**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Luisa Belem Amorim

# *Habitus* profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas: configurações identitárias a partir da inserção no campo laboral

Rio de Janeiro
2021

Luisa Belem Amorim

# *Habitus* profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas: configurações identitárias a partir da inserção no campo laboral

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.ª Dra. Jane Márcia Progianti

Coorientadora: Prof.ª Dra. Juliana Amaral Prata

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

A524 Amorim, Luisa Belem.
*Habitus* profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas : configurações identitárias a partir da inserção no campo laboral / Luisa Belem Amorim. – 2021.
123 f.

Orientadora: Jane Márcia Progianti
Coorientadora: Juliana Amaral Prata
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermeiras obstétricas. 2. Papel do profissional de enfermagem. 3. Identificação social. 4. Enfermagem – Estudo e ensino (Pós-graduação). 5. Autonomia profissional. 6. Pesquisa qualitativa. I. Progianti, Jane Márcia. II. Prata, Juliana Amaral. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____

Assinatura Data

Luisa Belem Amorim

**_Habitus_ profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas: configurações identitárias a partir da inserção no campo laboral**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 11 de maio de 2021.

Coorientadora:

Prof.ª Dra. Juliana Amaral Prata

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Banca Examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Jane Márcia Progianti (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

_____

Prof.ª Dra. Carla Luzia França Araújo

Universidade Federal do Rio de Janeiro

_____

Prof.ª Dra. Luciane Marques de Araújo

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Rio de Janeiro

2021

## DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação a todas as enfermeiras obstétricas deste país, que lutam diariamente por partos e nascimentos respeitosos e que por muitas vezes são desafiadas pelo campo e tem sua autonomia e conhecimento questionados.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre foi toda minha fortaleza, e que me proporcionou chegar até o final desta dissertação com tanta certeza no meu coração de que estou percorrendo o caminho certo.

À minha querida orientadora, Prof.ª Dra. Jane Márcia Progianti, que desde o início acreditou no meu potencial e me motivou cada vez mais a seguir em frente. Inspirou-me com sua tamanha dedicação e amor pelo que faz, mesmo diante de um cenário que nunca tínhamos vivido, de um país em quarentena por uma pandemia. Ainda assim, ela se fez presente, nunca me deixou sozinha. Com todo seu conhecimento e sua personalidade única, fez com que eu me encantasse cada dia mais pelo meu tema e me instigou a pesquisar mais. Em função dessa relação, me vi crescendo e amadurecendo como aluna, pesquisadora, escritora e como ser humano. Certamente, sem esta orientadora incrível, esse trabalho não teria sido tão prazeroso e divertido.

À minha coorientadora Prof. Dra. Juliana Amaral Prata, que com todo seu carinho e gentileza, contribuiu em mínimos detalhes com seu conhecimento e disponibilidade em ajudar em tudo que foi necessário.

Ao meu esposo, Pedro Henrique, pela compreensão e companheirismo em todas as manhãs, tardes, noites e madrugadas dedicando meu tempo livre na escrita desta dissertação. Não há nada mais belo do que ver que quem você ama acredita em você e te estimula diariamente a alcançar os seus sonhos, sejam eles pessoais ou profissionais.

Aos meus pais Lucimara e Gerson, que trabalharam incansavelmente para me conceder uma boa educação, apesar de todas as dificuldades da vida. A eles, que me estimularam a persistir e levantar a cada queda, a não desistir nos primeiros obstáculos. Com todo amor e carinho, auxiliaram na construção do ser humano que sou hoje, com minhas crenças e valores. Minha maior motivação em ser uma profissional melhor, é poder retribuir com orgulho a vocês por tudo que fizeram por mim nestes vinte e sete anos.

Ao meu irmão Vitor, que desde que nasceu se tornou para mim mais um motivo para conquistar os meus objetivos, para que eu sempre fosse um bom exemplo a ser seguido. Além disso, se tornou um grande amigo e apoiador dos meus sonhos.

À Erica, minha prima querida, que em inúmeros momentos se fez presente nesta dissertação e tornou todo o processo mais leve com seu apoio.

Aos amigos e familiares que torceram por mim e pelo meu sucesso.

Ao querido professor Dr. Erick Igor dos Santos *(in memorian),* que será eternamente lembrado como aquele que acendeu a chama da pesquisa e da docência, que acreditou em mim quando nem eu mesma sabia qual caminho percorrer e esteve ao meu lado todos os dias enquanto foi possível.

Às queridas professoras Dra. Jane Baptista Quitete e Dra. Rosana Castro, que plantaram a sementinha da obstetrícia no meu coração ainda na Universidade e continuam sendo grande inspiração.

Aos professores da banca por todo tempo dedicado a leitura e reflexão com esta dissertação.

Às enfermeiras obstétricas entrevistadas, que se disponibilizaram em contribuir para a execução deste estudo.

A todas as mulheres que passaram pela minha vida com suas gestações, partos e famílias. Cada uma de vocês me marcou de forma ímpar, contribuiu para a profissional que me tornei e só aumentou o meu amor e dedicação por essa profissão.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001, por isso, os agradeço pela oportunidade de crescer profissionalmente e realizar um grande sonho.

Aprendi que vai demorar muito para me transformar na pessoa que quero ser, e devo ter paciência, mas aprendi também que posso ir além dos limites que eu próprio coloquei.

*Charles Chaplin*

## RESUMO

AMORIM, Luisa Belem. ***Habitus*** **profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas**: configurações identitárias a partir da inserção no campo laboral. 2021. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa, cujo objeto de estudo é identidade profissional das enfermeiras obstétricas. Este estudo teve por objetivo descrever as disposições incorporadas pelas enfermeiras obstétricas e seus nexos com a formação e com o vivido no mundo do trabalho, analisar os atos de pertencimento e a percepção dos atos de atribuição da identidade profissional das enfermeiras obstétricas e discutir as configurações identitárias das enfermeiras obstétricas segundo a perspectiva de Claude Dubar. Após a aprovação pelo Comitê de Ética, através do Parecer sob o número CAAE 18055319.0.0000.5282, foram realizadas 13 entrevistas semiestruturadas mediante a orientação de um roteiro. Foi realizada análise de conteúdo categorial temática, seguindo as três etapas de Bardin (2011): pré-análise, exploração do material e interpretação. Os dados obtidos foram agrupados em três categorias e recortados em Unidades de Registro (URs): "Disposições incorporadas pelas enfermeiras durante seu processo de socialização", "Atos de pertencimento e atos de atribuição" e "Configurações identitárias apresentadas pelas enfermeiras obstétricas". Os resultados da primeira categoria apontaram que no decorrer da socialização primária, as disposições incorporadas pelas participantes que influenciaram na escolha pela profissão foram: a autonomia financeira através do estudo; a disciplina; cuidar e respeitar o próximo. Além disso, ao ingressarem na especialização, adquiriram novos capitais somados aos pré-existentes, como: domínio do setor, noção de gênero, cuidados com a gestante, educação em saúde, práticas integrativas, empatia e respeito, escuta ativa, singularidade dos sujeitos e olhar integral. Os resultados da segunda categoria mostraram que as enfermeiras obstétricas se veem como mulheres batalhadoras que cuidam do lar e dos filhos, que amam a profissão, defendem o fisiológico e acreditam no parto normal sem intervenções, que tem empatia, que empoderam as mulheres, que veem a integralidade e a singularidade do indivíduo sem expressar julgamentos, que detém muito conhecimento e são anjos da guarda invisíveis. Os resultados da terceira categoria evidenciaram que as enfermeiras obstétricas apresentam traços compatíveis com as configurações identitárias negociatórias por dominarem saberes profissionais, manterem colaboração com a instituição e por reconstruírem a identidade de forma boa para ambos, e afinitária por não manifestarem pertencimento a empresa, terem certeza que valem mais que o cargo que ocupam e buscarem consolidar projetos pessoais alheios aos da instituição. Conclui-se que a socialização primária das enfermeiras obstétricas influenciou na escolha profissional e no modo como elas se vêem e acreditam ser vistas. Além disso, por estarem inseridas num campo laboral que não é compatível com sua identidade real, tendem, com o passar do tempo, a romper com o campo e procurar um novo espaço onde se sintam mais reconhecidas ou podem também permanecer no campo e sofrer desgaste psíquico, afetando assim sua saúde.



Palavras-chave: Enfermeiras Obstétricas. Educação de pós-graduação em Enfermagem. Mercado de trabalho. Papel Profissional. Mulheres Trabalhadoras.

## ABSTRACT

AMORIM, Luisa Belem. **Professional *habitus* as an expression of the identity of obstetric nurses**: identity configurations from the insertion in the labor field. 2021. 123 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

It is an exploratory, descriptive research with a qualitative approach, whose object of study is the professional identity of obstetric nurses. This study aimed to describe the provisions incorporated by obstetric nurses and their links with training and with what they have experienced in the world of work, analyze the acts of belonging and the perception of acts of attribution of the professional identity of obstetric nurses and discuss the identity configurations obstetric nurses from the perspective of Claude Dubar. After approval by the Ethics Committee, through the Opinion under the number CAAE 18055319.0.0000.5282, 13 semi-structured interviews were conducted through the guidance of a script. Thematic categorical content analysis was carried out, following the three stages of Bardin (2011): pre-analysis, material exploration and interpretation. The data obtained were grouped into three categories and cut into Registration Units (URs): "Provisions incorporated by nurses during their socialization process" with 42 URs, "Acts of belonging and acts of attribution" with 61 URs and "Identity configurations presented by obstetric nurses "with 37 RUs. The results of the first category showed that during the course of primary socialization, the provisions incorporated by the participants that influenced the choice of the profession were: financial autonomy through the study; the discipline; take care and respect others. In addition, when they entered the specialization, they acquired new capital added to the pre-existing ones, such as: administration, domain of the sector, notion of gender, care for pregnant women, health education, integrative practices, empathy and respect, active listening, singularity of subjects and integral look. The results of the second category showed that obstetric nurses see themselves as hardworking women who care for the home and children, who love the profession, defend the physiological and believe in normal childbirth without interventions, who have empathy, who empower women, who see the integrality and uniqueness of the individual without expressing judgments, who have a lot of knowledge and are invisible guardian angels. The results of the third category showed that the obstetric nurses were divided into two groups and showed traits compatible with the negotiating identity configurations for dominating professional knowledge, maintaining reciprocal collaboration with the institution and reconstructing the identity in a good way for themselves and for the institution, and affinity for not expressing belonging to the company, making sure that they are worth more than the position they occupy and for seeking to consolidate personal projects unrelated to those of the institution. It is concluded that a primary socialization of obstetric nurses influenced the professional choice and how they see themselves and believe to be seen. In addition, as they are inserted in a labor field that is not compatible with their real identity, they tend to spend time breaking off with the field and looking for a new space where they feel more recognized or they can also remain in the field and suffer psychological distress thus affecting their health.



Keywords: Nurse Midwives. Education, Nursing, Graduate. Job Market. Professional Role. Women, Working.

## LISTA DE FIGURAS


| | | |
|---|---|---|
| Figura 1 | Dimensões do *habitus* de cada indivíduo ..... | 24 |
| Figura 2 | Os tipos de capitais que um indivíduo pode acumular ..... | 26 |
| Figura 3 | Relações entre o *habitus* e o campo ..... | 27 |
| Figura 4 | Princípios do habitus ..... | 28 |
| Figura 5 | *Habitus* primário e *habitus* secundário..... | 29 |
| Figura 6 | Indivíduos que constituem o *habitus* de classe ..... | 30 |
| Figura 7 | Construção da identidade profissional ..... | 31 |
| Figura 8 | Estratégias adotadas em caso de desacordo da identidade real e virtual ..... | 34 |
| Figura 9 | Transação subjetiva: continuidade ou ruptura com a identidade profissional..... | 35 |
| Figura 10 | Transação objetiva: reconhecimento ou não reconhecimento da identidade profissional ..... | 36 |
| Figura 11 | A constituição do *habitus* da enfermeira e sua correlação com a identidade profissional ..... | 44 |
| Figura 12 | As dimensões do *habitus* e sua articulação na construção das configurações identitárias das enfermeiras obstétricas ..... | 45 |
| Figura 13 | *Habitus* profissional como expressão da identidade profissional ..... | 48 |
| Figura 14 | Fluxo de captação das participantes ..... | 51 |
| Figura 15 | Representação esquemática das categorias, unidades temáticas e unidades de registro organizadas com os resultados ..... | 56 |
| Figura 16 | Esquema da estrutura da categoria 1 com a apresentação das unidades temáticas e quantidade de unidades de registro ..... | 61 |
| Figura 17 | Esquema das disposições incorporadas pelas enfermeiras obstétricas no convívio familiar ..... | 66 |
| Figura 18 | Processo de escolha da especialidade através da identificação da prática da enfermeira obstétrica ..... | 69 |
| Figura 19 | Capitais culturais específicos da enfermagem obstétrica ..... | 76 |
| Figura 20 | Esquema da estrutura da categoria 2 com a apresentação das unidades temáticas e quantidade de unidades de registro ..... | 79 |
| Figura 21 | Atos de pertencimento das enfermeiras obstétricas ..... | 82 |

Figura 22 Atos de atribuição das enfermeiras obstétricas ..... 87
Figura 23 Distinções entre os atributos das identidades real e virtual das enfermeiras obstétricas ..... 89
Figura 24 Esquema da estrutura da categoria 3 com a apresentação das unidades temáticas e quantidade de unidades de registro ..... 92
Figura 25 Características da configuração identitária negociatória ..... 93
Figura 26 Características da configuração identitária afinitária ..... 98
Figura 27 O campo laboral configurando a identidade afinitária com a possível saída das enfermeiras obstétricas do mesmo ..... 104

## LISTA DE QUADROS


| | | |
|---|---|---|
| Quadro 1 | Processos identitários e suas particularidades ..... | 33 |
| Quadro 2 | Processos identitários típicos ..... | 37 |
| Quadro 3 | Características das configurações identitárias ..... | 40 |

## LISTA DE TABELAS


| | | |
|---|---|---|
| Tabela 1 | Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com faixa etária ..... | 57 |
| Tabela 2 | Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com estado civil ..... | 57 |
| Tabela 3 | Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tipo de especialização..... | 58 |
| Tabela 4 | Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a formação profissional de mais alto nível ..... | 58 |
| Tabela 5 | Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de atuação na obstetrícia ..... | 59 |
| Tabela 6 | Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tipo de função exercida ..... | 59 |
| Tabela 7 | Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a quantidade de empregos ..... | 60 |
| Tabela 8 | Distribuição dos empregos de acordo com os vínculos empregatícios ..... | 60 |
| Tabela 9 | Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a renda mensal ..... | 61 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| ABENFO | Associação Brasileira de Obstetrizes e Enfermeiros Obstetras |
| CEP | Conselho de Ética e Pesquisa |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CPN | Centro de Parto Normal |
| MS | Ministério da Saúde |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| OS | Organizações Sociais |
| PAISM | Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher |
| PNHPN | Política Nacional da Humanização do Parto e Nascimento |
| PPGENF | Programa de Pós graduação e Pesquisa em Enfermagem |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UERJ | Universidade do Estado do Rio de Janeiro |
| UFF | Universidade Federal Fluminense |
| UR | Unidade de Registro |
| UT | Unidade Temática |

**SUMÁRIO**


| | | |
|---|---|---|
| | **INTRODUÇÃO** | 16 |
| 1 | **REFERENCIAL TEÓRICO** | 23 |
| 1.1 | **A incorporação do *habitus*** | 23 |
| 1.1.1 | As dimensões do *habitus* | 23 |
| 1.1.2 | Capitais | 25 |
| 1.1.3 | A relação entre *habitus* e campo | 26 |
| 1.1.4 | *Habitus* de classe | 29 |
| 1.2 | **A construção da identidade profissional segundo Claude Dubar** | 30 |
| 1.2.1 | Processos identitários | 32 |
| 1.2.2 | Configurações identitárias constituídas a partir das interações no trabalho | 37 |
| 1.3 | **Articulação dos conceitos de Pierre Bourdieu e Claude Dubar** | 40 |
| 1.4 | **Aplicação dos conceitos ao objeto de estudo: formação do *habitus* da enfermeira obstétrica como expressão de sua identidade** | 42 |
| 1.5 | **Habitus profissional e sua articulação com as configurações identitárias** | 45 |
| 2 | **METODOLOGIA** | 49 |
| 2.1 | **Tipo de estudo** | 49 |
| 2.2 | **Participantes do estudo** | 49 |
| 2.3 | **Captação dos participantes** | 50 |
| 2.4 | **Técnica de coleta de dados** | 51 |
| 2.5 | **Aspectos éticos** | 53 |
| 2.6 | **Método de análise de dados** | 54 |
| 3 | **RESULTADOS E DISCUSSÃO** | 57 |
| 3.1 | **Caracterização dos participantes** | 57 |
| 3.2 | **Disposições incorporadas pelas enfermeiras durante seu processo de socialização** | 61 |
| 3.2.1 | *Habitus* primário: socialização familiar e sua influência na escolha pela enfermagem como profissão | 62 |
| 3.2.2 | A constituição do *habitus* profissional: aquisição de capitais específicos no Curso de Enfermagem Obstétrica | 66 |
| 3.2.2.1 | Disposições e capitais determinantes da escolha pela especialidade enfermagem | |

obstétrica..... 66
3.2.2.2 Disposições e capitais adquiridos durante o curso de especialização em enfermagem obstétrica..... 70
3.3 **Atos de pertencimento e atos de atribuição: como se veem e como percebem ser vistas**..... 79
3.3.1 Atos de pertencimento: como as enfermeiras obstétricas se veem..... 79
3.3.2 Atos de atribuição: percepção das enfermeiras obstétricas sobre como percebem ser vistas..... 83
3.3.3 A relação entre identidade real e virtual das enfermeiras obstétricas..... 88
3.4 **Configurações identitárias apresentadas pelas enfermeiras obstétricas**..... 91
3.4.1 Configuração negociatória..... 92
3.4.2 Configuração afinitária..... 97
**CONSIDERAÇÕES FINAIS**..... 105
**REFERÊNCIAS**..... 109
**APÊNDICE A** – Instrumento de coleta de dados..... 115
**APÊNDICE B** – Roteiro de entrevista..... 117
**APÊNDICE C** - Termo de consentimento livre e esclarecido..... 120
**ANEXO** - Parecer de aprovação da pesquisa no CEP/UERJ..... 121

## INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo foi a identidade profissional das enfermeiras obstétricas. O interesse por esse objeto emergiu no final do curso de pós-graduação em enfermagem obstétrica na modalidade de residência, na Universidade do Federal Fluminense (UFF), após a vivência do mundo do trabalho e reflexões acerca das funções desempenhadas, do reconhecimento profissional e das formas de identificação destas especialistas.

O parto e o nascimento são acontecimentos que sempre me atraíram, mesmo antes de ingressar na enfermagem. Encanto-me pelo fato de a gestação e o parto serem fenômenos naturais e fisiológicos exclusivos das mulheres e por transformarem suas histórias de vida, fazendo com que as mesmas renasçam juntamente com a chegada de seus filhos ao mundo. Na graduação, pude olhar para este fenômeno com conhecimentos técnicos e científicos sobre a fisiologia dos processos de gestação e parturição, sobre o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor e sobre o papel da enfermeira na humanização da assistência neste período.

No decorrer da residência em enfermagem obstétrica, percebi que as enfermeiras obstétricas cuidam das mulheres com sensibilidade e respeito ao corpo feminino, evitando, ao máximo, o uso de intervenções. Além do cuidado técnico especializado, essas especialistas desenvolvem um processo de cuidar baseado em atitudes de acolhimento e proximidade, no toque e na escuta ativa, no apoio emocional e incentivo à participação do acompanhante (NICARIO; HERINGER; SCHROETER; PEREIRA, 2016). Essas características constituem elementos identitários da especialidade, as quais conferiram reconhecimento às enfermeiras obstétricas durante implantação das ações da Política Nacional da Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN) (MOUTA; PROGIANTI, 2009; NUNES; SILVA, 2016)

Nesse sentido, Pereira e Nicário (2014) apontam que esses cuidados são ensinados pelas escolas de enfermagem, onde as enfermeiras ressaltam o cuidado humanizado como o princípio norteador dos cursos de especialização em enfermagem obstétrica. E foi em um desses cursos que me vi integralmente inserida no cenário da obstetrícia, atuando como uma profissional diferenciada que utiliza um conjunto de saberes associado ao compromisso de oferecer às mulheres uma experiência positiva do parto e nascimento, com incentivo à sua autonomia e fisiologia.

Desse modo, ao longo da residência tive a oportunidade de participar da história de muitas mulheres, bebês e suas famílias, percebendo que cada um destes enxergava a enfermeira obstétrica de uma maneira diferente. Alguns identificavam exatamente suas funções, outros não faziam ideia. Ao mesmo tempo em que ouvia "Enfermeira pode fazer parto? Desde quando?" e "Cadê o médico? O bebê já vai nascer!" também havia falas como "Que bom que é uma enfermeira obstétrica que vai fazer meu parto" e "Obrigada por estar aqui comigo. Tinha que ser você!". Essas situações me fizeram refletir sobre a identidade profissional da enfermeira obstétrica[1]. Por essa razão, ao final da residência escolhi fazer uma revisão integrativa sobre esta temática como pré-requisito para a conclusão do curso.

Neste trabalho de conclusão de curso, compreendi que a identidade não nasce com o indivíduo, muito menos se constrói sozinha e que a escola tem um papel fundamental na construção da identidade profissional. Bauman (2005) chama a atenção para o fato de que, diante das mudanças do mundo, a construção identitária não está dada para sempre, ao contrário, a identidade vai se constituindo num processo permanente de inconclusão e reconstrução. Inicia-se na primeira socialização, no interior da família, no contexto de ser e de agir individual e coletivo do entorno em que se encontra o indivíduo na sua infância, adolescência e parte da juventude. É nesse processo de socialização que tem início e se desenvolve a construção da identidade pessoal (DUBAR, 2005).

A identidade se configura pela percepção de si mesmo e pela percepção do outro sobre si, ou seja, como você se vê (identidade real) e como o outro te vê (identidade virtual). Para identificar a si próprio, o indivíduo utiliza os atos de pertença, ou seja, categorias de significado que exprimem 'que tipo de pessoa você quer ser'. Em contraponto, a identidade virtual é definida a partir de um processo relacional e das categorias que definem que tipo de homem ou mulher você realmente é, ou seja, os atos de atribuição, como o outro te vê (DUBAR, 2005; NICARIO; HERINGER; SCHROETER; PEREIRA, 2016).

Considerando a articulação entre identidade para si/ identidade para outro, Silva, Aguiar e Monteiro (2014) dizem que a identidade pode ser incluída numa perspectiva sociológica pela restituição dessa relação ao interior do processo comum que a torna possível e que constitui o processo de socialização. Com efeito, a identidade nada mais é do que o resultado, a um só tempo "estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo,

[1] Nesse estudo, o termo "enfermeira obstétrica" será usado no feminino por se tratar de uma especialidade essencialmente feminina para a qual as mulheres ocupam a centralidade do cuidado.

biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições" (DUBAR, 2005, p. 136).

Dubar (2005) os denomina como atos de pertencimento e atos de atribuição. Estes são resultantes do movimento contínuo e permanente no âmbito do processo de socialização, tanto aquele que decorre da trajetória pessoal (biográfico) quanto das interações sociais durante a formação e o trabalho (relacional).

Em relação às interações sociais no trabalho, Nicario, Heringer, Schroeter e Pereira, (2016) observaram que os atos de pertencimento de enfermeiras obstétricas atuantes em instituições da cidade do Rio de Janeiro estão relacionados ao pertencimento de ser mulher, enfermeira e da realização de cuidados. Como mulheres-enfermeiras no campo da obstetrícia, a socialização profissional foi influenciada pelo processo histórico deste campo em particular. No tocante aos atos de atribuição, as enfermeiras obstétricas são percebidas como profissionais que lutam para superar as adversidades da profissão, compartilhando da mesma visão acerca do modelo de cuidado.

Diante de todas as mudanças que a enfermagem obstétrica passou até os dias de hoje, consequentemente, sua identidade profissional foi moldada e reconstruída com o passar do tempo. Assim, ressaltam-se dois momentos históricos importantes para as configurações identitárias dessas enfermeiras: o primeiro, que perpassa pela medicalização da sociedade; e o segundo, marcado pela desmedicalização da assistência ao parto no Brasil.

No processo de medicalização que ocorreu após a década de 1930, houve uma luta simbólica travada entre parteiras, médicos e enfermeiras diplomadas pelas escolas de enfermagem. Nesse contexto, onde a hospitalização do parto normal era o alvo da disputa, a parteira perdeu espaço e posição em relação à parturição; o médico ganhou o monopólio do parto hospitalar e o controle do campo obstétrico; e a enfermeira diplomada obteve uma vitória sobre a parteira, com quem competia pelas posições administrativas no hospital. Nesta época, as enfermeiras não se destacavam por meio de práticas obstétricas hospitalares, mas sim pelos trabalhos voltados para atividades administrativas nos cenários hospitalares, o que lhes conferia poder (PROGIANTI, 2001).

Na conjuntura histórica da reforma universitária de 1968, as escolas de enfermagem brasileiras tiveram o monopólio de formar profissionais não médicos e qualificá-los para a assistência ao parto normal realizada no ambiente hospitalar. Como consequência dessa reforma, houve o fechamento dos cursos de obstetrizes/parteiras que eram realizados pelas escolas médicas (MOUTA, 2008).

No início da década de 1970, em pleno autoritarismo da ditadura militar, o processo de medicalização do parto e nascimento se consolidou com a hospitalização do parto, atingindo seu ápice (OSAVA, 1997). Nesse contexto, as escolas de enfermagem seguiam o modelo biomédico na formação de enfermeiras e, no ensino da obstetrícia, reproduziam as mesmas concepções presentes na prática médica. (CAMACHO; PROGIANTI, 2013).

Cabe ressaltar que, especificamente na cidade do Rio de Janeiro, as enfermeiras obstétricas não tinham espaços para atuarem na assistência ao parto em hospitais e maternidades. No entanto, essa situação começou a mudar em 1984, com o fim da ditadura militar.

No contexto da redemocratização do país, surgiu o movimento pela humanização do parto e nascimento que criticava a excessiva medicalização na atenção obstétrica brasileira, decorrente do modelo tecnocrático, e propunha mudanças na assistência por meio de práticas humanizadas/desmedicalizadas. Com o fortalecimento deste movimento no campo das políticas públicas de saúde, foram publicados documentos oficiais que visavam reduzir as intervenções no parto e nascimento, estimular o protagonismo e o respeito aos direito das mulheres (SEIBERT et al, 2005).

Desse modo, a humanização/desmedicalização do parto e nascimento se transformou em um modelo que trazia modificações na cultura do atendimento, apontando para uma forma de cuidar mais atenta aos direitos de cidadania e às questões intersubjetivas na relação entre pacientes e profissionais. Nesta perspectiva, a atenção humanizada à parturição envolvia a aplicação de um conjunto de conhecimentos e a utilização de práticas obstétricas comprovadamente benéficas que, associados à atitudes não intervencionistas, buscavam a promoção da fisiologia e da vivência prazerosa do parto e do nascimento (DIAS, 2006; DINIZ, 2005).

O surgimento de políticas públicas de saúde, que direcionavam a assistência obstétrica para uma perspectiva menos intervencionista, despontou lutas entre gestores públicos e profissionais médicos nas maternidades, sobretudo no Rio de Janeiro a partir dos anos de 1990. Como efeito, em muitas instituições públicas houve a inserção de enfermeiras obstétricas nas salas de parto, com o objetivo de incentivar o parto vaginal e impulsionar as práticas humanizadas na atenção ao parto e ao nascimento (CAMACHO; PROGIANTI, 2013). Além disso, a partir de 1998, destaca-se a criação de algumas Casas de Parto no Brasil, enquanto locais de assistência humanizada às gestantes e parturientes oferecida, exclusivamente, por enfermeiras obstétricas (TORNQUIST, 2006).

Neste contexto, a ocupação de espaços na assistência à parturição gerou disputas entre médicos e enfermeiras obstétricas, as quais agregaram novos capitais e incorporaram novas disposições como forma de melhorar sua posição no campo, o que desencadeou um processo de atualização do *habitus*[2] profissional destas especialistas (CAMACHO, 2010).

Frente ao exposto, nota-se que o *habitus*[3] da enfermeira obstétrica tem sofrido atualizações e sua identidade profissional está em constante transformação. Essas reconfigurações resultam da relação entre a construção histórica da especialidade e a prática profissional exercida na atualidade, como elementos importantes para a constituição das configurações e dos processos identitários da profissão.

Outra questão relevante para a construção da identidade profissional é a vivência na universidade, pois, segundo Dubar (2005), se configura como um momento de transição do indivíduo, representado pela saída do sistema escolar e pela possibilidade futura de ingresso no mercado de trabalho, que favorece a construção de uma identidade autônoma.

Salienta-se que o campo laboral das enfermeiras obstétricas tem se transformado sucessivamente com o avanço das políticas neoliberais e o que tem sido percebido por essas profissionais é a instabilidade no vínculo de contrato, levando ao medo de perder o emprego, a busca por produtividade que descaracteriza o cuidado humanizado, falta de reconhecimento das práticas de cuidado aprendidas na sua formação profissional e a violência simbólica representada pela desqualificação de seu saber e pela divisão sexual do trabalho (VIEIRA et al, 2016).

Assim, é nesse contexto de seu campo laboral que estas especialistas, em meio às lutas simbólicas existentes, irão manifestar suas disposições incorporadas como sendo expressões de sua identidade profissional e será na vivência da dinâmica desse mesmo campo que se reconfigurará seu *habitus* e identidade profissionais.

---

[2] Segundo Bourdieu (2001), o *habitus* é o resultado da socialização. Ele capta o modo como a sociedade se deposita nas pessoas sob a forma de disposições duráveis, capacidades treinadas, e modos de pensar, agir e sentir, e capta também as respostas criativas dos agentes às solicitações do meio social envolvente, respostas essas que são guiadas pelas disposições apreendidas no passado. A história do indivíduo é certa especificação da história coletiva de seu grupo ou de sua classe. Por isso, se pensarmos na relação do indivíduo e a sociedade a partir da perspectiva do *habitus*, se percebe que o individual e o social são orquestrados de forma simultânea, estando os dois intimamente ligados e ambos se influenciando. (SETTON, 2002).

[3] Nesse estudo, o *habitus* foi entendido como expressão da identidade profissional das participantes porque o mesmo gera práticas distintas, o que implica na construção da identidade profissional.

## Questões norteadoras

A partir dessa contextualização acerca do objeto de estudo, têm-se as seguintes questões norteadoras:

a) Quais são as disposições incorporadas pelas enfermeiras obstétricas a partir de sua inserção no mundo do trabalho?

b) Quais são os atos de pertencimento e os atos de atribuição percebidos pelas enfermeiras obstétricas?

c) Quais são as configurações identitárias destas especialistas?

## Objetivos

Para responder a estes questionamentos e desvelar o objeto de estudo, elaborei os seguintes objetivos:

a) Descrever as disposições incorporadas pelas enfermeiras obstétricas e seus nexos com a formação e com o vivido no mundo do trabalho;

b) Analisar as percepções das enfermeiras obstétricas sobre seus atos de pertencimento e de atribuição da sua identidade profissional;

c) Discutir as configurações identitárias das enfermeiras obstétricas segundo a perspectiva de Claude Dubar.

## Justificativa

Considerando que as identidades das pessoas se configuram como a percepção de si mesmas dentro de um ou vários grupos, e, nesse sentido, direcionam os movimentos e refletem a ação grupal, elas impactam diretamente na prática cotidiana, construindo agentes do sistema social e institucional.

Por meio dos estudos de identidade é possível entender a essência do que é exercer tal função de modo que, na perspectiva de sua trajetória profissional, vislumbra-se como o momento atual se apresenta para cada agente; a influência de sua formação; a imagem que tem de si e que os outros fazem do mesmo, bem como a relação estabelecida com os demais agentes na instituição de trabalho.

Nesse sentido, este estudo se justifica por uma inquietação quanto à necessidade de discussões aprofundadas no campo da Enfermagem sobre a identidade profissional de suas especialidades e os impactos das mesmas nas lutas, conquistas e reconhecimento da profissão.

**Relevância**

Inserida no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre "Desmedicalização no Contexto da Saúde e da Enfermagem" da Faculdade de Enfermagem da UERJ, essa dissertação se fez relevante por contribuir com o campo da enfermagem obstétrica e da saúde do trabalhador.

A partir desse estudo, foi possível entender como as enfermeiras obstétricas exercem sua prática assistencial no SUS, observar como se sentem quanto a sua realização profissional e perceber como veem o exercício de sua especialidade e suas relações de trabalho diante das transformações que ocorrem na sociedade atual.

Além disso, este estudo oferece subsídios para reflexões acerca da identidade profissional da enfermeira obstétrica e dos aspectos relacionados à promoção da saúde, uma vez que propicia reflexão sobre o cuidado ofertado pelas especialistas e promove, também, no âmbito do processo de trabalho, a criação de possibilidades de mudanças no contexto estudado.

Por fim, o estudo tem uma relevância pelas suas contribuições no campo teórico onde articula o conceito de *habitus* de Pierre Bourdieu com os conceitos de identidade profissional de C. Dubar, nos mostrando as disposições incorporadas pelas enfermeiras pesquisadas, seus atos de pertencimento e suas configurações identitárias diante de seu campo laboral.

# 1 **REFERENCIAL TEÓRICO**

Segundo Bourdieu (*2001*), o *habitus* é uma disposição incorporada, duradoura e transferível, um conhecimento adquirido, resultante de um extenso processo de aprendizado, produto do contato com as distintas estruturas sociais. O *habitus* nada mais é do que um sistema de disposições para a ação articulado através da socialização do indivíduo.

O *habitus* constitui a nossa maneira de perceber, julgar e valorizar o mundo, conformando assim a nossa forma de agir, corporal e materialmente. Ele é composto por três dimensões analiticamente distinguíveis, ainda que funcionem de maneira entrelaçada na prática dos agentes e, por isso, não podem ser vistas como instâncias separadas: o *ethos*, o *eidos* e a *héxis* (BOURDIEU, 2004b).

## 1.1 **A incorporação do *habitus***

### 1.1.1 As dimensões do *habitus*

O *ethos* é a dimensão ética que designa um conjunto sistemático de princípios e valores práticos, não necessariamente conscientes, que regem a moral cotidiana, podendo ser considerado como uma ética prática. Ele é diferente da ética, a forma teórica, argumentada, explicitada e codificada da moral, sendo um conjunto sistemático de disposições morais que se desdobram em princípios práticos (BOURDIEU, 2001).

De modo geral, a conduta dos agentes é efetivamente gerida por princípios de escolhas práticas que são guiadas por um senso intuitivo do que se deve ou não fazer, derivado da experiência social. Nesse sentido, o *habitus* desperta, nos agentes, a necessidade de respeitar as normas e valores sociais, o que lhes possibilita uma convivência adequada às exigências da sociedade (LIMA; CAMPOS, 2015).

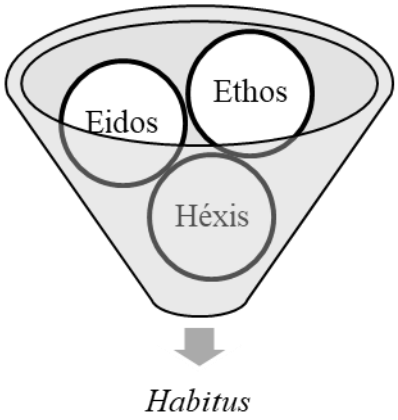
O *eidos* é a dimensão que corresponde a um sistema de esquemas mentais, lógicos e cognitivos de classificação dos objetos do mundo social e de compreensão interpretativa dos fenômenos mundanos com os quais os agentes se deparam em sua experiência cotidiana, esquemas a partir dos quais esses fenômenos ganham inteligibilidade para tais agentes. É um

modo de pensar específico, uma apreensão intelectual da realidade, portanto, leva o *habitus* a traduzir-se em estilos de vida, julgamentos morais e estéticos (PETERS, 2009).

A *hexis* é a dimensão corporal moldada e interiorizada pela aprendizagem inconsciente das práticas sociais e, também, a sua exteriorização corporal, através de um certo conjunto de posturas corporais, do modo de falar, gesticular, olhar e andar dos agentes sociais, sendo uma aptidão corporal que não é dada pela natureza, mas adquirida (BOURDIEU, 2001).

Com tais dimensões, o *habitus* viabiliza-se enquanto produto de uma situação concreta com a qual estabelece uma relação dialética, de onde se originam certas práticas sociais. Estes maneirismos corpóreos tendem a ser percebidos como absolutamente naturais, parte de determinado indivíduo, e evidentes pelo ator e pelos demais atores (THIRY-CHERQUES, 2006).

Figura 1 – Dimensões do *habitus* de cada indivíduo




Fonte: A autora (2020).

Nesse sentido, todo ser humano apresenta dentro de si mesmo um misto destas dimensões do *habitus*, um estoque de disposições incorporadas, postas em prática a partir dos estímulos de um campo, como um local de relações entre grupos com distintos posicionamentos sociais, de disputa e jogo de poder. No interior destes, os agentes se distribuem de acordo com o volume de capital que possuem e segundo sua composição, conferindo a estrutura do campo (BOURDIEU, 2001).

Nesta perspectiva, no interior de um campo, a posição dos agentes é determinada pela eficiência da força social e pela quantidade de capital diverso, que resultam na divisão hierárquica de seus ocupantes. Dessa forma, os capitais são instrumentos dos agentes

utilizados como estratégias para atingir interesses e avançar posições hierárquicas superiores, a partir de lutas simbólicas num determinado campo (BOURDIEU, 2001).

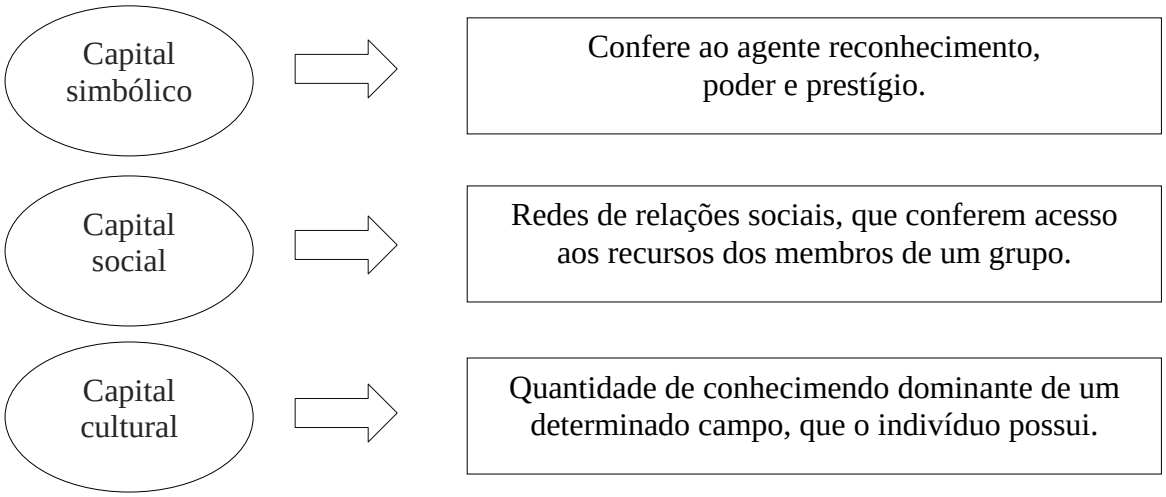
### 1.1.2 Capitais

Dentre todos os tipos de capitais que um agente detém em um campo específico, com destaque para o capital simbólico, o capital social e o capital cultural. O capital simbólico é qualquer capital que confere ao agente algum reconhecimento, e sua eficácia está relacionada à universalidade do poder e do prestígio que o indivíduo recebe (BOURDIEU, 2001).

O capital social está relacionado às redes de relações sociais que conferem ao indivíduo a possibilidade de acessar os recursos dos membros de um determinado grupo. É importante ressaltar que o volume de capital social de um indivíduo depende tanto da extensão de sua rede de relações quanto do volume dos diferentes tipos de capitais que individualmente cada agente dessa rede possui (BOURDIEU, 2013).

O capital cultural está ligado a quantidade de domínio que o indivíduo possui sobre o conhecimento dominante em determinado campo, apresentando-se em três estados: incorporado, objetivado ou institucionalizado. O incorporado pode ser adquirido e assimilado por meio de um processo de socialização duradouro. O objetivado existe sob a forma de bens culturais como livros e obras, o que exige a posse de capital econômico. E o institucionalizado materializa-se sob a forma de títulos escolares e se relaciona com a legitimação institucional do poder simbólico, conferido pela posse desse capital (BOURDIEU, 2000).

Figura 2 – Os tipos de capitais que um indivíduo pode acumular

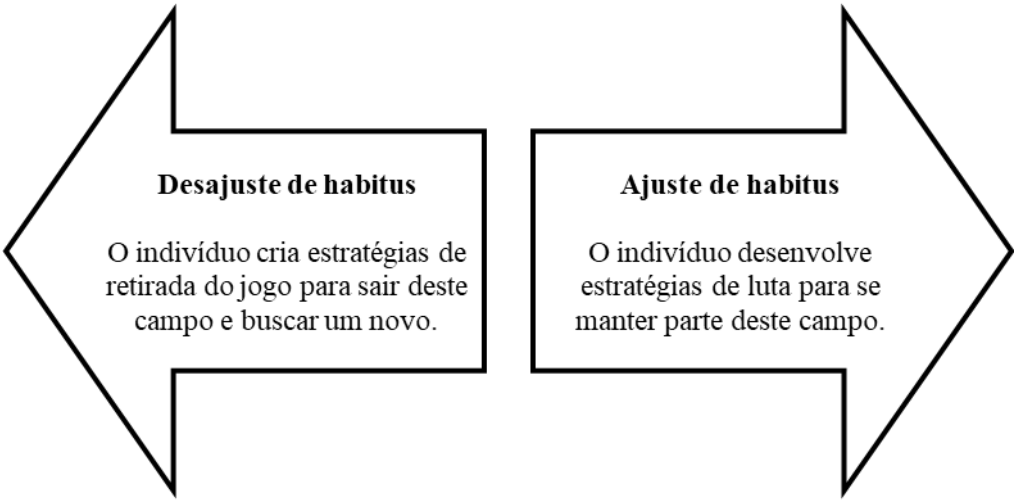



Fonte: A autora (2020).

### 1.1.3 A relação entre *habitus* e campo

O espaço social é formado por vários campos, dotados de relativa autonomia, mas regidos por regras próprias. Para Bourdieu (2001), a maior parte das ações dos agentes sociais é produto de um encontro entre um *habitus* e um campo. Assim, quando um agente atua em determinado campo significa que seu *habitus* está ajustado com a estrutura deste e, por isso, desenvolve estratégias de conservação para sua dinâmica seja mantida. Em contrapartida, caso seu *habitus* esteja em desacordo com as exigências inscritas nesse campo, ele pode se utilizar de estratégias de subversão, com vistas a mudar sua posição, ou de retirada do jogo, para sair deste local e buscar um novo no qual se encaixe, conforme ilustrado na Figura 3.

Figura 3 – Relações entre o *habitus* e o campo




Fonte: A autora (2020).

Nota-se que o *habitus* não deve ser interpretado apenas como uma memória sedimentada e imutável, pois ele é construído continuamente e aberto às novas experiências, como um estoque que está sempre armazenando e se reconfigurando conforme novas experiências (BORDIEU, 2001).

Neste sentido, o *habitus* é a interiorização da exterioridade e a exteriorização da interioridade, ou seja, ele capta as respostas criativas dos agentes às solicitações do meio social envolvente, respostas essas que são guiadas pelas disposições adquiridas no passado (ATONIO, 2008).

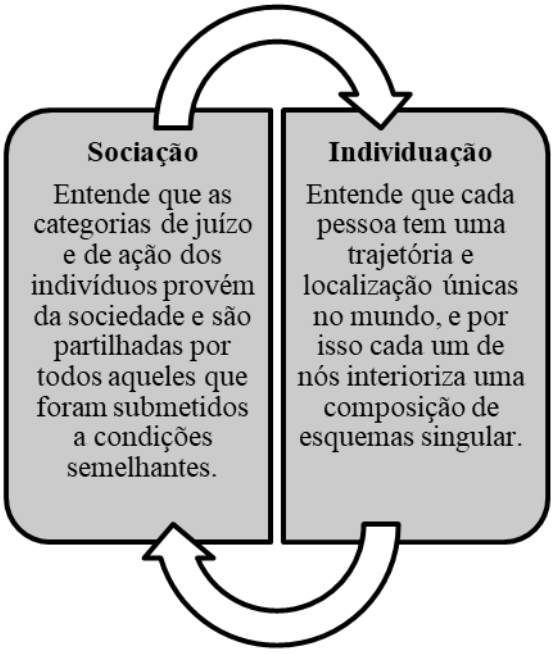
As interações estão impregnadas por esse *habitus* e por relações entre a condição e a posição, que constituem a trajetória biográfica e relacional dos agentes. Essa trajetória é constituída pela cultura que permeia a realidade do mundo do indivíduo, ou seja, onde ele nasceu, como viveu, características familiares, condição social e econômica que permearam suas experiências, todos esses aspectos pesam na configuração do *habitus* (SANTANA; SABINO, 2016).

A história do indivíduo é certa especificação da história coletiva de seu grupo ou de sua classe, de modo que o *habitus* é entendido como um sistema de esquemas individuais, construído socialmente. Por ser construído socialmente, existe através de disposições estruturadas no aspecto social, e disposições estruturantes, constituídas na mente do indivíduo, através de suas experiências anteriores, adquirindo também um caráter simbólico

(ATONIO, 2008). Assim, se pensarmos na relação entre indivíduo e sociedade a partir da perspectiva do *habitus*, o individual e o social são orquestradas de forma simultânea, estando os dois intimamente ligados e ambos se influenciando (SETTON, 2002).

O *habitus* fornece dois princípios, o de sociação e o de individuação, que demonstram a razão pela qual este conceito é um mediador entre o social e o individual. A sociação deve-se o fato de que as nossas categorias de juízo e de ação provém da sociedade e são partilhadas por todos aqueles que foram submetidos à condições semelhantes. A individuação transporta-nos à ideia de que cada pessoa tem uma trajetória e localização únicas no mundo e, por isso, cada um interioriza uma composição de esquemas singular, conforme ilustrado na Figura 4 (ATONIO, 2008).

Figura 4 – Princípios do *habitus*

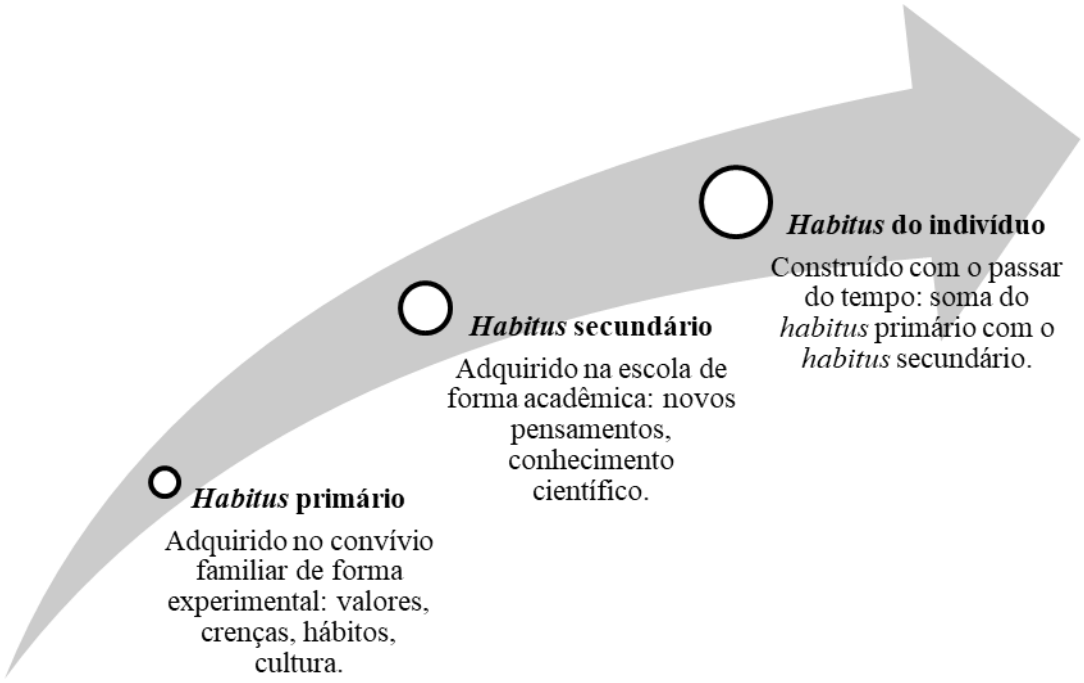



Fonte: A autora (2020).

Assim, podemos perceber no *habitus* individual variantes estruturais do *habitus* de grupo ou de classes, ligados a uma trajetória social, cuja perspectiva histórica entre passado, presente e futuro é levada em consideração. O *habitus* adquirido pelo convívio familiar é denominado *habitus* primário e é gerador de práticas distintas e de esquemas de classificação social, os quais constituem certo capital cultural, intimamente relacionado à origem familiar e estabelece as diferenças sociais e as posições ocupadas pelo agente em um espaço social hierarquizado (BOURDIEU, 2001).

O *habitus* secundário é qualquer sistema de esquemas transponíveis, adicionados posteriormente por meio de um trabalho pedagógico especializado e explícito em sua organização. Essa diferença sinaliza o contraste entre os dois modos de aquisição de cultura ilustrados por Bourdieu: o familiar e o acadêmico, o experimental e o didático (WACQUANT, 2015).

Figura 5 – *Habitus* primário e *habitus* secundário




Fonte: A autora (2020).

### 1.1.4 *Habitus* de classe

Os agentes sociais se diferenciam pelos *habitus* incorporados durante a vida, sendo característico de cada um. O *habitus* adquirido a partir da inserção em outros campos resulta da percepção, da apreciação e da ação realizadas em determinadas condições sociais. Por meio do *habitus*, o passado do indivíduo sobrevive de forma atualizada, pois o *habitus* é fruto da incorporação da estrutura social e da posição social de origem no interior do próprio agente (BOURDIEU, 2001).

Diante desse conceito, é que passa a existir a ideia do *habitus* de classe, compreendido como um grupo de agentes que se encontram situados em condições de existência

homogêneas e produzem sistemas de disposições homogêneos, constituindo um conjunto de propriedades comuns, objetivadas e incorporadas, que geram práticas semelhantes, conforme ilustrado na Figura 6 (BORDIEU, 1999).

Figura 6 – Indivíduos que constituem o *habitus* de classe

Fonte: A autora (2020).

## 1.2 **A construção da identidade profissional segundo Claude Dubar**

A identidade não é algo estático ou imutável, mas é construída e reconstruída permanentemente durante a vida do indivíduo. Dubar (2005) define que a identidade é o bem mais precioso de uma pessoa e que no processo de sua formação, o indivíduo precisa tanto do juízo dos outros quanto da sua própria percepção dos valores e crenças que lhe foram passados. Nessa direção, a identidade é fruto das relações sociais entre os indivíduos que se comunicam e convivem em um mesmo espaço, transitando entre propósitos individuais e coletivos.

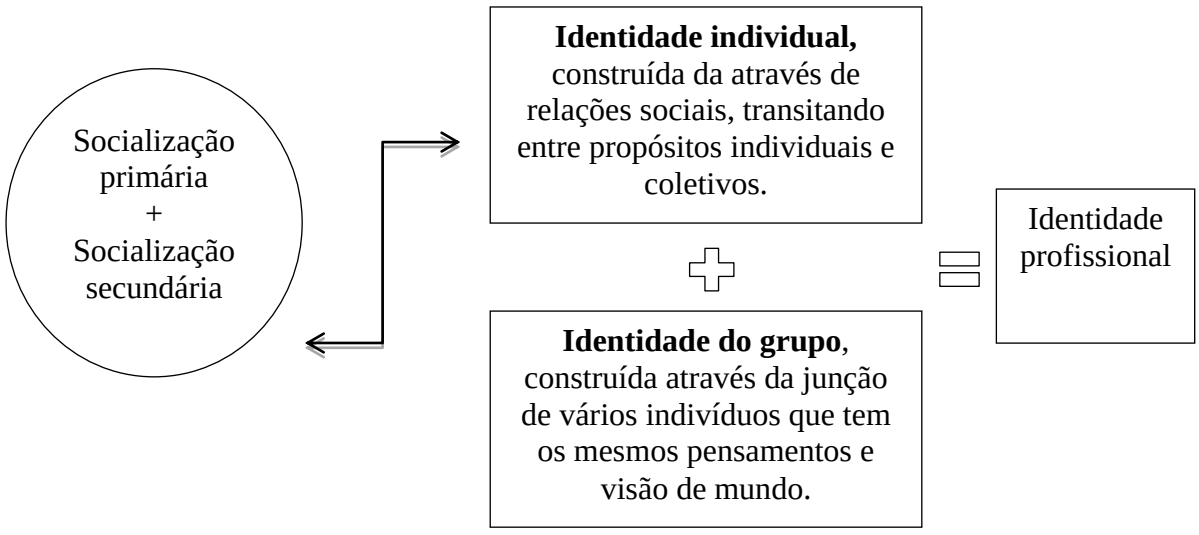
Segundo este autor, apesar de existir uma diversidade de sujeitos com opiniões e ideais diferentes na sociedade, cada indivíduo procura, ao longo do processo constitutivo da

identidade, se aproximar e construir afinidades com grupos sociais que mais se identifica, buscando características em comum para fortalecer suas crenças e valores individuais, reafirmar o grupo em si e proporcionar a sua continuidade (DUBAR, 2005).

Nesse sentido, abordagens culturais e funcionais da socialização destacam atributos essenciais da formação identitária dos indivíduos, que incorpora a maneira de ser, de sentir, de agir de um grupo que possui visão de mundo e de futuro mais próximos de seus valores e crenças individuais, seja esse grupo o de origem na qual viveu a primeira infância "objetivamente" ou o grupo ao qual quer se sentir pertencente "subjetivamente". Isso ocorre, principalmente, na construção da identidade profissional (DUBAR, 2005).

É deste modo que identidade profissional se constrói, na aproximação dos ideais individuais do agente com os ideais do grupo ao qual ele pertence ou pretende, objetivamente, pertencer. O indivíduo, para ser pertencente a um grupo identitário profissional, deve se sentir peça fundamental no desenvolvimento, no bom andamento do grupo e na organização a que pertence. É uma troca de desejos, troca na qual, através do EU, se consegue chegar a um NÓS que satisfaça a todos, haja vista que não será um processo de socialização sem conflitos (DUBAR, 2009). Essas reflexões permitiram a elaboração esquemática apresentada na Figura 7.

Figura 7 – Construção da identidade profissional




Fonte: A autora (2019).

Definir a identidade profissional como sendo produto da experiência relacional, faz das relações de trabalho o 'lugar' em que se experimenta o enfrentamento dos desejos de

reconhecimento em um contexto de acesso desigual, movediço e complexo ao poder (DUBAR, 2005).

### 1.2.1 Processos identitários

Um dos momentos mais importantes na construção da identidade profissional do sujeito é a confrontação da saída do indivíduo do sistema escolar com a entrada no mercado de trabalho. É nesse momento que o sujeito passa a construir uma identidade autônoma. É no mundo vivido do trabalho que o sujeito projetará uma imagem profissional de si no futuro e será na trajetória sócio profissional e na relação dos trabalhadores com sua formação que se definirá a identidade profissional, a partir de dois processos identitários distintos (DUBAR, 2005).

Cada indivíduo é identificado por outrem de uma forma, mas pode recusar essa identificação e se definir de outra forma. Nesse contexto, Dubar (2005), define que existem dois processos identitários heterogêneos. São eles, os atos de pertencimento e os atos de atribuição, também entendidos como a identidade para si e para o outro, respectivamente.

Os atos de pertencimento são aqueles que exprimem "que tipo de profissional você quer ser, ou seja, a identidade para si", a forma como você mesmo se enxerga. Isso ocorre através de processos biográficos (o que o indivíduo diz de si mesmo, o que pensa ser, ou gostaria de ser). Este processo concerne à interiorização ativa, à incorporação da identidade pelos próprios indivíduos. Ela só pode ser analisada no interior das trajetórias sociais pelas e nas quais os indivíduos constroem "identidades para si" que nada mais são que "a história que eles se contam sobre o que são" e que Dubar (2005) denomina identidades sociais "reais".

Os atos de atribuição são aqueles que visam definir "que tipo de profissional você é", ou seja, a identidade para o outro, como o outro te vê, denominada como identidade "virtual". Este ocorre através dos processos relacionais (quem o outro diz que eu sou, a identidade que o outro me atribui). Essa identidade é atribuída pelos agentes ou instituições que estão em contato direto com o indivíduo. Por conta disso, esta só pode ser analisada no interior dos sistemas de ação, que são os locais onde estes permanecem ativos, exercendo suas funções laborais (DUBAR, 2005).

É válido destacar que os modos de reconhecimento pelas instituições legítimas e por seus agentes que estão em relação direta com o sujeito impactam significativamente na

relação entre as identidades herdadas, aceitas ou recusadas pelos indivíduos e as identidades precedentes ou em ruptura com elas (DUBAR, 2005).

Além disso, resulta da "relações de força" entre todos os agentes envolvidos e da legitimidade. Segundo Dubar (2005), a "formalização legítima dessas categorias constitui um elemento essencial desse processo que, uma vez concluído, se impõe coletivamente, ao menos por um tempo, aos implicados". Este processo desencadeia um forma variável de rotulagem, produzindo o que o autor denomina de identidades sociais "virtuais" dos indivíduos.

Quadro 1 – Processos identitários e suas particularidades

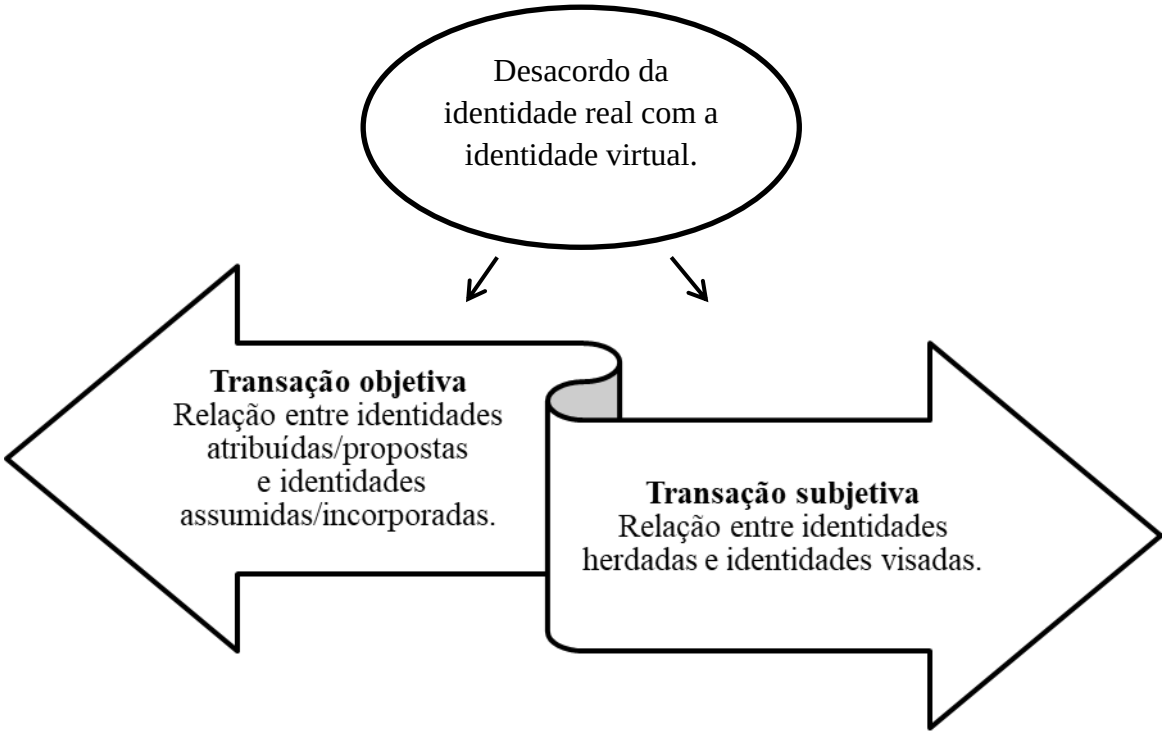
| **Os dois processos identitários** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Atos de pertencimento** | Identidade para si | Identidade real | Processo biográfico | O que o profissional diz de si mesmo, o que pensa ser, ou gostaria de ser. |
| **Atos de atribuição** | Identidade para o outro | Identidade virtual | Processo relacional | Que tipo de profissional dizem que ele é, o que pensam dele. |

Fonte: A autora (2019).

A identidade para si pode ser a mesma da construída sobre o indivíduo, ou as duas podem ser totalmente diferentes. Quando isso ocorre, há um desacordo entre a identidade real e a identidade virtual, surgindo estratégias identitárias destinadas a reduzir a distância entre essas duas identidades, que podem assumir duas formas, sendo elas: a transação externa/ objetiva ou transação interna/ subjetiva (DUBAR, 2005).

Na transação externa ou objetiva ocorre uma relação entre o indivíduo e os outros significados. Já na transação interna ou subjetiva ocorre a associação entre a necessidade de manter uma parte de suas identificações anteriores e o desejo de construir para si novas identidades futuras. Ambas decorrem da tentativa de acomodar a identidade para si à identidade para o outro, sendo que a transação subjetiva depende das relações para com o outro, constitutivas da transação objetiva (DUBAR, 2005).

Figura 8 – Estratégias adotadas em caso de desacordo da identidade real e virtual

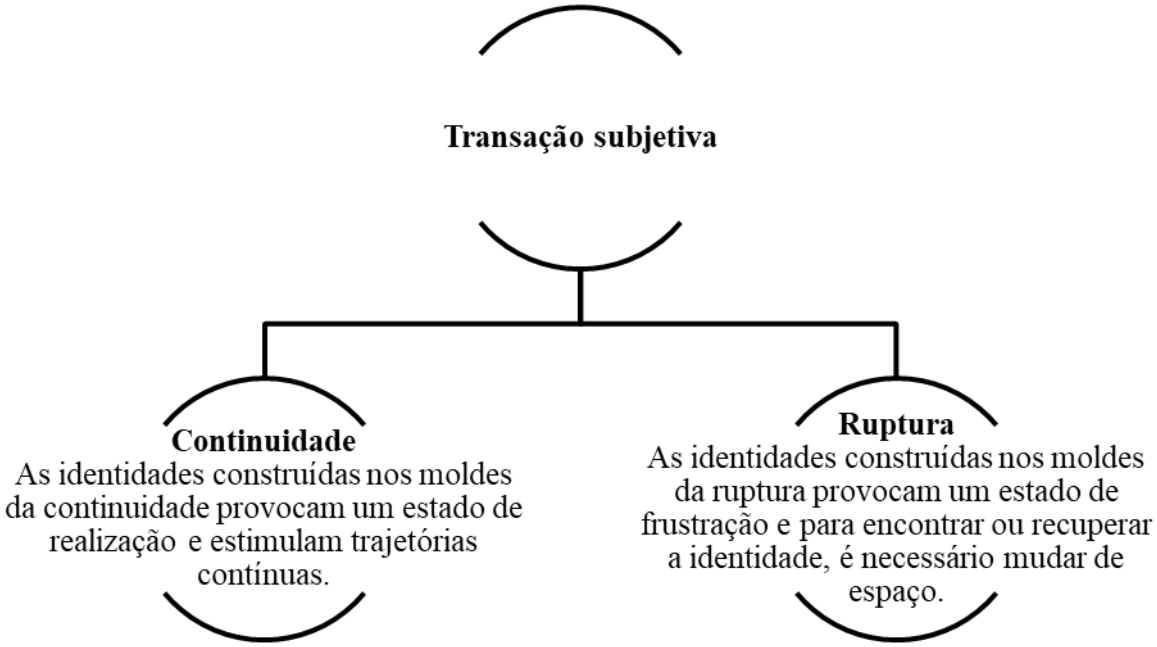



Fonte: A autora (2020).

A transação subjetiva pode levar a uma continuidade ou discrepância entre a definição de si, resultante da trajetória anterior e da projeção de si no futuro. As identidades construídas nos moldes da continuidade provocam um estado de realização e estimulam trajetórias contínuas. Esse espaço pode ser do tipo profissional, seguindo o modelo geral do ofício, onde a identidade profissional é projetada em um plano de qualificação com reconhecimento de "profissionalidades" estruturantes ou pode ser organizacional, seguindo o modelo geral da burocracia ou da empresa, onde a identidade profissional é projetada no espaço de poder hierárquico, com o reconhecimento de "responsabilidades" estruturantes da identidade (DUBAR, 2005).

A transação subjetiva também pode ser constituída nos moldes de ruptura, onde há discordância entre a identidade passada e a projeção de si no futuro, impossibilitando a correlação das duas para a construção de uma nova identidade. Ocorre que a identidade passada pode ser super valorizada ou desvalorizada em relação à identidade projetada. Nesse caso, para encontrar ou recuperar a identidade, é necessário mudar de espaço (Figura 8) (DUBAR, 2005).

Figura 9 – Transação subjetiva: continuidade ou ruptura com a identidade profissional

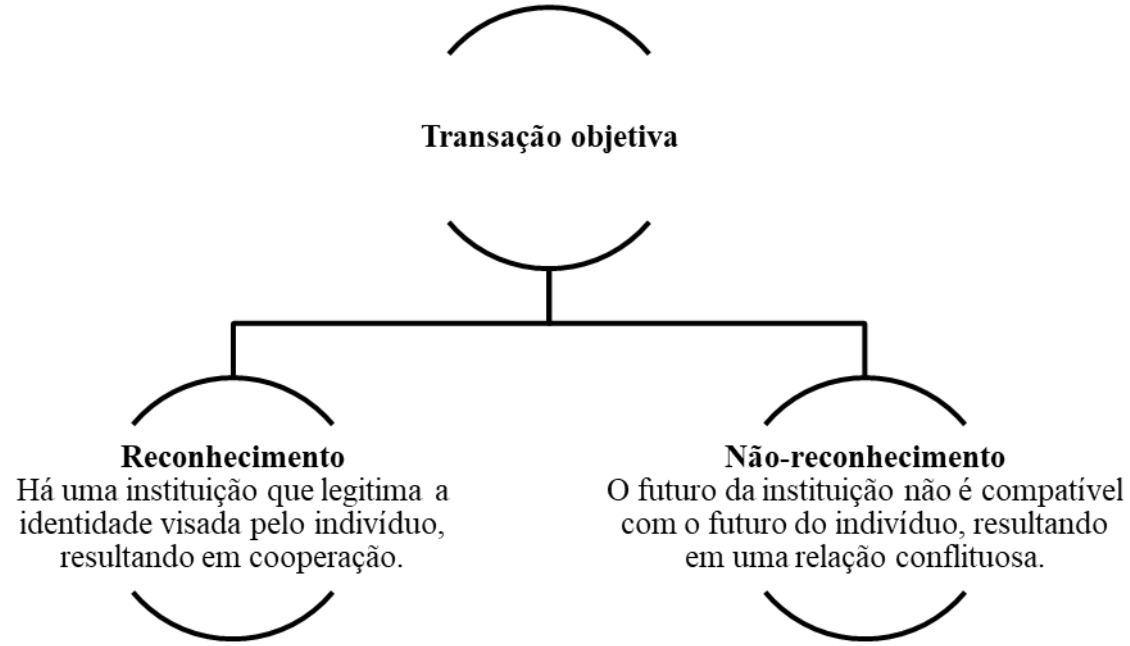



Fonte: A autora (2020).

A transação objetiva pode levar a um reconhecimento ou não-reconhecimento. No caso de reconhecimento, há uma instituição que legitima a identidade visada pelo indivíduo, podendo ser a empresa ou organização profissional ou a instituição escolar que promoveu a aquisição de saberes. Nesse caso, há uma interação positiva entre a identidade "real" e "virtual".

O não-reconhecimento acontece quando as pretensões ao reconhecimento não são alcançadas, ou seja, o futuro da instituição não é compatível com o futuro do indivíduo. Já neste, a interação é conflituosa entre a identidade "real" e "virtual" (DUBAR, 2005).

Figura 10 – Transação objetiva: reconhecimento ou não reconhecimento da identidade profissional




Fonte: A autora (2020).

A construção das identidades sociais se dá no encontro das transações externa (objetiva) e interna (subjetiva), que buscam reduzir a distância entre as duas identidades. De acordo com Dubar (2005, p. 140):

> A relação entre as identidades herdadas, aceitas ou recusadas pelos indivíduos, e as identidades visadas, em continuidade às precedentes ou em ruptura com elas, depende dos modos de reconhecimento pelas instituições legítimas e por seus agentes que estão em relação direta com os sujeitos envolvidos.

Estas duas transações são relativamente independentes, mas articuladas. Isso significa que, quando a transação subjetiva se estabelece através da ruptura, ela pode ser acompanhada de um conflito entre a identidade atribuída pela instituição e a atribuída pelo indivíduo, gerando um processo de exclusão (identidade ameaçada) ou pode ser acompanhada de confirmações legítimas da identidade para si, gerando um processo de conversão (identidade incerta) (DUBAR, 2005).

No entanto, quando a transação subjetiva repousa na continuidade, ou a progressão visada é reconhecida e estimulada, configura-se em um processo de promoção (identidade de empresa), ou a progressão visada é recusada e infirmada, gera-se um processo de bloqueio (identidade de ofício). Nesse contexto, a construção das identidades se dá por meio da

articulação entre os sistemas de ação e as trajetórias vividas, de onde surgem as identidades reais às quais os indivíduos aderem. Esta pode ser analisada tanto como continuidade como ruptura entre as identidades herdadas e visadas (DUBAR, 2005).

Resultantes da articulação entre a transação objetiva e subjetiva, as formas identitárias caracterizam estados de continuidade ou ruptura entre a identidade herdada e a visada no âmbito subjetivo, e estados de reconhecimento e não-reconhecimento social no âmbito objetivo, entre a identidade atribuída pelo outro e identidade incorporada para si, conforme demonstrado no Quadro 2 (DUBAR, 2005).

Quadro 2 – Processos identitários típicos

| **Identidade para si** | **Identidade para o outro** | **Transação objetiva** | |
|---|---|---|---|
| | | **Reconhecimento** | **Não-reconhecimento** |
| **Transação subjetiva** | **Continuidade** | PROMOÇÃO (interna) Identidade de empresa | BLOQUEIO (interno) Identidade de ofício |
| | **Ruptura** | RECAPACITAÇÃO (externa) Identidade de rede | EXCLUSÃO (externa) Identidade de fora |

Fonte: Dubar (2005, p. 326).

### 1.2.2 Configurações identitárias construídas a partir das interações no trabalho

No campo do trabalho, as configurações identitárias típicas poderiam ser abstratamente associadas aos momentos privilegiados de uma biografia profissional ideal, a saber: Momento da construção da identidade, correspondendo à formação profissional inicial; Momento da consolidação da identidade, ligado à inserção e aquisição progressiva de qualificação nos planos de carreira profissionais; Momento do reconhecimento da identidade, pautado pelo acesso às responsabilidades nas carreiras empresariais; e Momento de envelhecimento da identidade e da passagem progressiva à aposentadoria (DUBAR, 2005).

Dubar (2005) menciona que as identidades estão em movimento e a dinâmica de desestruturação/estruturação pode, às vezes, se apresentar em forma de "crise de identidade". Neste sentido, apresenta quatro configurações identitárias baseadas em investigações empíricas francesas, realizadas ao longo das década de 1960 e 1980.

As quatro configurações identitárias podem ser interpretadas a partir de modos de articulação entre a transação subjetiva e a transação objetiva, sendo que esta última é a relação que o indivíduo estabelece com seu espaço de trabalho e com a retribuição concreta da

contribuição do trabalhador ao ambiente social. Desse modo, a primeira identidade é a do distanciamento, a qual combina as preferências individuais com estratégias de oposição, caracterizando-se como uma "identidade estável ameaçada" que se constitui na relação com a cultura do mundo do trabalho (DUBAR, 2005).

Segundo Alves et al (2007), para os trabalhadores que se enquadram nesta categoria, o trabalho está no centro da configuração identitária, pois possuem uma identidade biográfica para si pautada e forjada no local de trabalho e na experiência profissional. Pelo fato de terem aprendido o exercício laboral na prática, não valorizam a formação fora do local de trabalho e se recusam a teorizar em treinamentos sobre inovações no labor, percebendo-as como ameaça. Ainda, necessitam reafirmar o pertencimento ao grupo que executa o trabalho como eles mesmos o fazem, apresentam uma relação de dependência com o chefe e realizam o que é determinado.

Já a identidade fusional combina as preferências coletivas com estratégias de aliança, sendo vislumbrada como uma "identidade bloqueada" que se constitui na crise da configuração identitária fusional (DUBAR, 2005). No ambiente laboral, esse grupo de trabalhadores se caracterizam como indivíduos que executam atividades de forma repetitiva, burocrática, automatizada e sem possibilidades de mudanças. Neste sentido, permanecem totalmente identificados com a instituição e bloqueiam as exigências de um "novo profissional". Por isso, nas transações subjetivas, esses trabalhadores não se sentem realizados apenas sendo cumpridores de tarefas, levando-os a perder a identidade própria, fundindo-a com a identidade da instituição de trabalho. Isso ocorre porque, embora sejam executores polivalentes, não percebem o reconhecimento de sua individualidade pelos pares, ainda que sejam reconhecidos pela instituição como um profissional que alcança bons resultados (ALVES et al., 2007).

A terceira é denominada identidade negociatória, que alia a polarização no grupo com estratégias de oposição. Esta se reconstrói numa situação de mudança, como a atual, nas transações objetivas (pelo outro) e subjetivas (por si), como uma forma identitária que se mostra como "responsável pela sua promoção" (DUBAR, 2005).

Conforme Alves et al. (2007), este grupo de trabalhadores domina conhecimentos profissionais teóricos e práticos, articulando-os com os saberes da organização e conformando uma colaboração recíproca, empresa/instituição e funcionário. Uma vez que trazem uma história de mobilidade já construída, há continuidade entre a transação subjetiva e a transação objetiva destes indivíduos, as quais se fortalecem e se confirmam mutuamente na construção

de uma identidade tanto reconhecida pela empresa quanto socialmente legitimável. Assim, o trabalhador não anula a sua identidade para incorporar a da instituição, mas a reconstrói de forma que esta seja boa para ambos.

A quarta e última é a identidade **afinitária**, que alia preferências individuais com estratégias de aliança, sendo constituída nas alterações/complementações do tipo identitário básico "afinitário", como uma configuração identitária "autônoma e incerta" (DUBAR, 2005).

Para Alves et al. (2007), estes trabalhadores não manifestam pertencimento à empresa e têm certeza que valem mais que o emprego que ocupam. Seus interesses particulares vem antes dos da instituição e, por isso, buscam em suas relações laborais e nas interações com seus superiores meios para consolidar e construir projetos pessoais, alheios às dinâmicas coletivas da empresa. Seus cursos de formação continuada não necessariamente se alinham com os desejos da empresa/instituição, que, quase sempre, reconhece esse desacordo de interesses, e sobretudo, percebe a falta de motivação do indivíduo em permanecer futuramente no espaço laboral.

Neste caso, a transação objetiva (relação contribuição/retribuição) está a serviço da transação subjetiva, o que Dubar (2005) coloca como uma antecipação da sua trajetória futura não em função das oportunidades ou dos reconhecimentos oriundos de sua empresa atual, mas, essencialmente, com base em sua história passada e em suas formações anteriores.

Quadro 3 – Características das configurações identitárias

| **Configurações identitárias** | **Características do profissional** |
|---|---|
| **Distanciamento** | Identidade biográfica para si pautada na experiência profissional;<br>Não valoriza a formação fora do local de trabalho;<br>Considera que qualquer função é possível aprender fazendo;<br>Apresenta relação de dependência com o chefe;<br>Realiza o que é mandado;<br>Vê mudanças introduzidas como ameaças e sente insegurança. |
| **Fusional** | Executa atividades de forma repetitiva, burocrática;<br>Cumpre tarefas de modo automatizado;<br>Funde sua identidade com a identidade da instituição de trabalho;<br>Administra seu espaço de trabalho de forma estruturada sem mudanças;<br>Não se sente realizado apenas por ser cumpridor dos programas. |
| **Negociatória** | Domina saberes profissionais, articulando teoria e prática;<br>Traz uma história de mobilidade já construída;<br>Mantém colaboração recíproca, empresa/instituição e funcionário;<br>Permite que a transação objetiva e transação subjetiva se fortaleçam;<br>Constroi uma identidade tanto reconhecida pela empresa quanto socialmente legitimável. |
| **Afinitária** | Não manifesta pertencimento à empresa;<br>Tem certeza que vale mais que o emprego que ocupa;<br>Seus interesses particulares vem antes dos da instituição;<br>Busca em suas relações de trabalho e nas transações com seus superiores os meios de consolidar e construir projetos pessoais, alheios às dinâmicas coletivas da instituição. |

Fonte: A autora (2019).

## 1.3 **Articulação dos conceitos de Pierre Bourdieu e Claude Dubar**

Após leitura aprofundada sobre as duas teorias, tanto a da socialização de Claude Dubar, quanto a do *habitus* de Pierre Bourdieu, foi possível perceber a proximidade das duas

e a grande correlação entre os conceitos que, a todo tempo, conversam entre si, ainda que de forma indireta.

Segundo Bourdieu (2001), o *habitus* é o resultado de todo o processo de socialização, das experiências vividas no decorrer da vida do indivíduo. Ele capta o modo como a sociedade se deposita nas pessoas sob a forma de disposições duráveis, capacidades treinadas, e modos de pensar, agir e sentir, e capta também as respostas criativas dos agentes às solicitações do meio social envolvente. Desse modo, o *habitus* na perspectiva de grupo, ou seja, o *habitus de classe*, nada mais é do que agentes que apresentam certa homogeneidade nas disposições, nos gostos e nas preferências.

Segundo Dubar (2005), a identidade é fruto das relações sociais entre os indivíduos que se comunicam e convivem em um mesmo espaço, transitando entre propósitos individuais e coletivos, enquanto que a identidade profissional se baseia na associação dos ideais individuais com os ideais do grupo ao qual ele pertence ou pretende, objetivamente, pertencer.

Por isso, pode-se dizer que a identidade é a expressão do *habitus*, bem como a identidade profissional é a expressão de um *habitus de classe*. O *habitus* consiste em um esquema de disposições que resume tudo aquilo que somos, envolvendo *ethos*, *eidos* e *héxis*, sendo a identidade a forma com o *habitus* se manifesta e interage com o meio social, expressando a forma como nos vemos e percebemos ser vistos através das interações com o mundo.

Os dois processos identitários descritos por Dubar (2005), atos de pertencimento e atos de atribuição, nem sempre são coincidentes. Pode acontecer do profissional se ver de uma forma diferente do modo como os outros o vêem. Quando isso ocorre, há um desacordo entre a identidade real e a identidade virtual. Vale ressaltar que os agentes ou instituições que estão em contato direto com o indivíduo são aqueles que atribuem e criam sua identidade virtual.

Dessa forma, esses mesmos agentes compõem o campo de atuação deste profissional e, quando há um desacordo entre a identidade real e a virtual, consequentemente, o *habitus* deste indivíduo estará em desajuste com as exigências inscritas no campo (BORDIEU, 2001).

Bourdieu (2001) elucida que quando há um desajuste de *habitus*, o indivíduo pode se utilizar de estratégias de subversão ou retirada do jogo para sair deste cenário e buscar um novo no qual se encaixe. Nesta mesma perspectiva, Dubar (2005) fala sobre a possibilidade de desenvolver duas estratégias: a transação objetiva, onde o sujeito reflete sobre a sua interação com o campo, se reconhecendo ou não por meio da identidade virtual; ou transação subjetiva, onde ocorre uma interação entre a necessidade de manter uma parte de suas identificações

anteriores e o desejo de construir para si novas identidades futuras, ou seja, continuidade ou ruptura.

A relação entre a identidade do indivíduo e o campo que ele está inserido se configura como uma constante troca, evidenciada pela exteriorização do interno e a internalização do externo citadas por Bourdieu (2001), bem como pelos conceitos de sociação e individuação de Dubar (2005), que entendem o indivíduo como único, com seus próprios pensamentos, mas que, a todo tempo, se adapta e adquire para si um pouco do meio que vive.

Nesse sentido, a relação entre o agente e o campo pode desencadear diversas opções. Se ele tem um *habitus* que está de acordo com as estruturas do campo que está inserido, ele se reconhecerá na identidade que lhe é atribuída, se sentirá realizado profissionalmente e, provavelmente, irá optar pela continuidade da identidade já construída. Por outro lado, caso seu *habitus* esteja em desacordo com o campo, ele tende a optar por uma luta simbólica na tentativa de romper com a estrutura deste campo - por não se reconhecer na identidade que lhe foi atribuída - ou a ser submisso e ver o mundo pelos olhos dos dominadores com o passar do tempo.

## 1.4 **Aplicação dos conceitos ao objeto de estudo: formação do *habitus* da enfermeira obstétrica como expressão de sua identidade**

O *habitus* das enfermeiras obstétricas é constituído por meio da associação entre seus *habitus* primários e secundários. Elas trazem consigo um processo implícito de interiorização da cultura familiar e das estruturas sociais dessa socialização que configuram o *habitus* primário e, além deste, há também o resultado da educação escolar e superior, do ensino profissional e da pertença a diferentes grupos que configuram o *habitus* secundário. Estas especialistas apresentam o princípio chamado da individuação, que considera que cada uma tem uma trajetória e localização únicas no mundo e, por isso, cada uma interioriza uma composição de esquemas singulares, diferentes uma das outras. Contudo, apresentam também o princípio da sociação, que acredita que as categorias de juízo e de ação provêm da sociedade e são partilhadas por todos aqueles que foram submetidos a condições semelhantes (PRATA, 2016).

Nesta perspectiva, mesmo diante da diversidade de interações que compõem a socialização primária e secundária, essas agentes compartilham do Ensino Superior de

Enfermagem, que corresponde ao primeiro momento da socialização profissional, na qual incorporaram o *habitus* de classe da enfermagem como resultado de um trabalho social de construção de um grupo que se estruturou ao longo do tempo (PRATA, 2016).

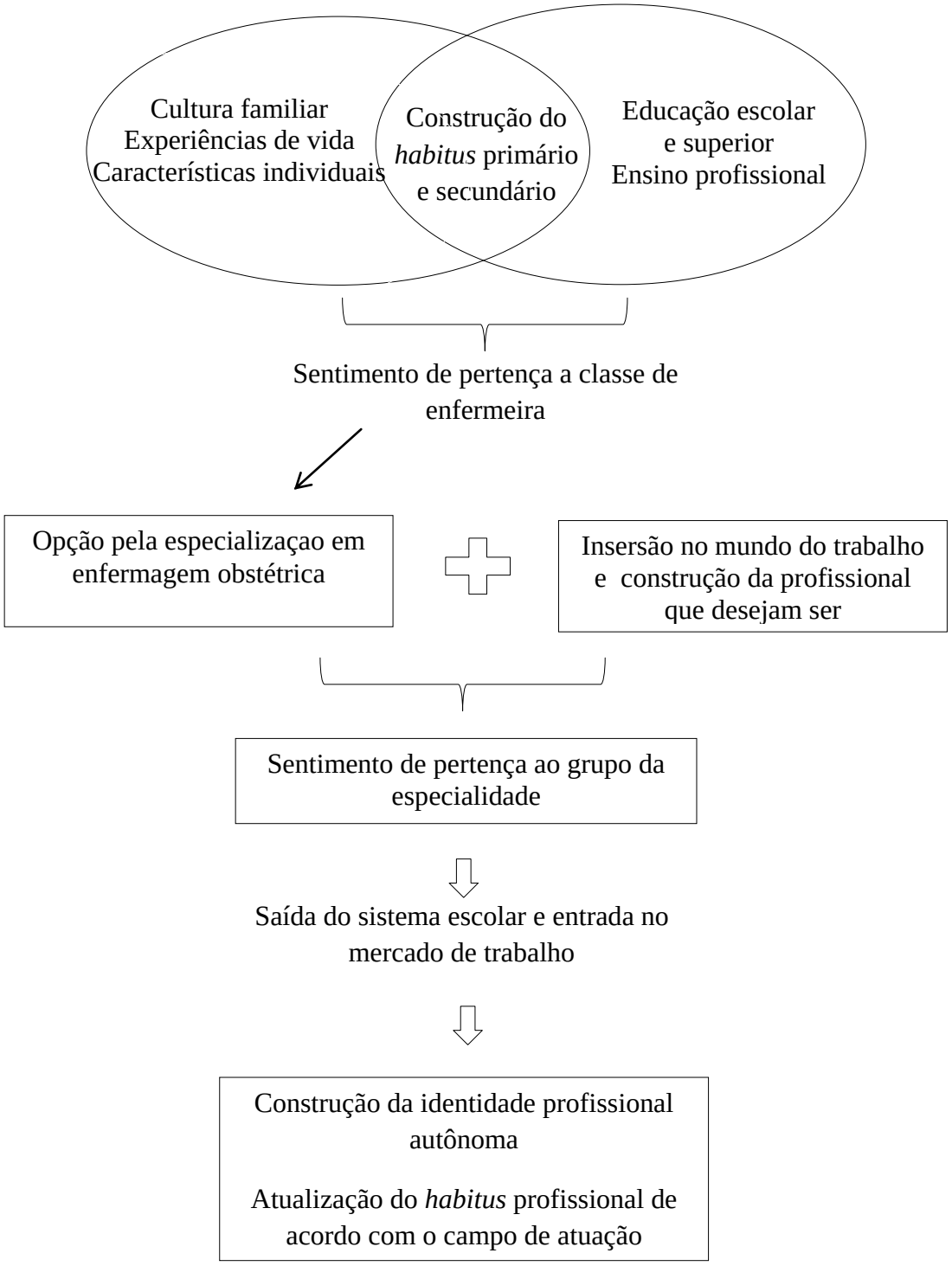
Em decorrência dos resultados de socialização na graduação e sentimento de pertença a determinada classe, após a conclusão do curso, estas especialistas buscam outro nível de ensino, ou seja, a pós-graduação. Desta forma, como continuidade da socialização profissional, a especialização em enfermagem obstétrica se apresenta como outro marco comum no percurso dessas agentes que, além de conferir capital cultural incorporado e institucionalizado, sob a forma de um certificado de especialista, também favorece a incorporação do *habitus* específico da enfermeira obstétrica (PRATA, 2016).

A disposição para incorporar elementos específicos que compõem o *habitus* de classe da enfermeira obstétrica apresenta uma forte conexão com a identidade profissional destas especialistas, as quais apresentam categorias de juízo e de ação parecidas, por terem sido submetidas a condições de vida semelhantes, o que, consequentemente, desencadeia um estilo de vida parecido e disposições que compõem o *habitus de classe* desta especialidade. Essas homogeneidades contribuem para o fortalecimento da identidade profissional da enfermagem obstétrica (PRATA, 2016).

Esses elementos são participantes ativos na construção das configurações identitárias e também dos atos de pertença e atribuição deste grupo. Por isso mesmo, o *habitus* nesse estudo será entendido como expressão da identidade profissional das participantes, porque o mesmo gera práticas distintas e distintivas, o que implica na construção da identidade profissional (BOURDIEU, 2001).

Durante a especialização em enfermagem obstétrica, estas especialistas têm a primeira aproximação com a especialidade e, inseridas no mundo do trabalho e na convivência com outras enfermeiras obstétricas atuantes no campo, dão início ao processo de construção daquilo que desejam ser. Essas relações sociais entre profissionais que se comunicam e interagem em um mesmo espaço favorecem a construção da identidade profissional, transitando entre propósitos individuais e coletivos (DUBAR, 2005).

Figura 11 – A constituição do *habitus* da Enfermeira e sua correlação com a identidade profissional

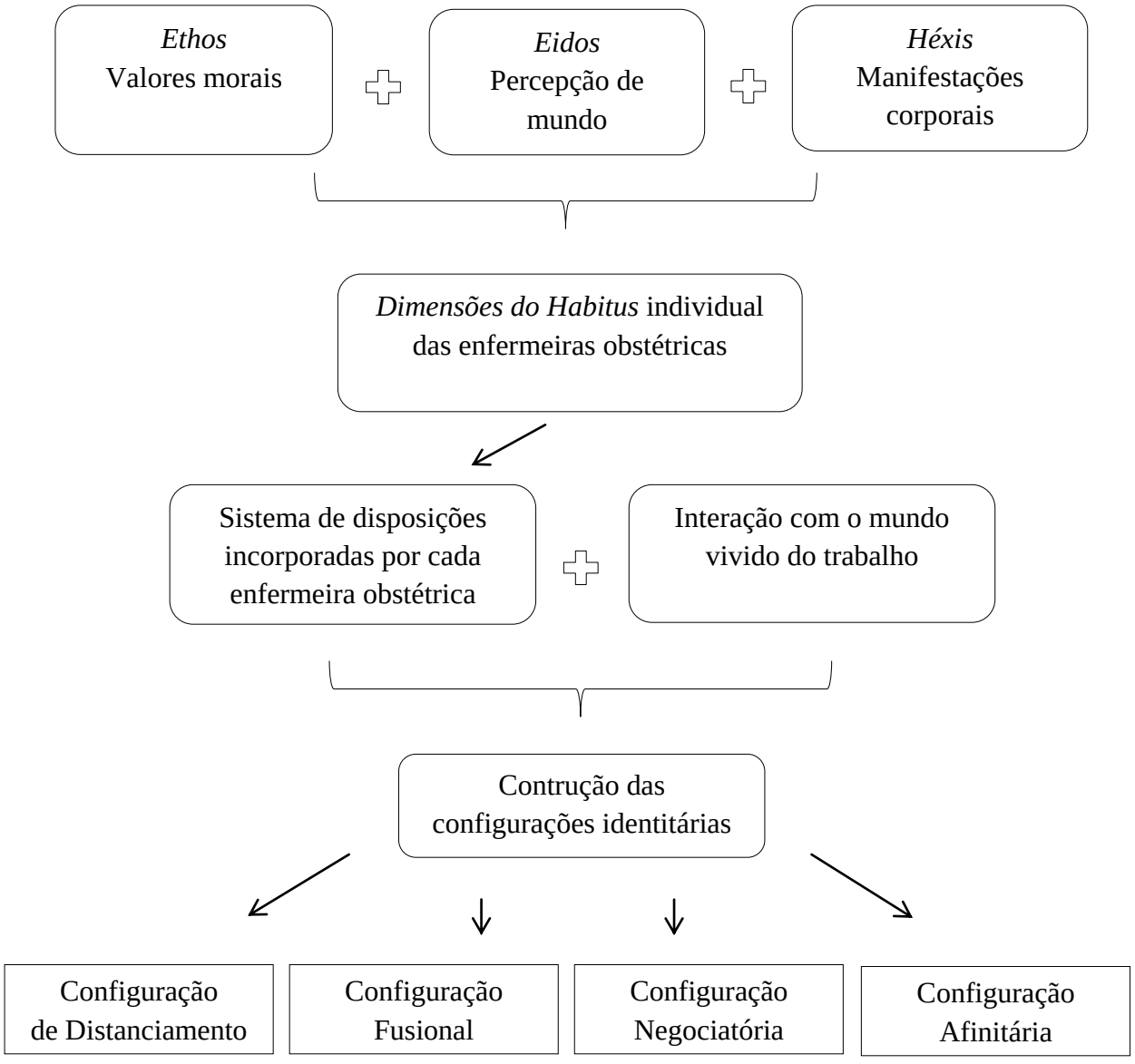



Fonte: A autora (2019).

## 1.5 *Habitus* profissional e sua articulação com as configurações identitárias

É importante ressaltar que a especialização em enfermagem obstétrica se configura como um espaço de socialização que proporciona a agregação de novos capitais e disposições, favorecendo a formação de especialistas com *habitus* profissional gerador de um modo específico de produzir o cuidado obstétrico (PRATA, 2016).

Figura 12 – As dimensões do *habitus* e sua articulação na construção das configurações identitárias das enfermeiras obstétricas




Fonte: A autora (2019).

Ao final do curso de especialização ocorre um dos momentos mais importantes do processo de construção da identidade profissional da enfermeira obstétrica, que é a saída do sistema escolar e a inserção no mercado de trabalho, quando ela passa a construir uma identidade autônoma. No mundo vivido do trabalho, sua imagem profissional de si no futuro será projetada, sendo que em sua trajetória socioprofissional e na relação dos trabalhadores com sua formação que irá se estabelecer o movimento constante de reconfiguração da identidade profissional.

A articulação das dimensões do *habitus* (*ethos*, *eidos* e *héxis*) resultam na construção de um *habitus* particular para cada indivíduo, formando assim um ser único, com suas próprias características e conjunto de posturas corporais, com um sistema de esquemas mentais, lógicos e cognitivos, baseados nos fenômenos com os quais o agente se deparou em sua experiência de vida, e por fim, um conjunto sistemático de princípios e valores práticos que somente este indivíduo incorporou.

Para estas especialistas, existem três principais campos obstétricos, com diferentes estruturas que podem influenciar diretamente na construção da identidade de cada uma delas: o hospitalar, os das casas de parto e o domiciliar.

No campo hospitalar, que ainda é predominante no Brasil, a enfermeira obstétrica atua juntamente com a equipe médica em um modelo tradicional de assistência medicalizado, que é centrado no médico obstetra e na atenção hospitalar. Já nos campos obstétricos desmedicalizados e domiciliares, as enfermeiras obstétricas são as únicas profissionais que atuam na assistência humanizada ao parto e nascimento, lutando pela manutenção do campo e da desmedicalização como o modelo de cuidado dominante.

De acordo com o sistema de disposições incorporadas por este agente e com a interações com o mundo do trabalho, ele irá, de forma inconsciente, caminhar para a construção de uma configuração identitária profissional, que pode ou não ser semelhante daqueles que pertencem à mesma classe profissional.

Se este agente apresenta um *habitus* pautado em experiências seguras, e não tem interesse em experiências novas e diferentes das que já está acostumado, vislumbra as mudanças introduzidas como ameaças, se sente inseguro diante destas e é possível que, ao interagir com o mundo do trabalho, adquira uma configuração identitária profissional de distanciamento.

Caso o agente apresente disposições incorporadas nas dimensões *ethos* e *eidos* que admitam a fusão de sua identidade com a da empresa/instituição, ele poderá executar

atividades de forma repetitiva, burocrática e automatizada, adquirindo uma configuração identitária profissional fusional.

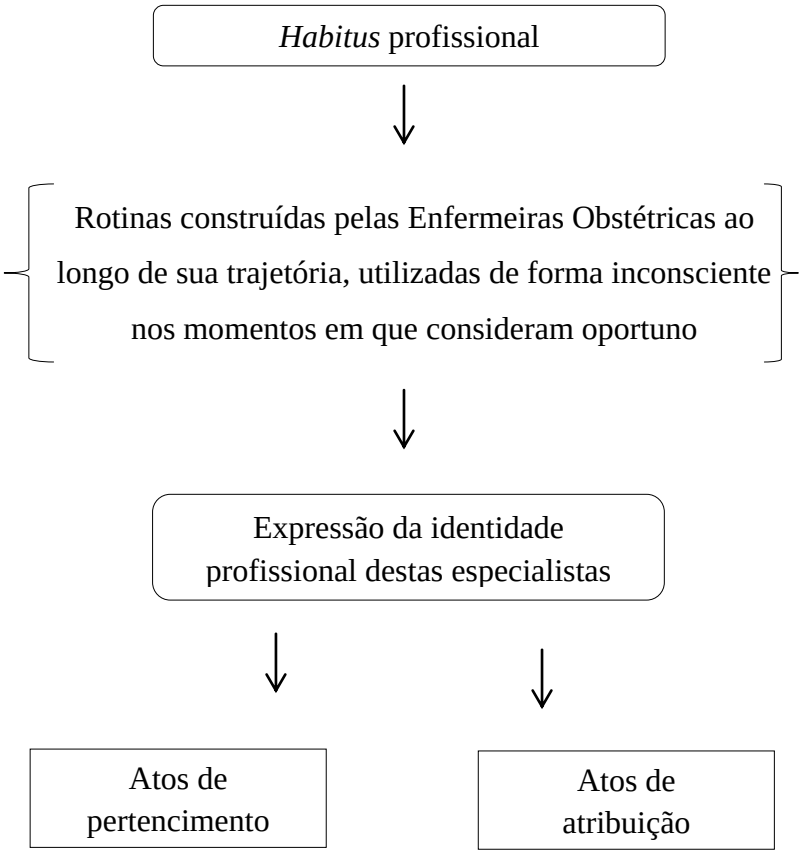
Entretanto, quando as dimensões *ethos* e *eidos* do *habitus* do agente não permitem que ele abra mão de sua identidade e de seus saberes já agregados, ele tende a obter uma configuração identitária profissional negociatória, que é tanto reconhecida pela empresa quanto socialmente legitimável.

Há ainda a possibilidade de este agente estar inserido em um ambiente laboral temporário, onde não se sinta realizado e veja o emprego presente como algo provisório para a consolidação da sua profissão, construindo uma configuração identitária afinitária. Baseado em seu *eidos* e seu *ethos*, ele tenderá a não manifestar pertencimento à empresa, colocando seus interesses particulares acima dos da instituição.

Ao mesmo tempo que o indivíduo constrói uma identidade profissional autônoma, com suas características peculiares, ele se vê inserido em uma classe profissional, com agentes que apresentam propriedades e experiências de vida semelhantes. Assim, é o desejo de pertencimento ao grupo que fundamenta o surgimento das identidades profissionais, as quais são construídas com base no modo como esses agentes se vêem e como acham que são vistos pelos outros membros do grupo, o que Dubar (2005) denomina como atos de pertencimento e atos de atribuição.

Estas identidades se expressam por meio da manifestação das dimensões *ethos, eidos e héxis* de cada um dos indivíduos que compartilham de um *habitus* profissional, que, segundo Urroz Sanchotene e Molina Neto (2006), é um esquema gerador das ações dos profissionais, ou seja, "um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona em cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações".

Figura 13 – *Habitus* profissional como expressão da identidade profissional




Fonte: A autora (2019).

# 2 **METODOLOGIA**

## 2.1 **Tipo de estudo**

A presente dissertação se desenvolveu por meio da abordagem qualitativa e teve objetivo descritivo, delineado por meio da teoria da Socialização de Dubar (2005), discutindo questões atinentes ao *Habitus*, a fim de desvelar o processo de construção da identidade profissional das enfermeiras obstétricas.

Esta pesquisa foi qualitativa por envolver e necessitar de um aprofundamento da compreensão das subjetividades das relações estabelecidas pelas enfermeiras obstétricas em seu mundo vivido do trabalho e descritiva pela importância de descrever os fatos e fenômenos que fundamentam a identidade profissional das enfermeiras obstétricas.

A pesquisa qualitativa exige como peças primordiais para seu desenvolvimento a abertura, a flexibilidade, a capacidade de observação e de interação com o grupo de investigação e com os agentes sociais envolvidos. Preocupa-se com a compreensão, com a interpretação do fenômeno, destacando o significado que os outros dão às suas práticas (GONSALVES, 2011).

Minayo (2000, p. 70) descreve a pesquisa de natureza qualitativa caracterizando-a por "trabalhar com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis".

## 2.2 **Participantes do estudo**

As participantes do estudo foram 13 (treze) mulheres, enfermeiras obstétricas, que estavam trabalhando há mais de cinco anos na assistência obstétrica e que concordaram, voluntariamente, em participar da pesquisa. A opção pelas profissionais com mais de cinco anos de trabalho deve-se à afirmação de Dejours (2007), que o trabalhador necessita de pelo menos um ano no trabalho para se apoderar da dinâmica da organização e do processo, onde suas percepções se tornam mais firmes dentro deste ambiente e pelo fato do método de

constituição do *habitus* estar associado a longos, lentos e contínuos processos socializadores (ASSUMPÇÃO; GOLIN, 2016).

Os critérios de inclusão dessas profissionais foram: a) ter tempo de atuação no cenário de, no mínimo, cinco anos; b) estar atuando como enfermeira obstétrica na cidade do Rio de Janeiro; c) ser especialista em enfermagem obstétrica; d) ser do quadro permanente da instituição.

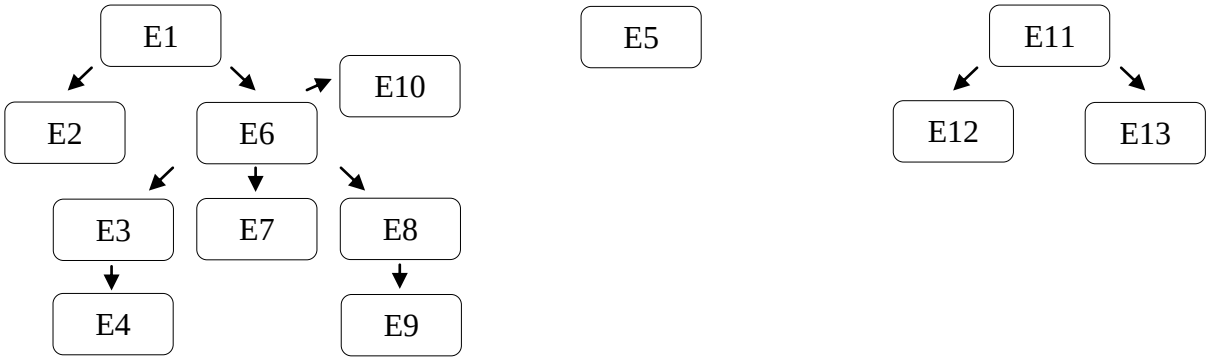
Os critérios de exclusão foram os seguintes: a) atuar exclusivamente em hospitais particulares no município do Rio de Janeiro; b) atuar simultaneamente em outras especialidades da enfermagem.

## 2.3 **Captação das participantes**

Para a captação das participantes da pesquisa, o método escolhido foi o de *snowball* ou bola de neve. Este é um método de amostragem que utiliza cadeias de referência, como uma espécie de rede de contatos dos membros existentes na amostra. Ou seja, é uma forma de amostra não probabilística utilizada em pesquisas sociais onde as participantes iniciais indicam novas participantes, que por sua vez, indicam outras participantes e assim, sucessivamente (BALDIN; MUNHOZ, 2011). Esta técnica de captação de participantes foi escolhida por ser uma forma viável e segura de chegar até agentes que se encaixem nos critérios de inclusão e de exclusão para participar desta pesquisa.

Como egressa de um Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica de uma Universidade situada no Estado do Rio de Janeiro, eu possuía uma lista de contatos pessoal que utilizei para contactar as participantes sementes, conforme critérios estabelecidos. A partir daí, selecionei três enfermeiras obstétricas que foram utilizadas como primeiros contatos. A primeira enfermeira semente foi a E1 e indicou as enfermeiras E2 e E6. A enfermeira E6 indicou as enfermeiras E3, E8 e E10. A enfermeira E3, indicou a E4 e a enfermeira E8 indicou a E9. A segunda enfermeira semente foi a E5, que indicou outras duas participantes que não conseguiram agendar entrevista por incompatibilidade de horários livres. A terceira e última enfermeira semente foi a E11, que indicou as enfermeiras E12 e E13.

Figura 14 – Fluxo de captação das participantes




Fonte: A autora (2021).

Nesta técnica, a busca por novas participantes é concluída quando as entrevistadas passam a repetir os conteúdos já coletados em entrevistas anteriores e não acrescentam mais nenhuma informação nova, que possa ser relevante à pesquisa. Este momento é chamado de "ponto de saturação". Por isso, a coleta foi encerrada na participante 13, pois foi perceptível que as informações coletadas nas entrevistas estavam começando a se repetir sem acrescentar novas informações relevantes à pesquisa, ou seja, o conteúdo estava saturado (SAUNDERS et al., 2018).

## 2.4 **Técnica de coleta de dados**

Para desenvolver esta pesquisa, foi utilizada a entrevista individual do tipo semiestruturada, que é um encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional (RAMPAZZO, 2005).

Para Gil (2008), a entrevista permite que o investigador se apresente ao investigado, fazendo perguntas com o intuito de obter dados que interessem à pesquisa. A escolha pela entrevista fundamentou-se no fato de ela possibilitar que o pesquisador articule a entrevista com perguntas previamente formuladas e também aborde livremente o tema em profundidade, favorecendo um diálogo intenso, correspondido entre entrevistador e informante (MINAYO, 2000).

Foi realizada uma entrevista piloto com o objetivo de testar o roteiro. Posteriormente à aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP), os dados foram coletados nos meses de Outubro a Dezembro de 2019. As entrevistas tiveram duração média de trinta e cinco minutos, foram gravadas em smartphone e guardadas em disco rígido externo de posse da autora.

Foi realizado o primeiro contato com a participante semente através do aplicativo WhatsApp, falando brevemente sobre o projeto e avaliando o interesse da candidata em participar. Quando este foi positivo, entrei em contato por telefone falando mais especificamente do projeto e agendando um encontro pessoalmente para realizar a entrevista, em um local de preferência da participante. Todas elas optaram por realizar as entrevistas em seu local de trabalho. A fim de preservar e não interferir na rotina da instituição e na qualidade dos serviços, todas foram realizadas após o término do expediente.

Ao chegar no local marcado, houve uma conversa suscinta, em que foram explicados os objetivos da pesquisa, esclarecidas as possíveis dúvidas da participante e exposto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), para que a participante pudesse assinar.

Após assinatura do TCLE, foi iniciada uma entrevista contemplando a primeira parte do roteiro com perguntas fechadas e abertas para auxiliar a compreender melhor a problemática estudada e para traçar um perfil das participantes, que objetiva a caracterização dos participantes do estudo de forma geral (APÊNDICE A).

Em seguida, foi iniciada a segunda parte da entrevista, que objetiva atingir especificamente os resultados desta pesquisa. Ela é composta de cinco divisões, sendo elas: PARTE I – Introdução: com objetivo de capturar dados relacionados à socialização das participantes, que faz parte da constituição do *habitus* primário e da identidade pessoal que a levaram a ser enfermeira; PARTE II - Formação profissional: com objetivo de propiciar que as depoentes resgatem as questões que motivaram a opção pela residência como uma modalidade de formação profissional; PARTE III – Atuação profissional: com objetivo de entender como foi a transição da residência de Enfermagem Obstétrica para o mundo do trabalho; PARTE IV - Configurações identitárias: com objetivo de fisgar elementos que permitam a identificação da configuração identitária profissional desta participante; e PARTE V - Atos de pertencimento e de atribuição: com objetivo de desvelar os atos de pertencimento e de atribuição desta participante (APÊNDICE B).

Ao final das entrevistas, foi verbalizado às participantes o agradecimento por se disporem a participar desta pesquisa. As transcrições foram feitas concomitantemente, o que

permitiu a avaliação da saturação para encerramento da coleta de dados na medida em que avançava a pré-análise dos dados conforme descrito a seguir.

## 2.5 **Aspectos éticos**

Em observância às determinações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) /Ministério da Saúde (MS), órgão que aponta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos.

A participação das enfermeiras obstétricas foi livre, consentida e esclarecida, formalizada através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE D).

As enfermeiras obstétricas foram convidadas a participar da pesquisa através de contato pessoal. Neste momento, foram apresentados os objetivos do trabalho, os procedimentos de coleta de dados e a metodologia definida para o estudo. Foi respeitada a liberdade de não participação e garantido o tratamento anônimo dado a todo o material resultante da entrevista e das impressões registradas. Uma vez declarado o aceite para a participação, foi realizada a assinatura do TCLE.

Ressalta-se que neste estudo não existe envolvimento com instituições hospitalares, os participantes não foram identificados e não existe exposição de características que permitam sua identificação e/ ou da instituição.

Cabe ressaltar que a entrevista piloto, teve o intuito de testagem do roteiro. Foi inserida na pesquisa juntamente com as demais entrevistas, pois não houve alteração no instrumento de coleta de dados. A entrevista 1 foi intitulada E1; a entrevista 2, E2, assim sucessivamente até a E13, com o intuito de preservar a identidade de cada uma, respeitando o sigilo na pesquisa.

O projeto foi apresentado ao CEP da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Obteve parecer favorável em 13 de Setembro de 2019, sob número de protocolo de aprovação 18055319.0.0000.5282 (ANEXO), em concordância com os padrões éticos exigidos pela Resolução n° 466, do CNS (CNS, 2012). Todos os recursos necessários a esta pesquisa foram providos pela autora, bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e não houve custos para as participantes.

## 2.6 **Método de análise dos dados**

Como método de análise de dados, foi utilizada a análise de conteúdo categorial temática, método no qual os discursos são decompostos em unidades de registro formadas por núcleos temáticos, frases que possuam ligação com o objeto de estudo. A análise temática consiste em descobrir o núcleo do sentido que compõe a comunicação e como a frequência de aparição pode significar algo a respeito do objeto de análise (BARDIN, 2011).

Dessa forma, a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações com o intuito de obter, através dos procedimentos objetivos e sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que possibilitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens (OLIVEIRA, 2008).

As fases de análise desse método organizam-se em três polos cronológicos:

a) Pré-análise;
b) Exploração do material;
c) Interpretação.

Na **pré-análise** foi realizada a organização do material, tendo como primeira atividade a leitura flutuante, que é o primeiro contato com os documentos da coleta de dados, momento em que se começa a conhecer os textos, entrevistas e demais fontes a serem analisadas. A segunda atividade desta etapa, foi a escolha dos documentos, que consiste na definição do corpus de análise (SILVA; FOSSÁ, 2015). Ou seja, logo após a transcrição das entrevistas, foi feita a leitura de cada uma, conforme elas iam acontecendo. Isso possibilitou relembrar as histórias contadas por cada participante, seus contextos de socialização e promever ligações entre a construção das identidades das entrevistadas, no sentido pessoal e no profissional.

Na **exploração do material**, utilizaram-se as estratégias de construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Bardin (2011) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. Nessa fase, o texto das entrevistas, e, de todo o material coletado, é recortado em unidades de registro (SILVA; FOSSÁ, 2015).

Nesta dissertação, após a leitura de todas as entrevistas, seus respectivos textos foram recortados, separando as partes consideradas mais importantes e que atendiam aos objetivos

da pesquisa em um novo documento no software Microsoft Excel, em formato de planilha. Esses recortes deram origem às unidades de registro. Na seleção das unidades de registro, os depoimentos foram submetidos aos critérios de representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência, sendo agrupados em unidade de significação e depois em unidades temáticas, que são submetidas à inferência e à interpretação, que possibilitarão a construção das categorias e subcategorias do estudo (BARDIN, 2011).

A **interpretação** ou tratamento dos resultados, consistiu em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (entrevistas, documentos e observação). A análise comparativa foi realizada através da justaposição das diversas categorias existentes em cada análise, ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes (SILVA; FOSSÁ, 2015).

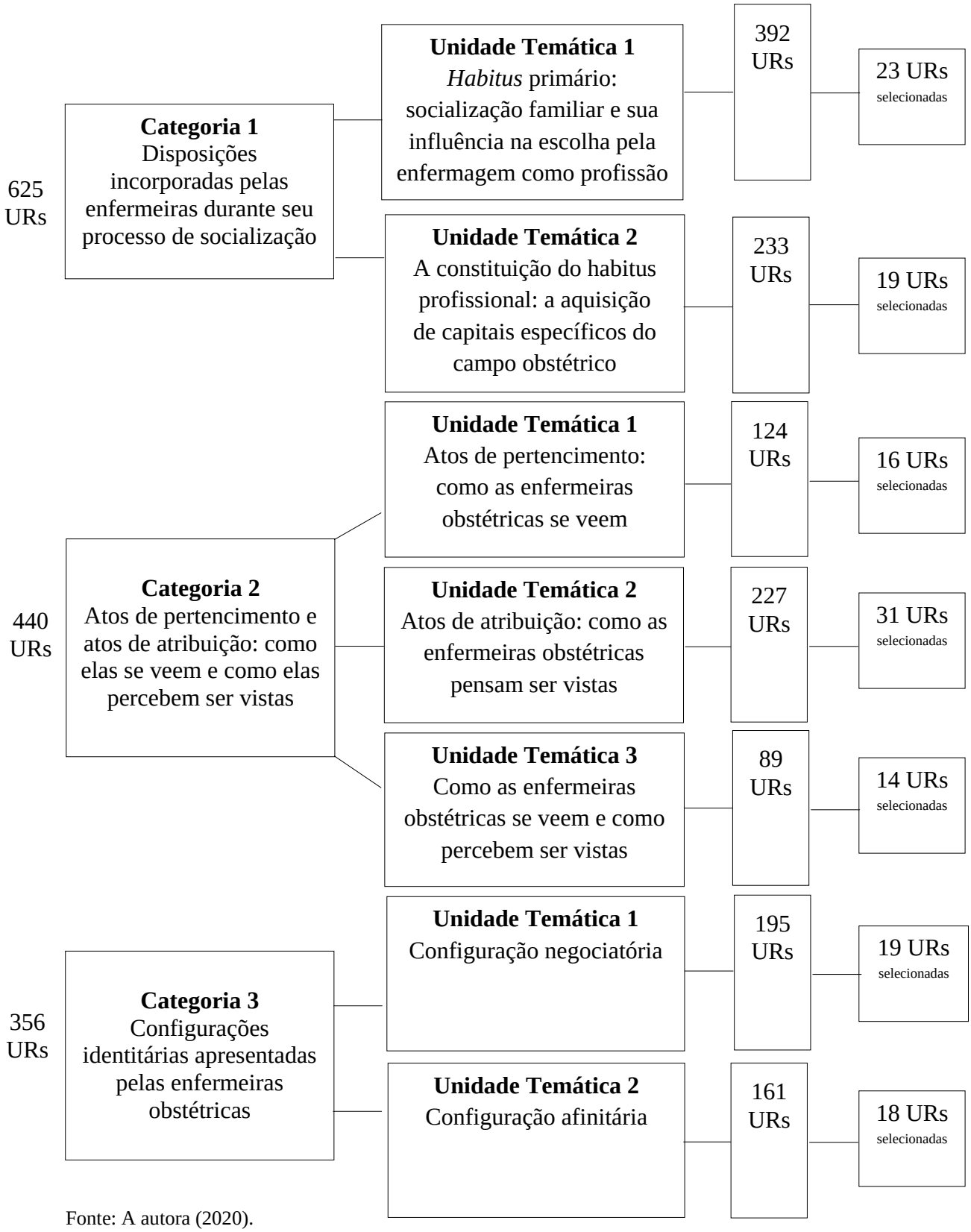
Após aplicação do método foram encontradas 1421 unidades de registro e elaboradas as seguintes categorias e subcategorias:

A categoria 1 foi intitulada ‘Disposições incorporadas pelas enfermeiras durante seu processo de socialização’ e contém duas unidades temáticas: ‘*Habitus* primário: socialização familiar e sua influência na escolha pela enfermagem como profissão’ e ‘A constituição do *habitus* profissional: a aquisição de capitais específicos do campo obstétrico’, com total de 625 unidades de registro, das quais 42 URs foram selecionadas para uso neste estudo.

A categoria 2 foi intitulada: ‘Atos de pertencimento e atos de atribuição’. A mesma contém três unidades temáticas: ‘Atos de pertencimento: como as enfermeiras obstétricas se veem’, ‘Atos de atribuição: como as enfermeiras obstétricas percebem ser vistas’ e ‘Como as enfermeiras obstétricas se veem e como percebem ser vistas’ com total de 440 unidades de registro, das quais 61 URs foram selecionadas para uso neste estudo.

A categoria 3 foi intitulada ‘Configurações identitárias apresentadas pelas enfermeiras obstétricas’ e contém duas unidades de registro: ‘Configuração negociatória’ e ‘Configuração afinitária’, com total de 356 unidades de registro, das quais 37 URs foram selecionadas para uso neste estudo.

Figura 15 – Representação esquemática das categorias, unidades temáticas e unidades de registro organizadas com os resultados




Fonte: A autora (2020).

# 3 **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 3.1 **Caracterização dos participantes**

Participaram deste estudo 13 enfermeiras obstétricas, todas mulheres, atuantes no serviço público de saúde como especialistas, que desempenham suas atividades laborais em seis maternidades públicas diferentes e com experiência profissional de, no mínimo, 5 anos na assistência de enfermagem obstétrica.

Com relação à variável idade, a prevalência é da faixa etária de 30 a 35 anos (92%), seguida por apenas 1 profissional com mais de 50 anos (8%), conforme explícito na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com faixa etária

| **Faixa etária** | $f$ | **%** |
|---|---|---|
| **30 a 35 anos** | 12 | 92 |
| **36 a 50 anos** | 0 | 0 |
| **> 50 anos** | 1 | 8 |
| **Total** | 13 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

Levando em consideração o estado civil das participantes do estudo, a maioria, com o total de 8 profissionais, declarou-se casada (62%). 4 destas especialistas declararam-se solteiras (30%), e apenas 1 especialista declarou-se divorciada (8%), conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com estado civil

| **Estado civil** | $f$ | **%** |
|---|---|---|
| **Solteira** | 4 | 30 |
| **Casada** | 8 | 62 |
| **Divorciada** | 1 | 8 |
| **Total** | 13 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

No quesito modalidade da especialização, a maioria, somando 8 especialistas, concluiu a especialização em enfermagem obstétrica *lato senso* (62%) e apenas 5 especialistas cursaram especialização nos moldes de residência (38%), conforme a tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tipo de especialização

| **Modalidade** | $f$ | **%** |
|---|---|---|
| **Especialização em enfermagem obstétrica na modalidade de residência** | 5 | 38 |
| **Especialização em enfermagem obstétrica lato senso** | 8 | 62 |
| **Total** | 13 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

Quanto à qualificação profissional das enfermeiras obstétricas (Tabela 4), observamos que 7 das enfermeiras (53%) que trabalham na área da assistência à mulher, no ciclo gravídico-puerperal, possuem ou estão cursando o mestrado, o que caracteriza a busca constante pelo aprendizado e qualificação profissional na área de obstetrícia. As 6 outras especialistas (47%) estudaram até a especialização e não tem interesse em cursar mestrado ou doutorado.

Entretanto, 8 especialistas entrevistadas (62%), possuem habilitação em outras áreas. Entre as outras especializações/ habilitações realizadas, as mais citadas pelas enfermeiras foram neonatologia e enfermagem do trabalho.

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a formação profissional de mais alto nível

| **Escolaridade** | $f$ | **%** |
|---|---|---|
| **Especialização** | 6 | 47 |
| **Mestrado** | 7 | 53 |
| **Doutorado** | 0 | 0 |
| **Total** | 13 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

Considerando o critério de tempo de atuação (Tabela 5), percebeu-se que 6 das enfermeiras tem uma média de 5 a 6 anos de atuação como especialista (46%), seguido de 4 especialistas com 9 a 10 anos (31%), 2 especialistas com 7 a 8 anos (15%) e apenas 1 com mais de 10 anos de experiência (8%).

Tabela 5 - Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tempo de atuação na obstetrícia

| **Tempo de atuação** | $f$ | **%** |
|---|---|---|
| **5 a 6 anos** | 6 | 46 |
| **7 a 8 anos** | 2 | 15 |
| **9 a 10 anos** | 4 | 31 |
| **> de 10 anos** | 1 | 8 |
| **Total** | 13 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

De acordo com o tipo de função exercida, 11 especialistas, a maioria das enfermeiras, atuam na parte assistencial (85%). Apenas 2 destas atuam na parte gerencial (15%).

Tabela 6 - Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com o tipo de função exercida

| **Função** | $f$ | **%** |
|---|---|---|
| **Assistencial** | 11 | 85 |
| **Gerencial** | 2 | 15 |
| **Total** | 13 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

No que se referiu aos vínculos, 7 enfermeiras exercem sua função em dois empregos (54%) cumprindo carga horária superior a 60 horas semanais. Estas fizeram essa escolha por receberem salários pequenos e incompatíveis com as suas necessidades de sustento. As 6 enfermeiras restantes optaram por se manter com apenas 1 emprego (46%), pois se viam muito cansadas física e mentalmente ao trabalhar por tantas horas (Tabela 7).

É válido destacar que o acúmulo de vínculos pode ter uma dupla face, justamente como acontece com as enfermeiras deste estudo: ele pode causar prazer ou fadiga. O prazer é consequente de um melhor aporte financeiro que resulta em melhor qualidade de vida,

entretanto, o cansaço e desgaste também podem existir diante da carga horária excessiva e das dificuldades em conciliar a vida social e familiar (VIERA et al, 2016).

Tabela 7 - Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a quantidade de empregos

| **Nº Emprego** | $f$ | **%** |
|---|---|---|
| **Um** | 6 | 46 |
| **Dois** | 7 | 54 |
| **Total** | 13 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

Levando em consideração que 7 das enfermeiras optaram por ter dois empregos e somando todos os vínculos empregatícios de todas as especialistas entrevistadas, temos o total de 20 vínculos empregatícios, sendo 6 das que tem um emprego e 14 das que tem dois empregos (Tabela 8). Nesse sentido, 15 vínculos empregatícios são no regime de CLT (75%), 3 vínculos são estatutários (10%) e 2 vínculos são por contrato (10%). Esses dados representam que apenas 10% das enfermeiras possuem estabilidade no seu emprego e que a grande maioria convive com a insegurança e medo da possibilidade de ser mandada embora a qualquer momento. Essas condições de trabalho repercutem diretamente na atuação profissional de cada uma das enfermeiras entrevistadas, conforme discutiremos abaixo.

Tabela 8 - Distribuição dos empregos de acordo com os vínculos empregatícios

| **Vínculos** | $F$ | **%** |
|---|---|---|
| **CLT** | 15 | 75 |
| **Contrato** | 2 | 10 |
| **Estatutário** | 3 | 15 |
| **Total** | 20 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

Analisando a renda mensal das enfermeiras entrevistadas, foi observado que esta varia, principalmente, de acordo com a quantidade de vínculos acumulados de forma proporcional, ou seja, quanto mais vínculos, maior o salário. O valor médio recebido pelas especialistas é de 2 a 4 salários mínimos por vínculo empregatício (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos sujeitos estudados de acordo com a renda mensal

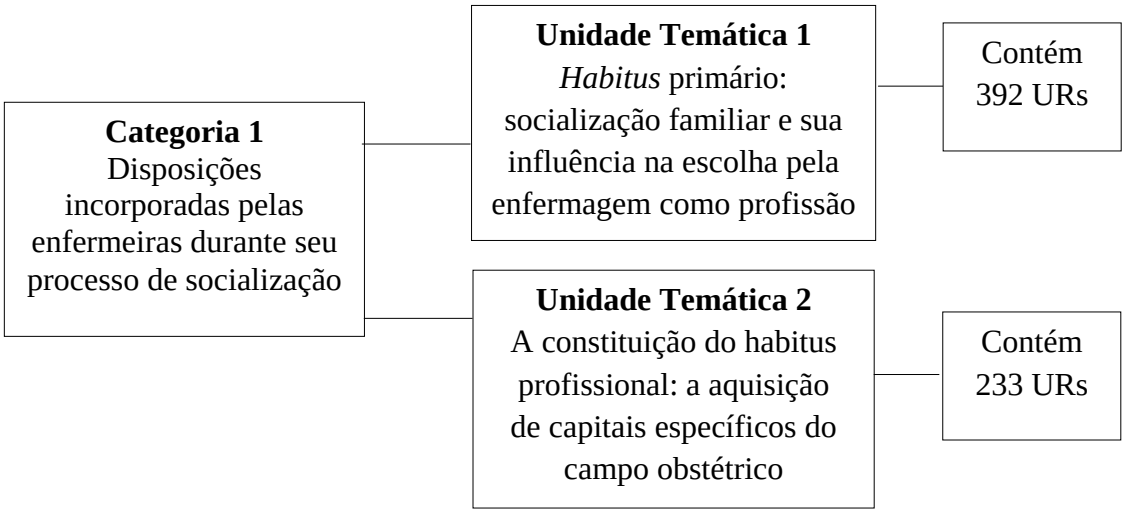
| **Salários mínimos** | **f** | **%** |
|---|---|---|
| **2 a 4** | 6 | 46 |
| **5 a 7** | 6 | 46 |
| **8 a 10** | 1 | 8 |
| **Total** | 13 | 100 |

Fonte: A autora (2020).

## 3.2 **Disposições incorporadas pelas enfermeiras durante seu processo de socialização**

Esta categoria é formada por duas subcategorias, "*Habitus* primário: socialização familiar e sua influência na escolha pela enfermagem como profissão"e "A constituição do habitus profissional: aquisição de capitais específicos do campo obstétrico", 392 URs e 233 URs, respectivamente.

Figura 16 – Esquema da estrutura da categoria 1 com a apresentação das unidades temáticas e quantidade de unidades de registro




Fonte: A autora (2020).

### 3.2.1 *Habitus* primário: socialização familiar e sua influência na escolha pela enfermagem como profissão

Segundo Bourdieu (2001), o *habitus* constitui a nossa maneira de perceber, julgar e valorizar o mundo, conformando a nossa forma de agir, corporal e materialmente, por meio de um sistema de disposições incorporadas e colocadas em prática no nosso dia a dia. Algumas dessas disposições são adquiridas pelo convívio familiar na construção do *habitus* primário e estão diretamente associadas à nossa visão de mundo e ao modo como pretendemos nos constituir enquanto seres humanos.

Nesse sentido, as participantes do estudo reconheceram a família e a religião como elementos que influenciaram na constituição de seus *habitus* primário:

> Eu acho que muito de quem eu sou hoje foi sendo construído pelos princípios que meu pai recebeu da família dele e assim sucessivamente. (E7)

> A minha formação moral, a minha formação ética, a formação religiosa, tudo perpassa pelas pessoas que estiveram comigo durante esse desenvolvimento. Isso inclui a minha visão de mundo, o que eu entendo de certo e errado, o que eu entendo em termos de almejar profissionalmente e almejar pessoalmente, a minha forma de lidar com o outro, as minhas habilidades de comunicação, acho que tudo está envolvido. (E11)

A partir do convívio familiar, os indivíduos incorporam um conjunto de disposições típico da posição que ocupam, o que inclui a formação ética, religiosa, princípios, costumes e moral, e construíram uma estrutura social que se perpetua de geração em geração, porque os próprios indivíduos tendem a atualizá-la ao agir de acordo com o conjunto de disposições provenientes da posição estrutural na qual eles foram socializados (NOGUEIRA e NOGUEIRA, 2002).

As enfermeiras pesquisadas trouxeram para a profissão muitas disposições incorporadas em sua socialização primária. Desse modo, os valores morais, éticos e religiosos que são passados pelas famílias através do exercício do poder simbólico, constroem um conjunto de práticas e de representações que compõe o *habitus* dos indivíduos e que influenciam na escolha e construção da profissão (ARRIBAS, 2012). Ressalta-se que o poder simbólico é de enunciação invisível, no entanto, é de fazer ver e de fazer crer, de confirmar e de transformar a visão de mundo e a própria ação sobre o mundo (BOURDIEU, 2004a).

Ainda nesse contexto, as especialistas relataram que desde a infância, seus familiares as incentivaram a estudar, no sentido de ter uma profissão e autonomia financeira para não depender de outras pessoas para obter seu próprio sustento. Por isso, foram estimuladas a

traçar seus próprios caminhos e escolhas para alcançar aquilo que almejavam, mas sempre com disciplina.

> Minha mãe, desde que éramos pequenas, incentivou a gente a estudar, ter disciplina, ter frequência na escola. (E4)
>
> A minha construção como pessoa foi com a minha mãe. Ela me deu um estímulo de estudo, de buscar o que eu queria. Então nisso ela foi muito importante. (E12)
>
> Eles sempre foram uma família que valorizaram bastante os estudos. Apesar de estudar em colégio público a vida inteira, eles sempre incentivaram a gente a escolher uma profissão e a estar bem preparadas para isso. (E13)

Segundo Ferreira (2010), ter disciplina significa manter obediência às regras, aos superiores e regulamentos, associando-se com uma educação que transmite capacidade moral e intelectual ao indivíduo. É uma disposição que pode ser vista por meio da regulação corporal e do controle do comportamento (OLIVEIRA, 2018).

Para Foucault (2003), o uso da disciplina se desenvolveu na modernidade como técnica que serve para nortear os indivíduos através de regras que devem ser seguidas por meio de um sistema de obediência e submissão. Disciplina e controle caminham juntos para fazer com que regras e procedimentos sejam cumpridos e respeitados, o que acaba fortalecendo as relações de poder.

Isso se dá através do que Bourdieu (2003) chama de violência simbólica, uma violência que é suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente através da comunicação e do conhecimento, do desconhecimento, do reconhecimento ou, do sentimento.

É interessante perceber que nas falas das participantes, a disciplina transparece associada à autonomia, apesar da primeira ser uma estratégia de dominação que pode interferir no alcance da segunda. Filosoficamente, a autonomia conduz à ideia de liberdade, da propriedade pela qual o ser humano escolhe as leis que regem sua conduta, ou seja, da possibilidade e capacidade de livre decisão dos indivíduos e grupos sobre suas próprias ações na vida (LALANDE, 1999).

De acordo com Guedes e Fonseca (2011), a autonomia é a “capacidade e as condições concretas que permitem às mulheres tomar livremente as decisões que afetam as suas vidas e o poder de agir segundo tais decisões”. Já a autonomia advinda da profissão ressalta a busca feminina pela emancipação, entendida por Dicio (2021) como “ação ou efeito de emancipar (-

se), movimento de libertação; alforria, independência"[4], que rompe com o paradigma do patriarcado, para o qual aos homens, cabe o ambiente público e a função de provedores dos lares, enquanto que às mulheres o ambiente privado e a responsabilização pelos cuidados da casa e dos filhos.

> Minha mãe frisava bastante que era importante que eu tivesse uma profissão, que eu estudasse e que eu conseguisse me sustentar, que eu não precisasse de homem para me sustentar, de marido, essas coisas. (E2)

É válido ressaltar que, a grande maioria das enfermeiras deste estudo, nasceu no final da década de 1980, época marcada pela consolidação da força política e social dos movimentos de mulheres no Brasil, os quais contavam com a participação e o apoio de associações profissionais, partidos, sindicatos, legitimando a mulher como sujeito social particular. Como efeito das lutas feministas, verifica-se a significativa alteração da condição da mulher na Constituição Federal de 1988, que extinguiu a tutela masculina na sociedade conjugal (SARTI, 2004).

Nesse contexto, as participantes do estudo seguiram a orientação familiar de buscar sua autonomia a partir da identificação com mulheres enfermeiras pertencentes ao seu ciclo familiar:

> Eu cresci vendo minha mãe ser enfermeira, então eu acabei me identificando com isso. (E1)

> Minha avó era enfermeira, ela trabalhava em três empregos. Guerreira e motivo de orgulho da família. (E2)

> Eles sempre me incentivaram muito em relação a minha carreira. Inclusive eu resolvi fazer enfermagem por causa de uma tia minha que é enfermeira, que foi doutora da UFRJ. (E3)

> A minha irmã mais velha é enfermeira. E na época que eu fui procurar uma profissão a enfermagem estava muito no auge. (E6)

Bourdieu (1999) destaca a influência da socialização primária como herança, enquanto patrimônio deixado por alguém aos seus descendentes, enquanto capitais e disposições que estão na gênese do processo de constituição do *habitus* primário. Assim, é um conjunto de bens materiais e/ou culturais de um grupo familiar que pode ser herdado pelos filhos, membros da família ou por aqueles que convivem de forma próxima, os quais transmitem

[4] Neste estudo a autonomia financeira da mulher também é entendida como emancipação feminina.

valores, virtudes e competências, conformando uma identidade. Como um dos elementos desta herança familiar, as enfermeiras obstétricas reconhecem o cuidado:

> A minha mãe sempre me ensinou a cuidar e respeitar o próximo e eu acho que a enfermagem se baseia muito nisso. Minha mãe sempre me ensinou esses princípios básicos de cidadã, como pessoa e também agora como profissional. (E6)

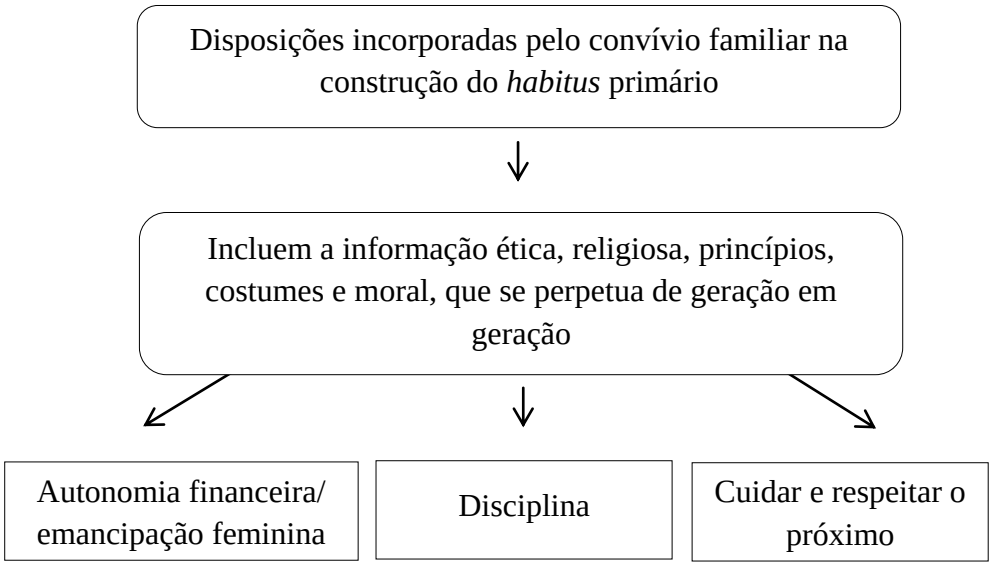
Segundo Waldow (2001), o cuidado é essência da enfermagem, no entanto, o cuidado característico deste grupo profissional, algumas vezes, é confundido no imaginário popular com o cuidado familiar e materno. Tal equívoco deve-se ao fato de que este último é transmitido entre gerações por meio de tradições que o compreendem como um conjunto de saberes vinculado ao ser feminino, os quais fornecem condições básicas de vida (COLLIÈRE, 1989).

A reprodução desta visão de mundo acerca do cuidado está relacionada com a "divisão sexuada do trabalho", que determina o lugar de homens e mulheres, no espaço socioeconômico. Essa divisão do trabalho é retratada, desde os tempos antigos quando em algumas culturas, os homens caçavam por serem fisicamente maiores, mais fortes e mais rápidos, e as mulheres forneciam estabilidade à comunidade, por meio da colheita, dos cuidados e da educação das crianças. (COLLIÈRE, 1989).

Por isso, a sociedade conecta o exercício profissional da enfermagem contemporânea com as remotas origens de uma prática feminina de cuidar (LEAKEY, 1980). No entanto, é importante ressaltar que o cuidado profissional e o cuidado materno são distintos, pois o primeiro envolve conhecimentos teóricos e científicos, diferente do segundo, que é baseado em tradições e costumes passados de geração em geração. (ZVEITER; SOUZA, 2015).

Nesse sentido, foi possível perceber que as enfermeiras deste estudo buscaram a profissão enfermagem por sua relação com o cuidado e o respeito ao próximo, enquanto elementos que se encontram na raiz da socialização primária dessas mulheres e se manifestam no saber/fazer da enfermeira ao longo de sua trajetória profional.

Figura 17 – Esquema das disposições incorporadas pelas enfermeiras obstétricas no convívio familiar




Fonte: A autora (2020).

Conforme ilustrado na Figura 15, nessa categoria foi possível evidenciar que no decorrer da socialização primária, as disposições incorporadas pelas participantes que influenciaram na escolha pela profissão foram: a autonomia financeira através do estudo; a disciplina; cuidar e respeitar o próximo.

### 3.2.2 A constituição do *habitus* profissional: aquisição de capitais específicos no Curso de Enfermagem Obstétrica

#### 3.2.2.1 Disposições e capitais determinantes da escolha pela especialidade enfermagem obstétrica

O processo de decisão das participantes do estudo pela enfermagem foi orientado por suas percepções, valores e interesses individuais (*habitus primário*), como evidenciado na subcategoria anterior. Durante o processo de construção do *habitus* profissional no curso de graduação em enfermagem, muitas participantes do estudo tiveram contato com o campo obstétrico por meio de projetos de monitoria, extensão e estágios supervisionados:

> Na graduação eu fui monitora de saúde da mulher e sempre me identifiquei com essa área. (E1)
>
> Fui acadêmica bolsista em maternidade e vi que era isso que eu quero. (E7)
>
> Fui acadêmica bolsista no banco de leite durante a graduação e sempre atuei na área de maternidade. (E8)
>
> Eu passei um mês em Oriximiná numa maternidade, e lá eu percebi que era obstetrícia. No convívio com as mulheres, com os profissionais, eu descobri que era obstetrícia que eu queria. (E12)

Ao terem esse primeiro contato com a especialidade na graduação, provavelmente, as enfermeiras obstétricas, até então graduandas de enfermagem, perceberam alguma afinidade com o campo da obstetrícia. Segundo Bourdieu (2003), isso ocorre, pois, um indivíduo só consegue absorver aquilo ao qual ele é predisposto, ou seja, elas demonstram disposições que as direcionam para a enfermagem obstétrica enquanto especialidade.

É importante resgatar o contexto histórico político da época em que as enfermeiras deste estudo estavam se construindo como indivíduos, contexto este no qual as mulheres reivindicavam seus direitos. Em 1983, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que trouxe uma visão integral da mulher na assistência à saúde.

Em 1986, tivemos o movimento da reforma sanitária, que nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população (THUME, 2018).

Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990 (LIMA; CARVALHO; COELI, 2018).

Em 1988, entrou em vigor a Constituição, considerada a Constituição cidadã, que contemplou as reivindicações das lutas dos movimentos de mulheres e da saúde que existiam à época. Desse modo, nos anos de 1990, algumas questões feministas ganharam força política e social e os direitos sexuais e reprodutivos foram reconhecidos como direitos fundamentais das mulheres, o que fortaleceu as ações de enfrentamento das desigualdades de gênero (MOUTA, 2014).

Como efeito, o campo obstétrico sofreu transformações, especialmente pelas políticas públicas que recomendavam o incentivo ao parto normal, com o mínimo de intervenções, o respeito às escolhas das mulheres acerca das decisões sobre seu corpo. Neste sentido, foi criado o Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento (PHPN), no ano 2000, com o objetivo de qualificar a atenção obstétrica, por meio da integralidade da assistência, da vinculação do pré-natal ao parto e puerpério, bem como da incorporação dos direitos femininos nas diretrizes programáticas (BRASIL, 2000).

Sob essa ótica, o campo obstétrico passou a ter a coexistência de dois modelos assistenciais que se baseiam em visões de mundo distintas. De um lado, o modelo tecnocrático, historicamente predominante, que se caracteriza por práticas obstétricas medicalizadas, procedimentais e centradas na figura do médico, onde as mulheres se submetem a rotinas rígidas e condutas que não proporcionam conforto ou respeitam sua escolha e integridade corporal. Do outro lado, o modelo humanizado, pautado em uma abordagem desmedicalizada à saúde das mulheres que prima pelo respeito aos direitos sexuais e reprodutivos, incentiva seu protagonismo e sua liberdade de decisão no processo de parturição (VARGENS, PROGIANTI, SILVEIRA, 2008).

No contexto de avanço das práticas humanizadas nos serviços de saúde, as participantes deste estudo tiveram a oportunidade de presenciar a atuação das enfermeiras obstétricas no parto durante o curso de graduação em enfermagem. Essa vivência foi determinante para a escolha pela inserção na especialidade:

> O primeiro parto que eu assisti mesmo, que eu visualizei, foi com uma enfermeira obstetra. E quando eu olhei, estava em prantos com aquela penumbra, aquele ambiente calmo e tranquilo, e disse: “Uau! É isso que eu quero ser!” (E3)

> Presenciei um parto humanizado. E eu falei: “Gente, não é que dá para nascer diferente! Não é que dá para ser uma coisa positiva! Eu não sabia que podia ser dessa forma”. (E6)

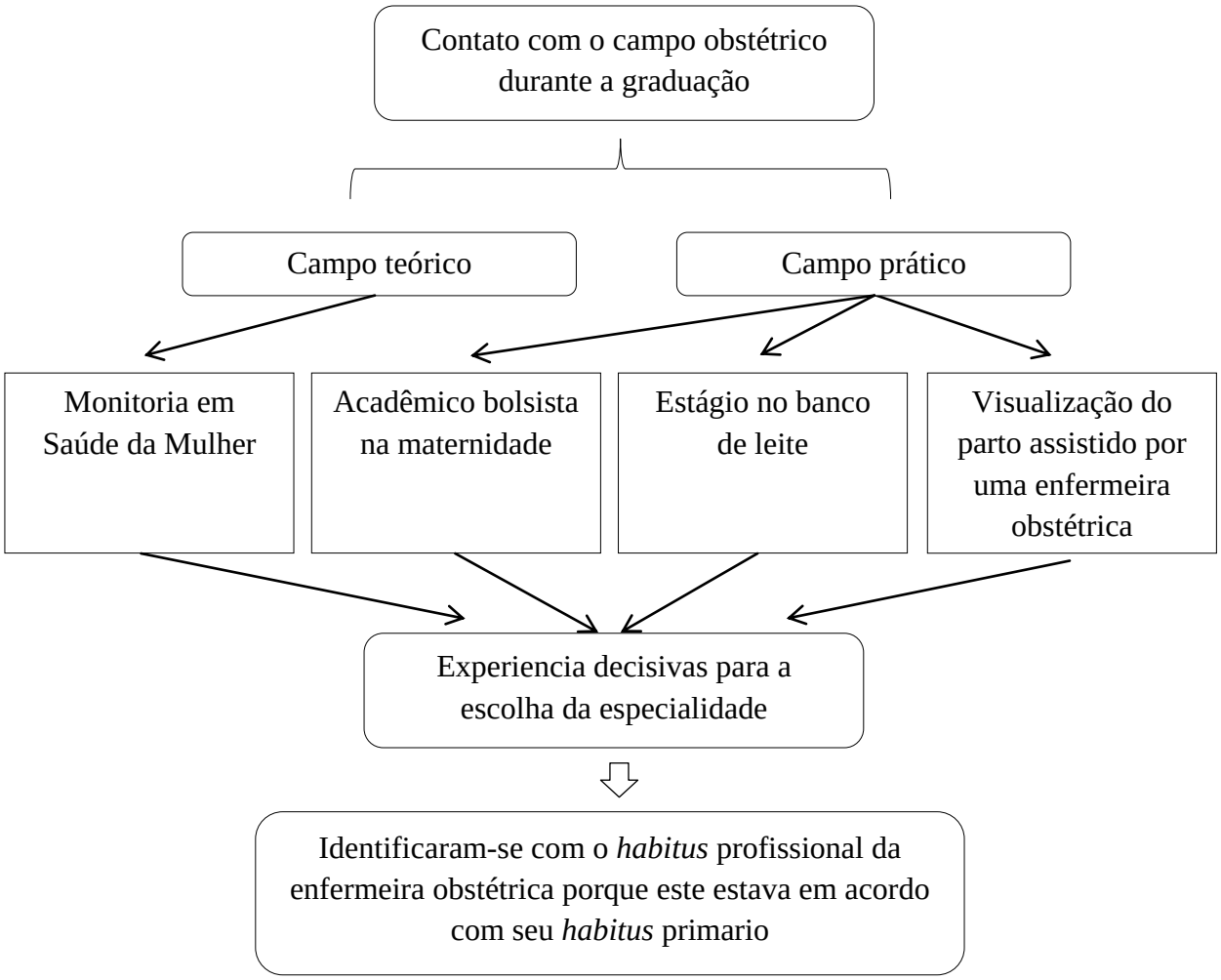
Dependendo das disposições incorporadas, o *habitus* dos agentes gera práticas diferenciadas. Dessa forma, parte dos profissionais aderem no cotidiano do trabalho, o uso de intervenções na assistência ao parto, tornando-se adeptos do modelo medicalizado. Outros, como é o caso das enfermeiras obstétricas, não compartilham desta visão de mundo, incorporam disposições desmedicalizadas e desenvolvem práticas não invasivas, que são peculiares do modelo humanizado feminino (VARGENS, PROGIANTI, SILVEIRA, 2008).

Nessas realidades, os profissionais com diferentes *habitus* estabelecem uma luta simbólica para impor suas visões de mundo. Segundo Bourdieu (2003), as lutas simbólicas

visam impor uma determinada visão, sempre com pontos de vista, interesses e referenciais determinados pela posição dos agentes no campo que pretendem transformar ou conservar.

Assim, muitas enfermeiras obstétricas, gestores de saúde e até mesmo alguns médicos, ocuparam o campo obstétrico lutando pela imposição de sua visão de gravidez como um evento fisiológico que não necessita de intervenções invasivas. Essas lutas simbólicas geralmente ocasionam a violência simbólica, mas sem a mesma, não existe a reconfiguração do campo social implicado (BOURDIEU, 2006).

Figura 18 – Processo de escolha da especialidade através da identificação da prática da enfermeira obstétrica




Fonte: A autora (2020).

As enfermeiras obstétricas tiveram no decorrer da graduação experiências decisivas para a escolha da especialidade. Através deste primeiro contato com o campo obstétrico, elas

encontraram na enfermagem obstétrica, compatibilidade com os esquemas de disposições transponíveis incorporados durante suas socializações primárias.

Bourdieu (2003) reforça que só é possível ver aquilo que há dentro de si, ou seja, elas possuem esquemas de disposição em seu *habitus* primário que as fizeram perceber a enfermagem obstétrica a partir do modelo humanizado/desmedicalizado, pois este é compatível com aquilo que elas julgam ter afinidade. Elas poderiam achar essa realidade insegura e não se identificar, entretanto não foi dessa forma.

Em sua socialização primária, as enfermeiras obstétricas incorporaram como principais disposições a autonomia financeira, almejada por meio da educação, a disciplina, o cuidado e o respeito o próximo como disposições incorporadas na dimensão *eidos* do *habitus* primário. Esses valores estão no cerne das profissões femininas.

Como explicita Dubar (2005), a identidade pessoal do indivíduo o conduz na busca de uma identidade profissional compatível, que caminhe na mesma direção daquilo que ele absorveu em sua socialização primária, como ocorre com as enfermeiras obstétricas deste estudo.

### 3.2.2.2 Disposições e capitais adquiridos durante o curso de especialização em enfermagem obstétrica

Seguindo as disposições incorporadas durante o curso de graduação, as enfermeiras realizaram o curso de especialização em enfermagem obstétrica. Ao ingressarem nesta socialização, iniciaram um processo de atualização do *habitus* profissional de enfermeira para o de enfermeira especialista em enfermagem obstétrica, o que consiste na incorporação de novas disposições, somadas às pré-existentes, além de significar a agregação de capitais, principalmente o capital cultural no estado incorporado (BOURDIEU, 2003; 2007).

Em síntese, na dinâmica das lutas dos campos hierarquizados, o agente que tiver maior volume de capital eficiente, exercerá maior poder simbólico e ocupará melhores posições no mesmo. No caso das enfermeiras obstétricas, apesar do amparo legal para a atuação na assistência à mulher em processo parturitivo, a atuação destas especialistas no campo obstétrico hospitalar é permeada por questionamentos acerca de sua autonomia e do seu poder que são expressos nos embates travados com a equipe médica que não reconhece a

legitimidade dos capitais das enfermeiras (NICARIO; HERINGER; SCHROETER; PEREIRA, 2016).

Por outro lado, quando inserida nas Casas de Parto, Centros de Partos Normais e no domicílio, considerados campos desmedicalizados, a enfermeira obstétrica tem sua autonomia profissional respeitada, seus capitais valorizados e maior poder simbólico, o que evidencia sua competência para fazer escolhas, capacidade de ação e responsabilidade na tomada de decisões (SANTOS et al, 2019).

Com base em suas vivências nos campos de atuação, as enfermeiras obstétricas iniciaram o processo de atualização do *habitus* profissional. Desse modo, as participantes relataram que esta socialização promoveu a agregação de novas disposições aos seus *habitus*, que lhe deram consciência dos impactos de ser mulher:

> Antes de eu começar a estudar essa área, eu não tinha noção de gênero, sobre o quão impactante é só você nascer mulher, estar vulnerável a uma série de violências, e perder a autonomia do seu corpo, e viver uma ditadura de autoimagem. De você ter que viver planos que criaram para você, de ter que fechar numa caixinha, porque você vai engravidar, você vai casar e tem que cumprir seu papel social de fêmea. (E11)

Neste sentido, nota-se que o curso foi um espaço de socialização que proporcionou a agregação de novos capitais e disposições, os quais subvertem a ordem patriarcal da sociedade brasileira reforçando a transformação do papel social da mulher e seu protagonismo na vida. Essa identidade feminina, que vem sendo construída desde a infância nas participantes através do estímulo familiar, foi reproduzida pela escola de enfermagem reforçando a conquista da autonomia e independência financeira.

> Na minha especialização, eu aprendi a dominar o setor [...]. Em vários plantões assisti partos lindos, partejava, ficava com a mulher e a avaliava. Era lindo. (E5)

Apesar disso, é visível no discurso das enfermeiras o aprendizado sobre a gerência do setor como um todo. Vale refletir que as profissões concebidas como femininas possuem em sua essência o ‘cuidar de’, ‘de manter sob controle’, e Fialho (2017) cita a enfermagem como uma das principais que passam por essa analogia com o gênero. Se a mulher é vista como aquela que é dona de casa e do lar, que cuida dos filhos e mantém a casa em ordem, nesse contexto, seria a enfermeira vista como aquela que gerencia todo o setor? A responsável por manter tudo em ordem, as coisas funcionando e os pacientes em bom estado geral de saúde?

As enfermeiras também relataram que adquiriram conhecimentos sobre cuidados com a gestantes, educação em saúde e práticas integrativas, que possibilitaram a oferta de um cuidado integral:

> As experiências eram ricas. Tinha a oportunidade de pré-natal na casa de parto, onde o pré-natal é detalhado e você analisa cada cuidado com aquela mulher, aborda sexualidade e a família, com aulas de práticas integrativas e educacionais. (E3)

A integralidade do cuidado consiste em "identificar as demandas em saúde articuladas à multidimensionalidade dos sujeitos da atenção e atender a elas". Nessa perspectiva, as ações de cuidado são permeadas pelo diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, acesso, responsabilização com qualidade formal e política. E no âmbito do pré-natal, as enfermeiras obstétricas buscam qualificar o cuidado oferecendo-se o máximo de bem-estar à gestante, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma (MELO, 2011).

As práticas integrativas e complementares atuam na promoção, manutenção e recuperação da saúde junto a prevenção de agravos pela ótica do modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo (BRASIL, 2015). Nesse sentido, a filosofia dessas práticas vem ao encontro do que se preconiza para o momento do cuidado pré-natal, sendo uma ferramenta útil, além de ser recomendada para a saúde materno-infantil por proporcionar o fortalecimento do binômio mãe/bebê, o autoconhecimento e a autonomia da gestante (BRASIL, 2012).

Ao atuar nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção centrada na integralidade do indivíduo, a utilização das práticas integrativas e complementares contribui para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS e reforça o modelo humanizado de assistência ao ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2005).

> O que a gente aprende é empatia, se colocar no lugar. Quando a gente consegue se colocar no lugar, a gente consegue ter uma visão mais humanizada. Precisamos entender e observar a fala, dar conta da fala, dar importância à fala e ao corpo da mulher, dar sequência às vontades da mulher. Se estiver ao seu alcance e não fizer mal para ninguém, você pode dar um jeito de melhorar para aquela paciente. (E9)

Além disso, as participantes reconheceram a empatia como uma das habilidades relacionais essenciais para compreender o contexto de vida da mulher e oferecer um processo

de cuidar singular e alinhado aos seus desejos para a parturição, por meio do acolhimento sensível e da escuta ativa.

O acolhimento no pré-natal implica a recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, promovendo a continuidadeda assistência, quando necessário. O diálogo franco e a sensibilidade dos profissionais que acompanham o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja disposto à mulher, protagonista no processo de gestação e parto (BRASIL, 2005).

> Quantas famílias eu consegui qualificar a assistência. Quantas crianças conseguiram chegar ao mundo com dignidade, com respeito, com a cultura e o momento que estão vivendo respeitados. (E11)

Empatia é genericamente definida como a capacidade de se colocar no lugar do outro, de modo que seja possível captar como o outro está se sentindo. Ela nos torna mais humanos e mais capazes de olhar para outro e sentir o que ele está sentindo ou passando. Ser empático é conseguir enxergar de forma profunda as emoções do outro, é acolher e ouvir, o que é um diferencial quando se falamos do momento do parto e nascimento (SILVA et al., 2018).

A empatia é definida como uma habilidade de comunicação, que inclui três componentes: um componente cognitivo, caracterizado pela capacidade de compreender, acuradamente, os sentimentos e perspectivas de outra pessoa; um componente afetivo, identificado por sentimentos de compaixão e simpatia pela outra pessoa, além de preocupação com o bem-estar desta; e um componente comportamental, que consiste em transmitir um entendimento explícito do sentimento e da perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que esta se sinta profundamente compreendida (SILVA et al., 2018).

> Para a mulher, é o parto, para ela vai ser para sempre. Ela vai lembrar daquele nascimento para o resto da vida dela, a gente marca a vida das pessoas para o resto da vida. (E7)

> Cada parto é um parto, cada um com a sua história, com o seu momento ali. Muitas vezes você se emociona junto com aquela família que está se transformando. Eu acho que foi transformador cada plantão, cada parto, porque em cada um deles a gente aprende uma coisa nova. (E8)

A singularidade é o que distingue um indivíduo de outros, e o torna único, produto da história das condições sociais e materiais, a forma como ele se relaciona com a natureza e com outros (SILVA, 2009). Na assistência à parturição, a singularidade se traduz no

entendimento de que cada parto é único na vida reprodutiva da mulher, sendo um evento que influencia sua construção como pessoa, mulher e mãe.

Por isso, as participantes destacam que, apesar da assistência ao parto e nascimento fazer parte do cotidiano do trabalho das enfermeiras obstétricas, o cuidado individualizado, qualificado, digno e respeitoso à mulher e sua família marca a distinção do ser/saber/fazer desta especialidade e não pode ser banalizado.

Além de capitais específicos da enfermagem obstétrica que revelam o ensino da especialização sob uma perspectiva humanizada, muitas entrevistadas também referiram que tiveram contato com conhecimentos pautados no modelo obstétrico tradicional, sendo ensinadas quanto às práticas medicalizadas que comprometem a integridade corporal e a liberdade das mulheres no parto, tal como a episiotomia de rotina e a restrição de movimentos durante o trabalho de parto.

> Na época a gente ainda estava em transição do modelo tradicional pro modelo humanizado então a gente ainda praticava Kristeller, a gente ainda praticava episiotomia, então apesar de isso ser desconfortável pra mim na época, eu fui atuando também fazendo esses procedimentos. E aí depois eu entender que eles eram desnecessários, foi desconfortável. (E1)

> Na minha época de residência, a gente ainda aprendia a abrir episiotomia como algo que deveria ser feito regularmente. A gente não tinha tantos partos em que a mulher escolhesse a posição do parto. A gente não tinha tanta autonomia por conta da formação que meus preceptores tiveram. Então, minha residência em si foi nessa formação ainda, intervencionista, em 2009. (E7)

Essa aproximação com as práticas do modelo medicalizado durante a especialização provocou um desconforto nas enfermeiras entrevistadas, o que evidencia um desajuste de *habitus* entre os capitais adquiridos no curso e os advindos da estrutura do campo medicalizado.

Segundo Bourdieu (1997), as "circunstâncias sócio históricas de desajuste entre as condições de produção e as condições de funcionamento do *habitus* constituem a principal fonte de mudança". Por isso, as participantes reconheceram a legitimidade das disposições transmitidas e se apropriaram dos capitais provenientes do modelo humanizado, mudando a sua a visão de mundo em função do trabalho pedagógico duradouro da especialização (PRATA, 2016).

Assim, no decorrer da especialização, as participantes adquiriram um grande volume de capital cultural. No estado incorporado, aprenderam sobre cuidados com a gestante e educação em saúde, considerados como integralidade do cuidado; práticas integrativas e

complementares; noção de gênero; e empatia e respeito, escuta ativa, singularidade dos sujeitos, compreendidos neste estudo como cuidado afetivo[5], uma dimensão do cuidado ofertado pelas enfermeiras obstétricas.

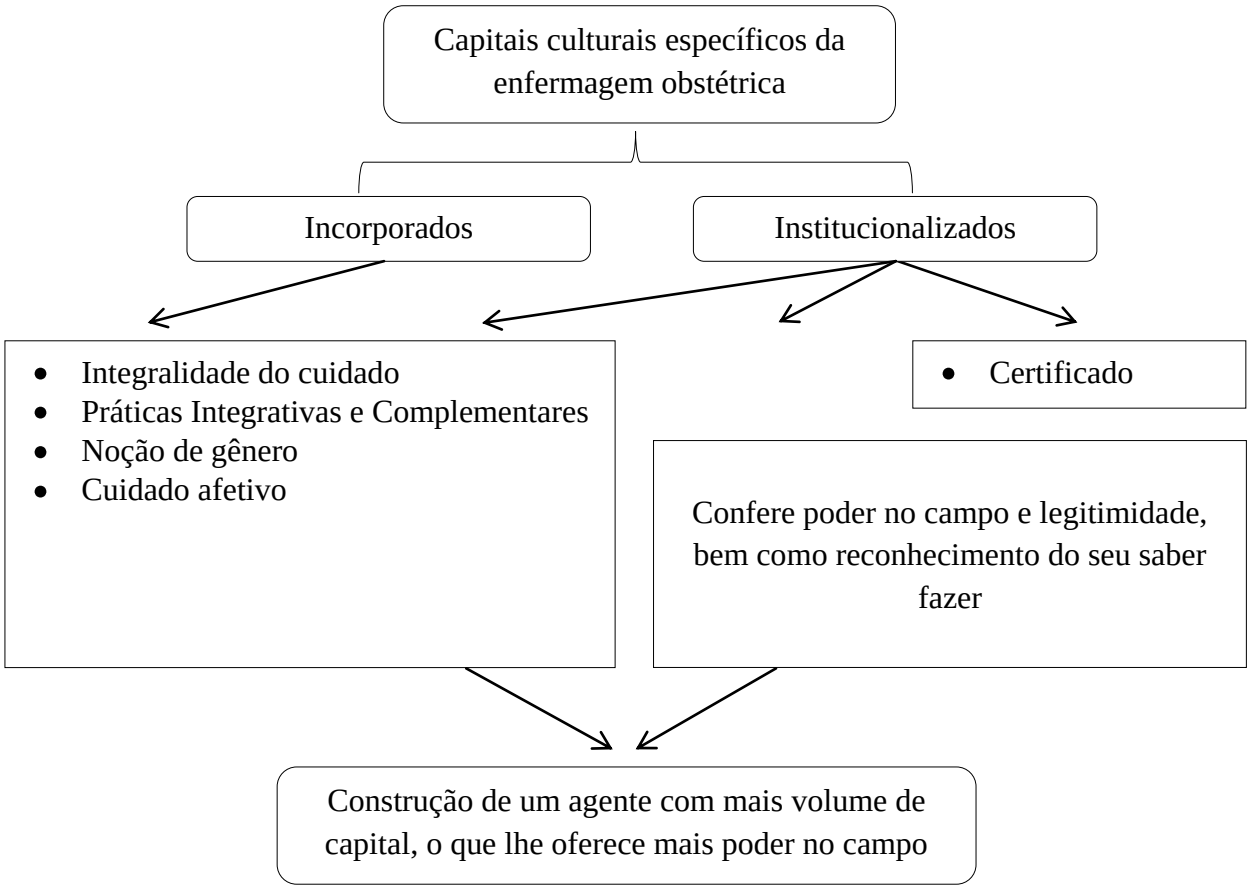
E no estado institucionalizado, elas receberam o certificado de conclusão do curso de especialistas, que confere poder no campo e legitimidade, bem como o reconhecimento do seu ser/saber/fazer.

O capital cultural incorporado diz respeito às disposições duráveis do organismo, tendo como principais fatores de constituição os gostos, o nível do domínio sobre a norma culta da língua vigente e as informações de caráter escolar. Para que se possa proceder a acumulação deste tipo de capital, é preciso que seja realizado um trabalho de inculcação e assimilação de seus respectivos conteúdos, o que exige um grande investimento de tempo e trabalho a ser realizado pessoalmente pelo agente em questão. A família possui grande influência nas dinâmicas desse tipo de capital, uma vez que sua apropriação é grandemente influenciada por seus níveis de manifestação no ambiente familiar e a importância dada a ele (BOURDIEU, 1999).

Já o capital cultural institucionalizado se materializa em diplomas oferecidos pelas instituições de ensino, assumindo grande relevância na definição da estratificação social, por meio do sucesso escolar ou profissional, uma vez que grupos sociais tendem a se relacionar entre os que são dotados do mesmo volume de capital cultural, e quase sempre, a posse desse capital está ligada a outros tipos de bens, tais como o capital social e econômico (BOURDIEU, 1999).

[5] Como explica Duarte et al. (2012) a dimensão afetiva do cuidado envolve o uso dos sentidos humanos, bem como o modo como são aplicados, como por exemplo: forma de falar e de ouvir, maneira de se relacionar, com atenção, carinho e respeito.

Figura 19 – Capitais culturais específicos da enfermagem obstétrica




Fonte: A autora (2020).

As disposições e os capitais internalizados durante o curso constituem o *habitus* profissional incorporado, o qual é valorizado, pois conferem poder simbólico às enfermeiras obstétricas no campo por estar de acordo com as políticas públicas em prol da humanização do parto (BOURDIEU, 2001).

No entanto, este *habitus* está em constante atualização frente a interações em novos campos e à agregação de novos capitais (BOURDIEU, 2001). No caso deste estudo, considerou-se o mínimo de cinco anos de experiência profissional na enfermagem obstétrica e as condições que impulsionaram a atualização do *habitus* profissional adquirido na socialização.

Neste sentido, constatou-se que a principal mudança no *habitus* das participantes foi em relação ao modelo de assistência obstétrica. Se ao término da especialização apresentavam disposições que geravam práticas medicalizadas, na atualidade, reconhecem que incorporaram

novas disposições que as orientam a desenvolver práticas humanizadas e oferecer um processo de cuidar qualificado e respeitoso à mulher.

> Com o passar do tempo, por conta da experiência que você vai adquirindo. Você vai tendo mais autonomia e menos receio nos cuidados. Até porque você vai sendo reconhecido pela unidade e pela equipe, isso faz a diferença. (E3)

> A obstetrícia exige que a gente se aprimore a todo momento e nosso cuidado tem que ser reinventado a todo momento. A gente não pode fazer o mesmo cuidado que eu fiz, por exemplo, mês passado. Eu preciso ter sempre um olhar diferente. Na obstetrícia, as gestantes evoluem muito rápido, o olhar clínico tem que acompanhar de minuto a minuto porque a qualquer momento aquele quadro pode virar uma bomba relógio. Você precisa estar acompanhando e se aprimorando, não tem como ser a mesma coisa. (E4)

> Acho que vamos aprimorando quanto ao tempo, mas acho que eu utilizo a maioria dos cuidados que se formaram na especialização. (E9)

> É bem interessante ver como em tão pouco tempo, porque eu tenho 10 anos de atuação, quantas coisas mudaram. Então eu me vejo conquistando essas vitórias também, de melhora na qualidade, de aplicação de boas práticas, desfechos favoráveis tanto para mãe, quanto pro bebê e pra família. (E11)

Nota-se que a atualização do *habitus* profissional das participantes decorreu de formações complementares, de leituras e reflexões de artigos, da participação em eventos científicos e das novas evidências e tecnologias aplicadas à assistência obstétrica, que agregaram a elas novos capitais incorporados. Portanto, suas formas de pensar e agir foram sendo reformuladas com o passar dos anos, diante do que lhes foi exigido na prática assistencial, tendo em vista as inovações científicas e tecnológicas.

Os anos de exercício profissional também trouxeram mais experiência, confiança e autonomia às enfermeiras obstétricas, o que colaborou para que estas pudessem ser mais valorizadas no campo obstétrico. Isso porque o volume de seu capital determina a estrutura do campo em proporção ao seu peso, o qual depende do peso de todos os outros agentes (BOURDIEU, 2001).

A dificuldade em exercer a especialidade é levantada por várias enfermeiras obstétricas entrevistadas, em função do acúmulo de tarefas e da falta de recursos humanos nos serviços. Além disso, percebem que, diferente de quando eram estudantes, hoje as enfermeiras obstétricas acumulam inúmeras responsabilidades além do cuidado direto à mulher, como lidar com limitações estruturais, questões administrativas, preceptoria de residentes e dimensionamento inadequado de profissionais frente à grande demanda de parturientes, que leva à sobrecarga de trabalho e reduz o tempo dedicado ao acompanhamento de mulheres em trabalho de parto, com impactos sobre a qualidade da assistência.

> Agora, a vida adulta, a vida de staff, é tudo com você. Se está faltando luz, se a impressora não vai, chama a enfermeira. Isso cansa. Antigamente a gente tinha uma generalista só para isso. Hoje não, a enfermeira obstetra tem que assistir parto, internar bebê, dar suporte no centro cirúrgico. A sobrecarga está imensa. (E5)

> Hoje eu tenho uma responsabilidade que eu não tinha como residente. E hoje eu sou cobrada muito mais do que quando eu era residente. Quando eu era residente eu conseguia ficar dentro de uma PPP, eu conseguia dar mais assistência, eu conseguia estar mais presente, porque de certa forma eu não me importava tanto como o que acontecia lá fora, então eu sabia que tinha gente para cuidar… Hoje não. (E12)

> O que eu não tinha tempo de fazer tudo que gostaria, pois era falta de pessoal, muita demanda, pois eram só duas enfermeiras obstetrícia pra dois setores… (E13)

Outra questão levantada pelas participantes foi a vigilância que sofrem ao ocupar a função de enfermeira obstétrica, sobretudo por outras categorias profissionais que tentam, a todo momento, desqualificar a prática destas especialistas. Essas situações geram aborrecimentos e desconfortos que, muitas vezes, levam por fazer o mínimo, sabendo que poderiam fazer muito mais por aquela mulher, simplesmente por não querer se expor, como citado na fala abaixo:

> A nossa posição de enfermeira obstétrica é muito sensível, pois qualquer falha pode gerar um dano, ou até mesmo quando você não faz nada de errado, gera um dano, porque iria gerar de qualquer forma, porque é algo que você não tem controle, mas vai ser responsabilizado da mesma forma. Então muitas vezes as pessoas deixam de fazer pra não se expor. (E6)

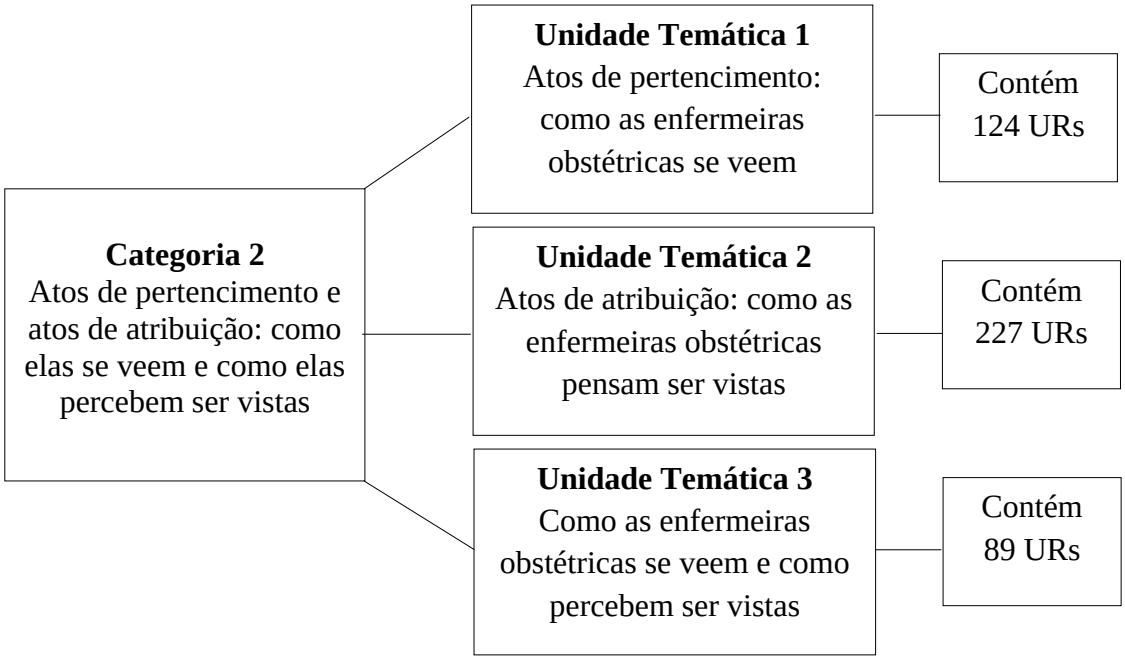
Frente ao exposto, foi possível perceber que passados, no mínimo, cinco anos de exercício profissional, constatou-se dois cenários diferentes: 1) as enfermeiras obstétricas que foram ensinadas através do modelo humanizado mantiveram as disposições incorporadas na especialização, mas com mais experiência, confiança e autonomia; 2) as enfermeiras obstétricas que foram expostas ao modelo intervencionista durante a formação, romperam com todo o capital medicalizado que aprenderam na sua especialização em busca de um cuidado centrado na mulher e sem intervenções desnecessárias.

Contudo, os dois grupos ressaltam a importância da atualização e busca constante por conhecimento através de estudos e congressos da área, que a cada dia trazem a tona novas tecnologias e formas de cuidar em obstetrícia.

## 3.3 **Atos de pertencimento e atos de atribuição: como se veem e como percebem ser vistas**

Esta categoria foi dividida em duas Unidades Temáticas (UTs), sendo a primeira ‘Atos de pertencimento: como as enfermeiras obstétricas se veêm’, contendo 124 URs, a segunda ‘Atos de atribuição: como as enfermeiras obstétricas são vistas’, contendo 227 URs e a terceira ‘Como as enfermeiras obstétricas se veem e como percebem ser vistas’, contendo 89 URs.

Figura 20 – Esquema da estrutura da categoria 2 com a apresentação das unidades temáticas e quantidade de unidades de registro




Fonte: A autora (2020).

### 3.3.1 <u>Atos de pertencimento: como as enfermeiras obstétricas se veem</u>

Os atos de pertencimento são aqueles que exprimem a forma como o indivíduo se enxerga. Este processo concerne à interiorização ativa, à incorporação da identidade pelas

enfermeiras, onde elas constroem "identidades para si", entendidas como "a história que elas contam sobre o que são" (DUBAR, 2005).

No caso das enfermeiras obstétricas deste estudo, estes revelam a identidade profissional delas para si mesmas, ou seja, o tipo de profissional que elas desejam ser. Essa visão de si mesmas é construída com o tempo, através das trajetórias sociais e profissionais dessas especialistas e em função das disposições incorporadas no *habitus* de cada uma delas.

Para as participantes deste estudo, a enfermeira obstétrica é uma mulher batalhadora, que precisa lidar com muitas coisas, pois é trabalhadora, mãe e responsável pelas tarefas domésticas. Diante desse acúmulo de funções, ainda assim ela se considera uma mulher feliz, que celebra a vida e ama o que faz.

> É uma louca mãe de dois filhos, uma dona de casa, uma mulher, uma empreendedora, ela é tudo. É uma esforçada, batalhadora e guerreira, precisando dar conta de tudo." (E2)

> Ela é alguém que ama a vida e que tem um cuidado de amar ao próximo. E a enfermeira obstétrica é alguém que ama a vida mesmo. Que celebra a vida. Alguém alegre, mais confiante na vida, não murmuradora. (E3)

No acompanhamento do trabalho de parto, elas se percebem como profissionais distintas que têm empatia, incentivam o parto normal com o mínimo de intervenções, respeitam a fisiologia do corpo feminino, estabelecem relações sensíveis e de proximidade, bem como compreendem a unicidade da parturição para a mulher, vislumbrando-a em sua integralidade e singularidade, enquanto um ser histórico, social e político, de modo que incorpora o contexto de vida no processo de cuidar, construindo o cuidado de forma compartilhada (MACHADO et al, 2007; AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018).

> Alguém realmente capaz de proporcionar melhorias para as gestantes. A que acredita e defende o parto normal sem intervenções. (E1)

> Eu me sinto fazendo a diferença de alguma forma para as mães, as mulheres em geral, para os bebês, para as famílias. (E3)

> É não julgar. Deixar a mulher muito livre de ser aquela pessoa ali. Livre de preconceitos e julgamentos, tudo que a gente se propõe como enfermeiras, primeiramente, e também como enfermeira obstétrica. Ser aquela pessoa em quem você tem total confiança de que não vai fazer nada para te prejudicar e ficar menos tempo com você porque eu tenho outras coisas para fazer. (E6)

> A enfermeira obstétrica é aquela que está do lado daquela mulher, que ela vê mais do que a doença, mais do que a dor. Ela sente mais empatia. Ela divide um abraço, ela divide uma massagem, divide um cuidado. A enfermeira obstétrica é muito mais

> do que apenas pegar o bebê. Ela está ali para corrigir as urgências e emergências sim, mas ela estar ali para proporcionar àquela família uma atuação única. (E9)
>
> É o pilar do cuidado na obstetrícia. Porque desde a formação de como somos enfermeiros, somos formados para cuidar, nós somos formados para manter e proteger a parte fisiológica e auxiliar no lado patológico. (E12)

As participantes também concebem a enfermeira obstétrica como uma mulher com papel social muito importante, pois, por serem mais consciente do que é ser mulher, colaboram para o empoderamento de outras mulheres, principalmente, em relação ao gestar e parir.

Empoderar a mulher é oferecer conhecimentos e problematizar situações cotidianas com o intuito de promover reflexões acerca da cidadania feminina e dos modos de assegurá-la, inclusive na assistência ao parto e nascimento. O empoderamento da mulher amplia o seu conhecimento sobre sua situação social e de saúde, e reforça o conhecimento do seu papel na sociedade, tornando-a capaz de modificar as relações de poder e de exercer escolhas conscientes para si (SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

> Uma pessoa mais consciente do ser mulher. Eu entendo que é um papel social muito relevante. A gente qualifica o parto e nascimento e isso contribui para uma sociedade melhor de maneira geral, porque a relação com o bebê é construída de uma forma mais saudável, os vínculos se fortalecem, e a gente consegue também atuar no nascimento de uma forma qualificada. (E11)
>
> É uma profissional de muita força, que tem ajudado as mulheres a recuperar o empoderamento na hora do parto, na gestação, como mãe mesmo, como mulher. A importância é gigantesca na sociedade, porque tem resgatado nessas mulheres o empoderamento, e não só isso, tem dado força, tem estado ali, dando suporte. (E13)

Outra associação que as participantes fizeram com o ser enfermeira obstétrica foi com anjo da guarda silencioso, por estarem sempre por perto das mulheres, zelando pelo bem estar e fazendo o possível para alcançar desfechos e vivências positivas, mas que por promoverem o protagonismo das parturientes, muitas vezes, passam despercebidas:

> Muitas vezes a gente é como se fosse o anjo da guarda silencioso ali do lado, só consertando as coisas para que tudo dê certo. E aí ela reconhece que deu certo, mas não reconhece o papel que você teve ali. Justamente porque você devolve a ela o protagonismo do momento dela, ressaltando que o parto é dela. E aí você não tem que ser glorificado mesmo. Então é como se eu ficasse super orgulhosa de mim mesma, mas e daí? Ninguém mais está. É mais ou menos isso. (E11)

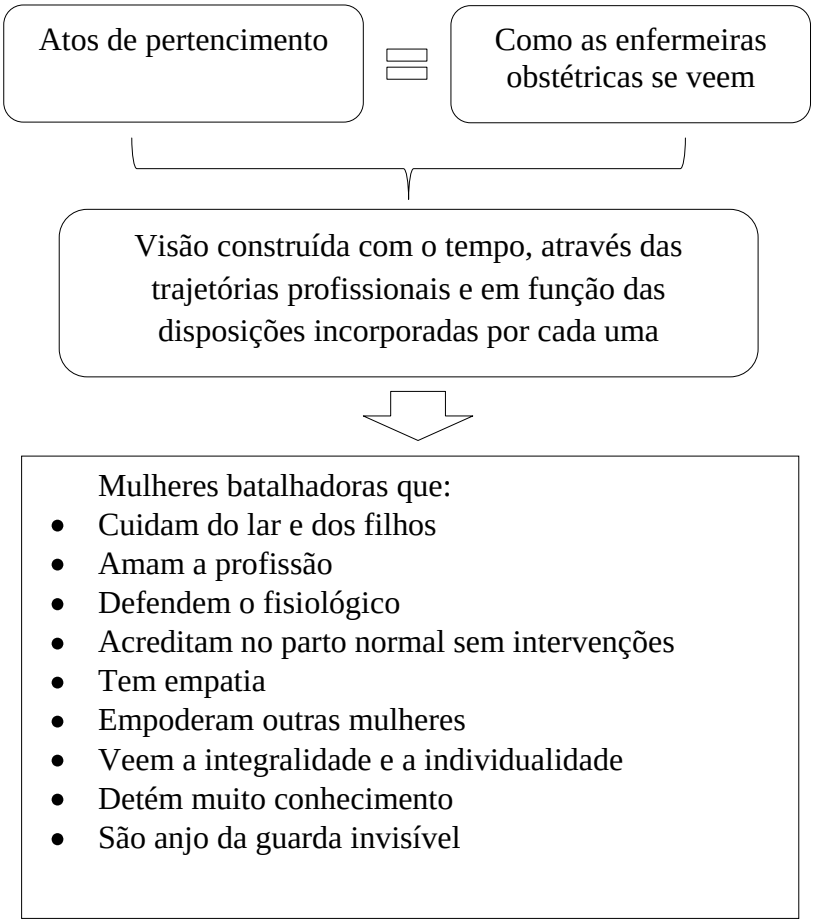
Na concepção das participantes, a enfermeira obstétrica é uma profissional que detém conhecimentos, habilidades e competências que possibilitam a prestação um cuidado integral,

respeitando o parto como um processo fisiológico, repercutindo positivamente na saúde materno infantil (REIS et al, 2015).

> É uma profissional que tem muito conhecimento, tem muita coisa boa pra oferecer para as mulheres. E todos que trabalham nessa área deveriam ter essa visão que a enfermagem obstétrica tem de tudo. Da amamentação, da gestação, do parir, de todos os momentos. (E8)

Frente ao exposto, nota-se que os atos de pertencimento das enfermeiras obstétricas deste estudo perpassam pelos atributos apresentados na figura abaixo:

Figura 21 – Atos de pertencimento das enfermeiras obstétricas




Fonte: A autora (2020).

Em síntese, como ilustrado na Figura 19, as entrevistadas afirmaram que enfermeiras obstétricas são mulheres batalhadoras que cuidam do lar e dos filhos, que amam a profissão, defendem o fisiológico e acreditam no parto normal sem intervenções, que tem empatia, que

empoderam as mulheres, que veem a integralidade e a singularidade do indivíduo sem expressar julgamentos, que detém muito conhecimento e são um anjo da guarda invisível, por não terem nenhum reconhecimento das mulheres que atendem sobre os cuidados que são oferecidos.

É válido ressaltar também que a figura a que são remetidas por si mesmas é a de um anjo da guarda, aquele que remete pureza e estabelece uma vinculação da enfermeira com uma entidade religiosa. Esse reconhecimento implica na associação da enfermagem com a caridade e com o amor.

### 3.3.2 Atos de atribuição: percepção das enfermeiras obstétricas sobre como percebem ser vistas

Os atos de atribuição são aqueles que mostram a identidade que os outros a atribuem, como as outras pessoas veem as enfermeiras obstétricas. Essa identidade é atribuída pelos agentes ou instituições que estão em contato direto com o indivíduo e por isso, só pode ser analisada no interior dos sistemas de ação, que são os locais onde este permanece ativo.

Nesse sentido, as participantes relatam que os acompanhantes das parturientes as reconhecem como diferentes pelo modo de falar e de agir no cuidado. Por outro lado, também percebem que maioria desconhece o respaldo legal e a competência teórica e técnica dessas especialistas em relação à assistência ao parto normal de baixo risco, questionando sua atuação ou confundindo-a com o profissional médico.

> "Nossa, que legal! Você é enfermeira obstétrica, mas o que é que faz mesmo?". "Parto? Você pode assistir parto?". as pessoas questionam muito a minha autonomia. "Mas isso não é só médico que faz?". As pessoas de fora não conhecem a atuação da minha profissão. (E1)

> As pessoas me veem como uma profissional bem-sucedida, como se ser enfermeira obstétrica fosse algo incrível, dando bastante ênfase na "obstétrica" sem ter a menor ideia do que isso significa. Esse nível de especialização para as pessoas faz parecer como se eu fosse médica. (E2)

> As pessoas (*se refere aos acompanhantes*) percebem que o cuidado da enfermeira obstetra é diferente, a forma de falar, a alegria em fazer as coisas. (E3)

> A primeira coisa que as pessoas leigas pensam, elas perguntam "nossa, você faz parto?", é a primeira pergunta que me fazem. Há muito o que avançar nisso, mas precisamos ter orgulho de falar que nós somos enfermeiras obstétricas e sim, atuamos na assistência ao parto, que temos capacidade de fazer isso e que nós não somos médicas. (E4)

> Eles acham que a gente não tem muito conhecimento. Quando você fala que é enfermeira, eles questionam “ah, mas você vai fazer o parto”? (E8)

> É muito difícil desconstruir para uma paciente que eu não sou médica, que sou enfermeira. Que eu tenho conhecimento e quero ser enfermeira, não quero ser médica. (E9)

A falta de conhecimento sobre a prática das enfermeiras obstétricas profissão resulta, muitas vezes, na identificação equivocada de que são doulas ou médicas muito humanizadas e em resistências ao acompanhamento da parturição por essas especialistas, condicionando o desfecho positivo do parto à presença do médico.

Conforme ressalta Bourdieu (2001), os campos que formam o espaço social tem as suas próprias regras conforme os capitais que são valorizados pelos indivuduos que o compõem. A enfermagem por si só, é uma profissão historicamente desvalorizada frente à medicina, tendo suas competências e saberes tratados como menores e menos importantes no cuidado com a saúde.

Além disso, pesquisas realizadas por profissionais da comunicação, em diferentes classes sociais, identificam o desconhecimento do profissional enfermeiro por parte da população. Pontuam, ainda, que também não há diferenciação de hierarquização dessa classe de trabalho (KEMMER; SILVA, 2007). Esses fatos dificultam a aproximação da identidade real da virtual da enfermeira obstétrica, pois elas sabem aquilo que são capazes, habilitadas e competentes para fazer, entretanto, a população e a própria equipe não.

> Por vários momentos, em vários partos, a gente entra e se identifica, fala que é a enfermeira do setor. Mas, a pessoa fala “doutora, muito obrigada”. Você repete “não, eu sou enfermeira obstetra”. E eu sei que amanhã, quando ela for contar para família não vai falar que sou enfermeira, vai falar que sou a doutora. “Foi a doutora fulana que acompanhou o parto””. (E8)

> O maqueiro chegou para mim e falou “mas você é tão inteligente, você pode até fazer parto se você virar médica”. Eu falei “pode até fazer parto só se virar médico?" Acho que as pessoas não veem nossa capacidade como um todo! (E9)

> “Para população em geral antes de ter o contato com a gente, eles nos veem como uma doula que faz parto. Porque infelizmente as pessoas não tem noção do que é cada coisa! [...] Eles chegam aqui brigando, dizendo que quer o médico e, na verdade, elas já estão muito melhores com a gente”. (E11)

> “As pacientes eu tenho a sensação que mesmo quando eu me apresento elas acham que eu sou uma médica que é muito humanizada, que é muito boazinha”. (E12)

Cientes de que a população no geral não conhece o escopo das práticas das enfermeiras obstétricas, as participantes deste estudo assumem que elas também são

responsáveis por essa desinformação, quando não oferecem esclarecimentos acerca de sua atuação, não se posicionam em discussões sobre o tema e ao permitirem ser identificadas como parteira, termo que remete ao empirismo, ao prestar o serviço sem embasamento científico.

> Muito por conta, talvez, da nossa postura e do que a gente entende do que é ser enfermeiro obstétrico, se portar, de como se apresentar e como fazer a diferença. Porque, se a gente continuar acreditando que nós somos formados parteiros, que estamos ali para atender o parto, de que a gente continua fazendo o que todo mundo faz, por mais que com menos intervenção, é difícil solidificar. Se a gente não mostrar nossa diferença, é difícil solidificar. (E7)

> É pouco divulgado. A gente mesmo muitas vezes não passa isso pras pessoas. Eu sempre fico muito na minha em discussões sobre o tema, não me posiciono muito, na maioria das vezes eu fico quieta, sou culpada pela falta de conhecimento da população. (E8)

> É importante a gente se reconhecer para gente poder se respeitar, para gente poder se promover, para gente conseguir alcançar os nossos objetivos. Acho que a enfermagem obstétrica de maneira geral, quanto mais congruente ela estiver, mais força a gente vai ter. Não adianta eu ser uma EO (*se refere à enfermeira obstétrica*) excelente no meu plantão e no outro plantão ninguém ser. (E11)

Em relação aos profissionais de saúde, as enfermeiras obstétricas relatam que a equipe de enfermagem, muitas vezes, não compreende o seu saber/fazer e desqualifica sua atuação no campo obstétrico hospitalar por meio de julgamentos depreciativos.

> Acho que os próprios enfermeiros não entendem o que a gente faz. (E5)

> A equipe multiprofissional tem uma dificuldade muito grande de entender o nosso fazer. Como elas não tem o *know row*, muitas das vezes o que acontece é ver você se enfiar em uma sala de parto e não fazer muita coisa parece que você está fugindo do trabalho burocrático, dos procedimentos e outras coisas, porque o que você faz como enfermeira obstétrica muitas vezes são tecnologias tão leves que passam despercebidas para quem não entende o que você está fazendo. (E11)

> As técnicas vêem, inicialmente, como uma enfermeira que se esconde dentro de um PPP (s*e refere ao leito de pré-parto, parto e puerpério*), pois elas não sabem o que é o partejar e que precisa ter esse momento e acha que estão se escondendo do serviço. As enfermeiras generalistas, isso eu já ouvi muitas vezes, acham que é só uma especialidade que ganha mais pra não fazer nada. Então é muito complicado… parece uma luta diária pra você se afirmar no que você faz e no que você acredita. (E12)

> Como um tapa buraco de médico, infelizmente… não generalizando né mas eu acho que é maioria. Então para tirar sobrecarga do médico vamos chamar enfermeira obstétrica aqui, na falta dele é o que vai. (E13)

Por outro lado, a equipe médica, em geral, vê a enfermeira obstétrica como uma ameaça à sua posição no campo obstétrico, apesar de a vislumbrar como um agente dotado de um volume menor de capitais, os quais não são reconhecidos como legítimos.

O desconhecimento dos capitais utilizados pela enfermeira obstétrica e a desvalorização desta especialista por parte dos demais profissionais da área da saúde, também contribuem para sua posição de reduzida visibilidade para o grupo, gerando sofrimento aos trabalhadores, dificultando suas relações com a equipe multiprofissional e o exercício da autonomia (AVILA, 2013).

Algo que colabora para isso é o fato das enfermeiras fazerem uso constante de tecnologias leves no seu cuidado. Estas tecnologias são aquelas de relações do tipo: produção de vínculo, autonomização e acolhimento como uma forma de governar processos de trabalho (MERHY, 2003).

Coelho e Jorge (2009) citam a humanização do atendimento, o acolhimento e o vinculo como tecnologias leves que direcionam os profissionais de saúde para o estabelecimento de estratégias de atendimento. No caso das enfermeiras obstétricas, estas tecnologias permitem que as necessidades sentidas pelas gestantes sejam trabalhadas de forma a resolver suas reais exigências de saúde.

Contudo, as tecnologias leves são confundidas com empirismo, algo sem fundamentação científica, e essa desvalorização das tecnologias leves, ganha o reforço das enfermeiras que se autodeclaram e se apresentam como parteiras, porque na história as parteiras são representadas como empíricas.

> E quando você está falando com outras categorias que atendem partos, ainda tem a questão do ego, que muitas vezes fica naquele impasse de qual é a melhor assistência, a minha ou a dela. Aí ele não vê você como um colaborador na equipe e sim como um potencial competidor que vai se beneficiar financeiramente, te roubar campo de trabalho, e o mercado. (E1)

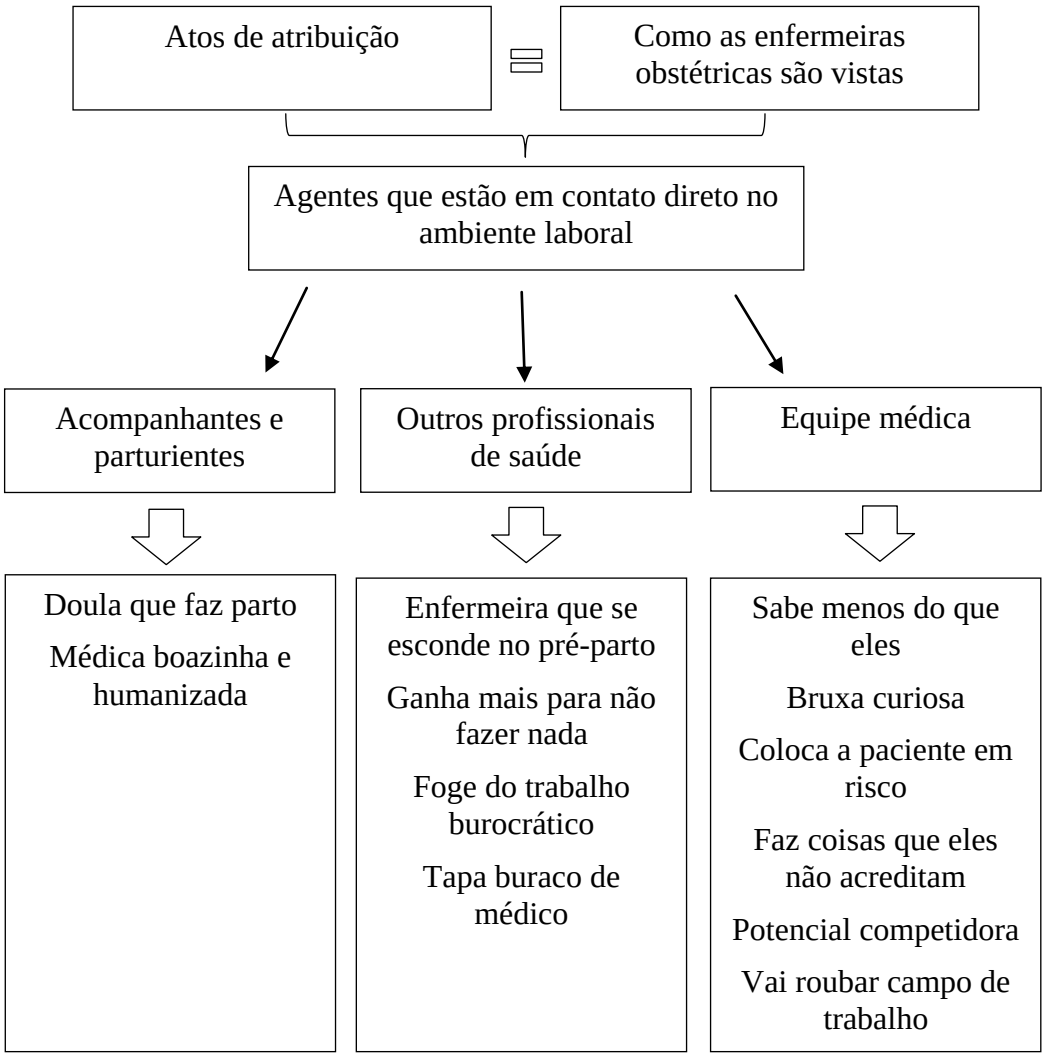
> Se for um colega médico, ele vê como alguém que sabe menos do que ele. Uma bruxa, uma curiosa, alguém que faz coisas que ele não acredita e coloca muitas vezes a paciente em risco. Já ouvi de colegas médicos coisas como “depois que ficar tudo ruim ou que tiver o bebê mal e chumbar, vocês vão passar”. As pessoas não compreendem o que é o risco, o que é o parto eutócico e distócico, delimitação de riscos. (E6)

A falta de valor e reconhecimento por parte dos profissionais de saúde que compartilham o campo obstétrico são originados na hierarquização deste campo. Esse conflito revela que a inserção da enfermeira na atenção ao parto gerou uma discordância de posições quanto à competência profissional da enfermeira para este tipo de atendimento. O cerne da

questão é a divisão social do trabalho da equipe de saúde, em que o médico tradicionalmente ocupa uma posição hegemônica (PEREIRA, 2006).

As enfermeiras, ao serem inseridas no centro obstétrico como profissionais que atuam nos partos de baixo risco, passaram a compartilhar funções e competências que outrora eram exclusivas dos médicos. Angulo-Tuesta et al. (2003), 20 anos atrás, já afirmava que os obstetras consideram que, devido à experiência e formação técnica, eles possuem autoridade para estabelecer os critérios da atenção e o respeito à posição hierárquica.

Figura 22 – Atos de atribuição das enfermeiras obstétricas




Fonte: A autora (2020).

Em síntese, como ilustrado pela Figura 21, as especialistas deste estudo se veem sempre de forma negativa, pois se sentem diminuídas e desvalorizadas.

As enfermeiras obstétricas percebem que são vistas pelas parturientes e seus acompanhantes como uma doula que faz parto ou como uma médica muito boazinha e humanizada.

Já pelos outros profissionais de saúde que trabalham junto com as enfermeiras obstétricas, elas percebem ser vistas como a enfermeira que se esconde no pré-parto, aquela que ganha a mais para não fazer nada, que foge do trabalho burocrático e se tornou um tapa buraco de médico.

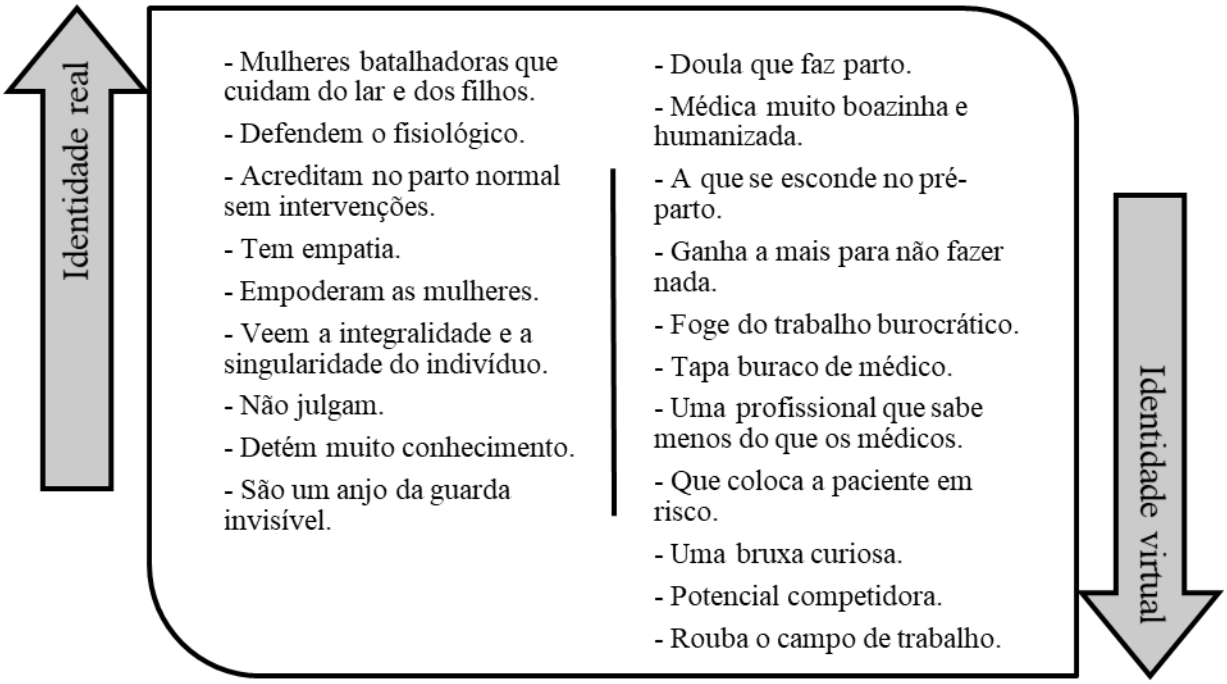
E pela equipe médica, que divide diretamente o campo com as enfermeiras obstétricas, elas percebem ser vistas como uma profissional que sabe menos do que eles, que muitas vezes coloca a paciente em risco por agir como uma bruxa curiosa e fazer coisas que eles não acreditam e como uma potencial competidora que está ali para roubar o campo de trabalho.

### 3.3.3 A relação entre identidade real e virtual das enfermeiras obstétricas

Na relação entre o modo como as participantes se vêem e o modo como elas percebem ser vistas, foi possível constatar que os atos de pertencimento e de atribuição são totalmente discrepantes, pois as representações mentais que essas especialistas têm de seus atributos não estão alinhadas com as percepções que acreditam que os demais agentes do campo obstétrico possuem delas mesmas (Figura 22).

O que foi percebido é que as especialistas se veem de uma forma positiva e gostam daquilo que representam para si mesmas. Em contrapartida, elas acreditam ser vistas de forma negativa por todos os agentes que dividem o mesmo campo laboral.

Figura 23 – Distinções entre os atributos das identidades real e virtual das enfermeiras obstétricas




Fonte: A autora (2020).

Essas distinções desvelam o desacordo entre a identidade real e a identidade virtual das enfermeiras obstétricas que, segundo Dubar (2005), resulta do encontro das transações externa (objetiva) e interna (subjetiva), as quais buscam reduzir a distância entre essas duas identidades.

Na transação subjetiva, as enfermeiras obstétricas têm suas identidades construídas nos moldes de continuidade, que provocam um estado de realização e estimulam trajetórias contínuas. Isso ocorre porque elas estão satisfeitas com a identidade real, ou seja, se vêem sendo exatamente como gostariam de ser. Entretanto, na transação objetiva, estas especialistas têm suas identidades construídas nos moldes de não-reconhecimento, pois as pretensões ao reconhecimento não são alcançadas, culminando em frustração e insatisfação com sua identidade virtual uma vez que não se vêem sendo reconhecidas da forma que gostariam.

As características que as enfermeiras obstétricas atribuem a si refletem as disposições incorporadas em seu *habitus* profissional. Assim, nota-se que a gênese do modo como elas se vêem está nas concepções desmedicalizadas interiorizadas na dimensão *eidos* que determinam

práticas, atitudes e posturas corpóreo-afetivas, as quais subvertem o modelo biomédico de assistência à mulher no campo obstétrico (PRATA, 2016).

Contudo, os atributos que as participantes relacionam com o modo como são vistas pelos outros agentes é resultante da hierarquização do campo obstétrico hospitalar, que as julga de acordo com uma lógica própria de funcionamento, com valores, objetos e interesses específicos que determinam a posição ocupada, direcionam as ações e estruturam as relações entre os agentes (PRATA, 2016).

Nesta luta, aqueles que compartilham da visão de mundo que confere estrutura ao campo, não reconhecem a legitimidade de capitais distintos ao capital dominante e, nos embates para manter sua posição, os agentes utilizam estratégias que objetivam a desqualificação das práticas dos demais que, no caso deste estudo, se materializaram em julgamentos depreciativos acerca das enfermeiras obstétricas, manifestados por profissionais médicos e membros da equipe de enfermagem.

Por estarem inseridas nestes campos, o *habitus* dessas especialistas está em desacordo com as estruturas destes locais e, consequentemente, a identidade real construída por elas não é compatível com a identidade virtual. Assim, com o passar do tempo, podem tentar reduzir a distância entre essas duas identidades por meio das seguintes estratégias: sair do campo; permanecer no campo e lutar para impor sua visão de mundo e ser reconhecida; permanecer no campo, conformar-se com a realidade e internalizar o que os outros pensam a seu respeito (BOURDIEU, 2001).

Neste estudo, muitas especialistas referiram insatisfação com a realidade do campo obstétrico hospitalar que atuam em função dos desgastes decorrente das lutas simbólica, da falta de valorização profissional e de estabilidade no emprego, bem como pelos baixos salários.

> No geral, eu digo que eu não estou satisfeita com como estou hoje então eu pretendo estudar pra tentar novas possibilidades, focar no mestrado pra tentar a docência, focar num concurso federal se abrir, que tenha estabilidade e um salário mais adequado. (E6)

> Estou buscando talvez essa formação, algo que me permita ser eu, mantendo meus princípios, aqueles do início que te falei, sem me autoflagelar. Sem permitir essa maré que vem derrubando todo mundo. Eu olho para os meus colegas hoje e não os reconheço. Eu não reconheço mais essas pessoas que se formaram comigo, que a gente se construiu junto. (E7)

> Eu tenho vontade de sair da assistência e fazer coisas mais burocráticas. São muitos embates e isso cansa. Às vezes eu fico feliz. Ontem eu entrei em um partinho lindo.

> E pensei “vou continuar, né… olha só que lindo”. Então eu realmente não sei o que vai ser de mim. (E8)
>
> Quero acabar lecionando para inspirar. Mas, não quero deixar assistência de todo não, porque eu gosto da assistência. (E9)
>
> Tem uma vertente que eu me identifico, gosto muito da parte assistencial, mas é uma parte que tem me dado mais tristezas do que alegrias. Então eu não sei se mais pra frente eu me manteria na parte assistencial ou eu só ficaria na parte de educação. (E12)

Essa insatisfação com as regras determinadas pelo campo e o amor pela profissão geram uma relação paradoxal, na qual elas se sentem confusas sobre o que realmente desejam fazer e de que forma pretendem seguir em sua profissão.

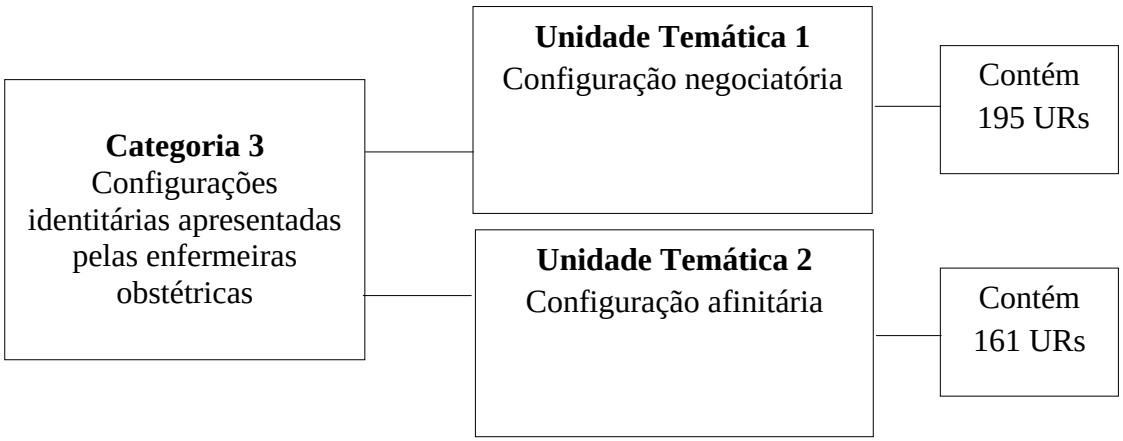
Outro ponto importante que transparece nessas falas é a sensação de não serem mais as mesmas no campo obstétrico hospitalar, culminando, em alguns casos, na percepção de se conformarem com a realidade medicalizada.

As enfermeiras obstétricas enxergam a docência como uma possibilidade de inspiração para novas especialistas e uma forma de partilhar o tão valioso conhecimento possuem, no entanto, não querem abandonar a assistência.

## 3.4 **Configurações identitárias apresentadas pelas enfermeiras obstétricas**

Esta categoria foi dividida em duas Unidades Temáticas (UTs), sendo a primeira ‘Configuração negociatória’, contendo 195 URs, a segunda ‘Configuração afinitária’, contendo 161 URs. Essa divisão ocorreu com base na correlação entre as características apresentadas pelas enfermeiras obstétricas e as configurações identitárias descritas por Claude Dubar.

Figura 24 - Esquema da estrutura da categoria 3 com a apresentação das unidades temáticas e quantidade de unidades de registro




Fonte: A autora (2020).

Após a análise dos dados coletados, foi perceptível que as especialistas deste estudo não apresentam traços compatíveis com as configurações identitárias de distanciamento e nem fusional.

Diferente dos profissionais que tem uma configuração identitária de distanciamento, as enfermeiras obstétricas valorizam a formação fora do local de trabalho, não apresentam relação de dependência com a chefia, não executam apenas aquilo que é mandado e lutam diariamente por aquilo que acreditam ser melhor para a mulher e o bebê.

Diferente dos profissionais que tem uma configuração identitária fusional, as enfermeiras obstétricas não se veem executando atividades de forma repetitiva, burocrática, cumprindo as tarefas de modo automatizado, não fundiram as suas identidades com a identidade da instituição que trabalham e não se sentiriam realizadas se apenas cumprissem tarefas.

Neste estudo, as enfermeiras obstétricas apresentaram traços compatíveis com as configurações negociatória e afinitária. Algumas expressam características de apenas uma delas e outras apresentaram características das duas configurações, de forma híbrida.

### 3.4.1 Configuração negociatória

Segundo Dubar (2005), a configuração negociatória tem como característica o indivíduo se ver como responsável pela sua promoção, e esta se constitui a partir da

conformação negociatória nas transações objetivas (pelo outro) e subjetivas (por si). São profissionais que dominam saberes articulando teoria e prática e também dominam os saberes da organização, ou seja, eles mantém uma relação de colaboração recíproca com a empresa.

Nesta configuração, a transação objetiva e transação subjetiva se fortalecem e se confirmam mutuamente na construção de uma identidade tanto reconhecida pela empresa quanto socialmente legitimável. Este profissional não anula a sua identidade para incorporar a identidade da instituição, mas a reconstrói de forma que esta seja boa para ambos (DUBAR, 2005).

Figura 25 – Características da configuração identitária negociatória

Fonte: A autora (2020).

Conforme ilustrado na Figura 24, esta configuração identitária tem dentro dela três características citadas por Alves et al (2007), que são compatíveis com algumas das das enfermeiras obstétricas entrevistadas neste estudo.

A primeira delas é que muitas delas dominam os saberes profissionais, entendem a importância de possuírem conhecimento científico e são capazes de promover articulação entre teoria e prática assistencial. Esse é um ponto muito importante, pois segundo Silva, Aguiar e Monteiro (2014), qualificação e experiência facilitam o exercício profissional.

Desse modo, a maior parte das especialistas deste estudo consideram importante ter treinamento, capacitação e atualização constante para uma boa prática profissional. Algumas

delas informam que a própria instituição onde trabalham fornece treinamento e capacitação e elas citam essa estratégia como algo positivo e listam alguns dos cursos que são oferecidos, como: cuidados e assistência ao parto, métodos não-farmacológicos e classificação de risco. Referem ainda, que quando há alguma atualização na área obstétrica, a instituição sempre traz atualização, com a preocupão de mantê-las todas por dentro dos novos protocolos e estudos da área.

> Tem que ter treinamento, capacitação e atualização. (E2)
>
> Acredito que treinamentos e capacitações são importantes. Na [matermidade] nós temos capacitação praticamente mensal. uma vez por mês ou a cada dois meses, com diversos temas, e eles sempre tentam trazer profissionais ligados aquele tema. (E3)
>
> Aqui na [maternidade], mensalmente nossa chefia dá um curso de capacitação, com os profissionais. E são cursos voltados exatamente para nossa atuação profissional: cuidados e assistência ao parto, métodos não-farmacológicos, classificação de risco. Quando às vezes tem alguma novidade relacionado ao tema de Obstetrícia, vem um palestrante e dá essa nova informação. Então, nossa chefia está sempre preocupada com a nossa atualização na área. (E4)

Esta prática é conhecida como educação permanente em saúde, onde são realizadas atividades educacionais que visam promover a "aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de práticas de escolarização, de experiências no campo da atuação profissional, no âmbito institucional ou até mesmo externo" (BRASIL, 2012).

As atividades realizadas para educação permanente são feitas mensalmente e a fala das enfermeiras demostra que as mesmas estão satisfeitas com estes encontros. Elas são gratas às chefias, se percebem importantes por entenderem que há pessoas ali que se preocupam com elas e se sentem contempladas em relação à atualização profissional, o que é bastante importante no processo de trabalho, pois segundo Sá et al. (2013) a educação permanente é fundamental para a organização e desenvolvimento do trabalho, auxiliando o trabalhador a enfrentar situações novas ou mais complexas.

Ao proporcionar subsídios, tanto materiais, como espaços de trocas de informações e capacitações, possibilita-se discutir situações que favorecem boas relações interpessoais e, fundamentalmente, a valorização do trabalhador (VOGT et al., 2012).

A segunda característica apresentada por parte das enfermeiras obstétricas que as relacionam com esta configuração identitária é a de colaboração recíproca entre instituição e funcionário.

> Me vejo como uma enfermeira obstétrica que, a cada dia, quer aprender mais. A cada dia quero ser útil para as gestantes. Quero ser aquela enfermeira obstétrica atuante no SUS, pois a gente precisa de pessoas que querem aprender. Nosso conhecimento não pode ficar guardado sempre para a gente, precisamos ficar trocando esse conhecimento. (E4)

> Estudo nunca é demais. Acho que tudo que eu aprendo, tanto em treinamento e capacitação, acabo levando para o meu trabalho. Acho que ajuda sim. (E5)

Por conta dessa valorização profissional, muitas delas expressam claramente o desejo de a cada dia estudar e aprender coisas novas, com entendimento de que isso é muito importante para serem mais úteis e competentes em sua área de atuação. Além disso, reforçam a importância da partilha de conhecimento durante os treinamentos e como isso é fundamental para uma boa assistência.

> As vezes eu percebo que eu preciso me aprofundar mais, e estudar mais, acho que sempre, né? Sempre tem que estar buscando, e aprendendo mais coisas novas para estar cada vez melhor, ser melhor no que eu faço. (E13)

Essas falas refletem a disposição das trabalhadoras de aprimorar o seu trabalho e agregar novos capitais, mantendo uma colaboração recíproca entre instituição e colaborador. Ou seja, para elas é bom aprender por adquitir novos capitais, o que lhes proporciona mais poder no campo e para a instituição é interessante ter profissionais qualificados e satisfeitos com uma chefia que investe neles.

> A relação com a minha chefia é muito flexível. Eu tento agradar para não perder o emprego. O meu pessoal por mais que venha antes a gente tem que negociar, entrar num acordo, para que o meu pessoal e o que ele precisa possam caminhar juntos. (E1)

> A minha relação de trabalho com a minha chefia é maravilhosa. Meus chefes são os mesmo desde que eu entrei, então tem a questão da gratidão por ter entrado muito nova, recém formada. A paciência e o cuidado que eles tiveram comigo, eles me deram toda estrutura para tirar minhas dúvidas, para fazer os treinamentos, para me adaptar ao trabalho. (E4)

> Minha relação com a chefia é boa, minha relação com meus colegas também é boa. Eu sou muito grata a essa casa. Eu cresci aqui, como pessoa e profissional, então agradeço muito. (E5)

Algumas das enfermeiras obstétricas pesquisadas ressaltam a importância de dar o seu melhor todos os dias no ambiente de trabalho, referem ter um bom relacionamento com as chefias das instituições onde trabalham e tem gratidão à chefia pela paciência e cuidado que tem com seus funcionários.

É válido ressaltar que a instituição que se preocupa com a valorização dos seus empregados e é mais humanizada, é também mais produtiva e possui colaboradores felizes, satisfeitos e comprometidos com o seu desenvolvimento pessoal e profissional, por isso, é interessante para as instituições ter as enfermeiras dispostas a colaborar com elas (CHIAVENATTO, 2005).

Por outro lado, existem benefícios para as enfermeiras obstétricas em estar mais próximas de suas chefias e tê-las satisfeitas com seu desempenho, assim, elas adquirem capital social que pode aumentar seu poder dentro do campo e fortalecem relações fundamentais para as manterem no cargo que ocupam, tendo em vista que as mesmas não possuem estabilidade como servidoras (BOURDIEU, 2001).

A terceira e última característica que muitas das enfermeiras obstétricas apresentaram compatível com a configuração identitária negociatória foi a de reconstruir a identidade de maneira que esta seja boa para si e para a instituição.

> Eu não coloco meu pessoal sempre na frente, mas é bom entrar em um acordo que seja bom para mim e para a chefia. (E1)
>
> Eu acho que se os meus interesses particulares viessem antes eu hoje não estaria mais aqui. Hoje é o meu trabalho, é o que eu atuo. (E12)

Elas falam sobre a importância de não colocar seus desejos pessoais acima dos da instituição, mas sempre negociar e entrar em acordos para que estes possam ser satisfeitos, sem que seja ruim para a instituição de trabalho.

Apesar das participantes deste estudo já trabalharem nas mesmas instituições há bastante tempo - o que demonstra que não há alta rotatividade de profissionais no setor - é interessante reiterar que a maior parte delas possui a vinculação celetista e acumula dois vínculos empregatícios que não as oferecem nenhuma estabilidade. São expostas à jornadas exaustivas, muitas vezes duplas e até triplas, e sofrem com baixos salários. É perceptível que o vínculo trabalhista influencia a configuração identitária das enfemeiras obstétricas. São as condições de trabalho e o vínculo precário influenciando na construção da identidade destas especialistas.

Os serviços de saúde primam pela qualidade na assistência e, para tanto, também os trabalhadores necessitam de condições adequadas para o melhor desempenho de suas atividades. Caso contrário, tanto a saúde do usuário quanto a do profissional podem ser comprometidas. Na prática diária dos profissionais da área da saúde, essas condições podem ser identificadas, facilitando ou dificultando o processo de trabalho.

Para o êxito e resolutividade das ações, é fundamental a organização do serviço, mantendo uma estreita relação com as questões sociopolíticas, humanas, disponibilidade de materiais e insumos, qualificação de recursos humanos, entre outros. Assim, caso a infraestrutura não esteja a contento, o profissional tende a fazer improvisos, correndo o risco de desqualificar suas ações (PEDROSA, 2011).

### 3.4.2 Configuração afinitária

A configuração identitária afinitária é percebida nos trabalhadores que não manifestam pertencimento à empresa e têm certeza que valem mais que o emprego que ocupam. Estes buscam nas relações de trabalho e nas interações com seus superiores, meios para consolidar e construir projetos pessoais, alheios às dinâmicas coletivas da empresa. Seus cursos de formação continuada não necessariamente se alinham com os desejos da empresa/instituição, que, quase sempre, reconhece esse desacordo de interesses, sobretudo percebe a falta de motivação do indivíduo em permanecer futuramente no espaço laboral (ALVES et al, 2007).

Apesar da nomenclatura afinitária remeter a ideia de afinidade, esta configuração representa justamente o oposto. Os trabalhadores não possuem afinidade com a instituição a qual estão vinculados. Ao projetar a imagem de si mesmos no futuro, eles não se veem ainda na mesma instuição. Na verdade, eles não tem motivação e nem interesse em permanecer nesta e como nos diz Bourdieu (2001), isso se caracteriza por um desajuste de habitus diante do campo laboral.

Figura 26 – Características da configuração identitária afinitária

Fonte: A autora (2020).

Conforme ilustrado na Figura 25, esta configuração identitária tem dentro dela três características citadas por Alves et al (2007), que são compatíveis com as de algumas das enfermeiras obstétricas entrevistadas neste estudo.

A primeira característica relacionada a configuração identitária afinitária apresentada pelas enfermeiras obstétricas é a de não manifestar pertencimento à instituição.

> Eu acho que eu sou muito boba, tem muita coisa que eu faço que não deveria fazer. Hoje, não estou em uma situação de pleno bem-estar com meu trabalho por conta de tudo, por conta dos atrasos de salário, porque eu sempre sou a que é remanejada. (E5)

> Por conta da desmotivação que estamos vivendo neste desmanche do SUS, esse constante medo que a gente tem em relação a estabilidade do servidor e possibilidade dos salários, porque a gente não sabe como vai ser o dia de amanhã, então isso também gera uma insatisfação profissional e diminui a vontade e o ânimo. (E6)

A maioria das enfermeiras obstétricas referem que não estão em situação de pleno bem estar nas instituições onde estão lotadas. Elas se doam  pelo trabalho e não estão sendo reconhecidas por isso. Sentem-se prejudicadas muitas vezes pelos atrasos de salários, pela falta de estabilidade em seus empregos, pelos remanejamentos e por falta de pessoal. Essas falas sinalizam que elas não estão satisfeitas com relação aos seus empregos.

Os trabalhadores insatisfeitos na ocupação são os que mais contribuem para o aumento da rotatividade no mercado de trabalho e estão mais vulneráveis ao desemprego, à inatividade

ou à inserção de forma autônoma. Dessa mesma forma, o trabalhador insatisfeito tende a mostrar não pertencimento a instituição (MACHADO; SILVA, 2014).

No caso das enfermeiras deste estudo, um dos principais problemas que causam a desmotivação e insatisfação é o fato das mesmas terem um vínculo de trabalho precário pelo exercício de função em esfera pública sem ingresso por concurso público. Essa relação de trabalho resulta no medo de perder o emprego e insegurança no cargo que ocupam, situações estas que podem impactar negativamente na qualidade de vida e atuação profissional, pois pode ocorrer o ajuste às regras do empregador, desconsiderando as disposições incorporadas para desmedicalização na gestação, parto e nascimento (MOREIRA, 2017).

> E mesmo sendo contratada como enfermeira generalista eu sempre me via exercendo as funções de enfermeira obstétrica. (E2)
>
> Como aqui não tem concurso específico para enfermagem obstétrica, mas tem muita enfermeira obstétrica lotada aqui, eles pegam as generalistas e põem para exercer as funções de enfermeira obstétrica. (E6)

Outro ponto que caracteriza a insatisfação das enfermeiras obstétricas é o fato de exercerem funções diferentes das quais foram contratadas para executar, o que caracteriza desvio de função. Elas referem ser contratadas como generalistas e na prática, exercem funções de especialista. Isso significa que elas são submetidas a receber salários inferiores ao que é preconizado por lei para profissionais da categoria com especialização. Além disso, o desvio de função enseja adicional salarial, tendo em vista que sua não concessão acarreta o enriquecimento ilícito do empregador (MACHADO; SILVA, 2014).

> São muitos embates e isso cansa. (E8)
>
> Na obstetrícia eu me sinto um pouco frustrada. Hoje eu me sinto muito mais podada, muito mais controlada do que eu era antes e isso interfere na nossa vontade, na nossa tranquilidade na assistência à mulher. Nós estamos largando um pouco a assistência e cuidando de outras partes, então isso é muito complicado e isso acaba desestimulando muito do que a gente aprende. (E12)

Além disso, elas também sinalizam que os embates com as equipes médicas, frutos das lutas travadas no campo e o desmanche do SUS, traduzido pela falta de profissionais e equipamentos mínimos para uma boa assistência, tem influenciado muito para o desâmino e falta de vontade em acompanhar as pacientes que poderiam ser atendidas por elas.

Foi relatada também a sensação de ter sua autonomia ceifada diante de várias situações. Elas informam isso dizendo que estão cada vez mais “podadas” e sob controle. Isso

nada mais é do que o impacto de estar atuando em um campo medicalizado, centrado no modelo biomédico, em que a vontade da maioria é que a enfermeira obstétrica não consiga exercer plenamente suas funções e prestar assistência com a sua visão de um parto natural e sem intervenções.

Conforme elucida Nicário (2016), a cultura hospitalar, centrada no modelo biomédico, pode influenciar a forma como as enfermeiras obstétricas prestam seus cuidados. Desta forma, a assistência no trabalho de parto passa a utilizar todos os meios tecnológicos disponíveis, em obediência ao referido modelo. E, por conseguinte, ancora-se em um sistema de normas e valores próprios, com processos específicos de produção e reprodução de relações de dominação. Faz-se necessário, então, desvencilhar-se das relações de domínio e submissão, ainda impostas pela hegemonia médica (SANTOS, 2019).

> O demonstrar o que está sendo feito, nem sempre condiz com o que está sendo feito, o importante é parecer, mas nem sempre ser na essência. Então muitas vezes a gente quer dar muito mais em relação a assistência, mas não daria tanta visibilidade quanto aos papéis, quanto a tudo que a gente preenche. (E12)

Outra importante questão colocada é a implementação de muitos papéis e protocolos a serem preenchidos, que fazem com que a enfermagem obstétrica esteja cada vez mais longe da assistência e mais imersa em questões burocráticas, tendo como prioridade o "fazer parecer" e não o "fazer de fato". Todas essas situações relatadas pelas enfermeiras obstétricas reforçam a insatisfação com as condições de trabalho as quais são submetidas e o não pertencimento a instituição a qual estão vinculadas.

> Eu dou o sangue, se tiver que fazer ou que ficar, eu fico. Só que a empresa não me valoriza. (E5)

A segunda característica relacionada a configuração identitária afinitária apresentada pelas enfermeiras obstétricas é a da certeza de que valem mais que o emprego que ocupam. Elas informam que dão o seu melhor todos os dias e fazem tudo aquilo que é pedido, mas que ainda assim, não se sentem valorizadas pelas empresas que trabalham, pois são mal remuneradas.

> Eu acho que na verdade a gente precisa ser melhor reconhecido. Salários melhores…O ideal é que a gente não precise ter outro emprego. Isso como profissional de saúde. Nossa, o enfermeiro generalista então, que ganha praticamente o piso em vários hospitais por aí… É um absurdo. (E3)

> Atualmente, trabalho muito com algo que me dá prazer, mas não estou tendo muito retorno financeiro porque meu salário está passando por atrasos. (E4)

> Eu acho que pra desempenhar a função de EO (enfermeiras obstétricas), o justo seria ter o valor que eu ganho em dois empregos em um emprego só. E aí ser uma EO (enfermeiras obstétricas) realmente atuante, pra fazer a diferença, porque o salário realmente desmotiva demais. Lá na [maternidade] eu até tenho um salário legal, mas o fato de não receber em dia, também é muito ruim. (E6)

Os salários das enfermeiras obstétricas é considerado por elas muito baixo. Na atualidade, o salário mínimo nacional está em R$ 1.045,00 e as enfermeiras recebem por cada emprego em média três salários mínimos, o correspondente a R$ 3.135,00. É válido ressaltar que no ano de 2019, o piso salarial do enfermeiro aprovado no Estado do Rio de Janeiro é de R$ 3.158,96, ou seja, o salário das especialistas é basicamente o mesmo de uma enfermeira generalista. É importante lembrar, também, que este valor é absurdamente discrepante em comparação aos salários oferecidos aos médicos obstetras, por exemplo (RIO DE JANEIRO, 2019).

Os salários baixos resultam em acúmulo em dois ou três empregos e este acúmulo de vínculos resulta em um grau de intensidade do trabalho exacerbado e se expressa no prolongamento das jornadas, no aumento do ritmo e da velocidade das atividades, no acúmulo de funções, na exigência pela polivalência e flexibilidade, na busca pela produtividade e na remuneração variável. Além disso, quando conseguem receber um salário justo, sofrem com os atrasos e falta de pagamento (PROGIANTI et al., 2018).

Não ser valorizada financeiramente não é o único problema, mas elas ressaltam que também não são valorizadas pela população em geral, ou seja, culturalmente, e isso impacta diretamente em como a instituição as vê como trabalhadoras, isto é, aquelas que tem menos valor, que podem ter um salário menor, que devem trabalhar mais, que tem escalas e cargas horárias maiores que as dos outros profissionais, entre outras situações. Elas relatam também que todas essas frustrações acabam, ainda que indiretamente, repercutindo na assistência à população.

> Não só a Enfermagem Obstétrica, mas a categoria de Enfermagem, é muito mal paga em todos os cenários. Além de mal paga financeiramente, é uma categoria que não foi ainda valorizada pela população em geral, culturalmente. (E7)

> As capacitações são uma opção sim, mas eu nem sei o quanto que a gente realmente está disposto a crescer com o nosso conhecimento e a nos doar mais pelo trabalho, porque a gente sabe dessas limitações. Não adianta fazer mais porque você não vai ganhar mais por isso e não vai conseguir mais do que o seu cargo, então acaba que isso te empurra muito pra baixo. A não ser a satisfação profissional, que realmente faz diferença. (E6)

Outra questão que muito desmotiva as enfermeiras obstétricas é que elas não veem oportunidades de crescimento dentro das instituições que atuam. Por mais que estudem, façam cursos e aperfeiçoamentos, elas não acreditam que vão conseguir mais do que o cargo que já ocupam.

> Eu tenho vontade de sair da assistência e fazer coisas mais burocráticas. Às vezes eu fico feliz. Ontem eu entrei em um partinho lindo. E pensei "vou continuar, né… olha só que lindo". Então eu realmente não sei o que vai ser de mim. (E8)

> Amadurecida, mas muito desgastada. Muito desgastada pelo meio que vivo, pelo cenário em que vivo, pela atual gestão, pelo não reconhecimento. Eu percebo uma enfermagem obstétrica um pouco sem essência, que talvez tenha perdido um pouco da identidade. (E7)

> Eu me sinto um pouco confrontada em relação a tudo isso e não me sinto feliz. (E12)

Vale ressaltar que apesar de referirem felicidade ao presenciar partos bonitos e com bons desfechos, as mesmas também se identificam como profissionais desgastadas pelo cenário cultural, organizacional e estrutural das maternidades na atualidade, a qual interfere diretamente na prática autônoma das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto de baixo risco.

Dentre os aspectos culturais identificados nos cenários da assistência das enfermeiras obstétricas, se destacam: o modelo biomédico na condução do processo parturitivo; a interferência da hegemonia tecnicista sobre a sua identidade profissional, na medida em que acontece a subordinação e dependência do seu papel às concepções médicas; a superlotação de alguns serviços, situação agravada pelo dimensionamento inadequado responsável por acarretar a sobrecarga de trabalho vivenciada por estes profissionais; condições de trabalho que não favorecem o desenvolvimento de boas práticas de atenção ao parto e nascimento (SANTOS et al., 2019).

As enfermeiras são aquelas que estão mais envolvidas no cuidado direto à clientela e por ser frequente o acúmulo de empregos em função dos baixos salários. A intensificação também resulta do desgaste psíquico, da complexidade e heterogeneidade das atividades desenvolvidas no ambiente hospitalar, as quais se configuram como sobrecarga por agregar um volume maior de trabalho material e imaterial (PROGIANTI et al., 2018).

O fato de muitas delas não manifestarem pertencimento às instituições por conta das condições de trabalho precárias e de terem certeza que valem mais do que o cargo que ocupam, fez com que essas especialistas repensassem o seu interesse em continuar na assistência, culminando na terceira e última característica da configuração afinitária, que é a

de buscar em suas relações de trabalho e nas transações com seus superiores os meios de consolidar e construir projetos pessoais, alheios às dinâmicas coletivas da instituição.

> Tem uma vertente que eu me identifico, gosto muito da parte assistencial, mas é uma parte que tem me dado mais tristezas do que alegrias. Então eu não sei se mais pra frente eu me manteria na parte assistencial ou eu só ficaria na parte de educação. (E12)

> Eu me vejo perpetuando conhecimento. Seja para leigos, profissionais de outras áreas, estudantes… eu me vejo na assistência porque se eu sair eu vou sentir falta, mas proporcionando conhecimento. (E1)

O que ocorre é que a maioria das participantes deste estudo mostra claramente a pretensão de sair do campo obstétrico assistencial pelo contexto do trabalho que estão inseridas. Elas estão insatisfeitas, desmotivadas, frustradas, desgastadas e demonstram desânimo em suas falas. Significa que a transação objetiva dessas especialistas está nos moldes de não reconhecimento. Quando as pretensões ao reconhecimento não são alcançadas, ou seja, o futuro da instituição não é compatível com o futuro que elas desejam pra si mesmas. Por isso, será necessário mudar de espaço para encontrar ou recuperar a identidade (DUBAR, 2005).

Desse modo, as enfermeiras manifestam desejo de sair do campo e buscar novas possibilidades de trabalho onde se reconheçam e tenham sentimento de pertença.

> No geral, eu digo que eu nao estou satisfeita com como estou hoje então eu pretendo estudar pra tentar novas possibilidades, focar no mestrado pra tentar a docência, focar num concurso federal para enfermeira generalista se abrir, que tenha estabilidade e um salário mais adequado. (E6)

> Estou buscando talvez essa formação, algo que me permita ser eu, mantendo meus princípios, aqueles do início que te falei, sem me autoflagelar, sem permitir essa maré que vem derrubando todo mundo me atinja. Eu olho para os meus colegas hoje e não os reconheço. Eu não reconheço mais essas pessoas que se formaram e se construíram junto comigo. (E7)

> Eu tenho vontade de sair da assistência, tentar outra especialidade, talvez fazer coisas mais burocráticas. (E8)

> Quero acabar lecionando para inspirar. (E9)

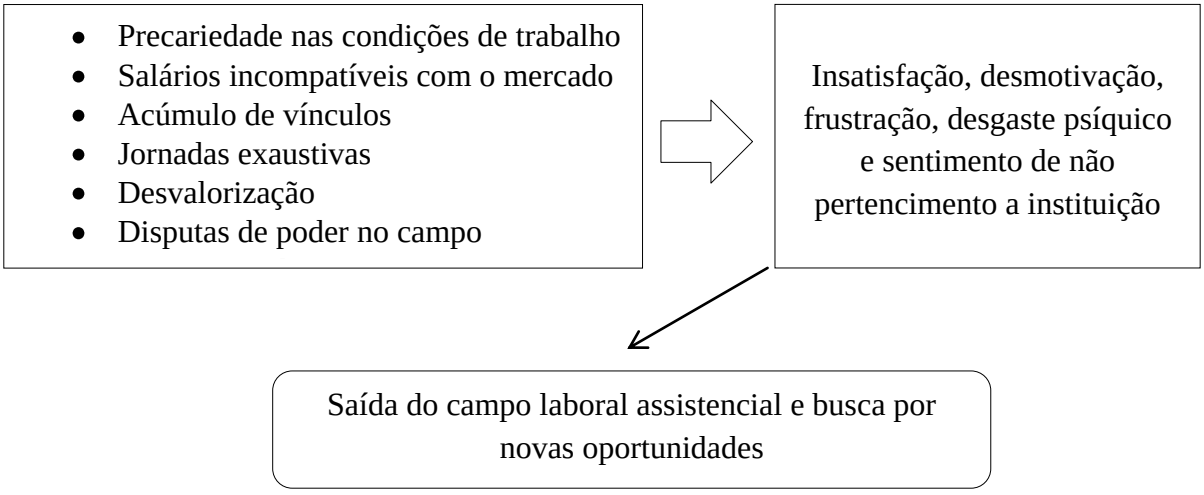
Dentre todas as participantes, algumas se encaixaram na configuração negociatória, outras na configuração afinitária e ainda tiveram aquelas que demonstraram estar permeando entre as duas configurações. As enfermeiras que se encaixaram na configuração negociatória tendem a permanecer no campo e mesclar a identidade real com a identidade virtual. Ou seja,

elas permanecem no campo e internalizam o que os outros pensam delas e se conformam com a realidade que estão inseridas.

Aquelas que se encaixam na configuração afinitária não conseguem mais se ver atuando em um campo onde elas acreditam ser vistas por todos de forma diferente de como se veem e com vínculos trabalhistas instáveis e desgastados, elas rompem com o campo e procuram um novo espaço onde se sintam mais valorizadas, neste caso ou mudando de especialidade, prestando um concurso público ou seguindo carreira docente (Figura 27).

Já aquelas que manifestam traços das duas identidades estão em um período de transição, vivendo uma crise de identidade. Elas tendem a permanecer no campo e travar uma luta simbólica por mais tempo, o que gera um desgaste psíquico, e ao final tomar um dos dois diferentes rumos citados acima.

Figura 27 – O campo laboral configurando a identidade afinitária com a possível saída das enfermeiras obstétricas do mesmo




Fonte: A autora (2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objeto a identidade profissional das enfermeiras obstétricas e utilizou aplicações teóricas do referencial sociológico de Dubar e Bourdieu, compreendo que o *habitus* constituído implica diretamente na construção e na expressão da identidade profissional da Enfermeira Obstétrica.

A construção do *habitus* foi iniciada desde a socialização primária, onde as enfermeiras obstétricas deste estudo incorporaram disposições que influenciaram na escolha pela profissão de enfermeira, como a autonomia financeira/emancipação feminina através do estudo, a disciplina, o cuidar e respeitar o próximo.

Ao terem o primeiro contato com a especialidade na graduação, elas perceberam alguma afinidade com o campo da obstetrícia. O que ocorreu pelo fato delas só conseguirem absorver aquilo ao qual elas eram pré-dispostas, ou seja, existe uma conexão entre a socialização das enfermeiras com a sua escolha pela enfermagem obstétrica como especialidade.

Posteriormente, ao ingressarem na especialização, adquiriram novos capitais somados aos pré-existentes que foram atualizando seu *habitus* e construindo sua identidade profissional, como: administração e gerência dos serviços de enfermagem, integralidade do cuidado, práticas integrativas e complementares e cuidado afetivo, expressados através da empatia e respeito, escuta ativa, entendimento da singularidade e integralidade dos sujeitos.

Baseadas na concepção humanizada foi que as participantes deste estudo se construíram como enfermeiras obstétricas. Isso é perceptível pelo fato delas se verem como mulheres batalhadoras que cuidam do lar e dos filhos, que amam a profissão, defendem o fisiológico e acreditam no parto normal sem intervenções, que tem empatia, que empoderam as mulheres, que veem a integralidade e a singularidade do indivíduo sem expressar julgamentos, que detém muito conhecimento e são um anjo da guarda invisível.

O fato das enfermeiras obstétricas se verem como mulheres que empoderam outras mulheres é interessante, pois elas mesmas se veem como invisíveis, e se sentem desvalorizadas. Isso traz a reflexão: será que todas as enfermeiras obstétricas empoderam as mulheres? Será que elas se veem como mulheres empoderadas exercendo sua profissão? De alguma forma elas transferem isso para as mulheres que são cuidadas por elas?

Em contrapartida, as enfermeiras obstétricas percebem que são vistas pelas parturientes e seus acompanhantes como uma doula que faz parto ou como uma médica muito boazinha e humanizada. Já pelos profissionais de saúde que trabalham junto com as enfermeiras obstétricas, elas percebem ser vistas como as enfermeiras que se escondem no pré-parto, aquelas que ganham a mais para não fazer nada, que fogem do trabalho burocrático e tornaram-se um tapa buraco de médico. E pela equipe médica, que divide diretamente o campo com as enfermeiras obstétricas, elas percebem ser vistas como profissionais que sabem menos do que eles, que muitas vezes colocam a paciente em risco por agirem como bruxas curiosas e fazem coisas que eles não acreditam e como potenciais competidoras que estão ali para roubar o campo de trabalho.

Se comparadas as duas visões, a de como as enfermeiras obstétricas se veem e de como elas percebem ser vistas, é possível identificar que estas são totalmente discrepantes e não se conectam, pois as enfermeiras percebem que todos os indivíduos que partilham o campo com elas não as veem da mesma forma como elas mesmas se veem.

Isso significa que existe um desacordo da identidade real com a identidade virtual, o que resulta no encontro das transações objetiva e subjetiva, que buscam reduzir a distância entre as duas identidades.

Na transação subjetiva, as enfermeiras obstétricas tem suas identidades construídas nos moldes de continuidade, que provocam um estado de realização e estimulam trajetórias contínuas. Isso ocorre porque elas estão satisfeitas com a identidade real, se veem sendo exatamente aquilo que gostariam de ser.

Entretanto, na transação objetiva, estas especialistas tem suas identidades construídas nos moldes de não-reconhecimento, pois as pretensões ao reconhecimento não são alcançadas, ou seja, o futuro das instituições onde trabalham não é compatível com o futuro que as enfermeiras obstétricas almejam pra si. Isso ocorre pois elas estão insatisfeitas com sua identidade virtual, elas não se veem sendo reconhecidas da forma que gostariam.

Esse desacordo entre a identidade real e virtual reflete que as enfermeiras obstétricas põem em prática aquilo que elas têm dentro delas. Ou seja, uma enfermagem obstétrica que rompe com o modelo biomédico de assistência a mulher e ao parto e que questiona a hegemonia e o autoritarismo do saber médico no campo obstétrico. Isso ocorre pela exteriorização do interno de cada uma delas, sob a perspectiva da desmedicalização.

Contudo, o que os outros veem delas é o resultado de um campo medicalizado que as julga de acordo com uma lógica própria de funcionamento e que estrutura as relações entre os

agentes. E é a existência desses valores, objetos e interesses específicos que direcionam as ações das especialistas.

Neste estudo, muitas das especialistas referiram que não estão satisfeitas com a realidade que vivem no campo que atuam, pois enquanto permanecem nele, vivem travando uma luta simbólica que gera desgaste em função de tantos embates diários. Por essa razão, as especialistas referem que estão procurando novas possibilidades, o que demonstra que já existe um cansaço por parte delas em lutar contra o que o campo medicalizado impõe.

Elas referem que dentro da prática assistencial não se sentem podendo ser elas mesmas e vivem em um processo de autoflagelação, pois estão sendo engolidas pelo campo e já percebem algumas das suas colegas de profissão internalizando suas identidades virtuais e se conformando com a realidade imposta pelo campo medicalizado, centrado na hegemonia médica.

As especialistas demonstraram interesse em seguir a carreira docente como uma estratégia de fuga deste campo, o que ilustra a dicotomia construída por essas enfermeiras entre o ensino e a prática e desperta a reflexão: seria essa a verdadeira essência de lecionar? Os profissionais que escolheram seguir a carreira acadêmica o fizeram pelo cansaço de travar embates no meio assistencial?

Com relação as configurações identitárias, as enfermeiras obstétricas permearam entre duas configurações identitárias: assim existem aquelas que são compatíveis com a configuração negociatória, as que são compatíveis com a configuração afinitária e as que tinham traços das duas configurações.

Aquelas que se enquadram na configuração negociatória dominam saberes profissionais e tem capacidade de articular a teoria com a prática, mantém uma relação de colaboração recíproca com a instituição e reconstroem sua identidade de forma que esta seja boa para si mesmas e para a instituição. As que se encaixam na configuração afinitária não manifestam pertencimento a instituição a qual estão vinculadas, tem certeza que valem mais do que o cargo que ocupam e buscam em suas relações de trabalho e nas transações com seus superiores meios de consolidar e construir projetos pessoais, alheios às dinâmicas coletivas da instituição. E existem ainda aquelas que apresentaram traços compatíveis com as duas configurações.

Foi perceptível também que as especialistas estão insatisfeitas com seus vínculos de trabalho que são, em grande maioria, celetistas e que estes vínculos influenciam nas configurações identitarias das enfemeiras obstétricas, pois estas são expostas a jornadas

exaustivas, muitas vezes duplas e até triplas, e sofrem com baixos salários, superlotação de alguns serviços e possuem condições de trabalho que não favorecem o desenvolvimento de boas práticas de atenção ao parto e nascimento.

Por estarem inseridas neste campo que não é compatível com a identidade real delas, as enfermeiras obstétricas tendem com o passar do tempo a prosseguir de três formas: 1) apresentam características da configuração negociatória, permanecem no campo e internalizam o que os outros pensam delas e se conformam com a realidade que estão inseridas; 2) apresentam semelhanças com configuração afinitária, rompem com o campo e procuram um novo espaço onde se sintam mais valorizadas, neste caso ou mudando de especialidade ou seguindo carreira docente; ou 3) manifestam atributos compatíveis com as duas configurações, vivendo em uma transição/ crise de identidade, permanecem no campo e travam constantemente uma luta simbólica dentro deste mesmo espaço que gera um desgeste psíquico para futuramente reencontrarem sua identidade e seguir um dos desfechos anteriores.

Esses possíveis desfechos provocam os seguintes questionamentos reflexivos: as enfermeiras obstétricas terão sua identidade real preservada? Há perspectiva de reconhecimento para esta especialidade no contexto atual de desmonte do SUS e privatização dos serviços púlbicos de saúde? Quais serão as alterativas para realização profissional das enfermeiras obstétricas? Por quanto tempo resistirão a um campo que não as valoriza e não lhes confere autonomia? Se todas as enfermeiras migrarem para a docência ou para outras especialidades, qual será o cenário da enfermagem obstétrica no Brasil?

Diante das inferências acima, esta dissertação sugere novas pesquisas acerca da identidade profissional das enfermeiras obstétricas, de sua articulação com o *habitus* profissional, e de possíveis estratégias para que a identidade real destas especialistas seja igual a identidade virtual, de forma que a população e os profissionais de outras categorias que dividem a prática no campo, possam também entender o papel da enfermeira obstétrica e sua importância no cenário do parto e nascimento humanizado no Brasil, tema este que será abordado em minha tese de doutorado.

# REFERÊNCIAS


AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 905-916, 2016.

ALVES, C. S. *et al*. Identidade profissional de professores: um referencial para pesquisa. **Educação e linguagem**. São Paulo, v. 10, n. 15, p. 269-283, 2007.

ANGULO-TUESTA, A. et al. Saberes e práticas de enfermeiros e obstetras: cooperação e conflito na assistência ao parto. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1.425-1.436, 2003.

ARRIBAS, C. Pode Bourdieu contribuir para os estudos em Ciências da Religião?. **Numen:** revista de estudos e pesquisa da religião. Juiz de Fora, v. 15, n. 2, p. 483-513, 2012.

ASSUMPÇÃO LOT, GOLIN CG. Reflexão sociológica sobre o conceito de *habitus* relacionado à prática de atividade física. **Revista brasileira de ciência e movimento**. Mato Grosso do Sul, v. 24, n. 3, p. 158-166, 2016.

ATONIO, F. **Sociologando**: A publicar a Sociologia. A discutir a Sociedade. 2008. Disponível em: https://sociologando.wordpress.com/2008/04/06/habitus/. Acesso em: 22 fev. 2019.

AUTONOMIA. *In*: DICIO, Dicionário Online de Português. Porto: 7Graus, 2021. Disponível em:https://www.dicio.com.br/autonomia/#:~:text=Significado%20de%20Autonomia,Regimentos%20ou%20leis. Acesso em: 28 jan. 2021.

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, 2013.

AYRES, L. F. A.; HENRIQUES, B. D.; AMORIM, W. M. A representação cultural de um "parto natural": o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 3525-3534, 2018.

BALDIN, N.; MUNHOZ, E. M. B. Snowball (bola de neve): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. *In*: Congresso Nacional de Educação, 10., 2011, Curitiba. **Anais** [...]. Curitiba: PUCPR, 2011.

BARDIN, L. **Ánalise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUMAN, Z. **Identidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BOURDIEU, P. As contradições da herança. *In:* BOURDIEU, P. (coord.). **A miséria do mundo**. Petrópolis: Vozes, p.587-593, 1997.

BORDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

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

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2003.

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

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. Tradução: Denice Bárbara Catani. São Paulo: Unesp, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000.html. Acesso em: 12 maio 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e puerpério - atenção qualificada e humanizada:** manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**: normas e manuais técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS: atitude de ampliação de acesso**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

CAMACHO, K. G. **A enfermeira obstétrica frente às transformações de sua prática consequente ao movimento de humanização do campo obstétrico hospitalar**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

CAMACHO, K.G.; PROGIANTI, J.M. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 648-55, 2013.

CHIAVENATO, I. **Gerenciando com as pessoas**: transformando o executivo em um excelente gestor de pessoas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, p. 1523-1531, 2009.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros portugueses, 1989.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 7. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

DIAS, M. A. B. **Humanização da assistência ao parto:** conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DINIZ, C. S. G. A humanização de assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DUBAR, C. **A socialização: construção da identidades profissionais**. Tradução: Andréa Stahel M. da Silva. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Ed. Nau, 2003.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre iniciação à pesquisa científica**. 5. ed. Campinas: Alínea, 2011.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 1731-1735, 2011.

KEMMER, L. F.; SILVA, M. J. P. Como escolher o que não se conhece? Um estudo da imagem do enfermeiro por alunos do ensino médio. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, Londrina, PR, v.20, n. 2, p. 125-30, 2007.

LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico da filosofia**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

LIMA, L. D.; CARVALHO, M. S.; COELI, C. M. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018.

LIMA, R. C. P.; CAMPOS, P. H. F. Campo e grupo: aproximação conceitual entre Pierre Bourdieu e a teoria moscoviciana das representações sociais. **Educação e Pesquisa**. São Paulo, v. 41, n. 1, p. 63-77, 2015.

MACHADO, D. C.; SILVA, A. F. Um indicador de não satisfação no trabalho e a mobilidade do mercado de trabalho: um estudo para homens e mulheres. **Nova econ.** Belo Horizonte, v. 24, n. 1, p. 123-140, 2014.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MELO, M. C. P.; COELHO, E. A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2549-2558, 2011.

MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar assistência. 2003.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

MOUTA, R. J. O. **A luta das enfermeiras pela ocupação do espaço hospitalar de assistência ao parto humanizado**. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

NICARIO, M. C.; HERINGER, A. L. S.; SCHROETER, M. S.; PEREIRA, A. L. F. Percepção das enfermeiras obstétricas acerca de sua identidade profissional: um estudo descritivo**. Online brazilian jornal of nursing**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 205-214, 2016.

NOGUEIRA, C. M. M.; NOGUEIRA, M. A. A sociologia da educação de Pierre Bourdieu: limites e contribuições. **Educação & Sociedade**, v. 23, n. 78, 2002.

NUNES, J. H; SILVA, M. F. G. D. O trabalho de enfermeiras(os) obstetras na assistência a nascimentos e partos: profissionalização e tensões identitárias. **Revista da ABET**. Goiás, v. 15, n. 2, 2016.

OLIVEIRA, D. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. R**evista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.569-76, 2008.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil**: o lugar do não médico. 1997. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

PEDROSA, I. C. F**. A infraestrutura de Unidades Básicas de Saúde do Município de Cuiabá-MT e sua relação com as práticas do enfermeiro**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso, 2011.

PEREIRA, A. L. F. Atuação da enfermeira obstétrica na política pública de humanização ao parto no Rio de Janeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 233-239, 2006.

PEREIRA, A. L. F.; NICARIO, M. C. Formação e inserção profissional das egressas do curso de residência em enfermagem obstétrica. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 50-6, 2014.

PETERS, G. Configurações e reconfigurações na teoria do habitus: um percurso. *In:* Congresso Brasileiro de Sociologia, 14., 2009, Rio de Janeiro. **Anais** [...]. 2009.

PRATA, J. A. **A constituição do habitus profissional no Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica da Universidade do Estado do Rio de Janeiro**. 2016. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

PROGIANTI, J. M. **Parteiras, médicos e enfermeiras:** a disputada arte de partejar. 2001.Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

PROGIANTI, J. M. *et al*. Precarização do trabalho da enfermeira obstétrica. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, 2018.

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação**. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2005.

REIS, T. R. *et al*. Enfermagem obstétrica: contribuições às metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 36, p. 94-101, 2015.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 8.315, de 20 de março de 2019. Reajusta, com efeitos retroativos a partir de 1-1-2019, os pisos salariais dos trabalhadores do Estado, bem como revoga a Lei 7.898-RJ, de 7-3-2018. **Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro**, ano 45, n. 53, 2019. Disponível em: https://www.contabeis.com.br/legislacao/4840949/lei-rj-8315-2019/. Acesso em: 15 mar.2021.

SÁ, L. D. *et al*. Educação em saúde no controle da tuberculose: perspectiva de profissionais da estratégia saúde da família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 103-11, 2013.

SABINO, C. M.; SANTANA, A. A construção social do sujeito: o habitus e a identidade docente. **Revista Acadêmica Eletrônica**. 14. ed., 2016.

SANCHOTENE, M. U.; MOLINA NETO, V.. Habitus Profissional, Currículo Oculto e Cultura Docente: Perspectivas para a Análise da Prática Pedagógica dos Professores de Educação Física. **Pensar a Prática.** Goiânia, v. 9, n. 2, 2006.

SANTOS, F. A. P. S. *et al*. Autonomia do enfermeiro obstetra na assistência ao parto de risco habitual. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v. 19, n. 2, p. 471-479, 2019.

SARTI, C. A. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 35, 2004.

SAUNDERS B. *et al*. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Qual Quant.**, v. 52, n. 4, p. 1893-1907, 2018.

SEIBERT, S. L.; BARBOSA, J. L. S.; SANTOS, J. M.; VARGENS, O. M. C. Medicalização x humanização: o cuidado ao parto na história. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Rio de Janeiro, v. 13, p. 245-51, 2005.

SETTON, M. G. J. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Revista Brasileira de Educação**. Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, 2002.

SILVA, A. F. *et al*. Atuação do enfermeiro obstetra na assistência ao parto: saberes e práticas humanizadas. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. v. 23, n. 3, p.87-93, 2018.

SILVA, A. L. S.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. A. C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Esc. Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431, 2015.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualit@s Revista Eletrônica**, v. 1, n. 1, 2015.

SILVA, F. G. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicol. educ.**, n. 28, p. 169-195, 2009.

SILVA, M. C. V.; AGUIAR, M. C. C.; MONTEIRO, I. A. Identidade profissional docente: interfaces de um processo em (re)construção. **Perspectiva**. Florianópolis, v. 32, n. 2, p. 735-758, 2014.

THIRY-CHERQUES, H. R. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Revista de Admnistração Pública**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 27-53, 2006.

THUME, E. *et al*. Formação e prática de enfermeiros para a atenção primária à saúde: avanços, desafios e estratégias para fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 42, p. 275-288, 2018.

TORNQUIST, C. S. Humanizando nascimentos e partos. **Interface**, v. 10, n. 19, p. 255-258, 2006.

VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M.; SILVEIRA, A. C. F. O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 2, p.339-346, 2008.

VIEIRA, M. L. C. *et al*. Precarização do trabalho em hospital de ensino e presenteísmo na enfermagem. Revista **Enfermagem UERJ**, v. 24, n. 4, 2016.

VOGT, M. S. *et al*. Cargas físicas e psíquicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. **Cogitare enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 297-303, 2012.

WACQUANT, L. Homines in extremis: o que pesquisadores-lutadores nos ensinam sobre o habitus. Tradução: Nicole M. T. de Pontes. **Estudos de sociologia**. Recife, v. 1, n. 21, 2015.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

ZVEITER, M.; SOUZA, I. E. O. Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.19, n. 1, p. 86-92, 2015.

**APÊNDICE A -** Instrumento de coleta de dados

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**
**CENTRO BIOMÉDICO**
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

**Título do projeto principal:** *Habitus* profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas: configurações identitárias a partir do vivido no trabalho

**Pesquisadora responsável:** Luísa dos Santos Belém

**Orientadora:** Drª Jane Márcia Progianti

**# Dados de identificação:**

Código de Identificação da entrevista: _____

1. Faixa etária: ( ) 24 anos ou menos ( ) De 25 a 34 anos ( ) De 35 a 44 anos ( ) De 45 a 54 anos ( ) De 55 a 64 anos ( ) 65 anos ou mais. Especifique: _____ anos.
2. Estado civil: ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) União estável ( ) Divorciado ( ) Viúvo
3. Tempo de formação em obstetrícia: ( ) De 5 a 6 anos ( ) De 7 a 8 anos ( ) De 9 a 10 anos ( ) De 11 a 12 anos ( ) 13 anos ou mais. Especifique: _____ anos.
4. Você cursou outra especialização além desta? ( ) sim ( ) não. Qual? _____
5. Você é o provedor principal da família? ( ) Sim ( ) Não
6. Quantas pessoas dependem de seu salário, exceto você?

( ) Nenhuma ( ) 1 pessoa ( ) 2 pessoas ( ) 3 pessoas ( ) 4 pessoas ( ) mais de 4 pessoas

**# Formação**

1. Escolaridade: ( ) Pós-graduação ( ) Mestrado ( ) Doutorado
2. Ano inicio/conclusão da graduação: _____ / _____ Instituição: _____
3. Ano inicio/conclusão da especialização: _____ / _____ Instituição: _____
4. Modalidade da especialização: ( ) pós-graduação ( ) residência
5. Tempo de atuação na enfermagem: _____

6. Tempo de atuação na enfermagem obstétrica: _____

**# Sobre o trabalho exercido**

1. Função atual: ( ) Assistencial ( ) Gerencial
2. Tipo de contrato: ( ) Estatutário ( ) Contrato CLT ( ) Outro(s).
3. Número de vínculos empregatícios: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) Mais de 3
4. Tipo de jornada de trabalho: ( ) Diarista ( ) Plantão diurno ( ) Plantão noturno
5. Se plantonista, escala ( ) 12x36 horas ( ) 12x60 horas ( ) 24x72 horas ( ) Outros:_____
6. Carga horária semanal total considerando outros vínculos: ( ) 30hs ( ) 40 hs ( ) 60 hs ( ) Mais de 60. Especifique: _____
7. Faixa salarial considerando o salário mínimo vigente de R$ 998,00:

( ) De 2 a 4 salários mínimos ( ) De 5 a 7 salários mínimos

( ) De 8 a 10 salários mínimos ( ) Acima de 11 salários mínimos

**APÊNDICE B** - Roteiro de entrevista

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**
**CENTRO BIOMÉDICO**
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

## ROTEIRO DA ENTREVISTA

**Título do projeto principal:** *Habitus* profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas: configurações identitárias a partir do vivido no trabalho

**Pesquisadora responsável:** Luísa dos Santos Belém

**Orientadora:** Drª Jane Márcia Progianti

Nome: _____ Idade: _____

E-mails: _____ / _____

Celular: ( ) _____

Local da Entrevista: _____

Hora início da entrevista: _____ Hora término da entrevista: _____

Duração da entrevista: _____ Dia:___/___/___ Nº da entrevista: _____

**PARTE I - Introdução**

Fale-me sobre a sua família, as relações que estabeleceu na infância e adolescência.

Tópicos para orientação:

- Como é a sua relação com a família?
- Acredita que há um pouco deles em você? Em quais aspectos?
- Como foi a sua infância e adolescência?

Objetivo: capturar dados relacionados à socialização das participantes que faz parte da constituição do *habitus* primário e da identidade pessoal que a levaram a ser enfermeira.

**PARTE II - Formação profissional**

Fale-me sobre sua formação profissional, a universidade em que estudou e o motivo da escolha por esta profissão e pela especialidade em enfermagem obstétrica.

Tópicos para orientação:

- Onde se formou e fez sua especialização em enfermagem obstétrica?
- Por que decidiu fazer uma pós-graduação?
- Por que escolheu a especialização em enfermagem obstétrica?
- Teve alguma coisa específica que te marcou no curso de especialização?
- Você conseguiu aplicar os conhecimentos aprendidos no bloco teórico?
- Na sua opinião, o que o curso lhe proporcionou?

Objetivo: propiciar que as depoentes resgatem as questões que motivaram a opção pela residência como uma modalidade de formação profissional.

**PARTE III – Atuação profissional**

Fale-me sobre como foi a sua inserção no mercado de trabalho após a conclusão da residência.

Tópicos para orientação:

- Como era o seu primeiro emprego?
- Em qual setor você trabalha hoje?
- Como eram suas ações no início de sua atuação na área obstétrica?
- Que tipo de cuidados realiza?
- Você acredita que estes são os mesmos cuidados que aprendeu na especialização?

Objetivos: entender como foi a transição da residência de Enfermagem Obstétrica para o mundo do trabalho.

**PARTE IV - Configurações identitárias**

Fale-me sobre a sua relação com a instituição que trabalha no momento. Fale-me sobre como é a sua relação com seu trabalho, com seu chefe, sobre como você se percebe dentro da sua instituição, sobre como você se vê dentro do seu emprego daqui a alguns anos.

Tópicos para orientação:

- Descreva as atividades que vocês desenvolveu nas duas últimas semanas.
- Além dessas atividades tem outras que você desenvolve com frequência? Quais?
- Quão importante é o seu trabalho para você?

- Como é a sua relação com seu chefe?
- Você acredita que treinamentos e capacitações são a melhor forma de crescer profissionalmente?
- Como você reage a mudanças dentro do trabalho?
- A sua empresa possui objetivos em comum com você?
- Se sente realizada no seu trabalho?
- Você acha que vale mais do que o emprego que ocupa?
- Seus interesses particulares vem antes da instituição?
- Você se vê dentro do trabalho atuando de forma repetitiva, burocrática, cumprindo tarefas de modo automatizado?

Objetivo: fisgar elementos que permitam a identificação da configuração identitária profissional desta participante.

**PARTE V - Atos de pertencimento e de atribuição**

Fale-me sobre como você se vê como profissional, sobre como as pessoas ao seu redor te veem.

Tópicos para orientação:

- Como você se percebe, hoje, como enfermeira obstétrica?
- O que mudou na sua trajetória profissional?
- Como você acredita que os outros te veem?
- Você se reconhece na identidade que lhe foi atribuída?
- Qual é a imagem profissional que você tem de si no futuro?
- Ela é compatível com a de hoje? Por que?

Objetivo: desvelar os atos de pertencimento e de atribuição desta participante.

**APÊNDICE C** - Termo de consentimento livre e esclarecido

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**
**CENTRO BIOMÉDICO**
**FACULDADE DE ENFERMAGEM**

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Grupo de Pesquisas sobre Desmedicalização no contexto da Saúde e na Enfermagem Edifício Paulo de Carvalho Boulevard, 28 de setembro, 157 / 8.º andar, Vila Isabel 20551-030 – Rio de Janeiro – RJ.

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, do estudo ***Habitus* profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas: configurações identitárias a partir do vivido no trabalho**, conduzido pelas enfermeiras Mestranda Luísa dos Santos Belém (pesquisadora) e Doutora Jane Márcia Progianti (orientadora), com objetivos de descrever as disposições incorporadas pelas enfermeiras obstétricas a partir do vivido no mundo do trabalho, discutir as configurações identitárias dessas enfermeiras e analisar os atos de pertencimento e atribuição da identidade profissional das enfermeiras obstétricas.

Você foi selecionada por indicação de uma colega sua, também enfermeira obstétrica que já está participando desta pesquisa. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Sua participação será através de uma entrevista com duração média de sessenta minutos. Para tanto, solicitamos sua permissão para a gravação de suas respostas, bem como a posterior transcrição das mesmas. Considera-se que há risco de constrangimento ou desconforto advindo de lembranças de assuntos que podem ser considerados pessoais. Caso isso ocorra, imediatamente será pausada a gravação e você terá o direito de desistir de participar da pesquisa. Durante a entrevista, também poderá se recusar a responder qualquer pergunta independente do motivo.

Você não terá custos ao participar deste estudo. Estão garantidos e assegurados o sigilo dos dados e o anonimato. Os resultados do estudo serão utilizados apenas para fins acadêmicos, sendo a guarda do mesmo de responsabilidade do pesquisador. O acesso aos dados será feito somente através do contato com os pesquisadores. A divulgação dos resultados ocorrerá sob a forma de relatório, apresentação em eventos científicos e produção de artigos.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável. Embora concordando em participar, você não está desistindo de nenhum direito.

Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Contatos do pesquisador responsável: Luísa dos Santos Belém, Mestranda em Enfermagem da UERJ, luisa.belem@hotmail.com, (21) 97995-0518, Edifício Paulo de Carvalho Boulevard, 28 de setembro, 157 / 8.º andar, Vila Isabel 20551-030 – Rio de Janeiro – RJ.

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Eu, _____, que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito.

Rio de janeiro, _____ de _____ de _____.

_____ _____
Assinatura do Participante Assinatura do Pesquisador

**ANEXO** - Parecer de aprovação da pesquisa no CEP/UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Habitus profissional como expressão da identidade das enfermeiras obstétricas: configurações identitárias a partir do vivido no trabalho

**Pesquisador:** LUISA DOS SANTOS BELEM

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 18055319.0.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.573.915

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de ressubmissão, para atender pendências, do projeto de mestrado de Luísa dos Santos Belém, apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob orientação da Profª. Dra. Jane Márcia Progianti. Busca identificar o processo de construção da identidade profissional das enfermeiras obstétricas, formadas pelos moldes de residência, atuantes em uma instituição pública há mais de cinco anos, na cidade do Rio de Janeiro, sendo utilizada a técnica "Bola de Neve" (snowball). As profissionais , 15 ao todo, responderão a entrevista individual do tipo semiestruturada.

**Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo principal é: "Apresentar as identidades profissionais das enfermeiras obstétricas."

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos são mínimos e os benefícios podem ser decorrentes da própria participação que permitirá uma reflexão sobre a atuação profissional da entrevistada.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa está bem embasada e a metodologia se mostra pertinente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está assinada e carimbada pela vice-diretora da Faculdade de Enfermagem. Cronograma, orçamento e instrumentos são apresentados e detalhados. O TCLE é apresentado,

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

fazendo referências a possíveis riscos de desconforto.

**Recomendações:**

Recomenda-se:

Adicionar a palavra "declaro", no TCLE, no trecho final: "Eu, _____, DECLARO que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar, como voluntária, do projeto de pesquisa acima descrito."

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

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para setembro de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1397730.pdf | 10/08/2019 10:32:41 | | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tclerevisado.pdf | 10/08/2019 10:31:50 | LUISA DOS SANTOS BELEM | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projetoluisa.pdf | 15/07/2019 17:06:37 | LUISA DOS SANTOS BELEM | Aceito |
| Folha de Rosto | folhaderosto.pdf | 15/07/2019 17:05:31 | LUISA DOS SANTOS BELEM | Aceito |
| Outros | introducao.pdf | 14/07/2019 22:57:25 | LUISA DOS SANTOS BELEM | Aceito |
| Orçamento | orcamento.pdf | 14/07/2019 22:56:45 | LUISA DOS SANTOS BELEM | Aceito |
| Outros | roteirodeentrevista.pdf | 14/07/2019 22:56:05 | LUISA DOS SANTOS BELEM | Aceito |
| Outros | Caracterizacaodossujeitos.pdf | 14/07/2019 22:55:22 | LUISA DOS SANTOS BELEM | Aceito |

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cronograma | cronogramadeatividades.pdf | 14/07/2019 22:52:58 | LUISA DOS SANTOS BELEM | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

RIO DE JANEIRO, 13 de Setembro de 2019

**Assinado por:**
**Patricia Fernandes Campos de Moraes**
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br