. L. L. M.; PAIVA, K. C. M. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.

63, n. 6, p. 1010-1018, Dec. 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 24 nov. 2020.

AVILA, L. I. et al.. Implicações da visibilidade da Enfermagem no exercício profissional. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 102-109, Sep. 2013. doi.org/10.1590/S1983-14472013000300013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2020.

BANDEIRA, M.; PITTA, A. M. F.; MERCIER, C. Escalas brasileiras de avaliação da satisfação (SATIS-BR) e da sobrecarga (IMPACTO-BR) da equipe técnica em serviços de saúde mental. **J Bras Psiq.** 49(4):105-15, 2000.

BELLAGUARDA, M. L. R. et al.. Identidade da profissional enfermeira caracterizada numa revisão integrativa. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 180-183, 2011. doi.org/10.21675/707X.2011.v2.n3.180. Disponível em: <http://biblioteca.cofen.gov.br/identidade-profissional-enfermeira/>. Acesso em: 13 nov. 2020.

BERNDT, F. P. G. **Competências gerenciais do enfermeiro**. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração). Florianópolis: Centro socioeconômico, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

BORGES, M. S. Mel com fel: representações sociais do cuidado de Enfermagem e cidadania. **Comunicação Ciências Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 333-342, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1754>. Acesso em: 12 nov. 2019.

BRITO, Maria José Menezes et al. Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 45-57, June 2008. doi.org/10.1590/S0104-12902008000200006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 Mar. 2021.

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

BOURDIEU, P. (1989). A identidade e a representação. Elementos para uma reflexão crítica sobre a ideia de região. In: **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

BOURDIEU, P et al.. **A miséria do mundo**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 747p.

BOURDIEU, P. **Autoanálises de um sociólogo**. Barcelona: Editorial Anagrama, 2001.

BOURDIEU, P. **Choses dites**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1987.

BOURDIEU, P. **Él sentido práctico**. Buenos Aires: Siglo XXI, 2007.

BOURDIEU, P. Esboço de uma Teoria da Prática. In: ORTIZ, R. (Org.). **A sociologia de Pierre Bourdieu**, São Paulo: Editora Ática, 1994, n. 39, p. 46-86. Coleção Grandes Cientistas Sociais.

BOURDIEU, P. **Escritos de Educação**. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOURDIEU P. **Formação do espírito científico**. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BOURDIEU, P. **La noblesse de l'état**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1989.

BOURDIEU P. **Le sens pratique**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1980.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. Campinas: Papirus, 1997.

BOURDIEU, P. **Sur la télévision**. Paris: Liber, 1996.

BOURDIEU, P; PASSERON, J-C. **Os Herdeiros: os estudantes e a cultura**. Santa Catarina: EdUFSC, 2014.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 4a ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção primária: Rastreamento**. Brasília: DF, 201. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_cadernoatencao_primaria_n29.pdf. Acesso em: 17 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Legislação em Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União; 13 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Previne Brasil quer incluir 50 milhões de brasileiros no SUS**. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2019-11/programa-previne-brasil-quer-incluir-50-milhoes-de-brasileiros-no-sus>. Acesso em: dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

CARVALHO, K. F. Os conceitos de habitus e campo na teoria de Pierre Bourdieu. *Cadernos de Campo: Revista de Ciências Sociais*, n. 9, 2003. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/cadernos/article/view/10510>. Acesso em: nov. 2019.

CASTELLANOS, B. E. P. et al.. Os desafios da Enfermagem para os anos 90. In: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41**, 1989. Florianópolis. Anais. Florianópolis: Aben, 1989. p. 148-169.

CAVE, I. Nurse teachers in higher education without clinical competence, do they have a future? *Nurse Educ. Today*, v.14, n.5 p. 394-9, 1994.

CHARTIER, R. **Cultura Escrita, Literatura e História**. PORTO ALEGRE: ARTMED, 2001.

COLEMAN, J.S. Social capital in the creation of human capital. *American Journal of Sociology*, v. 94, p. 95-120, 1988.

COLLIÈRE, F. **Cuidar: a primeira arte da vida**. 2ª ed. Loures: Lusociência; 2003.

COLLIÈRE, M. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Lidel, 1999. ISBN 972-757-109-3.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em números. Quantitativo de profissionais por regional** [Internet]. Brasília; 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/Enfermagem-em-numeros>. Acesso em: ago. 2020.

CORRÊA, ÁUREA C. P.; ARAÚJO, E. F. DE; RIBEIRO, A. C.; PEDROSA, I. DE C. F. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 171-80, 31 mar. 2012. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/12491>. Acesso em: 22 fev. 2020. doi.org/10.5216/ree.v14i1.12491

COSEMS-SP. **Nota técnica COSEMS / São Paulo: novo modelo de financiamento da atenção primária à saúde**. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/noticias/nota-tecnica-cosems-sp-novo-modelo-de-financiamento-da-atencao-primaria-em-saude>. Acesso em: dez. 2019.

COTTA, R.M.M et al.. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 mar. 2019. doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002.

CZERESNIA D.; FREITAS, C.M. (org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DAHL, B.M.; CLANCY, A. (2015). Sentidos de conhecimento e identidade na Enfermagem em saúde pública em um momento de transição: interpretações de narrativas de enfermeiras de saúde pública. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, 29, 679 - 687. doi: 10.1111 / scs.12196.

DENYES, M.J.; O'Connor, N.A.; Oakley, D.; Ferguson, S. Integrating nursing theory, practice and research through collaborative research. **J Adv Nurs**. 1989. Feb;14(2):141-5. doi: 10.1111/j.1365-2648.1989.tb00912.x. PMID: 2703599. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2703599/>. Acesso em: 14 mar 2020.

DUBAR, C. **A crise das identidades**: a interpretação de uma mutação. São Paulo: EdUSP. 2009.

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

DUFFY, D.M.; HALLORAN, C.S. Meeting the chaleng of multiple academic roles though a nursing center practice model. **J. Nurs. Educ.**, v.25, n.2, p.55-8, 1986.

DURKHEIM, É. **Éducation et sociologie**. Paris: PUF: Quadrige, 2015.

EDGAR, A.; SEDGWICK, P. **Teoria Cultural de A a Z**: conceitos chave para entender o mundo contemporâneo. São Paulo: Contexto, 2003.

ERAS, L.W. **Quem é você professor? Notas sobre a construção da identidade profissional do professor**. XI CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, 2003.

ESTEVES, A.M.T. **A Construção da Identidade Profissional do Enfermeiro em Bloco Operatório**. 2012. Dissertação (Mestrado em gestão estratégica de recursos humanos) – Instituto politécnico de Setubal, Escola Superior de Ciências Sociais, Setubal, 2012.

FABBRO, M.R.C. **O processo de formação de identidade da enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar**. 1996. 266f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/253511>>. Acesso em: 21 jul. 2019.

FERNANDES, M.C. **Identidade profissional do enfermeiro na atenção básica: enfoque nas ações de gerência do cuidado expressas nas articulações do campo e *Habitus***. 2016. 157 f. Tese (doutorado). Departamento de ciências da saúde – Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza.

FERREIRA, M.E.V.; SCHIMITH, M.D.; CACERES, N.C. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, Ago. 2010. doi.org/10.1590/S1413-81232010000500035. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500035&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Mar. 2019.

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

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

FLORENTINO, F.R.A.; FLORENTINO, J.A. As relações sociais profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. **Travessias**, Cascavel, v. 3, n. 2, ago. 2009. ISSN 1982-5935. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/3354>>. Acesso em: 12 abr. 2020.

FONTANELLA, B.J.B.; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, Jan. 2008. doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar 2020.

FREIRE, P. **Educação em mudança**. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da solidariedade**. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In D. Czeresnia, & C. M. Freitas (Orgs.), **Promoção da saúde: Conceitos, reflexões, tendências** (pp. 141-159). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GALAVOTE, H.S.; ZANDONAD, E.; GARCIA, A.C.P.; FREITAS, P.S.S.; SEIDL, H.; CONTARATO, P.C.; ANDRADE, M.A.C.; LIMA, R.C.D. **O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde**. Escola Anna Nery 20(1) jan-mar 2016.

GIOVANELLA, L.L.; COSTA, L.V.; CARVALHO, A.I.; CONILL, E.M. **Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção**: critérios para avaliação. Saúde Debate 2002;26(60):37-61.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, e00029818, 2018. doi.org/10.1590/0102-311x00029818. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=en&nrm=iso>. Epub, Aug 20, 2018. Acesso em: 28 ago. 2020.

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S.D.; MACHADO, W.C.A. **História da Enfermagem**: versões e interpretações. 3a ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.

GOTTEMS, L.B.D.; PIRES, M.R.G.M. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 189-198, June 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

GRENFELL, M. **Pierre Bourdieu**: conceitos fundamentais. Editora Vozes, 2018.

GRÜN, R. “A dominação financeira no Brasil contemporâneo”. **Tempo Social, Revista de Sociologia da USP**, v. 25, n. 1, pp. 179-213, 2017, 1983.

GUERRERO, P. et al.. O acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. **Texto & contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 132-140, jan./mar. 2014.

HABERMAS, Jürgen. **Para a reconstrução do materialismo histórico**. 2ª edição. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1990.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. 12 ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2014. 102p.

HAUSMANN, M. **Análise do processo de Trabalho gerencial do Enfermeiro em um hospital privado no município de São Paulo**: possibilidades para o gerenciamento do cuidado (dissertação). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, USP; 2006.

HAUSMANN, M; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, pág. 258-265, junho de 2009. doi.org/10.1590/S0104-07072009000200008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 nov. 2020.

HIRATA, E.; ARCHANJO, F.J.M. Bastidores do jogo: as interferências na elaboração da lei pelé. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, [s.l.], v. 49, 2014. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/revph/article/view/19053>. Acesso em: 25 nov. 2019.

IGOR, É. Formação da identidade profissional de Enfermagem: uma reflexão teórica. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 967-971, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180842812010000300020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 jul. 2020.

ILICH, I. **A expropriação da Saúde**: Nêmeses da medicina; tradução José Kosinski Cavalcanti – 3ª edição – Rio de Janeiro – RJ: Nova Fronteira s.a., 2010.

INFANTE, M.S. The conflicting roles of nurse and educators. **Nurs. Outlook**, v.34, n.2, p.94-6, 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. **Censo demográfico, Brasília, IBGE -2011**. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/riachao-dojacuipe/panorama>. Acesso em: abr. 2019.

JESUS E.S.; MARQUES, L.R.; ASSIS, L.C.F.; ALVES, T.B.; FREITAS, G.F.; OGUISSO, T. Preconceito na Enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. **Rev Esc Enferm USP**. 2010;44(1):166-173.

JONAS et al.. A função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Rev. APS**. 2011; 14(1); 28-38.

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

KEMMER, L. F.; SILVA, M. J. P. DA. (2007). A visibilidade do enfermeiro segundo a percepção de profissionais de comunicação. **Revista Latino-Americana De Enfermagem**, 15(2), 191-198. doi.org/10.1590/S0104-11692007000200002

KOPALA, B. Conflict in nurse educator's role obligations. **J. Prof. Nurs.**, v. 10, n.4, p. 236-43, 1994.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

LAHIRE, B. **Pour une sociologie à l'état vif**. In: Le travail sociologique de Pierre Bourdieu: dettes et critiques. Paris: La Découverte, 1999, p. 5-20.

LAITANO, A.L.D.; SILVA, G.T.R.D.A.; ALMEIDA, D.B; PADILHA, M.I.; PERES, M.A.A.; SANTOS, V.P.FA. Militancy of nurses in the institutionality field: printed media versions. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. 1-8, 2020.

LAROCCA, L.M. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm**. 2014 abr/jun; 18(2): 454-462.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, 2018.

LEAL, J.A.L.; MELO, C.M.M. Processo de trabalho da enfermeira em diferentes países: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 2, pág. 413-423, abril de 2018. doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000200413&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2020.

LESSA, A.B.S.L.; ARAÚJO, C.N. A Enfermagem brasileira: reflexão sobre sua atuação política. **REME – Rev Min Enferm**. 2013[citado em 2017 jan. 27];17(2):481-7. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/664>

LIMA, R.S. A construção da identidade profissional em estudantes de Enfermagem: pesquisa qualitativa na perspectiva histórico-cultural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, e3284, 2020. doi.org/10.1590/1518-8345.3820.3284. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692020000100341&lng=pt&nrm=iso>. Epub 08-Jun-2020. Acesso em: nov. 2020.

LIMA, L.L.; MOREIRA, T.M. M.; JORGE, M.S.B. Produção do cuidado a pessoas com hipertensão arterial: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. **Rev. bras. enferm**. Brasília. vol. 66, n.4, p. 514-522, jul.-ago. 2013.

LOPES, B.R. da S.; MAGELA, Q. de P. P.; IANA, T. da S. et.al. **O enfermeiro líder em saúde da família**: reflexões sobre cidadania, autoridade e poder.16 CBCENF. Vitória. 2013. 18 p.

LOPES, M.E.L.; SOBRINHO, M.D.; COSTA, S.F.G. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da Enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 819-825, Sept. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

LOPES, M.J. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado feminino, doméstico e desvalorizado. **Rev Bras Enferm.** 1988;41(3-4):211-7.

LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 77-92, 1997. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671997000100008>

MACEDO, A.C. *et al.*. A voz por trás dos acontecimentos contribuições da História Oral na pesquisa em História da Enfermagem brasileira. **Rev. Hist. Enferm HERE.** 2013.

MAGAGNIN, A.B.; AIRES, L.C.P.; FREITAS, M.A.; HEIDEMANN, I.T.S.B.; MAIA, A.R.C. The nurse as a political-social being: perspectives of a professional in transformation. **Ciênc Cuid Saúde** [Internet]. 2018;17(1):1-7. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/39575>. Acesso em: jan. 2018.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS**, 2004, Bauru. Anais. Bauru: USC, 2004. v. 1. p. 01-10. 1 CD.

MASCARENHAS, N.B.; MELO, C.M.M.; FAGUNDES, N.C. Produção do conhecimento sobre promoção da saúde e prática da enfermeira na Atenção Primária. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2012, vol.65, n.6, pp.991-999. ISSN 0034-7167. doi.org/10.1590/S0034-71672012000600016

MASSUDA, A. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciênc. Saúde coletiva**, 25 (4) 17 abr 2020-mar 2020.

MATTA, G.C.; MOROSINI, M.V.G. **Atenção Primária à Saúde**. 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 2 abr. 2013.

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

MEDINA, M.G. *et al.*. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, Oct. 2014. doi.org/10.5935/0103-1104.2014S006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600069&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2020.

MELO, C.M.; CARVALHO, C.A.; SILVA, L.A.; LEAL, J.A.; SANTOS, T.A.; SANTOS, H.S. Nurse workforce in state services with direct management: Revealing precarization. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** 2016;20(3):1-8. Portuguese.

MELO, C.M.; FLORENTINO, T.C.; MASCARENHAS, N.B.; MACEDO, K.S.; SILVA, M.C.; MASCARENHAS, S.N. Autonomia profissional da enfermeira: algumas reflexões. **Esc Anna Nery**. 2016;20(4):e20160.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo (SP): Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992.

MERHY, E.E.; FRANCO T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. **Saúde debate**; 2012; 27(65): 316-323.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

MINAYO, M.C.S. **Antropologia e saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1998. p. 29-43.

MONTAGNER, A.M. **A teoria da prática de Bourdieu e a sociologia da saúde: revisitando a actes de la recherche em sciences sociales**. Dissertação (mestrado) Faculdade de ciências médicas – Universidade Estadual de Campinas, 2003.

MONTAGNER, M.A.; MONTAGNER, M.I. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2018.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MOROSINI, M.C.G.C.; FONSECA, A.F.; LIMA, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018. doi.org/10.1590/0103-1104201811601.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2020.

MOZZATO, A. R.; GRZYBOVSKI, D. Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 15, n. 4, p. 731-747, 2016.

NOGUEIRA, R.P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V.A. Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública. In: Organização Pan Americana de Saúde e Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudo e análise**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p 81-103.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Mercado de trabalho e emprego em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004. p. 81-104.

NOGUEIRA, M. A.; NOGUEIRA, C. M. M. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. **Educação e Sociedade**, 2002. 23(78), 15-35.

OLIVEIRA BGRB. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2016 [cited 2020 May 07];15(1):60-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a07v15n1.pdf>.

OLIVEIRA, M.A.C.; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Sept. 2013. doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jun. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata. Alma-Ata: OMS**, 1978. 14 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 mar.2020.

ORTIZ, R. **Introdução in Pierre Bourdieu**. 2. ed São Paulo: Ática, 1994.

ORTIZ, R. **Mundialização e cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

PANUNTO, M.R.; GUIRARDELLO, E.D.B. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. **Rev Latino-Am Enfermagem** [Internet]. 2013;21(3):765-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/0104-1169-rlae-21-03-0765.pdf>. Acesso em: jun. 2019.

PERES, A.M.; BERNARDINO, E.; EDUARDO, E.A.; SABE, P.M.C.; PEREIRA, J.G. **Continuidades, avanços e rupturas: a construção da identidade profissional de enfermeiras da estratégia saúde da família [tese]**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2015.

PEREIRA, J. G; OLIVEIRA, M.A.C. (2013) – Identidade profissional da enfermeira: possibilidades investigativas a partir da sociologia das profissões. **Indagatio Didactica** – Universidade de Aveiro. Vol. 5 (2) nº esp., p.1141-1152

PIMENTA, S. G. Formação de Professores: identidade e saberes da docência. In: PIMENTA (org.) **Saberes Pedagógicos e atividade docente**. São Paulo. Cortez, 1999, p. 15-34.

PIRES, D.E. Cargas de trabalho da Enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2682, 2016. doi.org/10.1590/1518-8345.0992.2682. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100313&lng=en&nrm=iso>. Epub Mar 28, 2016. Acesso em: nov. 2020.

QUEIROZ, J.P. “Quem me fala? Interrogações em torno da identidade.” **Revista Estúdio: Artistas sobre outras Obras**, v. 6, n. 12, p. 12-16, 2015.

RAMOS. R.; JANUÁRIO, S.S. **Reflexividade e constituição do mundo social: Giddens e Bourdieu (breves interpretações)**. Ciências Sociais Unisinos, 2007.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos enfermeiros do programa saúde da família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007.

ROSA, M.V.F.P.C.; ARNOLDI, M.A.G.C. **A entrevista na pesquisa qualitativa: mecanismos para a validação dos resultados**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2006. 112p.

ROSADO, R.M. Uma leitura Bourdiana do jogo do lixo. **Interaccions**. No. 11, p. 230-253. 2009.

SOARES, C.E.S.; BIAGOLINI, R.E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Nursing duties in the basic health unit: perceptions and expectations of nursing assistants. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2013;47(4):915-21. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/en_0080-6234-reeusp-47-4-0915.pdf. Acesso em: mai. 2018.

ROECKER, S.; BUDO, M.L.D.; MARCON, S.S. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. 2012, vol.46, n.3, pp.641-649. ISSN 0080-6234. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300016>

SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. O Pequeno Príncipe. São Paulo SP, Círculo do Livro, 1989. p. 70.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 60, n. 2, pág. 221-224, abril de 2007. doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2020.

SANTOS, S.C.; ALMEIDA, D.B.; SILVA, G.T.R.; SANTANA, G.C.; SILVA, H.S.; SANTANA, L.S. Identidade profissional da enfermeira: uma revisão integrativa. **Rev baiana enferm**, v. 33, 2019.

SANTOS, T.A. **Valor da força de trabalho da enfermeira** [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2012.

SETTON, M.G.J. A teoria do *Habitus* em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 20, pág. 60-70, agosto de 2002. doi.org/10.1590/S1413-24782002000200005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2020.

SHIMIZU, H. E.; ROSALES, C. As práticas desenvolvidas no Programa Saúde da Família contribuem para transformar o modelo de atenção à saúde? **Rev. Bras. enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 424-9, maio/jun. 2009.

SILVA, A.L.; TEIXEIRA, H.J.; TEIXEIRA, M.J.; FREITAS, S. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. **Scand J Caring Sci**. 2013 Dec; 27(4):792-803. doi: 10.1111/scs.12019. Epub 2013 Jan 4. PMID: 23289859.

SILVA, C.R. et al. Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1109-1120, Apr. 2017. doi.org/10.1590/1413-81232017224.27002016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401109&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SILVA, D. M. F. da. A construção da realidade na perspectiva relacional de Pierre Bourdieu. **Temáticas**. Campinas, SP, v. 22, n. 44, 2014. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10972>. Acesso em: 25 nov. 2020.

SILVA, G.T.R. et al. Estudos sobre a imagem das enfermeiras: cinco décadas entre a imagética e suas repercussões. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, v. 24, p. 1-7, 2020.

SILVA, L.A.; CASOTTI, CEZAR A.; CHAVES, S.C.L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 221-232, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000100023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

SILVEIRA, R.S.; FUNCK, C.R.; LUNARDI, V.; SILVEIRA, J.T.; AVILA, L.I.; FILHO, W.D.L.; VIDAL, D.A.S. Percepção dos trabalhadores de Enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enferm Foco** (Brasília). 2012;3(2):93-96.

SPÍNDOLA, T.; SANTOS, R.S. O trabalho na Enfermagem e seu significado para as profissionais. **Rev Bras Enferm** 2005;58(2): 156-60.

SPINK, M.J. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**. Edição virtual. Editora Cortez, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBOAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Inf. Epidemiol. Sus** [online]. 1998, vol.7, n.2, pp.7-28. ISSN 0104-1673. doi.org/10.5123/S0104-16731998000200002

TESSER, C.D.; POLI NETO P.; CAMPOS, W.G.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

THIRY-CHERQUES, H.R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, pág. 27-53, fevereiro de 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=en&nrm=iso>. doi.org/10.1590/S0034-76122006000100003. Acesso em: nov. 2020.

TREVISIO, P.; PERES, S.C.; SILVA, A.D, SANTOS, A.A. Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde** Vol. 17, Nº 69, out. – dez. 2017.

VALLE, I. R. A obra do sociólogo Pierre Bourdieu: uma irradiação incontestável. **Educ. Pesqui.**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 117-134, abril de 2007. doi.org/10.1590/S1517-97022007000100008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022007000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2020.

VAN BOGAERT, P.; TIMMERMANS, O.; WEEKS, S.M.; VAN HEUSDEN, D.; WOUTERS, K.; FRANCK, E. Nursing unit teams matter: impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—a cross-sectional survey. **Int J Nurs Stud** [Internet] 2014;51(8):1123-34. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(13\)00387-8/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(13)00387-8/pdf). Acesso em: jun. 2016.

VERAS, V. S. D. **Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores de Enfermagem?** 2003. 154 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2003.

VIEIRA, F.G.D. Perspectivas e limites da pesquisa qualitativa na produção de conhecimento em Marketing. **Revista de Negócios**, ISSN 1980-4431, Blumenau, v.18, n.1, p.10-24, janeiro/março de 2013.

VILELA, G.S. **Configuração identitária do enfermeiro da estratégia de saúde da família de um município do interior do estado de Minas Gerais** [Internet] [tese]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2014 [citado 2017 Set 28]. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ANDO-9KYPQS>

XIMENES NETO, F.R.G et al.. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 595-602, Oct. 2009. doi.org/10.1590/S0034-71672008000500011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2020.

WACQUANT, L. Seguindo Pierre Bourdieu no campo. **Rev. Sociol. Polit.** N, 26, p. 13-29, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-44782006000100003>. Acesso em: 14 nov. 2019.

WALDOW, V.R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. **Investig Enferm. Imagen Desarr.** 2015;17(1):13-25. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.IE17-1.epdc>

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: a relação entre eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis: Vozes; 2004.

WILLIG, M.H.; LENARDT. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.7, n.1, p.23-29, jan./jun. 2002.

APÊNDICE A – Roteiro da entrevista semiestruturada

 Universidade Federal da Bahia Escola de Enfermagem Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde		
I. Caracterização profissional do enfermeiro na Atenção básica		
Nº da entrevista:	Data da entrevista:	Turno:
Hora de início:	Hora final:	Local da entrevista:
Código de identificação da entrevistada:		
Informações sócio demográficas		
Idade:	Estado civil: () casada(o) () solteira(o) () união estável	
Possui filhos:	() divorciada(o)/separada(o) () viúva(o)	
() não	Raça/cor: () branca () preta () parda () amarela () outra	
Religião:	Escolaridade: () superior completo () superior com pós-graduação () superior com mestrado () superior com doutorado () superior com pós-doutorado.	
() católica	Tempo de formação:	
() evangélica	() menos de 1 ano () 1 a 5 anos	
() espírita	() 5 a 10 anos	
() matriz africana	() mais de 10 anos	
() não possui religião	Instituição de formação em nível superior:	
	() pública: _____	
	() privada: _____	
() Outras.		
Qual:	Tempo de atuação como enfermeira (o): _____	
	Carga horária semanal de trabalho: _____	
	Tipo de vínculo empregatício: _____	
	Número de vínculos empregatícios: _____	
	Tempo de trabalho na Atenção básica: _____	
	Local em que atua como enfermeira na atenção básica: _____	

Renda salarial: () 1 a 4 salários mínimos () 5 a 9 salários mínimos () 10 a 15 salários mínimos () 16 a 20 salários mínimos () acima de 20 salários mínimos

II. Questão sobre a socialização primária

Profissão do Pai: _____

Profissão da Mãe: _____

Escolaridade do Pai: _____

Escolaridade da Mãe: _____

Renda familiar (quando era criança): () 1 a 2 salários mínimos () 2 a 3 salários mínimos
() 3 a 4 salários mínimos () 4 a 5 salários mínimos () acima de 5 salários mínimos

Quantas pessoas moravam com você e seus pais? _____

Quantos irmãos você tem? _____

A casa era própria ou alugada? _____

Estudou em escola pública ou privada? _____

III. Questão central da análise

1. Você poderia fazer uma apresentação sobre você? 2. Fale o que significa para você ser enfermeiro da atenção básica. 3. Você se identifica com a Enfermagem? Por quê? 5. Quais são suas afinidades com a profissão? 6. O que você não gosta na profissão de enfermeira? 7. Como você se sente no exercício de sua função? 8. Fale sobre o seu cotidiano de trabalho como enfermeira. 9. Quais os principais aspectos, em seu dia-a-dia como enfermeiro, facilitam seu trabalho? 10. Quais os aspectos, em seu dia-a-dia como enfermeira, dificultam seu trabalho? 11. Fale sobre seu relacionamento com os demais membros da equipe da unidade de saúde que você trabalha. 12. Fale sobre sua formação acadêmica e a sua relação com a prática no PSF 13. O que você acha que as pessoas pensam de você como enfermeiro? 14. Pensando no trabalho da enfermeira na atenção básica atrelada a poder e ao não poder, como você analisa? 15. Você gostaria de falar mais alguma coisa?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TÍTULO DO PROJETO: IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO BÁSICA**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE)**

Você está sendo convidada (o) a participar de um estudo que tem como objetivo geral: analisar a identidade profissional da Enfermeira na atenção básica e objetivos específicos: identificar os elementos que constituem a identidade da enfermeira da atenção básica; discutir os determinantes de contexto da identidade da enfermeira na atenção básica. Estudo de natureza qualitativa, baseado na história oral de enfermeiras da atenção básica. O primeiro momento desta pesquisa contará com uma entrevista semiestruturada com enfermeiras, coordenada pelo Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida e têm como pesquisadora Nívia Vanessa Carneiro dos Santos vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia. Conforme determina a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata de aspectos éticos da pesquisa de Enfermagem envolvendo seres humanos, serão preservados os quatro princípios básicos da Bioética, como os de caráter deontológico, que são a não maleficência e justiça e, os de caráter teleológico, como a beneficência e autonomia. A coleta de dados será realizada mediante a aplicação do instrumento, o qual será precedido de questões de identificação e relacionadas a pesquisa. O possível risco para as enfermeiras participarem da pesquisa é gerado pelo desconforto, de estarem dando informação sobre a sua vida pessoal e profissional. Por isso, a pesquisadora os abordará de forma cuidadosa, visando minimizar ao máximo a ocorrência desse risco. Caso ocorra o desconforto, a pesquisadora poderá dar como encerrada a aplicação da entrevista, propondo a enfermeira a continuar ou não em outro momento, se assim desejar. Quanto aos benefícios, esta pesquisa visa contribuir para o entendimento da identidade da enfermeira atuante na atenção básica e assim impactar na melhoria do cuidado de Enfermagem, bem como a implicação em uma formação mais crítica e reflexiva, repercutido no exercício e valorização da profissão. Antes de decidir em participar do estudo, poderá fazer as perguntas que desejar para a pesquisadora, de maneira mais franca possível, para que possa conhecer os benefícios e os danos que estará exposta. O período estimado de coleta será de julho de 2019 a agosto de 2019, esta pesquisa está vinculada com uma pesquisa matriz denominada: Identidade profissional da enfermeira: versões e interpretações dos diversos cenários de prática que já conta com a aprovação do Comitê de ética, o qual se encontra registrado através do número: 95311918.4.0000.0053.

Para tanto, os pesquisadores se comprometem a deixar uma cópia do relatório final da pesquisa nas instituições onde este estudo ocorrerá e com as enfermeiras que participaram da entrevista, para disposição de todos, e farão a divulgação dos resultados obtidos através de

apresentações em auditórios na Escola de Enfermagem da UFBA, bem como em eventos e revistas científicas nacionais e internacionais. Qualquer dúvida ou problema que venha a ocorrer durante a pesquisa, poderei entrar em contato com os pesquisadores, através do telefone: (75) 99189-4843 ou através de informações adquiridas no Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA pelo telefone: (71) 3283-7615.

Consentimento pós esclarecido

Após ter sido esclarecida (o) sobre objetivos e conteúdo da pesquisa, estou ciente sobre os riscos/danos a que serei submetida (o) e dos benefícios que poderão proporcionar na minha saúde, que minha identidade será mantida em sigilo, minha privacidade será respeitada e que os dados da pesquisa poderão ser divulgados em eventos científicos e revistas nacionais e internacionais. Sei que não receberei benefícios financeiros participando desta pesquisa. Todas as despesas do projeto, até mesmo de ressarcimento, estão a cargo dos pesquisadores. Os dados obtidos serão armazenados por um período de 5 anos. Este termo de consentimento livre e esclarecido será assinado por mim em duas vias, com o compromisso dos pesquisadores me proporcionar uma cópia do mesmo para meu controle como garantia da minha autonomia. Afirmo que a minha participação é voluntária, o meu consentimento para participar da pesquisa foi de livre decisão, não tendo sofrido nenhuma interferência dos pesquisadores. Estou ciente de que poderei solicitar aos pesquisadores para rever as informações que forneci no instrumento de coleta de dados, estando livre para corrigir parte do que foi escrito por mim, além de me recusar a continuar participando do estudo a qualquer momento sem causar nenhum prejuízo a minha pessoa ou a meu futuro profissional.

Riachão do Jacuípe, _____ de _____ de 2019

Assinatura do participante

Dados do pesquisador responsável:

Nome: Nívia Vanessa Carneiro dos Santos E-mail: nivia_vanessa@hotmail.com

Endereço: Campus Universitário do Canela. Av. Dr. Augusto Viana, S/N, Canela. Salvador Bahia. CEP 40110- 060.

Fone: (75) 99189-4843

Aprovado pelo Parecer: **CAAE**: 95311918.4.0000.005

ANEXO A – Parecer consubstanciado do cep

PROJETO DE PESQUISA: IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA: VERSÕES E INTERPRETAÇÕES NOS DIVERSOS CENÁRIOS DE PRÁTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IDENTIDADE PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA: VERSÕES E INTERPRETAÇÕES NOS DIVERSOS CENÁRIOS DE PRÁTICA

Pesquisador: DEYBSON BORBA DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 95311918.4.0000.0053

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Feira de Santana

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.998.614

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa que busca analisar a Identidade profissional da Enfermeira nos diversos cenários de prática, no município de Feira de Santana e Riachão do Jacuípe, coordenado pelo Professor Deybson Borba de Almeida, em parceria com outros pesquisadores. Este tipo de pesquisa trabalha com o universo dos significados, oferecendo ao pesquisador um espaço para a compreensão de como é construída a Identidade profissional da enfermeira nos diversos serviços em que ela atua.

O projeto de pesquisa tem relação com área de Atuação e/ou pesquisa do Orientador, apresenta a justificativa com coerência e delimitação do tema com clareza, utiliza referência atualizada. Este tipo de pesquisa trabalha com o universo dos significados, oferecendo ao pesquisador um espaço para a compreensão de como é construída a Identidade profissional da enfermeira nos diversos serviços em que ela atua. O estudo será realizado em diferentes áreas de atuação da enfermeira entre elas: a Universidade Estadual de Feira de Santana; os serviços de urgências e emergências; Atenção Básica de saúde e no contexto hospitalar. Os dados referentes ao quantitativo de enfermeiras ativas em Feira de Santana e em Riachão do Jacuípe não estão disponíveis para consulta. Os campos de pesquisa serão: Serviço de



Continuação do Parecer: 2.998.614

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos documentos necessários e exigidos pelo CEP.

Recomendações:

Disponibilizar local para rubrica na primeira página do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme norma operacional 001/2013 e a Resolução nº 466/12 e 510/2016 (CNS).

Considerações Finais a critério do CEP:


Tenho muita satisfação em informar-lhe que seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12 e 510/2016 e da norma operacional 001/2013. Assim, seu projeto foi aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. X.3, alínea a - Res. 466/12 e Cap II da Res 510/2016. Relembro que conforme institui a Res. 466/12 e 510/2016, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	telepdfcorrigido.pdf	04/11/2018 22:11:19	Pollyana Pereira Portela	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1084357.pdf	27/10/2018 07:49:49		Aceito
Orçamento	Orçamento.pdf	27/10/2018 07:46:16	DEYBSON BORBA DE ALMEIDA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO1.pdf	27/10/2018 07:44:35	DEYBSON BORBA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Oficio.pdf	27/10/2018 07:35:15	DEYBSON BORBA DE ALMEIDA	Aceito
Outros	Cronograma.pdf	27/10/2018	DEYBSON BORBA DE ALMEIDA	Aceito

ANEXO B – TERMOS DE ANUÊNCIA DO CAMPO**TERMO DE ANUÊNCIA**

A Coordenação da Atenção Básica de Riachão do Jacuipe está de acordo com a execução do projeto Identidade profissional da enfermeira: versões e interpretações dos diversos cenários de prática, coordenado pelo pesquisador Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.


Olívia F. de Almeida, 04 de agosto de 2018
Coordenadora da Atenção Básica
COREN - BA 381325

.....

Olívia Ferreira de Almeida

Coordenadora da Atenção Básica



TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretária de Saúde de Riachão do Jacuípe está de acordo com a execução do projeto Identidade profissional da enfermeira: versões e interpretações dos diversos cenários de prática, coordenado pelo pesquisador Prof. Dr. Deybson Borba de Almeida, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição durante a realização da mesma. Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Feira de Santana, 04 de agosto de 2018

Juliana da Silva Carneiro

Secretária de Saúde