UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

AMANDA CAVALCANTE DE MACÊDO

A LUTA DAS PRIMEIRAS ENFERMEIRAS FORMADAS EM ALAGOAS POR MELHORES POSIÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE (1977-1979)

MACEIÓ
2013

AMANDA CAVALCANTE DE MACEDO

A LUTA DAS PRIMEIRAS ENFERMEIRAS FORMADAS EM ALAGOAS POR MELHORES POSIÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE (1977-1979)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre. Área de concentração: Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

Orientadora: Profa. Dra. Regina Maria dos Santos.

MACEIÓ
2013

Catalogação na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico Bibliotecária
Bibliotecário: Maria Auxiliadora G. da Cunha

M141l Macedo, Amanda Cavalcante de.
A luta das primeiras enfermeiras formadas em Alagoas por melhores posições no campo da saúde (1977-1979) / Amanda Cavalcante de Macedo. – 2013.
139 f. : il.

Orientadora: Regina Maria dos Santos.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem e Farmácia. Maceió, 2013.

Bibliografia: f. 117-122.
Apêndices: f. 123-126.
Anexos: f. 127-139.

1. Enfermagem. 2. História da enfermagem. 3. Enfermeiras. 4. Serviços de saúde. I. Título.

CDU: 616-083(813.5)(091)

À Martha e José Luiz.
Pela vida, pelo amor, por tudo que não cabe
em palavras. Meus anjos. Minha luz.

AGRADECIMENTOS

- Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas;
- À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas;
- À orientadora, professora Regina Maria dos Santos, pelos infindáveis presentes que me proporcionou; pelas suas palavras, sem as quais não poderia ter caminhado; por contribuir para o que sou hoje, enquanto pessoa, enfermeira, pesquisadora;
- Aos sujeitos, que me proporcionaram momentos de emoção e reflexão, que revelaram suas memórias e assim contribuíram de maneira essencial para este estudo;
- À banca examinadora, Professora Cristina Trezza pelas suas valiosas considerações; professora Tânia Franco e professor Alexandre Oliveira, por contribuírem diretamente para maturação da análise e discussão do fenômeno aqui trabalhado;
- À professora Célia Rozendo, por ter me acolhido no início da caminhada, em seu grupo de pesquisa, colaborando para o exercício reflexivo acerca da pesquisa em enfermagem e também por contribuir para este estudo;
- Ao Gedim, por me aproximar de pessoas tão especiais, em especial Nayara, Laís e James, que no caminhar, ajudaram-me com seu apoio e amizade;
- Aos colegas do mestrado: Dudu, Bia, Luanna, Lucianna, Janine, Fernanda, Monise, Neu, Paty, Gabi, Kátia e Carol, pela troca de energia que me impulsionou nesta etapa desconhecida; pelos risos, choros, palavras, silêncios; por dividir e ao mesmo tempo gerar conhecimentos e momentos que foram fundamentais para seguir;
- Aos que me facilitaram os dados: Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas, na pessoa da Enfermeira Lúcia Leite; Hospital Geral do Estado, na pessoa da Enfermeira Sandra Villar; Secretaria Estadual de Saúde; Arquivo Público de Estado; Instituto Histórico e Geográfico de Alagoas; Hospital Universitário Professor Alberto Antunes; Departamento de Registro e Controle Acadêmico; direção da Escola de Enfermagem e Farmácia, na pessoa do professor João Xavier; coordenação do Curso de graduação em Enfermagem, na pessoa da professora Vera Monteiro;
- Aos que favoreceram a minha dedicação: Cleide e Arthur, por estarem com meu filho em minhas ausências, doando seus cuidados, atenção, carinho e amor;
- Ao Francisco, por sempre me fazer aprender; por me amar; pela liberdade que possui e mesmo assim escolhe estar comigo; "*só é possível te amar*";

- Ao meu filho: minha homenagem especial é para alguém que espero ser um grande homem, ao meu filho Bernardo Macedo de Oliveira minhas desculpas pela ausência e o meu muito obrigada pela sua existência, que em alguns momentos me fizeram parar, mostrando meus limites, em outros me deram forças para prosseguir; "*as coisas lindas são mais lindas quando você está*";
- À mainha e painho, pela vida, pelo incentivo, apoio, educação; por serem e fazerem mais do que se pode fazer para me fazer feliz; sem vocês, nada teria sido; "*saber que tenho você[s] me faz continuar".*

Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.

Fernando Teixeira de Andrade

RESUMO

MACEDO, Amanda Cavalcante de. A **Luta das primeiras enfermeiras formadas em Alagoas por melhores posições no campo da saúde (1977-1979).** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió. 2013. 139f.

O presente estudo tem como objeto as lutas simbólicas empreendidas pelas primeiras enfermeiras formadas em Alagoas, as pioneiras, na busca por melhores posições no campo da saúde. Objetivos: descrever o panorama do subcampo da enfermagem em Alagoas no momento da inserção das pioneiras; analisar a luta dessas enfermeiras para se inserirem no campo da saúde em Alagoas; e discutir os efeitos destas lutas para a (re)classificação da enfermagem alagoana no campo da saúde através do capital profissional e simbólico das enfermeiras. O recorte social e temporal foi o estado de Alagoas, no período compreendido entre 1977 a 1979, tendo como marco inicial a formatura da primeira turma de enfermeiras formadas pelo único curso de graduação existente a época em Alagoas e como marco final o ano de reconhecimento do referido curso. Sob o enfoque teórico-metodológico, realizou-se pesquisa de natureza histórico-social, sendo as fontes primárias constituídas de documentos escritos e orais, sendo estes obtidos através do método da história oral; enquanto que as fontes secundárias foram compostas de literatura existente sobre a referida temática. Os achados foram classificados, contextualizados e analisados à luz da teoria do mundo social do sociólogo Pierre Bourdieu, valendo-se dos conceitos de campo, *habitus*, capital, luta e poder simbólicos. Foram entrevistadas doze enfermeiras e a análise dos dados permitiu verificar que: o campo da saúde até a entrada das enfermeiras em estudo tinha como agentes atendentes e auxiliares de enfermagem, enfermeiras formadas em outros estados e médicos, sendo estes os dominantes do campo; as enfermeiras eram aguardadas nos serviços e para elas já existia um espaço previamente delimitado, o de "auxiliar de médico"; as enfermeiras com paciência e senso de responsabilidade profissional enfrentaram lutas e empreenderam estratégias simbólicas a fim de subverter a ordem estabelecida pelos dominantes, indo à busca de melhores posições, reconfigurando o espaço da enfermagem no campo da saúde, legitimando sua presença, identidade e poder no campo; as enfermeiras implementaram mudanças que favoreceram a qualidade do trabalho de Enfermagem no campo da saúde; como resultado de seus esforços e do pleno exercício de sua profissão, elas acumularam conquistas e prestígio que se expressaram no reconhecimento de sua competência profissional e ampliaram o subcampo da Enfermagem fortalecendo a posição das enfermeiras nas relações sociais com os demais agentes do campo da saúde.

Descritores: Enfermagem; História da Enfermagem; Enfermeiras; Serviços de saúde.

ABSTRACT

This paper studied the symbolic struggles undertaken by the first nurses in Alagoas, both pioneers in the search for better positions in the healthcare field. Objectives: To describe the landscape of Alagoas subfield of nursing at the time of insertion of the pioneers; analyze the struggle of these nurses to be inserted in the health field in Alagoas, and discuss the effects of the struggles in the repositioning of Alagoas nursing in health through professional nurses capital. The social and temporal crop was the state of Alagoas, in the period 1977-1979, taking as starting point the graduation of the first class of nurses formed by single undergraduate existing time Alagoas and how the final milestone year recognition that course. Under the methodological approach, we carried out research historical-social, being the primary sources consist of written and oral documents, which are obtained through the method of oral history, whereas secondary sources were composed of existing literature on that topic. The findings were classified, contextualized and analyzed in the light of the theory of the social world of the sociologist Pierre Bourdieu, drawing on the concepts of field, *habitus*, capital, symbolic power and symbolic struggle. Twelve nurses were interviewed and data analysis has shown that: the health field to the entrance of the nurses in the study had as attendants, auxiliary nurses, trained nurses and doctors in other states, which are the dominant field; nurses were anticipated services and for them there was already a pre-defined location of the "medical assistant"; nurses with patience and sense of professional responsibility and faced struggles waged symbolic strategies to subvert the order established by the dominant, going in search of better positions, reconfiguring the space of nursing in health, legitimizing their presence, identity and power in the field; nurses had implemented changes that favored the quality of nursing work in the health field and as a result of their efforts and the full exercise of their profession, they accumulated achievements and prestige that are expressed in the recognition of professional competence and expanded the subfield of Nursing strengthening the position of nurses in social relations with other actors in the health field.

Descriptors: Nursing; History of Nursing; Nurses; Health Services.

RESUMEN

En este trabajo se estudió las luchas simbólicas llevadas a cabo por las enfermeras formadas en Alagoas, pioneras en la búsqueda de mejores posiciones en el campo de la salud. Objetivos: Describir el paisaje de Alagoas campo de la enfermería en el momento de la inserción de los pioneros; analizar la lucha de estas enfermeras que se insertarán en el campo de la salud en Alagoas, y discutir los efectos de las luchas en el reposicionamiento de Alagoas de enfermería en salud a través de profesionales del capital de las enfermeras. El cultivo social y temporal era el estado de Alagoas, en el período 1977-1979 , tomando como punto de partida la graduación de la primera promoción de enfermeras formadas por una sola vez existente pregrado Alagoas y cómo el reconocimiento final del año del jalón ese curso. Bajo el enfoque metodológico, se llevó a cabo la investigación histórico-sociales, siendo las fuentes primarias consisten en documentos escritos y orales, que se obtienen a través del método de la historia oral, mientras que las fuentes secundarias se componen de la literatura existente sobre el tema. Los resultados fueron clasificados, contextualizados y analizados a la luz de la teoría del mundo social del sociólogo Pierre Bourdieu, a partir de los conceptos de campo, *habitus*, capital, lucha simbólica y poder simbólico. Fueron entrevistadas doce enfermeras y el análisis de datos ha demostrado que: el campo de la salud a la entrada de las enfermeras en el estudio tuvo como asistentes, auxiliares de enfermería, enfermeros formados en otros estados y la salud, que son el campo dominante; enfermeras estaban servicios previstos y para ellos no era ya un lugar predefinido del "asistente médico"; enfermeras con paciencia y sentido de responsabilidad profesional y las luchas que enfrentan emprendieron estrategias simbólicas para subvertir el orden establecido por la dominante, ir en busca de mejores posiciones, reconfigurando el espacio de la enfermería en la salud, que legitiman su presencia, la identidad y el poder en el campo; enfermeras implementaron cambios que favorecieron la calidad del trabajo de enfermería en el campo de la salud y como resultado de sus esfuerzos y el pleno ejercicio de su profesión, acumularon logros y prestigio que se expresa en el reconocimiento de la competencia profesional y ampliaron la especialidad de Enfermería de fortalecer la posición de las enfermeras en las relaciones sociales con otros actores en el campo de la salud.

Descriptores: Enfermería; Historia de la Enfermería; Enfermeras; Servicios de salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Documentos utilizados no estudo arquivados no LADOPHE / GEDIM. **22**

Quadro 2 – Número de formados pelo curso de enfermagem entre 1977-1979 e de entrevistadas para o estudo, por turma. **26**

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fotografia da primeira turma (junho de 1977). **26**

Figura 2 – Fotografia da segunda turma (dezembro de 1977). **27**

Figura 3 – Fotografia da terceira turma (julho de 1978). **27**

Figura 4 – Fotografia da quarta turma (julho de 1979). **28**

Figura 5 – Fotografia da quinta turma (dezembro de 1979). **28**

Figura 6 – Grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem. **63**

Figura 7 – Trecho do discurso da aposição da placa, em uma das solenidades da formatura, proferido pela aluna Maria Helena Quintella Brandão Vilela em junho de 1977. **67**

Figura 8 - Trecho do discurso de homenagem ao paciente proferido pela professora Lenir, durante as solenidades de formatura da primeira turma em junho de 1977. **69**

Figura 9 – Fotografia do momento do discurso da formanda Gilvania Dorta de Moura em uma solenidade da formatura da terceira turma. Local: Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Junho de 1978. **72**

Figura 10 – Trecho do discurso de formatura proferido pela aluna Noraci Pedrosa, 1977. **98**

Figura 11 – Fotografia das professoras e formandas na aula da saudade da 2ª turma. Enfermagem-UFAL. Dezembro de 1977. **107**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
AIS	Ações Integradas de Saúde
AL	Alagoas
APENAL	Associação dos Profissionais Enfermeiros de Alagoas
CDRH	Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos
CFRH	Centro Formador de Recursos Humanos
CSAU	Centro de Saúde
DRCA	Departamento de Registro e Controle Acadêmico
EAEA	Escola de Auxiliares de Enfermagem de Alagoas
ESENFAR	Escola de Enfermagem e Farmácia
ETSAL	Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora
FUNGLAF	Fundação Governador Lamenha Filho
FUSAL	Fundação de Saúde do Estado de Alagoas
GEDIM	Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre
HGE	Hospital Geral do Estado de Alagoas
HOPE	Navio *Health Opportunities for People Everywhere*
HUPAA	Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
LADOPHE	Laboratório de Documentação e Pesquisa em História da Enfermagem
SESAU	Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas
UFAL	Universidade Federal de Alagoas
UNCISAL	Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas

SUMÁRIO

CONSIDERAÇÕES INICIAIS 14

Capítulo I – ABORDAGEM METODOLÓGICA E TEÓRICA 21
1.1 – O PERCURSO METODOLÓGICO E AS FONTES 21
1.2 – O REFERENCIAL TEÓRICO – PIERRE BOURDIEU 35

Capítulo II – A ENFERMAGEM NO BRASIL E A CONJUNTURA NACIONAL DO PERÍODO DE 1970 A 1985 39

Capítulo III – O ESPAÇO SOCIAL DA ENFERMAGEM EM ALAGOAS 51

Capítulo IV – A INCORPORAÇÃO DO *HABITUS* PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS 62

Capítulo V – A LUTA DAS ENFERMEIRAS NO CAMPO DA SAÚDE 74
5.1 – O CAMPO DA SAÚDE EM ALAGOAS E A ORDEM VIGENTE: "ENFERMEIRA É AUXILIAR DE MÉDICO" 74
5.2 – O MOVIMENTO CONTRAORDEM: "ENFERMEIRA NÃO É AUXILIAR DE MÉDICO" 91
5.3 – OS EFEITOS DA LUTA SIMBÓLICA DAS ENFERMEIRAS 108

CONSIDERAÇÕES FINAIS 112

REFERÊNCIAS 115

APÊNDICES 121
Apêndice A - Termo de Autorização Institucional de Pesquisa 121
Apêndice B – Lista nominal das Enfermeiras por Turma 122
Apêndice C – Roteiro da Entrevista 124

ANEXOS 125
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética 125
Anexo B – Instrumento para Análise Interna e Externa de Documentos 126
Anexo C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 127
Anexo D – Termo de Doação do Relato 129
Anexo E – Relação dos concluintes da primeira turma – 1977.1 130
Anexo F – Relação dos concluintes da segunda turma – 1977.2 131
Anexo G – Relação dos concluintes da terceira turma – 1978.1 132
Anexo H – Relação dos concluintes da quarta turma – 1979.1 133
Anexo I – Relação dos concluintes da quinta turma – 1979.2 134
Anexo J – Filosofia do Curso de Graduação em Enfermagem – UFAL (1977) 135
Anexo K – Paródia "O que será?" criada pelas docentes para a 1ª turma (1977) 137

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este é um estudo de caráter histórico social que tem como **objeto** a luta das primeiras enfermeiras formadas em Alagoas na busca por melhores posições no campo da saúde. O recorte social e temporal foi o estado de Alagoas, no período compreendido entre 1977 a 1979, tendo como marco inicial a formatura da primeira turma de enfermeiras da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – primeiro curso de graduação em enfermagem do estado – e como marco final, o ano de reconhecimento[1] do referido curso.

Após algumas discussões e ponderações junto ao grupo de estudos do qual faço parte – Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre (GEDIM) – que tem como uma de suas linhas de pesquisa a História da Enfermagem Brasileira e Alagoana, bem como também após o levantamento de pesquisas sobre a história da enfermagem brasileira, verifiquei que ainda havia poucos estudos sobre a história da enfermagem alagoana, e nos estudos já produzidos, pude identificar uma lacuna de conhecimento que estava relacionada às primeiras enfermeiras formadas em Alagoas (antes da UFAL, não havia outro curso para formação de enfermeiras no estado).

Assim, surgiu a inquietação em saber como foi a inserção destas primeiras enfermeiras nos serviços de saúde. Partindo da premissa de que, com a criação do curso, um novo agente inserindo-se causaria alterações na conformação espacial do campo e que estas tendem a provocar tentativas de modificação ou manutenção das posições dentro do próprio campo, percebi que este movimento configurou-se em uma luta destas enfermeiras na busca por melhores posições o que lhes proporcionaria fazer-se ver, fazer-se crer e fazer-se reconhecer. Desta forma, este pensamento pode nortear a delimitação do presente objeto de estudo.

É importante ressaltar que a escolha por este objeto de pesquisa também é consequência do entendimento de que o conhecimento do passado da enfermagem é uma ferramenta indispensável ao desenvolvimento da profissão, não somente para a avaliação das trajetórias históricas ou reconhecimento de *transformações simbólicas*, mas como legitimação do exercício profissional (BARREIRA; BAPTISTA, 2003).

Sobre as referidas "transformações simbólicas" no campo da saúde e da enfermagem alagoana pude me debruçar, sendo assim possível desvelar sobre as circunstâncias nas quais

[1] Reconhecido pela portaria 773 de 29 de agosto de 1979 (BRASIL, 1979).

as primeiras enfermeiras formadas no estado, doravante "as pioneiras[2]" (CRUZ; TAVARES, 2007), empenharam suas lutas, em uma tentativa de "romper" com a ordem estabelecida, até o momento de sua inserção nas instituições de saúde e, desta forma, contribuir para uma reconfiguração do espaço social da enfermagem no estado de Alagoas.

Assim como Pierre Bourdieu, em *A dominação Masculina*, jamais deixou de se espantar diante do "paradoxo da doxa" (2002, p.7), sobre a situação da enfermagem, não só a alagoana, mas a brasileira, especialmente, reservo também as mesmas observações, pois diante de tantas dificuldades e desafios que desde os primórdios a enfermagem vem enfrentando é inquietante a maneira como ainda a ordem dita "natural" possa se estabelecer.

> (...) O fato de que a ordem do mundo (...) seja [a] grosso modo respeita, que não haja um maior número de transgressões ou subversões, delitos e "loucuras" (...); ou, o que é ainda mais surpreendente, que a ordem estabelecida (...) perpetue-se apesar de tudo tão facilmente, e que condições de existência das mais intoleráveis, possam permanentemente ser vistas como aceitáveis ou até mesmo como naturais (BOURDIEU, 2002, p.7).

A ordem para a qual este estudo reporta-se reside justamente na posição que os demais agentes do campo da saúde estavam ocupando no momento da inserção destas enfermeiras. Considerando que no campo os agentes dividem-se objetivamente em dominantes e dominados, posso dizer que a posição de dominante era ocupada pelos médicos, os quais insistiam em colocar a enfermagem de Alagoas em uma posição de "auxiliar de médico", enquanto que a nível nacional, principalmente nos grandes centros, a enfermagem empreendia lutas pela manutenção da autonomia profissional e construção de um corpo próprio de conhecimentos.

Assim, percebe-se que a posição "dominada" era ocupada pelos exercentes da enfermagem, que à época era majoritariamente formado por atendentes e auxiliares de enfermagem, e que estavam sob um domínio simbólico, que tendia a vê-las como agentes subordinadas. É neste sentido que exalto a importância deste estudo, pois ao considerar as pioneiras como um novo agente do campo e que, portanto, poderiam ter mantido a "ordem natural das coisas", algumas decidiram por "subverter", em um esforço de reposicionar a enfermagem alagoana em um espaço próprio, negando a posição previamente delimitada, que

[2] Este termo "as pioneiras" se repetirá ao longo do texto, devendo ser entendido como as enfermeiras que se formaram nos anos de 1977, 1978 e 1979, representando as cinco primeiras turmas do curso de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, primeiro curso universitário na área de enfermagem do estado. Esta denominação foi primeiramente utilizada por Cruz e Tavares, em seu estudo sobre a primeira turma de enfermagem da UFAL para designar as nove enfermeiras formadas na primeira turma e que neste estudo resolvi ampliar para as cinco primeiras turmas.

era a de "auxiliar de médico", e assim legitimar sua presença e identidade, conquistando reconhecimento e valorização.

Entretanto, este movimento geralmente não ocorre de maneira "natural", tendo, as enfermeiras, sentido a resistência de alguns agentes do campo, em especial os próprios médicos. Assim, elas desenvolveram, dentro da luta macro que seria a busca por melhores posições, lutas menores, específicas, e também lançariam mão de estratégias que puderam favorecer a sua mobilização no campo.

Pode-se dizer que um dos fatores contributivos para este intento era o fato de que as pioneiras traziam consigo um "modo de ser" diferente daquele concebido até então na sociedade alagoana e pelos demais agentes do campo da saúde: enfermagem rudimentar e artesanal[3]. Elas próprias sentiam diferença entre o que aprendiam e o que presenciavam durante os estágios nas instituições de saúde da época, à atuação dos exercentes de enfermagem e as relações estabelecidas entre eles e os demais agentes. Este modo interiorizado de ser enfermeira, o "ter" que se tornou "ser", ou *habitus* (BOURDIEU, 2011), contribuiu para a construção e consolidação de sua identidade profissional ainda durante a graduação.

Considerando que, para Bourdieu (2011), o único meio de se mobilizar em um campo é através da aquisição de capital próprio daquele campo, pude compreender que a necessidade de se impor justamente consistiria em uma das estratégias simbólicas para subverter a ordem, pois apenas expondo o capital profissional adquirido na academia, poderia ser permitido o seu reconhecimento e valorização, e assim a aquisição de novos capitais, como o social e o simbólico, que lhes permitiriam ocupar melhor posição no campo da saúde.

Destarte, pude perceber assim como Costa (2012) que "as professoras foram as responsáveis pela preparação e inserção no cenário alagoano das primeiras enfermeiras formadas no estado, desenvolvendo nelas um compromisso e um zelo pela profissão" (COSTA, 2012, p.94). Este "compromisso" causou de certa forma inquietações na categoria médica, a qual se encontrava, há muito tempo, em uma "zona de conforto" proporcionada pela sua posição dominante no campo, uma vez que ao serem portadores de capitais que os legitimavam no campo (científico, profissional e social) – fazedores do trabalho intelectual –, viam na enfermagem uma categoria desprovida, até então, destes capitais e que, portanto, caberia a ela apenas exercer funções auxiliares – trabalho manual, submisso.

[3] Termos utilizados pelos entrevistados no estudo de Santos e Leite (2004, p.27/87) para designar a enfermagem alagoana.

Portanto, foi possível entender que a inclusão deste grupo profissional no campo da saúde foi cercada por dificuldades e conflitos, visto que, por um lado, os cargos que antes eram ocupados por atendentes e auxiliares de enfermagem passaram então a ser ocupados pelas graduadas, o que, de certa forma, gerava problemas à medida que elas assumiam cargos de chefia (SANTOS; LIRA; NASCIMENTO, 2009); e, por outro lado, existia também os médicos, que estavam habituados a comandar/controlar o trabalho da enfermagem, estranhando a autoridade das enfermeiras, as quais chamavam para si esta responsabilidade e não aceitavam mais as suas interferências.

O estabelecimento destas novas relações sociais corroborou para que estas enfermeiras, ao lutarem para se impor no campo da saúde, percebessem-se em condições de ajustar as relações de força e poder com os agentes que dominavam o campo até a sua chegada. Assim, este trabalho representa um esforço de compreensão e explicação da luta simbólica desenvolvida pelas pioneiras, com os agentes que já se encontravam no campo, na busca por melhores posições, para que de fato desenvolvessem o pleno exercício de sua profissão. De um lado, encontravam-se as que até o momento eram as "enfermeiras" e representavam a categoria: auxiliares e atendentes de enfermagem. E do outro, os médicos, agentes dominantes daquele campo.

Ao ter como ponto de partida as ideias citadas e na busca de elementos que contribuam para esclarecer este fenômeno histórico, algumas inquietações se impuseram e de certa forma me ajudaram a conduzir o estudo, quais sejam:

- **Como estava configurado o subcampo da enfermagem no momento da inserção das pioneiras?**
- **Como se deu a inserção das pioneiras no campo da saúde?**
- **Quais foram os efeitos de sua luta na busca por melhores posições neste campo?**

Tais interrogações, associadas às pistas que os estudos até então realizados forneceram, levaram-me a estabelecer a hipótese de que *a busca das pioneiras por melhores posições no campo foi marcada por lutas simbólicas, empreendidas desde o momento da inserção até o estabelecimento deste grupo no campo, proporcionando com este movimento uma incorporação de capital simbólico à Enfermagem local, o que colaborou para a modificação na ordem das relações sociais até então estabelecidas e consequentemente reconfiguração do espaço social da enfermagem em Alagoas, colocando a enfermeira em melhor posição dentro do campo da saúde.*

Na busca de comprovação para a hipótese, como uma estratégia para conduzir o estudo, tracei os seguintes objetivos:

- **Descrever o panorama do subcampo da enfermagem em Alagoas no momento da inserção das pioneiras;**
- **Analisar a luta dessas enfermeiras para se inserirem no campo da saúde em Alagoas;**
- **Discutir os efeitos das lutas para a (re)classificação da enfermagem alagoana no campo da saúde através do capital profissional e simbólico das enfermeiras.**

A minha adesão por um estudo histórico estabelece-se, então, como uma tentativa de contribuir para o entendimento de que é fundamental que se possibilite a indivíduos pertencentes a este segmento social, a enfermagem, geralmente excluído da história oficial, voz e escuta, deixando registrada para a análise futura sua própria visão de mundo, oportunizando um movimento para que este segmento fale por si mesmo.

Nesse sentido, contribuir para a escrita da história da Enfermagem em Alagoas tomando a história social como pano de fundo, bem como as falas dos sujeitos para estas análises – através da história oral – torna-se coerente e ao mesmo tempo estimulante, pois me permite elucidar o movimento dos grupos sociais em suas relações, na busca das melhores posições nos campos onde travaram as suas lutas (BOURDIEU, 2011).

Esta maneira de (re)pensar e (re)contar História tem sua viabilidade reconhecida a partir da História Nova, onde o paradigma tradicional, o qual considerava a história objetiva capaz de relatar os fatos como eles realmente ocorreram, de forma estática, inanimada, a partir da história nova assumiu relativismo cultural que está presente nas atividades humanas e, sobretudo, na própria escrita da história (LUCHESI; LOPES, 2011). O novo paradigma proporciona ampliar os conceitos e a aplicabilidade do documento histórico, uma vez que questiona a versão oficial da história, utilizando-se de documentos não tradicionais, como os orais. Em outras palavras, a história nova possibilitou a reescrita da história por outros ângulos, incorporando, desta forma, a história social.

É dentro desta perspectiva que se torna estimulante pensar o passado da arte e ciência do cuidado a partir da história social e, sobretudo, escrevê-la utilizando-se de documentos orais, pois implica entender que nenhuma ocupação pode ser compreendida sem ter sido analisada do ponto de vista histórico e interpretada do ponto de vista social (PADILHA; BORENSTEIN, 2005). Desta forma, o enfermeiro que conhece apenas acontecimentos do presente deixa não somente de usufruir uma fonte perene de interesse, como também se torna

incapaz de avaliar e julgar corretamente os acontecimentos atuais que afetam sua própria carreira (MACEDO et al, 2013)[4].

Ao trabalhar uma temática que envolve a memória do grupo de enfermeiras em questão, foi possível reconhecer "a existência do esquecimento, dos silêncios e dos 'não ditos' sobre este grupo. Aliás, o esquecimento pode ser uma opção de restringir ao essencial certos fatos ou informações, mas também pode ser o resultado de uma ação deliberada de ocultamento" (OLIVEIRA, 2010, p.25).

Em suma, a problemática aqui apresentada por mim trata de uma situação recortada que ocorreu entre o subcampo da enfermagem e o campo da saúde (instituições de saúde), e, também, encerra em si questões da subjetividade das enfermeiras pioneiras, as quais tiveram que utilizar as estratégias que estiveram ao seu alcance para darem cabo a seus intentos e para romperem com a ordem estabelecida e assim contribuir para a reconfiguração de sua identidade nos aspectos profissional e social.

Por outro lado, os relatos dos sujeitos protagonistas dos acontecimentos, bem como os documentos encontrados não podem ser ingenuamente considerados, devendo ser submetidos à analise do pesquisador. Assim, foram utilizados conceitos da Teoria do Mundo Social de Pierre Bourdieu – campo, *habitus,* capital, poder e luta simbólica – entendendo que o objeto em questão não está isolado de um conjunto de relações das quais retira o essencial de suas propriedades (BOURDIEU, 2011).

Para Bourdieu a posição ocupada no espaço social, ou seja, na estrutura de distribuição de diferentes tipos de capital, que muitas vezes são utilizados como armas simbólicas, que vão de encontro a um determinado poder simbólico, orientam as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas com a finalidade de manutenção ou modificação dele. Assim, a posição social ou o poder que se detém na sociedade não dependem apenas do volume de dinheiro que se acumula ou de uma situação de prestígio que se desfruta por possuir escolaridade ou qualquer outra particularidade de destaque, mas está na articulação de sentidos que esses aspectos podem assumir em cada momento histórico (SETTON, 2008).

A luta simbólica é, segundo Bourdieu (2011), a disputa entre os agentes sociais, sem agressão ou contato físico, para imporem a definição de mundo social, conforme seus interesses, além de imporem o campo das tomadas de posições ideológicas. Neste caso, a disputa das pioneiras com os agentes – médicos, auxiliares e atendentes de enfermagem –

[4] Artigo no prelo. Título: "A voz por trás dos acontecimentos: contribuições da História Oral na pesquisa em História da Enfermagem brasileira".

para se impor no campo da saúde e assim melhorar suas posições e favorecer o exercício pleno de sua profissão.

Diante do exposto, pode-se estruturar o corpo das argumentações da seguinte maneira:

- No primeiro capítulo – **Abordagem Metodológica e Teórica** – falo sobre o percurso metodológico percorrido e as fontes, bem como do referencial teórico eleito para a análise e interpretação dos dados;

- No segundo capítulo – **A Enfermagem no Brasil frente à conjuntura nacional do período de 1970 a 1985** –, exponho a contextualização do cenário nacional, retratando a conjuntura político-econômica e os reflexos nas políticas de Saúde e na Enfermagem;

- No terceiro capítulo – **O Espaço Social da Enfermagem Alagoas** –, descrevo a configuração do subcampo da enfermagem alagoana e como estavam dispostos os agentes que o ocupavam antes da inserção das enfermeiras pioneiras;

- No quarto capítulo – **A Incorporação do *habitus* profissional das Enfermeiras** –, descrevo a contribuição do curso para a formação das enfermeiras, bem como a influência do *habitus*, primário ao secundário, no empreendimento de suas lutas.

- No quinto capítulo – **A Luta das Enfermeiras de Alagoas no campo da saúde** –, analiso e discuto o processo de inserção e de estabelecimento no campo da saúde, trazendo as lutas e as estratégias empreendidas por elas neste movimento.

CAPÍTULO I – ABORDAGEM METODOLÓGICA E TEÓRICA

Estou convencido de que não se pode reencontrar o concreto combinando duas abstrações.
Pierre Bourdieu

1.1 – O PERCURSO METODOLÓGICO E AS FONTES

Este é um estudo de caráter histórico-social, que tem como recorte temporal, os anos de 1977, 1978 e 1979 – período de formação das cinco primeiras turmas do primeiro curso de graduação em enfermagem do estado –, sendo as enfermeiras formadas nestas turmas os sujeitos deste estudo. O marco inicial refere-se ao ano de formatura da primeira turma e o marco final o ano de reconhecimento do referido curso. No recorte institucional, encontra-se a Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR) da UFAL, que foi de onde os sujeitos do estudo saíram para o ingresso no campo da saúde. No recorte geográfico, localiza-se o estado de Alagoas, espaço social onde os sujeitos deste estudo desempenharam suas atividades após a formação.

Esta pesquisa, sendo qualitativa, caracteriza-se por estudar o transitório, localizando no tempo e no espaço os momentos em que as estratégias dos atores sociais se evidenciam conjuntamente operando a mudança social. Entendo, assim, que os estudos qualitativos que trabalham com *fenômenos* que envolvem transições, "não podem ser explicados pela regularidade, já que *eles* assinalam uma ruptura com a estrutura dominante" (POUPART et al., 2010, p.131).

O presente estudo, por ser de cunho histórico-social, parte do pressuposto de que o homem é o sujeito social e, por isso, autor da própria história. Nessa perspectiva analítica é muito importante refletir sobre o que diz Minayo (2008), quando enfatiza que a análise sócio-histórica deve dar conta da coerência e da força criadora dos indivíduos e da relação entre as consciências individuais com a realidade objetiva. A partir dessa formulação, fica claro que qualquer fenômeno social ou fato histórico que esteja sendo pesquisado desempenha, simultaneamente, dupla função: de um lado, define a si mesmo e, de outro, contribui para a elucidação do todo que faz parte (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Para proposição e elaboração do referido estudo, adotei a abordagem da história social, no sentido de estabelecer nexos entre a realidade daquele momento e as circunstâncias que resultaram nos fatos tão como eles estão descritos, indo à busca dos bastidores, dando voz

a quem esteve em silêncio, encarando o estudo histórico como prática interpretativa da realidade (BURKE, 2005).

No caso desta pesquisa, privilegiei como fontes primárias de dados, documentos orais e escritos. Na etapa exploratória, desenvolvida no período de fevereiro a julho de 2013, foram selecionadas, enquanto documentos escritos, cinco listas, localizadas nos arquivos do Departamento de Registro e Controle Acadêmico (DRCA) da Ufal e na Esenfar.

Ressalto que compuseram também enquanto fontes primárias, documentos originais e transcrições, construídas através da dissertação de mestrado de COSTA (2012) sobre a formação do corpo docente do curso de enfermagem Ufal, onde foram entrevistadas pela pesquisadora, no ano de 2011 a 2012, as professoras que compuseram o corpo docente da escola à época da criação do curso (1974 a 1977). Estas entrevistas se encontravam arquivadas no Laboratório de Documentação e Pesquisa em História da Enfermagem (LADOPHE[5]) ligado ao Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre (GEDIM[5]), tendo sido utilizadas por ter apresentado relação com o objeto em estudo. Segue no Quadro 1 a descrição resumida dos documentos utilizados:

Quadro nº 1: Documentos utilizados arquivados no LADOPHE:

Descrição	**Identificação**
Entrevista com professora *Lenir Nunes*.	Armário 01, caixa 01 – Documentos: Relativo à implantação e criação do curso de enfermagem Ufal (1973-1977).
Entrevista com professora *Regina Santos.*	
Entrevista com professora *Zandra Candiotti*.	
Entrevista com professora *Cristina Trezza*.	
Discurso de formatura proferido pela aluna *Noraci Pedrosa*.	Armário 01, caixa 01- fotografias. Documentos: formatura da primeira turma, 1977.
Discurso de homenagem ao paciente por professora *Lenir Nunes de Oliveira*.	
Discurso de aposição da placa proferido por *Maria Helena Quintella Brandão Vilela*.	
Avaliação do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 1987. Autores: Maria Cristina Soares Figueiredo, Maria Rosa Almeida Mendonça e Regina Maria dos Santos.	Armário 01, caixa 02. Documentos: desenvolvimento do curso de enfermagem Ufal.

Assim, no corpo do texto de cada capítulo, além das narrativas das enfermeiras entrevistadas para este estudo, onde elas foram identificadas como *enfermeiras*, haverá também trechos das narrativas destas professoras, que apresentam status diferenciado, pois sendo advindas de estudo anterior, foram utilizados a fim de contribuir para elucidação do tema aqui proposto.

[5] O GEDIM é um grupo de estudos e pesquisas da Esenfar/Ufal. O grupo trabalha com duas linhas de pesquisa, sendo uma delas a linha sobre "História da Enfermagem brasileira/alagoana", a qual esta pesquisa está vinculada. Atualmente no GEDIM está sendo organizado o LADOPHE.

Inicialmente, com a maturação do projeto, encaminhei a solicitação à direção da Esenfar (Apêndice A)– a qual este estudo está vinculado e que também foi à escola onde estas enfermeiras se formaram, que na época era chamada de Centro de Saúde (CSAU), com os cursos de enfermagem, medicina e odontologia –, para que fosse autorizada a pesquisa. Após conseguir a anuência para realização do estudo, enviei a Plataforma Brasil todos os documentos necessários a fim de que fosse autorizado pelo Comitê de Ética (CEP) (Anexo A), (parecer número 05620712.6.0000.5013) e pudesse dar andamento à busca documental e às entrevistas, visto ser um estudo com seres humanos - Resolução 466/2012 do CNS (BRASIL, 2012).

Dentre os locais visitados para levantamento das fontes primárias, além do Gedim e a Esenfar, teve-se a Secretaria Estadual de Saúde, o Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas, a antiga Escola de Auxiliares de Enfermagem de Alagoas (hoje Escola Técnica Professora Valéria Hora) e hospitais de Maceió, os quais a época faziam parte da rede estadual de saúde, como a Santa Casa de Misericórdia, o Hospital dos Usineiros, Hospital Sanatório, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Hospital Escola Portugal Ramalho, Hospital Geral do Estado (produto da união entre a antiga Unidade de Emergência e o Hospital Dr. José Carneiro) e Hospital Escola Hélvio Auto.

Foi um grande desafio obter informações em alguns desses locais, pois os mesmos apresentaram resistência em disponibilizar esclarecimentos sobre se aquelas enfermeiras já tinham trabalhado nestas instituições e também na concessão dos documentos solicitados para o estudo (como os nomes das primeiras enfermeiras contratadas), mesmo eu tendo seguido todas as orientações fornecidas pelos mesmos e encaminhado toda documentação exigida por estas instituições. Contudo, em cinco destas instituições, consegui, pelo menos verbalmente com os responsáveis pelo setor gestão de pessoas e ou coordenação de estudos e pesquisas, ou ainda com a direção/presidência de alguns desses órgãos, algumas das informações necessárias, que me auxiliaram a traçar um roteiro investigativo.

Para proceder à análise interna e externa dos documentos disponíveis utilizei como instrumento (Anexo B) o roteiro de análise de documento já utilizado em uma pesquisa anterior (ALELUIA, 2005). Neste roteiro foram coletadas informações sobre a origem, tipo de documento, data e local de sua elaboração, compondo a análise externa, localizando-o no tempo e no espaço e identificando-o no banco de dados. Já na análise interna do documento foram levantadas as informações concernentes ao assunto, a quem se destinava, quem assinou, analisando assim o envolvimento do documento com o fenômeno em estudo.

Foram construídos os documentos orais, a partir da tomada de narrativas das pessoas que participaram ou testemunharam o desenrolar da história, no recorte temporal em apreço. Tais entrevistas, realizadas mediante o consentimento esclarecido do narrador, tem a intenção de recuperar o vivido "conforme concebido pelos que o viveram" (ALBERTI, 2005, p. 30). As fontes secundárias referem-se a livros, artigos e teses que abordam temas da História do Brasil e da história da enfermagem brasileira, referentes ao recorte do estudo.

Preferi para este estudo a utilização dos termos "narrativa" e "narrador" (referindo-se ao produto da entrevista e de quem a concede, respectivamente) em detrimento dos termos "depoimento" e "depoente". Meihy e Ribeiro (2011) comentam que,

> "há algum tempo, a condição de entrevista era aproximada do conceito de 'depoimento', pois tanto presidia a gravidade do que se dizia, sempre aproximado de supostos como 'busca da verdade' (...). E não há como negar o caráter 'policialesco' que condicionava as narrativas que eram colhidas com pessoas notáveis ou em situações de excepcionalidade" (MEIHY, RIBEIRO, 2011, p. 100).

Assim, adoto a prática de alguns oralistas da atualidade que optaram por não usar mais estes termos e, no lugar, consagraram a entrevista como "maneira dialógica em que alguém grava ou registra a narrativa de outra pessoa" (MEIHY, RIBEIRO, 2011, p.100), justificando-se, assim, a minha preferência, sendo quem concede é denominado de narrador e o resultado desta concessão, a narrativa.

Para localizar o contexto social, político e econômico do Brasil nas décadas de setenta e oitenta consultei fontes secundárias em busca dos conflitos existentes num regime de exceção, onde o governo militar procurava mostrar avanços sociais, entre os quais o investimento na universidade pública e na saúde curativa. Estes dois aspectos, em si, merecem estudos do tipo histórico-social e a Enfermagem, no conjunto da questão saúde, sofreu influências do clima de tensão e pretenso crescimento, respondendo ora acompanhando as diretrizes governamentais, recebendo deste o incentivo a abertura de novos cursos de graduação, ora se pondo de forma marcante, através da manifestação de parte dos integrantes da Associação Brasileira de Enfermagem (como no Movimento Participação).

Não obstante, além do contexto nacional, foi necessário levantar aspectos relacionados à situação de Alagoas no mesmo período, o que fiz procurando documentos alusivos à época no Instituto Histórico Geográfico de Alagoas e no Arquivo Público do estado, lugares onde não só encontrei material pertinente como encontrei valiosa colaboração por parte de seus responsáveis.

Os sujeitos que participaram desta investigação confirmaram anuência após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C), oportunidade na qual solicitei a doação (Anexo D) de suas narrativas para pesquisas futuras e a guarda provisória das mesmas, no GEDIM da Esenfar até a completa estruturação LADOPHE. Foram incluídos neste estudo, os enfermeiros formados na UFAL no recorte temporal definido – 1977, 1978 e 1979.

Os critérios para inclusão foram: estar consciente e lúcido de forma que pudesse relembrar fatos ocorridos no início de sua carreira profissional e relatá-los; ter iniciado sua trajetória de trabalho em instituições de saúde do estado de Alagoas, ou que, se iniciado fora do estado, logo retornaram e estabeleceram-se em novo trabalho em Alagoas.

Considerando que o estudo histórico social permite dar voz ao que está no silêncio do esquecimento e que o objetivo do estudo se vincula a fatos ocorridos no cenário do estado de Alagoas, foram excluídos aqueles que ao se formarem foram trabalhar exclusivamente em outros estados da Federação, aqueles que atualmente residem em outros países ou estados e os que se apresentavam com a saúde comprometida, a fim de que não agravassem seus problemas em função de lembranças que os emocionassem.

As enfermeiras em estudo foram identificadas através de busca nos arquivos do DRCA, onde solicitei, através de ofício, o livro ata com as assinaturas de todas as enfermeiras formadas nos anos de 1977, 1978 e 1979. Encontrei nos arquivos do DRCA, porém, quatro listas denominadas “relação das formandas” relacionadas aos anos de formatura (conforme anexos E, F, G e H), as quais ao lado de cada nome estavam registradas as assinaturas das enfermeiras em estudo, perfazendo um total de 61 enfermeiras.

Contudo, na busca nos arquivos da ESENFAR, percebi que existia uma quinta turma formada (composta por sete estudantes), referente ao segundo semestre de 1979 (ver Anexo I), estando a lista com os nomes das formandas desta quinta turma não disponível no DRCA. Tratou-se do semestre que não houve formatura em função de mudança curricular (esta informação foi colhida através de informação de uma docente do curso). Perfez-se, então, um total de **68 enfermeiras** formadas durante aquele recorte.

Acreditava que neste recorte houvesse seis turmas formadas. Entretanto a turma que se formaria no segundo semestre de 1978, formou-se junto com a turma formada no primeiro semestre de 1979 (esta informação foi colhida durante as entrevistas com os participantes deste estudo). Por esta razão, encontrei cinco turmas, o que foi confirmado após identificar um documento que tratava sobre a avaliação do curso (FIGUEIREDO; MENDONÇA; SANTOS, 1987). A lista nominal das sessenta e oito enfermeiras está disponível no Apêndice

B. Para melhor visualização, consolido tais informações no Quadro 2, acrescentando ao mesmo o número de enfermeiras entrevistadas por turma:

Quadro nº 2: Número* de formados pelo curso de enfermagem entre 1977 a 1979 e de entrevistadas por turma.

Formados		
Semestre	Quantidade	*Entrevistadas*
1977.1	09	*01*
1977.2	06	*01*
1978.1	11	*02*
1978.2	Não houve formatura	-
1979.1	35	*06*
1979.2	07	*02*
TOTAL	68	*12*

*Fonte: Figueiredo, Mendonça e Santos (1987).

Também, quando na busca nos arquivos da escola, encontrei fotografias relacionadas ao recorte em estudo. Pode-se dizer que a fotografia foi um recurso que auxiliou na identificação das colaboradoras, além de, durante as entrevistas, elas terem sido apresentadas as entrevistadas, o que favoreceu a inserção da pessoa na atmosfera do estudo e também permitiu que elas se reportassem àquele período. Assim, este recurso se mostrou valioso a pesquisa, uma vez que favoreceu a fluição das memórias e lembranças do fenômeno investigado. Nos três anos em estudo formaram-se: nove alunas, na primeira turma (Figura 1); seis alunas, na segunda turma (Figura 2); onze alunas na terceira turma (Figura 3); trinta e cinco alunas, na quarta turma (Figura 4); e sete alunas, na quinta turma (Figura 5).

Figura 1: Fotografia da primeira turma (junho de 1977).

Fonte: arquivo da Esenfar. Descrição (da esquerda para direita): Luiza, Elzira, Ana Oliveira, Fátima, Noraci, Maria das Graças, Neide, Helena e Ivanilda.

Figura 2: Fotografia da segunda turma (dezembro de 1977).

Fonte: arquivo da Esenfar. Descrição (da esquerda para direita): professora Lenir, Dinah, Ana Lucia, Cordelia, Fátima, Zélia e Marilene. Atrás: acompanhantes.

Figura 3: Fotografia da terceira turma (julho de 1978).

Fonte: arquivo da Esenfar. Descrição (da esquerda para direita): Maria do Socorro, Sônia, Gilvania, Maria de Fátima Vieira, Umbelina, Maria Nilza, Helensiegles, Maria e Lourdes, Josenita, Fátima Jesus e Ana Rosa.

Figura 4: Fotografia da quarta turma (julho de 1979).

Fonte: arquivo da Esenfar. Descrição (da esquerda para direita) – fileira superior: Marina, Izabel, Olga, Maria Telma, Lindsay, Marly, Ronália, Gizele, Elza, Rute (não se formou com esta turma), Maria da Glória, Terezinha, Sônia, Else, Adelina e Marione. Fileira do meio: Graça, Fátima, Tânia, Vera, Vilma, Zenaide e Lourdes. Fileira inferior: Ana Maria Vieira, Luiza, Angela, Roseana e Lília. Ausentes: Débora, Emília, Iracilda, Jabete, Célia, Socorro, Mônica e Vanleide.

Figura 5: Fotografia da quinta turma (dezembro de 1979).

Fonte: arquivo Pessoal de Socorro França. Descrição (da esquerda para direita): Vera Costa, Josinete, Rosirlene, Tereza, Socorro, Vera Romariz e Maria Betânia. Professora Regina, ex-aluna Zélia Teixeira, ex-aluna Rute Evaristo (mãe da formanda Rosirlene), professora Lenir Nunes e professor José Araújo.

Uma vez identificadas, busquei junto a uma das professoras que ensinavam à época (final da década de setenta), informações sobre a localização e situação atual daquelas enfermeiras. Dados como situação atual, endereço, telefones, enfim, quaisquer informações poderiam servir de indícios para encontrar as pioneiras. Dessa maneira, consegui estabelecer um primeiro roteiro investigativo, que a cada passo que visitava outros locais onde estas enfermeiras poderiam ter estado, foram agregando mais e mais informações até de fato conseguir encontrá-las.

Nem todas as enfermeiras do recorte em estudo estavam aptas a participar da entrevista uma vez que algumas se apresentavam doentes, fora do estado, ou ainda nunca exerceram a profissão. Ao cruzar os dados, pude chegar as seguintes conclusões sobre a situação atual destas 68 enfermeiras: 23 ainda estão na ativa, seja na assistência, na gerência ou no ensino; 12 encontram-se afastadas de suas atividades; 04 estão muito doentes ou falecidas; 04 encontram-se fora do estado; 02 nunca exerceram a profissão; e sobre 23 delas não tive notícias.

Ao realizar os contatos, pude contar com a colaboração de doze enfermeiras consideradas aptas. A escolha dos entrevistados não foi prioritariamente orientada por critérios quantitativos nem de forma aleatória. Escolher essas "unidades significativas"

(ALBERTI, 2005, p. 32), exigiu um conhecimento prévio dos sujeitos do estudo. Deste modo, o número de entrevistados foi suficientemente significativo para vislumbrar a trajetória das pioneiras no fenômeno em estudo, tendo sido recorrido ao recurso de contraste-saturação (POUPART et al., 2010), onde é considerado que em certo momento os conteúdos ou a forma pela qual se constrói a narrativa acabam por se repetir.

Assim, no contato inicial com os participantes do estudo, foram explicados todos os aspectos da pesquisa e a convidada pode expressar seu interesse em participar do estudo. Desta forma, foi agendada a entrevista em dia e local sugeridos pelo entrevistado. Nesta fase, as próprias entrevistadas já indicavam como encontrar suas colegas, o que facilitou a busca pelos próximos entrevistados. De 20 enfermeiras contatadas, oito recusaram-se em participar do estudo, alegando motivos pessoais. Mostrei-me totalmente compreensível à situação, deixando aberta a possibilidade, caso eles mudassem de ideia.

Para recolher a fala dos participantes recorri à História Oral (HO), pois esta abordagem permite colher as narrativas das pessoas que participaram ou testemunharam acontecimentos e conjunturas do passado, possibilitando entender a sociedade através do indivíduo e analisar as diferentes interpretações e testemunhos através de comparações entre o geral e o particular (ALBERTI, 2004).

Dentro desta perspectiva, busquei a História Oral Temática, para que não houvesse dispersão no foco das informações necessárias à elucidação do acontecimento em estudo, utilizando-me de um roteiro semi-estruturado (Apêndice C). Por partir de um assunto específico e preestabelecido, a história oral temática se compromete com o esclarecimento ou opinião do entrevistado sobre algum evento definido.

Desde a elaboração do projeto, previ a ocorrência de alguns riscos aos participantes do estudo, tais como se emocionarem durante a entrevista, sentirem-se envergonhadas em responder a alguma das perguntas ou ainda se confessarem esquecidas, constrangendo-se em não colaborar como gostariam. Para minimizar estes riscos e dificuldades, sempre respeitei o momento do sujeito, visto os princípios éticos da justiça, beneficência e não maleficência, suspendendo a entrevista tantas vezes quantas foram necessárias, remarcando quando o narrador alegou impossibilidade, ouvindo sempre, atentamente, todos os seus argumentos e se colocando à disposição para deixá-lo confortável durante todo o tempo que fosse necessário.

Foi possível verificar que local da entrevista sugerido pela participante interferiu diretamente na sua disposição em “contar” a história, pois percebi que quando se encontravam em um ambiente familiar ou estavam a sós com a pesquisadora, as lembranças fluíam mais continuamente. Já em algumas entrevistas, onde as participantes optaram por concedê-la em

seu local de trabalho ou que no momento outras pessoas encontravam-se presentes no ambiente, percebi uma resistência em dar prosseguimento a determinados assuntos ou, ainda, a mesma apresentar respostas sucintas, sem maiores aprofundamentos. Não pelo motivo de não ter uma "história" a ser ouvida, mas talvez pelo receio de manifestar sua opinião a respeito de um fato determinado.

Em todo processo das entrevistas, ressaltei a importância da contribuição do sujeito em meu estudo, valorizando sua autonomia**,** reconhecendo o seu direito de ter suas opiniões próprias, fazer suas escolhas e agir com base em seus valores e crenças pessoais. O sujeito da pesquisa recebeu todas as informações necessárias quanto à realização do estudo em todas as suas etapas, ficando ciente de que sua participação seria de acordo com sua vontade, podendo desistir quando lhe aprouver.

Pode-se perceber que os princípios bioéticos da abordagem principialista (REGO; PALÁCIOS; SIQUEIRA-BATISTA, 2009) são estruturantes desta pesquisa, perpassando em todo o seu processo metodológico e técnico e, desta forma, orientando para a eticidade de todas as ações da pesquisadora, tais como: fidelidade nas palavras e sentido da entrevista, não citando trechos em que apenas uma parte das opiniões é revelada, não lhe alterando o significado global; explicitando para os informantes os objetivos do trabalho e os possíveis usos que se fará do discurso; respeito pelas solicitações dos entrevistados, como o sigilo da identidade nominal ou ocultação de informações que possam comprometer a identificação; como também pela necessidade de diferenciar a fala de cada um dos narradores, não os diluindo em um conjunto homogêneo, indiferenciado internamente e pela necessidade de diferenciar claramente a voz analítica do pesquisador diante das expressões reveladas pelos entrevistados (CASSAB; RUSCHEINSKY, 2004).

Diante do exposto, pode-se verificar que a pesquisa seguiu todas as fases recomendadas por LoBiondo-Wood e Haber (2001, p. 131) quanto a realização do estuo histórico, uma vez que foi identificado um fenômeno, circunscrito no passado, ainda não estudado; estruturado o estudo, levantando as questões de pesquisa, inserindo a perspectiva do pesquisador e selecionando a amostra a ser considerada; organizado os dados e realizado sua posterior análise. Assim, para a análise das narrativas retornou-se aos objetivos da pesquisa, o que possibilitou uma melhor delimitação e organização do material selecionado. Para análise e interpretação dos dados encontrados fez-se a ordenação, classificação e analise final, triangulando os achados entre as fontes primárias (documentos orais e escritos) e o referencial teórico.

Sendo o estudo histórico capaz de trazer a memória dos participantes, explicitando "quem fala, de onde fala e para quem fala" (ANJOS, 2011, p.28), nesta circunstância, a preservação da identidade pode ser dispensada, tornando-se, desta forma, relevante a identificação do sujeito. Neste estudo, apenas uma das entrevistadas pediu sigilo quanto a sua identidade (por ter sido ela a 9ª enfermeira a ser entrevistada, a mesma foi denominada "entrevistada número 9"), tendo as demais, autorizado à utilização do próprio nome, abrindo mão espontaneamente da preservação de sua identidade.

Foram entrevistadas doze enfermeiras. Para que se tenha uma ideia da posição das participantes do estudo no campo social estudado, apresento uma breve descrição de cada uma delas (por ordem alfabética):

- **Ana Maria Oliveira Santos** – enfermeira natural de Pão de Açúcar, AL. Fez parte da primeira turma (1977.1), tendo se formado aos 24 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira como residente da unidade de terapia intensiva (UTI) do Instituto Nacional do Câncer – Rio de Janeiro. Prestou concurso público para o Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) – Maceió, AL, onde desenvolveu suas atividades na UTI. Fez pós-graduação em Administração hospitalar. Atualmente está aposentada.

- **Ana Maria Vieira de Andrade:** enfermeira sanitarista natural de Maceió, AL. Fez parte da quarta turma (1979.1), tendo se formado aos 25 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto a Secretaria Estadual de Saúde (SESAU), em Hospital de médio porte na cidade de Arapiraca. Fez pós-graduação em saúde pública – Fiocruz e em Gestão e Gerência em Serviço de Saúde – Fiocruz, no Rio de Janeiro. Foi militante junto às entidades Associação Brasileira de Enfermagem – seção Alagoas (ABEn-AL) e Associação dos Profissionais Enfermeiros de Alagoas (APENAL). Atualmente desenvolve o trabalho de assessoria técnica junto a SESAU, na Diretoria de Assistência Hospitalar em Urgência e Superintendência da Atenção em Saúde; presidente da Cooperativa de Enfermagem de Alagoas; e docente no Centro Universitário Cesmac, no curso de graduação em Enfermagem.

- **Angela Maria Gomes Tenório:** enfermeira natural de Rio Largo, AL. Fez parte da quarta turma (1979.1), tendo se formado aos 22 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto a Fundação de Saúde do Estado de Alagoas (FUSAL), ligada a SESAU, desempenhando a função docente junto a uma escola de auxiliares de

enfermagem no município de Pão de Açúcar, AL. Fez pós-graduação em Saúde Pública e especialização pelo Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE). Prestou concurso público para o HUPAA, onde atualmente desempenha as funções de enfermeira junto ao Banco de Leite. Encontra-se aposentada pelo estado.

- **Cordélia Leite Lessa Araújo:** enfermeira natural de Porto Real do Colégio, AL. Fez parte da segunda turma (1977.2), tendo se formado aos 28 anos. Formou-se inicialmente em Geografia pela Ufal. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira no Hospital Escola Dr. Portugal Ramalho. Fez pós-graduação em Administração Hospitalar. Posteriormente foi docente no curso de enfermagem da UFAL, atuando junto à clínica cirúrgica do HUPAA. Atuou como tesoureira da ABEn-AL e conselheira do COREN-AL. Atualmente está aposentada.

- **Else Guedes dos Santos Silva:** enfermeira natural de Vitória de Santo Antão, PE. Fez parte da quarta turma (1979.1), tendo se formado aos 25 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto a SESAU na Unidade de Emergência (atual Hospital Geral do Estado –HGE). Fez pós-graduação em Educação – Fiocruz. Atuou junto ao Conselho Regional de Enfermagem e na ABEn-AL foi diretora de Educação. Foi coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade Integrada Tiradentes. Atualmente está aposentada pelo estado.

- **Entrevistada número 9:** iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto a um hospital de pequeno porte no município de Porto Calvo, AL e posteriormente no Hospital Escola Dr. José Carneiro. Fez pós-graduação em Administração Hospitalar, pela Faculdade São Camilo – São Paulo e em Saúde Pública, pela Ufal. Atualmente está aposentada pelo estado (UNCISAL) e atua como enfermeira da estratégia de saúde da família em um município alagoano.

- **Josinete Marques dos Santos:** enfermeira natural de Maceió, AL. Fez parte da quinta turma (1979.2), tendo se formado aos 23 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira gestora junto a SESAU/FUSAL, na regional de saúde do município de Palmeira dos Índios, AL. Posteriormente, foi docente na escola de auxiliares de enfermagem. Atuou na implantação da 7ª regional de saúde em Matriz do Camaragibe. Participou da APENAL e foi atuante no movimento sindical em Alagoas. Fez pós-graduação em Saúde Pública e em Enfermagem Materno-infantil – USP. Atualmente

está aposentada pelo estado (SESAU) e atuante como apoiadora do Ministério da Saúde para Alagoas no Contrato Organizativo de Ação Pública.

- **Maria Socorro França da Silva:** enfermeira natural de Coruripe, AL. Fez parte da quinta turma (1979.2), tendo se formado aos 29 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto a SESAU, na 4ª regional de Saúde, no município de Santana do Ipanema, AL. Fez pós-graduação em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública; o curso de Gerente de Programa, pela Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro; e especialização em Enfermagem do Trabalho. Participou da fundação da APENAL e foi atuante no movimento sindical em Alagoas. Atuou junto aos programas de Hanseníase, Tuberculose, Abordagem Sindrômica de HIV, Hepatite B e C, Sífilis e Saúde Mental. Atualmente está aposentada pelo estado e desempenha atividades de assessoria aos municípios alagoanos sobre atenção básica de saúde, e atua na Secretaria de Saúde do Município de Maceió, AL, coordenando o 7º distrito. Atuante junto ao Movimento Negro, tendo fundado a Associação Cultural de Zumbi.

- **Roseana Breckenfeld Josué:** enfermeira natural do Recife, PE. Fez parte da quarta turma (1979.1), tendo se formado aos 24 anos. Iniciou o curso de enfermagem na Universidade Federal de Pernambuco, chegando a UFAL em 1976. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto a uma Unidade Básica. Fez pós-graduação em Saúde Pública, pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fiocruz; em Promoção de Saúde – USP; em Administração Hospitalar e Gestão de Serviços – São Camilo; em Direito Sanitário – USP; e em Docência em Ensino Superior – Cesmac. Atuou como supervisora de saúde na primeira coordenadoria regional de saúde; assessora técnica na SESAU; coordenadora do Programa de Nacional de Imunização em Alagoas e posteriormente assessora técnica do Ministério da Saúde no mesmo programa; no serviço de Epidemiologia de dois estados; assessora técnica da Superintendência de Vigilância à Saúde; enfermeira na Clínica Deise Brêda (SESAU); docente no Centro Universitário Cesmac. Atualmente, encontra-se aposentada pela SESAU e em processo de formação em Terapia Holística, Dinâmica Energética do Psiquismo e *Coaching.*

- **Sônia de Lima Chagas Lopes:** enfermeira natural de Maceió, AL. Fez parte da terceira turma (1978.1), tendo se formado aos 23 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto ao Hospital Psiquiátrico Miguel Couto em Maceió, AL e posteriormente pela Fundação Governador Lamenha Filho (FUNGLAF) na Unidade de

Emergência. Fez pós-graduação em Administração Hospitalar, em Gestão Pública em Saúde, e em Auditoria em Enfermagem. Atualmente, desempenha as funções de enfermeira no Setor de Imagens do HGE e na Unimed, como enfermeira auditora.

- **Tânia Kátia de Araújo:** enfermeira natural de Palmeira dos Índios, AL. Fez parte da quarta turma (1979.1) tendo se formado aos 21 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto a SESAU, na unidade de saúde do Bebedouro em Maceió, AL. Fez pós-graduação em Saúde Pública, em Docência do Ensino Superior, em Ensino em Enfermagem (com o foco na formação de trabalhadores de nível médio da enfermagem) e mestrado em Saúde Pública. Atuou como enfermeira em unidade hospitalar, no município de Santana do Ipanema, AL; supervisora da 1ª Regional de Saúde; coordenadora (no momento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde- SUDS) do 4º Distrito Sanitário; coordenadora pedagógica do antigo Centro Formador de Recursos Humanos (atual Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora – ETSAL); secretária de Saúde do Estado; coordenadora do Programa Nacional de Imunizações; supervisora do Ministério da Saúde no Programa Nacional de Imunizações; diretora da ETSAL por duas gestões e vice-diretora por uma gestão; e secretária municipal de Saúde de Santa Luzia do Norte. Atualmente está aposentada pelo estado; atuante junto a Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, com a função de Diretora de Atenção a Saúde; e docente da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL).

- **Terezinha Barbosa da Silva:** enfermeira e psicóloga, natural de Atalaia, AL. Fez parte da quarta turma (1979.1), tendo se formado aos 27 anos. Iniciou o exercício da profissão de enfermeira junto a um hospital de pequeno porte no município de Murici, AL. Fez habilitação em Saúde Pública em Belo Horizonte, MG. Prestou concurso público para o HUPAA, onde atualmente desempenha suas atividades junto ao ambulatório de assistência a criança e ao adolescente.

1.2 – O REFERENCIAL TEÓRICO – PIERRE BOURDIEU

Ao estudar a inserção e o estabelecimento das enfermeiras alagoanas no campo da saúde, pude compreender este movimento como uma luta simbólica, que foi empreendida por elas na busca por melhores posições neste campo. Digo-a simbólica, pois não era travada com "inimigos" objetivos, nem era provida de armas materiais, mas sim, foi uma luta sútil contra o

poder simbólico dos agentes dominantes do campo, utilizando-se para isto de estratégias, as armas simbólicas, em uma tentativa de modificar a ordem até então estabelecida.

Sendo um estudo histórico, optei por descortinar a referida luta através da análise de documentos escritos e orais, uma vez que estes poderiam me evidenciar com maior clareza os bastidores que levaram a estas enfermeiras adotar esta ou aquela estratégia como arma simbólica. Portanto, a narrativa oral foi considerada a base e não um complemento para este estudo, sendo a experiência vivenciada pelo sujeito de inestimável e significativo valor. Com isto, não poderia realizar perguntas objetivas, que de certa forma, influenciariam o entrevistado e até poderiam direcionar as suas respostas. Conduziram-se, então, as entrevistas com perguntas mais amplas, onde se pode, nas "entrelinhas", desvelar o não dito e resignificar o dito, considerando que

> a primeira responsabilidade do pesquisador [quando se utiliza do método histórico] é entender as informações que estão sendo adquiridas sem impor sua própria interpretação. O pesquisador faz isso ficando atento às tendências pessoais que talvez falseiem a interpretação (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001, p. 131).

Através dos discursos dos sujeitos pude apreender a influência de um poder simbólico no campo da saúde, o qual se estabeleceu através de relações de dominação, em uma tentativa de conservar as posições ocupadas diante da presença dos novos agentes. Assim, este olhar me levou a buscar por um referencial teórico que permitisse dialogar com os documentos e deles extrair o que até este momento se encontrava no silêncio, em busca de confirmar as minhas pressuposições.

O pensamento do sociólogo Pierre Bourdieu, em sua Teoria do Mundo Social, mostrou-se capaz de me conduzir a uma análise dialética da realidade em destaque, pelo fato de ele considerar em seus estudos o campo simbólico sendo um lugar onde as lutas se travam sem que se percebam as forças materiais nas quais os agentes dessas lutas estão apoiados, bem como "o caráter de mobilidade das relações entre esses agentes" (SANTOS et al, 2002, p.24), quando buscam por melhores posições nos campos de poder. Estas ideias aplicaram-se harmoniosamente ao objeto em estudo, por isso a escolha deste referencial teórico.

O argumento central de Pierre Bourdieu é o de que as práticas sociais são estruturadas, isto é, apresentam propriedades típicas da posição social de quem as produz. No entanto, estas práticas estruturadas são ao mesmo tempo estruturantes, pois determinam a estrutura do campo e são determinadas por ele, construindo nesse processo a reprodução das práticas estruturadas. Deste modo, a posição ocupada no espaço social, ou seja, na estrutura de

distribuição de diferentes tipos de capital, que muitas vezes são utilizados como armas simbólicas, orientam as representações desse espaço e as tomadas de posição nas lutas com a finalidade de manutenção ou modificação dele. Assim, as relações imediatamente visíveis entre os agentes tendem a disfarçar as relações objetivas entre as posições ocupadas por estes agentes, as quais determinam a forma de tais interações (BOURDIEU, 2011, p.66).

Os conceitos de *habitus* e o de campo constituem grupos centrais do plano explicativo de Bourdieu. O ***habitus*** é por ele considerado como um conhecimento adquirido, uma "disposição incorporada, quase postural" (BOURDIEU, 2011, p. 61), duradoura e transferível, que resulta de um longo processo de aprendizado, produto do contato com as diversas estruturas sociais. Estas estruturas são subjetivas e predispõem os indivíduos a agirem de determinada forma dentro do campo.

Desta maneira, o *habitus* pode ser percebido como a interiorização pelos indivíduos da história social, ou seja, a história que acontece na sociedade acaba por influenciar o modo de pensar e de agir das pessoas desta sociedade. Por o *habitus* ser a história da sociedade reproduzida dentro do indivíduo, influenciando-o, ele varia muito entre as diferentes sociedades, e até mesmo dentro de uma mesma sociedade ele varia de acordo com os campos. Em outras palavras, o *habitus* consiste em um conjunto de disposições para agir em sociedade, as quais são socialmente explicáveis e construídas, e que não passa pela consciência de quem age.

De certa forma, o *habitus* permite aos indivíduos a atualização da história sob a forma de pensamento, percepção e ação, ou seja, as experiências vividas permitem a apropriação do que foi construído historicamente. A elaboração e transmissão de métodos de pensamento não representam uma simples circulação de ideias, visto que, através do *habitus*, o passado do indivíduo sobrevive no presente, de forma atualizada (BOURDIEU, 2011, p. 82).

Já no conceito de **campo,** Bourdieu o expressa sendo um espaço multidimensional, onde se estabelecem relações nas quais as posições dos agentes determinam a forma de suas interações (SANTOS; BARREIRA, 2002). As particularidades do campo, quanto ao seu funcionamento e a sua estrutura, asseguram a ele autonomia relativa em frente a outros espaços sociais. As lutas em seu interior resultam da distribuição desigual dos diversos tipos de **capital**, que dão origem as hierarquias (BOURDIEU, 2011, p.64-67). Desta forma,

> os diversos campos diferenciam-se através de objetivos específicos, mas, ao mesmo tempo, apresentam propriedades comuns aos demais, de maneira mais ou menos clara. Cada qual constitui um espaço produzido e sustentado por princípios, hierarquias e lutas internas, decorrentes das relações de

> poder, expressas através de um jogo de linguagem e de coisas materiais e simbólicas em jogo (SANTOS; BARREIRA, 2002, p.15).

A necessidade de conhecer aspectos do campo em estudo se dá pelo fato de entendê-lo como um "sistema de relações objetivas, no qual as posições e as tomadas de posição se definem relacionalmente e que domina ainda as lutas que visam a transformá-lo" (BOURDIEU, 1998, p. 175). Como explica o autor,

> os agentes são distribuídos no campo em função de dois princípios de diferenciação – o capital econômico e o capital cultural. Sua posição no campo depende primeiro do volume global de capital que possuam e, depois da estrutura de seu capital, isto é, do peso relativo dos diferentes tipos de capital que o compõem. Quanto mais próximas estiverem as posições ocupadas pelos diferentes agentes tanto mais eles terão em comum. Ao contrário, quanto mais distantes estejam eles posicionados menos terão em comum (BOURDIEU, 2013, p. 19).

Assim, para este estudo, a enfermagem é considerada um *subcampo*, o qual deve ser entendido como um espaço disciplinar que funciona reproduzindo, em microescala, a mesma dinâmica do campo em que faz parte, neste caso, o campo da saúde. Neste campo, estavam em jogo os monopólios da autoridade científica (capacidade técnica e poder social) e de sua competência (capacidade de falar e de agir legitimamente, isto é, de maneira autorizada e com autoridade), que são socialmente consentidos a um agente ou a determinada instituição (BOURDIEU, 2004).

O **capital** para Bourdieu é a "moeda" de troca social, ou ainda, o conjunto de recursos (atuais ou potenciais) que estão ligados à posse de uma rede durável de relações mais ou menos institucionalizadas, em que os agentes se reconhecem como pares ou como vinculados a determinados grupos. Tais agentes encontram-se unidos através de ligações permanente e úteis. Assim, o volume de capital social que um agente individual possui depende da extensão da rede de relações que pode ou consegue mobilizar e do volume do capital (econômico, cultural ou simbólico) que é posse exclusiva de cada um a quem está ligado (BOURDIEU, 1998_a, p. 10).

Assim, além do *capital econômico* (renda, salários, imóveis), é necessário compreender a existência do *capital cultural, os* saberes e conhecimentos reconhecidos por diplomas e títulos; do *capital social*, sendo as relações sociais que podem ser convertidas em recursos de dominação; e do *capital simbólico, considerado* aquilo que pode ser chamado de prestígio ou honra e que permite identificar os agentes no espaço social.

A **luta** empreendida pelos agentes e ao mesmo tempo produzida pelas estruturas constitutivas do campo reproduz sua estrutura e a hierarquia dos agentes, uma vez que a força simbólica das partes envolvidas nunca é completamente independente da posição ocupada por eles no jogo (SANTOS; BARREIRA, 2002). As ações e reações dos agentes, "para se manter ou melhorar suas posições no campo, dependem da sua posição no jogo, o que determina o poder dos agentes dentro do campo" (BOURDIEU, 2013, p. 81). Trata-se de um **poder** que se exerce mediante uma violência simbólica, que "permite obter o equivalente daquilo que é obtido pela força (física ou econômica)" (BOURDIEU, 2011, p.14), sendo o poder de transformar a visão de mundo.

Deste modo, ao buscar impor uma visão das divisões do mundo social, mas conforme aos seus interesses, os agentes encontram-se envolvidos numa *luta* propriamente *simbólica*. Nesta luta, Bourdieu afirma que os sistemas simbólicos, ao cumprirem sua função política de instrumentos de imposição ou legitimação da dominação, contribuem para "assegurar a dominação de uma classe sobre a outra (**violência simbólica**) dando o reforço da sua própria força às relações de força que se fundamentam" (BOURDIEU, 2011, p. 11). No entanto, ele nos adverte que, para que a dominação simbólica funcione, é preciso que os dominados tenham incorporado às estruturas segundo as quais os dominantes as percebem, exercendo-se sem ser reconhecido, ignorando-se o fato de ser arbitrário (BOURDIEU, 2011, p. 14).

Bourdieu para a elucidação de seu esquema explicativo debruçou-se, inclusive, sobre as relações de gênero, tendo afirmado que a **dominação masculina** (BOURDIEU, 2002) representa uma forma de violência simbólica, que se manifesta por meio de divisões especiais entre os espaços femininos e masculinos e através de princípios de visão e de divisão, de taxionomias e de classificação (BOURDIEU, 2013, p. 30). Neste estudo, o traço da dominação masculina foi evidente, cercado de poder nem sempre simbólico, principalmente quando as entrevistadas se referiram às relações com os médicos, as quais exigiram que desenvolvessem diferentes estratégias para ocuparem os espaços que julgaram dever ocupar.

Sendo assim, as marcas das posições sociais, os códigos que expressam tais marcas, bem como as estratégias de reprodução dessas marcas sociais trabalhadas pelo autor, permitiram a compreensão da luta das enfermeiras pioneiras em busca de melhores posições, entendendo-as como os agentes que ocupavam uma posição na estrutura do campo, mas que não se satisfazendo com ela, buscaram romper com a ordem estabelecida, utilizando-se de estratégias simbólicas. O espaço social privilegiado para o exercício desta luta simbólica foi o campo da saúde alagoano, composto pelas instituições de saúde em suas diversas instâncias, que constituem o campo simbólico no interior do qual se manifestaram relações de poder

assimétricas e determinadas pelas diferentes posições ocupadas pelos agentes de cada grupo e pelo *habitus* de seus ocupantes.

CAPÍTULO II – A ENFERMAGEM NO BRASIL E A CONJUNTURA NACIONAL DO PERÍODO DE 1970 A 1985

> *A concepção e a formulação de uma representação mais elaborada de um futuro coletivo impõe um esforço crítico e reflexivo sobre os caminhos que nos trouxeram à realidade presente e sobre as possibilidades de ruptura com os modelos vigentes (...).*
>
> **Pierre Bourdieu**

A necessidade de construir um capítulo de contextualização surgiu ao compreender a perspectiva colocada por Pierre Bourdieu, onde "o real é relacional", sendo, portanto, improvável "saber" sobre o objeto o qual se investiga quando o desloca de seu contexto, pois "ele nada é fora das suas relações com o todo" (BOURDIEU, 2011, p. 31). Desta maneira, estabelecer este objeto requereu um esforço para pensá-lo relacionalmente, considerando suas unidades sociais bem como as suas propriedades particulares, adquirindo, assim, significados nas relações que mantém com a realidade onde está inserido.

Na investigação da realidade que contém o objeto em estudo, tentou-se compreender como as relações entre o macro e o micro espaço se apresentavam, levando em conta que o objeto de estudo – a luta das enfermeiras – está inserido em um campo social, o da saúde, e que desta forma intima a considerar o contexto nacional do período de 1970 a 1985, justificando-se pela intercessão que estabelecem entre si os diversos campos. O limite temporal da conjuntura (o ano de 1985) foi escolhido em virtude das manifestações ocorridas no cenário nacional, onde as enfermeiras em estudo também puderam atuar e influenciar no movimento de ocupação dos espaços.

A enfermagem, assim, pode ser considerada em um campo próprio (subcampo da enfermagem), no qual, assim como em todo campo, seus agentes intermediam lutas simbólicas, tanto para a manutenção das posições ocupadas quanto para a modificação delas. A configuração dos agentes no campo vai recebendo influências da conjuntura histórica na qual está inserida, sendo desta forma mutável. Assim, este campo possui estruturas peculiares, diferenciando-se inclusive em relação ao espaço no qual está inserido (país, estado da federação). As categorias profissionais, currículos mínimos, diretrizes curriculares, legislação específica, órgãos de classe e código de ética podem ser considerados como "regras do jogo" (BOURDIEU, 2011_a, p.296), as quais representam a estrutura estruturada, segundo a denominação de Bourdieu.

O profissional de enfermagem, em especial o enfermeiro, enquanto sujeito fundamental do processo de produção de saúde, vivenciou, discutiu e influenciou processos e

políticas, em um período conturbado – lutas pela redemocratização do país e por políticas que favorecessem o cidadão e seu acesso a serviços públicos de qualidade – pelo qual o país passou principalmente no que concernem as décadas de 1970 e 1980, e que refletiu diretamente na área de assistência a saúde.

No Brasil, das décadas de cinquenta a setenta, a enfermagem era a profissão de saúde que menos havia crescido numericamente (BARREIRA, 2011). A baixa proporção entre a quantidade de enfermeiras e a população era potencializada pelo alto crescimento populacional. Além disso, os cursos superiores de enfermagem estavam concentrados na região sudeste e a maioria pertencia à rede privada de ensino. Neste sentido, ainda segundo a autora, o 1º Plano Nacional de Pós-Graduação (1975-1979) considerava a Enfermagem uma área prioritária.

Na conjuntura da década de setenta, a qual apresentou um período conhecido como "milagre econômico", o produto interno bruto (PIB) crescia a uma média anual de 10%, aumentando também o endividamento externo. A partir de 1973, começaram a surgir problemas na continuidade dessa política econômica devidos aos limites da infraestrutura física, e em 1974, os efeitos da primeira crise do petróleo indicavam que a estratégia de "crescer para fora", ou seja, a priorização em exportar, estava esgotada (FAUSTO, 2012). Desta forma, o saldo de dez anos do regime militar foi a concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos, o colapso dos serviços públicos, dentre eles o de saúde, enfim, as precárias condições de vida de uma grande parcela das populações urbanas.

Cabe salientar que durante toda a primeira década do regime autoritário-burocrático, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde caracterizado pela preponderância da lógica e do modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde (MS), que foi enfraquecido normativa e financeiramente (ESCOREL, 2008). Essa preponderância foi construída a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social.

O mercado de trabalho em saúde apresentou transições neste período, com uma economia voltada para a industrialização, o que resultou para o setor saúde na expansão das instituições hospitalares, com assistência fragmentada, baseada num modelo hospitalocêntrico (VILLELA, 2011). Neste contexto, o Estado enquanto precursor do capitalismo exerceu sua influência sobre o processo de trabalho da enfermagem brasileira, cujo fazer se ajustava as estruturas econômicas, política, social e ideológica do país (PIRES, 1989).

Fortalecia-se o modelo assistencial médico privatista centrado no saber unidirecionalmente biomédico, na atenção hospitalar, curativa e individual, marcado por

processos de trabalho centrados em procedimentos. O interesse a ser preservado pela saúde era a recuperação do corpo dos trabalhadores com a finalidade de garantir a produção e a acumulação do capital. Neste contexto, a enfermagem respondia e conformava-se nessas condições: concentrando-se no âmbito dos serviços privados e hospitalares (especialmente a mão de obra não qualificada que aumentava a lucratividade desses estabelecimentos) (FERRO; ALMEIDA FILHO; LOURENÇO, 2006).

A aceleração do movimento de interiorização dos serviços de saúde, como outros programas de governo da época (como o de alfabetização e a construção de rodovias de integração nacional), ocorreu numa perspectiva geopolítica, de instrumentalização do espaço social sob um prisma estatal, e atendiam, ao mesmo tempo, às recomendações das agências internacionais de saúde, às reivindicações das classes trabalhadoras e aos interesses da indústria farmacêutica (BARREIRA, 2011).

A partir de 1978, foram centralizadas as atividades médico-assistenciais no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que na posição de aparelho gerenciador da medicina empresarial, concentrava quase dois terços de todo o pessoal de enfermagem. A unificação dos serviços de saúde previdenciários abateu unidades de excelência, equiparando por baixo o nível do funcionamento da enfermagem, vendo-se, as enfermeiras dos serviços especializados de alto padrão, deslocadas e sem função no novo sistema (BARREIRA, 2011).

Neste período, como assinalado, o Ministério da Saúde (MS) foi relegado a um segundo plano por ser disfuncional para a modernização, uma vez que sua atuação era no âmbito coletivo e financiada pelo orçamento fiscal da União, o que desta forma não gerava preocupação em retorno monetário (ESCOREL, 2008, p. 392). A autora também comenta que ainda se o decreto-lei 200, de fevereiro de 1967, atribuísse ao MS a competência para estabelecer a política nacional de saúde, além de subordinar a assistência médica previdenciária à política nacional de saúde – dispositivo revogado em 1974 –, essas imputações confrontavam com o orçamento precário do MS.

Assim, naquele momento a saúde pública tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia, sendo inclusive de autoria do próprio MS a proposta mais privatizante do Sistema Nacional de Saúde (SNS), conhecido como Plano Leonel Miranda, que no ano de 1968 havia sido ministro da saúde. Esse plano pretendia que todos os hospitais governamentais fossem vendidos para a iniciativa privada, transformando-os em empresas privadas (ESCOREL, 2008). Ao Estado caberia

apenas o financiamento dos serviços privados, que seriam, também, custeados em parte pelos próprios pacientes.

Naquele momento foram feitas reformas nas estruturas das repartições federais (como o MS e o INAMPS) e nos correspondentes órgãos estaduais de saúde, o que acarretou na extinção dos órgãos pelos quais se fazia a representação das profissões, inclusive a enfermagem. Paralelamente a isto, elaborou-se uma ideologia da competência e da igualdade, acompanhada por um discurso de descaracterização das profissões, a que corresponderam mudanças nos papéis e funções profissionais. Assim, a enfermeira perdeu seu ponto de apoio na estrutura da instituição e a sustentação oferecida por seu grupo profissional; em contrapartida, apresentaram-se novas oportunidades de trabalho em equipe multiprofissional e de acesso individual a cargos até então ocupados apenas por médicos (BARREIRA, 2011).

Em contrapartida, a criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (sistema COFEn-COREN) – através da Lei 5.905 de 1973 – representou uma vitória para as enfermeiras, após uma luta de quase 30 anos (1944-1973) pela institucionalização da enfermagem (BARREIRA, 2011). Anteriormente, o órgão de regulamentação da enfermagem e de outras profissões da saúde era a Inspetoria de Fiscalização do Exercício da Medicina, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que fiscalizava as profissões através do Decreto 20.931, de 11 de janeiro de 1932, efetivado no governo de Getúlio Vargas, sendo visto pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) como um problema, justificando a longa luta pela criação da *instância fiscalizadora* e disciplinadora da profissão (ABEN, 1976).

Do ponto de vista da atenção e da assistência à saúde das pessoas, o aumento da rede hospitalar se fez seguir pelo surgimento de unidades de alta tecnologia, como as unidades de tratamento intensivo, as unidades de tratamento de queimados, as unidades coronarianas, os centros de diálise etc., o que demandou da enfermeira um aparelhamento especializado, mas que, muitas vezes foi obtido no próprio cenário e horário de trabalho e sem supervisão (BARREIRA, 2011).

Ainda segundo a autora, o assalariamento, em larga escala, dos médicos e a organização de *lobbies se* fez acompanhar por uma política de expansão para a formação de médicos. O fluxo de concluintes dos cursos de medicina, que vinha aumentando desde o início dos anos 70, atinge o auge ao final da década. No período 1977-1983 são gerados cerca de 75 mil empregos (a maioria de tempo parcial), para quase 57 mil médicos formados no período. No caso dos enfermeiros, ocorreu uma situação inversa, pois, segundo Barreira

(2011) o número de formados sempre excedia o número de empregos criados, ou seja, 23 mil formados para menos de oito mil empregos.

Assim, a autora comenta que ao final deste período, começa a observar-se, a nível nacional, pela primeira vez na história da enfermagem brasileira, o fenômeno do desemprego, o que reflete a precária situação dos serviços de saúde. A redução do campo de atuação profissional da enfermagem no período ocorre paralelamente ao desenvolvimento do processo de especialização médica, e em que surgem novas profissões na área da saúde, como o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional e o fonoaudiólogo.

No que se referem ao saber da enfermagem, os anos 1970 se caracterizam por uma busca pela cientificidade da profissão, iniciada desde 1960, mediante uma transição na ênfase nos princípios científicos que fundamentavam a prática da enfermagem para a construção de um corpo de conhecimentos específicos, como meio de estabelecer o caráter autônomo da enfermagem.

Este movimento, iniciado na América do Norte, teve como sua principal representante no Brasil Wanda de Aguiar Horta, que publicou artigos sobre a sistematização da assistência de enfermagem, e culmina com a publicação do livro Processo de Enfermagem, em 1979, extraído de sua tese de doutoramento apresentada em 1973, na qual defendia um modelo de Processo de Enfermagem sustentado na Teoria das Necessidades Humanas Básicas.

É fato notório que a Enfermagem moderna brasileira teve suas origens na saúde pública. Contudo, a mudança nas políticas de saúde foi um determinante importante para que essas bases fossem substancialmente modificadas. O crescimento institucional, particularmente com a previdência social e ampliação dos recursos necessários à prática curativa, exigiu o deslocamento do enfermeiro para atividades administrativas, afastando-o, assim, do contato direto com o paciente (SILVA; PADILHA; BORENSTEIN, 2002). Essa informação pode ser evidenciada no relato abaixo:

> A enfermeira é muito sacrificada naquela época. Você sabia do estoque disso, daquilo; você sabia do medicamento que tinha; você sabia da rouparia, que hoje se chama de hotelaria; você sabia do vigia; [...] e quando faltava alguma coisa no hospital, você ainda ia no supermercado comprar para suprir. Depois que você dizia ao diretor. Quer dizer, era muito difícil. Muito difícil porque a gente ficava como se fosse a dona. A dona do serviço. (Enfermeira Socorro França)

Esse fato, somado à conveniência econômica, contribuiu para a tendência crescente de empregar pessoal sem qualificação específica da área de enfermagem, disposto a trabalhar

com salários inferiores. Contudo, a reforma no Sistema de Saúde, preconizada na época, exigia um retorno às suas origens, o que requeria um repensar sobre o novo papel profissional. Assim, as autoras Silva, Padilha e Borenstein (2002) afirmam que aquele período foi fundamental para se refletir sobre as diversas questões que permeavam a prática profissional.

O MS procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupado basicamente com as áreas rurais e a difusão de seus programas tradicionais, como imunizações, vigilância epidemiológica e assistência materno-infantil. O exemplo maior dos programas de extensão de cobertura desenvolvidos nesse período foi o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (ESCOREL, 2008).

O PIASS foi criado em 1975-1976 para implantar uma estrutura básica de saúde pública em comunidades de vinte mil habitantes, na região Nordeste. A característica básica do PIASS foi unir a abordagem médico-social ao pensamento sanitarista-desenvolvimentista, visando à extensão de cobertura por meio de serviços municipais de saúde. O programa tornou-se um ator social importante no cenário da política de saúde no ano de 1979, orientando, com suas diretrizes, as propostas da Reforma Sanitária (modelo regionalizado, hierarquizado, universal, acessível, descentralizado, integral e com ampla participação da comunidade).

Assim, neste processo de discussão da política de saúde brasileira, a enfermeira incorpora essas mudanças, repercutindo-as desde a assistência ao âmbito da gestão, como as entrevistadas comentam:

> Naquele momento, aquela política era levar benefícios para os municípios. Então a gente fazia. Era um momento que estava ampliando a unidade básica. No momento de construção. Era um momento que estava se discutindo, começando a discutir a qualificação de pessoal. Apesar de que [no] início de 80, no PIASS, a gente pegava uma liderança da comunidade para ser o atendente naquela época. Mas a partir daí, já se pensava como qualificar esse atendente. A gente tinha a [...] oportunidade de estar disseminando atividade de saúde naquela comunidade, naquele município. Então o peso da gestão era esse. Era a gente estar na discussão da política de saúde e essa política de saúde sendo voltada para disseminação nos municípios, no Estado. Foi naquele momento, em 80, que teve o primeiro plano piloto de campanha de vacina, que foi aqui no Estado, então a gente teve oportunidade de estar nesse processo de discussão, como fazer, de que forma fazer, quem vai estar envolvido (Enfermeira Josinete Marques).

> O contexto de saúde na época que eu me formei, era um contexto muito propício pra inserção do enfermeiro no mercado de trabalho, porque era a época que nós estávamos trabalhando com o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, sendo lançado como projeto que iria realmente resgatar toda a questão da saúde pública no Brasil e dar um novo contorno a ela que era muito caótica e a gente entrou exatamente nesse

> período, onde tudo estava pra ser feito. Então o enfermeiro tinha um papel a desempenhar muito forte ali dentro porque era novo também o exercício desse profissional dentro da equipe de saúde. (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

Assim, percebe-se que juntamente com as reflexões sobre o sistema de saúde da época, a enfermeira em Alagoas viu-se em uma oportunidade de expandir seu espaço, inserindo-se em lugares ou posições até então desconhecidas, inacessíveis ou até desconsideradas por ela. Verifica-se, desta maneira, que o movimento de ocupação dos espaços de poder seria uma condição necessária para a sua projeção no campo da saúde.

Mais adiante, verificou-se que a transformação ocorrida durante a conjuntura do governo Geisel não foi caracterizada por uma substituição do modelo de atenção à saúde, mas por uma mudança na arena política de saúde (BARREIRA, 2011). Surgiu no cenário setorial um movimento, um novo pensamento que, em seu processo de articulação, foi se conformando com um novo ator coletivo, uma nova força política.

Foi durante o período mais repressivo do autoritarismo no Brasil (final da década de 1969 e início da seguinte) que se transformou a abordagem dos problemas de saúde e se constituiu a base teórica e ideológica de um pensamento médico-social. A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde foi realizada nos Departamentos de Medicina preventiva (DMP) criados, por lei, em todas as faculdades de Medicina na Reforma Universitária de 1968. Nesses locais, iniciou-se o que é considerado por Escorel (2008) as bases universitárias do movimento sanitário, um movimento social que propunha uma ampla transformação do sistema de saúde vigente.

Uma das características desta transformação foi o novo enfoque dado à atenção sanitária que considerava o caráter político da área e a determinação social do processo saúde-doença. Como conceitos estratégicos essa abordagem médico-social adotaria a prática política e a consciência sanitária, ainda segundo a autora, como parte da consciência social, visando, a partir dessa prática, a uma transformação social. Isso ocorreu com a articulação de uma série de núcleos que traziam propostas transformadoras e que, aos poucos, passaram a compartilhar de uma visão e de uma linha de atuação que culminou por tomar forma como movimento sanitário.

Escorel (2008) coloca que este movimento aconteceu por profissionais de saúde e pessoas vinculadas ao setor que compartilhavam “o referencial médico-social” na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e

teóricas, buscou a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde, na consecução do direito de cidadania.

A Reforma Sanitária (lema originado da experiência italiana) persistiu durante algum tempo como palavra de ordem, mas foi abandonada e só foi retomada em 1985/1986. A unificação do sistema de saúde continuou a orientar o movimento como imagem-objetivo do instrumento viabilizador da proposta. Em 1984, com a implantação do projeto Ações Integradas de Saúde (AIS), começava o primeiro movimento de transformação gerencial que repercutiu no Sistema Nacional de Saúde (FERRO; ALMEIDA FILHO; LOURENÇO, 2006), expandindo-se a todo território nacional, inclusive em Alagoas, como é relatado no fragmento a seguir:

> A saúde era um momento onde se trabalhava as ações integradas. Estava no momento da ampliação dessas ações. O campo para enfermagem era um campo aberto, agora tinha todas as dificuldades dos trabalhos. [Era um] momento hospitalocêntrico e atenção básica não era tão priorizada (Enfermeira Josinete Marques).

Desta forma, foi inaugurada a alteração radical do relacionamento da previdência social com prestadores e secretarias municipais e estaduais de saúde, tendo significado a entrada do movimento sanitário na direção geral do INAMPS. Assim, a história da política de saúde deixa de narrar aquilo que vinha sendo realizado por cada um dos ministérios e passa a centrar-se na implementação de propostas de articulação interinstitucional e nas estratégias para unificação do sistema de saúde. Uma das entrevistadas relata sua participação no movimento de transição onde o Estado paulatinamente foi assumindo as ações de saúde realizadas até então pelo INAMPS:

> Naquela época a gente se engajava nas assembleias para que a gente pudesse legitimar toda essa proposta em nível de Constituição. [...] Eu acreditava que realmente o sistema de saúde do Brasil poderia salvar o contexto caótico que a gente ainda vivia e eu acreditei muito nisso tudo. [...] Inclusive eu fui uma das pessoas que trabalhou no Projeto Maceió, que era exatamente a gente desmanchar o INANPS [...]. Nós formamos uma equipe multidisciplinar, como a gente chamava, e também com representantes de várias instituições para gente fazer com que o Estado assumisse o papel de gerenciar; de gestor da saúde. Então o INANPS se retraia e o Estado avançava. A gente desfez o Pan Salgadinho para ele fazer parte do Estado. O Estado é que passou a ser o gestor da saúde. [...] Eu fiz parte de todo esse movimento. (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

Em março de 1980, foi realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema central "Extensão das ações de saúde através dos serviços básicos". O objetivo era promover o debate de assuntos relacionados à implantação e ao desenvolvimento do Prev-saúde.

Inicialmente denominado Pró-saúde, o programa – gestado por um Grupo Técnico Interministerial – visava integrar, ou pelo menos articular, os ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social, a partir dos serviços básicos de saúde. Tinha a influência do ideário de "Saúde para todos nos anos 2000", aprovado como diretriz estratégica da Organização Mundial de Saúde como descrito na ata da Conferência de Alma, realizada em 1978 e a experiência pregressa da implantação do PIASS. A esse respeito, a entrevistada comenta:

> [Viu-se] uma política de ver crescer dentro das unidades, principalmente das unidades básicas, uma equipe mais multiprofissional que não tinha só o domínio do médico. Mas já estava chegando outro profissional que era o enfermeiro, que era uma pessoa que tinha uma visão, assim, mais ampla, administrativa, de organização. De organização de serviço e de organização mesmo da própria unidade. Então, isso deu naquele momento dava um pouco de choque. E os enfermeiros incomodavam (Enfermeira Josinete Marques).

Vê-se que a evolução das políticas de saúde está diretamente atrelada ao movimento de inserção da enfermeira na ocupação de espaços no cenário "saúde" da época, sendo sentido pelas mesmas alguma resistência, pois se engajaram em uma luta que corria contra uma ordem que se reproduzia a nível nacional, tendo ela sentido à conclamação de sua presença junto à implementação destas políticas, como forma de reorientar as práticas de saúde e assim engajar-se nas lutas por um sistema único e universal.

A política de saúde do governo, com a implantação das AIS, ratifica a necessidade de a Enfermagem lutar em busca de novos espaços. Essa nova estratégia política aumentou o quantitativo de municípios que assinaram convênio com os Ministérios da Previdência e Assistência Social, da Saúde e da Educação, para implantar o projeto das AIS. Isto agilizou o repasse de verbas para os municípios construírem unidades de saúde e contratarem recursos humanos. Diante disso, houve oferta de vagas para profissionais atuarem em serviços básicos de saúde (FERRO; ALMEIDA FILHO; LOURENÇO, 2006).

Em relação ao momento da enfermagem na época, outro ponto entendido como ainda não resolvido naquele momento, era a desatualização bastante evidenciada da lei do exercício da Enfermagem. A ausência de uma legislação que refletisse as necessidades profissionais da Enfermagem causava dificuldades para identificação e delimitação das responsabilidades técnicas dos diferentes exercentes. A necessidade de delimitar o fazer da enfermeira e, assim, não permitir abusos ou equívocos relacionados às diversas atribuições dos demais profissionais, foi verificado na fala seguinte:

> Então como eu já tinha certo nível de conhecimento, porque eu tinha habilitação em saúde pública, eu sabia qual era a atividade médica, do enfermeiro. Porque eu tive a curiosidade de ver. Existia uma norma no hospital onde eu fui fazer estágio: a "atividade do enfermeiro", a "atividade do supervisor", a "atividade do médico". Todas. Eu peguei tudinho. Depois a gente vai vendo as nossas atividades junto ao COREn, junto ao conselho, os direitos e deveres. Você começa a ter conhecimento. E se você tem conhecimento, você diz: "você também pode fazer"! E a gente discutia sim, nesse sentido. (Enfermeira Terezinha Barbosa)

Ferro, Almeida Filho e Lourenço (2006) comentam que outro agravante daquele período era ausência de enfermeiros nos órgãos do Ministério da Saúde, o que implicava na sua não participação nas discussões das diretrizes para implantação do novo Sistema Nacional de Saúde. Igualmente dificultava o andamento do trabalho, o pequeno número de enfermeiros nos serviços, a legislação pouco observada e a baixa valorização da Enfermagem como argumenta a entrevistada:

> Eu acho que a falta da legislação, do comprimento da legislação, é que sobrecarregava o enfermeiro. É um enfermeiro para tudo. Então era assim um enfermeiro da Unidade de Saúde, ele era pra tudo, um enfermeiro do hospital era só ele para tudo. [...] Para a enfermagem era uma dificuldade, porque você sozinha para tudo. Não tem condições de você fazer uma atividade de qualidade, você tem um olhar muito abrangente, então uma das dificuldades eu acho que era a quantidade de enfermeiros. Era ainda, nos anos 80, acho que a falta de valorização da profissão. A desestruturação da gestão pública, a falta de, a falta de apoio logístico nos serviços, a gente viu muito naquela época. (Enfermeira Tânia Kátia)

Os mesmos autores chamam a atenção para a necessidade de a Enfermagem naquele momento conquistar espaços, ao registrar que os problemas relacionados com o exercício da prática de enfermagem e a desatualização da Lei do Exercício Profissional vigente decorriam também da falta de acesso do enfermeiro às decisões institucionais, como evidenciado no relato a seguir:

> A gente era distante da gestão [...] no passado. Você tinha o diretor do hospital; você pedia ao diretor. Eu era enfermeira de unidade de saúde eu pedia ao diretor da unidade de saúde. Eu, sempre como a gente assumia a função de enfermeiro chefe, na época era enfermeiro chefe, então cabia a gente a fazer pedido de material de curativo, pedido de material de limpeza, tudo era sobre a nossa responsabilidade. E a gente fazia. Naquele tempo, a gente fazia pré-natal, curativo, vacina. A gente era quem organizava o arquivo. Eu me lembro [de] que eu "derrubei", "botei a baixo" o arquivo. Foi preciso ser fechada [a unidade por] três dias, porque eu tentei organizar os arquivos em um dia e não teve condições. Tive que pedir autorização. Fechou a unidade, porque a gente tomava conta da unidade. (Enfermeira Tânia Kátia)

Desta forma, as décadas de setenta e oitenta caracterizaram-se pela validação desse instrumento pela categoria, cujos esforços culminaram com a publicação da Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamentou a consulta e a prescrição de enfermagem como atribuições do enfermeiro (BRASIL, 1986). Essa lei significou importante avanço ao reconhecer a enfermeira, o técnico, o auxiliar e a parteira como agentes de enfermagem, definindo as atividades específicas de cada categoria e ainda estabelecendo o prazo de dez anos para a profissionalização dos atendentes.

Diante da conjuntura favorável, a Enfermagem aproveita o momento para iniciar a demarcação do espaço e a posição do enfermeiro, definindo o perfil deste profissional e a área de sua atuação. Ferro, Almeida Filho e Lourenço (2006) trazem a importância de traçar o perfil do enfermeiro a qual foi discutida mais adiante, no Congresso de Enfermagem realizado em 1985, o qual apontou como principais pontos de reflexão a formação de um profissional generalista, preparado para atuar em todos os níveis, com competências assistências, gerenciais e educacionais.

A crise gestada desde o "milagre econômico" e a sua concentração de renda, torna-se aguda na primeira metade da década de 1980, em função da crise econômica. Tinha como principais características o arrocho salarial, o desemprego e as profundas desigualdades sociais. A essas crises pode ser acrescentada a crise moral caracterizada pela perda de legitimidade do regime, as denúncias de corrupção e os crimes de colarinho branco (FAUSTO, 2012).

Ao fim do "milagre econômico", um contingente maior de pessoal de enfermagem no setor público, mais especificamente de enfermeiros e auxiliares de enfermagem é verificado. Há um crescimento da absorção de pessoal no setor público, sendo uma das possíveis justificativas para a instalação da crise econômica tanto no como no mundo, decorrente da crise do petróleo, e mais uma vez a oferta dos serviços de saúde se apresenta como recursos para atender demandas reprimidas e diminuidores das tensões sociais (PEREIRA, 2009).

A necessidade do aumento quantitativo de trabalhadores de enfermagem suscitou a criação do técnico de enfermagem. A ABEn discutiu as funções do técnico de enfermagem com vistas à regulamentação de seu exercício. Se por um lado a regulamentação era importante para o desenvolvimento profissional, por outro acabou resultando num texto que refletiu a divisão do trabalho do modelo industrial e a formação baseada em técnicas.

O incentivo à criação de escolas de enfermagem, devido à carência de mão de obra no mercado hospitalar, ao aumento do mercado de trabalho para o profissional e ao

desenvolvimento da tecnologia hospitalar, não expandiu significativamente a porcentagem da força de trabalho especializada, uma vez que o contingente de atendentes de enfermagem acompanhou essa expansão, dado o menor custo de sua força de trabalho (KLETEMBERG, 2004).

O emprego em maior escala dos atendentes e auxiliares de enfermagem seguia a lógica da racionalização dos custos no setor saúde. A equipe de saúde estava polarizada entre o médico e o atendente, representando 18% e 22%, respectivamente, do total de todos os serviços de saúde. Até o ano de 1985, os atendentes significaram grande força da categoria de trabalho de enfermagem, representando 63,8% no Brasil; os enfermeiros, 8,3%; os técnicos, 6,8%; e os auxiliares, 21,1% (RIZZOTTO, 1999).

Não se pode deixar e mencionar quem no final dos anos setenta aos anos oitenta, a Associação Brasileira de Enfermagem – principal e mais antiga entidade representativa da profissão no país – viveu um momento de intenso debate sobre a sua organização e estrutura: O Movimento Participação (MP), iniciado pela Associação Brasileira de Enfermagem Seção Santa Catarina que tratava de um Movimento Social da Enfermagem que pretendia transformar o *modus operandi* e a concepção política da ABEn. Albuquerque e Pires (2006) apontam que:

> Esta década [1979 a 1989] foi marcada com atividades que tinham por objetivo redirecionar a atuação desta Associação no plano nacional. Era necessário colocar a Enfermagem na luta pelo direito à saúde, na luta pela qualidade assistencial e por condições dignas de trabalho para todos os exercentes da Enfermagem (ALBUQUERQUE; PIRES, 2006, p. 229).

O Movimento Participação (MP) surge no âmbito da ABEn e tinha como um de seus propósitos a construção de propostas inovadoras para esta entidade sem, no entanto, limitar-se a uma disputa pela direção da mesma. O MP era um movimento amplo de trabalhadores de enfermagem e lideranças que realizavam uma análise da situação da enfermagem brasileira abordando questões como: a identidade profissional; a composição da força de trabalho; organização e relações de trabalho; o papel político da categoria na sociedade; a visão sobre saúde e a realidade institucional do setor; a fragilidade da representação social da profissão fragmentada e com pouca visibilidade social; além de apontar a postura de submissão da ABEn às políticas governamentais e a falta de democracia interna (SILVA; PADILHA; BORENSTEIN, 2002).

Foi presenciado nas décadas de setenta e oitenta um crescente movimento de cursos de pós-graduações em enfermagem. Esse movimento reflete a necessidade que os agentes ou

grupos (nesse caso, a comunidade científica da enfermagem brasileira, grupo dotado do *habitus* científico) têm para aperfeiçoar suas chances de alcançar posições sociais mais elevadas no espaço social (neste caso, no campo científico nacional). Assim, Na perspectiva bourdieusiana, o avanço do conhecimento científico é o resultado de lutas simbólicas entre posições e agentes que disputam um tipo específico de capital, como por exemplo, o da autoridade e/ou da legitimidade científica.

Nos cenário sociopolítico-econômico, a enfermagem se articulou com os movimentos sociais e com o movimento sanitário. Participou da 8ª CNS, defendendo os princípios da reforma sanitária. Essa posição não era unanimidade na enfermagem, sendo consequência do movimento de oposição da ABEn – projeto para democratizar a enfermagem, tecnicamente qualificada e politicamente atuante (RIZZOTTO, 1999).

> Eu participei da oitava conferência, a mais famosa, eu estava lá pela CGT [Central Geral dos Trabalhadores]. Pense a bagaceira que a gente fez em Brasília. [...] Era central geral de trabalhadores, que depois se tornou do núcleo central dos trabalhadores e a gente se reuniu ali, nos viadutos de Brasília, escondido, em baixo dos "pés de pau", articulando, porque os hospitais estavam organizados para derrotar o SUS. (Enfermeira Socorro França)

Toda essa conjuntura refletiu na configuração do subcampo da enfermagem em Alagoas, onde seu espaço social vinha sendo conquistado através de lutas anteriores, que puderam estabelecer a circunstância "ideal" para a chegada das pioneiras ao campo da saúde, como poderá ser visto no capítulo que se segue.

CAPÍTULO III – O ESPAÇO SOCIAL DA ENFERMAGEM EM ALAGOAS

Este capítulo surgiu da necessidade de dar visibilidade ao espaço social da enfermagem alagoana, onde os sujeitos deste estudo puderam desempenhar suas atividades, fazendo-se necessário conhecer o movimento dos agentes componentes dentro do subcampo da enfermagem, a fim de verificar como ocorreu a sua configuração e, desta forma, proporcionar um maior esclarecimento sobre a temática em questão.

Considerando o campo da saúde como um espaço onde são construídos saberes e desenvolvidas práticas em torno dos objetos que justificam sua existência, mas, ao mesmo tempo, como espaços de disputas por tudo quanto o faz mover-se, os subcampos devem ser entendidos como espaços disciplinares, a exemplo da enfermagem, mas que funcionam reproduzindo, em microescala, a mesma dinâmica do campo em que fazem parte (LOPES; SOBRINHO; COSTA, 2013, p.819).

Portanto, somente analisando o espaço de disputa que define as relações sociais e que elas visam a manter ou a redefinir enquanto tal, que é possível compreender as estratégias individuais, coletivas, espontâneas ou organizadas, que visam, a "conservar, transformar, transformar para conservar ou, até mesmo, conservar para transformar" (BOURDIEU, 2013, p.19).

Nesta seção, opto por fazer um breve resgate da trajetória dos agentes no subcampo da enfermagem, recuando a períodos anteriores ao recorte temporal inicial estabelecido, visto a necessidade de perceber a contribuição ou influência de outros momentos vivenciados pela enfermagem na configuração de seu espaço social em Alagoas. Assim, diante dos documentos e dos estudos produzidos até o momento relativos à enfermagem de Alagoas, pude perceber, virtualmente, a evolução de suas práticas e culminância de determinados exercentes da enfermagem por período específico. Por esta razão, surgiu a necessidade de criar uma denominação específica para cada período, baseada nos momentos vivenciados pela enfermagem no estado.

Desta forma, pude dividi-la em quatro fases[6] distintas: a) a enfermagem *pré-profissional*: marcado pela atuação das visitadoras de saúde (décadas de 1930 e 1940); b) a

[6] Esta proposta de caracterização do desenvolvimento da enfermagem é objeto de artigo em fase de submissão à periódico indexado.

enfermagem *profissional*: enfermeiras ádvenas[7] e a escola de auxiliares de enfermagem (décadas de 1950 e 1960); c) a enfermagem *científico-cultural*: "o choque de culturas" (década de 1970); e d) a enfermagem *expansionista*: a ocupação dos espaços, (início em 1977 até a década de 1980).

Os registros oficiais encontrados comentam sobre a situação do estado ao final de década de 30, sendo o tifo e a malária os acometimentos mais presentes. O estado, governado por Osman Loureiro, atravessava um período difícil, por encontrar-se compreendido fora da esfera de ação dos serviços federais. Assim, Alagoas era um campo a parte, não recebendo atenção do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), como revela o relatório da situação de saúde de Alagoas em 1939, escrito pelo médico Reynaldo Gama, da então diretoria de saúde pública:

> Procurei estreitar o mais possível as minhas relações com o então diretor do DNS. Normalizei o serviço de bioestatística e, semanalmente, estava em contato com aquele Departamento, como se fosse seu representante no estado. Vou, nesse interim, ao Rio. Pessoalmente, pinto com vivas cores a situação sanitária em que nos encontrávamos: tifo, malária, lepra, tuberculose, "sistosomose", sem água, sem rede de esgoto etc. Consigo várias promessas (GAMA, 1940, p.10).

O mesmo relatório também comenta sobre os insistentes apelos do Diretor de Saúde a Barros Barreto (diretor do DNSP à época), solicitando apoio estrutural para tentar amenizar tal situação periclitante. Uma das respostas da esfera federal foi o encaminhamento de uma enfermeira diplomada, vinda diretamente da Escola de Enfermagem Anna Nery, no Rio de Janeiro, a fim de que pudesse contribuir para a organização sanitária do estado. Superando as expectativas do diretor de saúde, a enfermeira pode desempenhar as atribuições a ela conferidas e ir mais além, como demonstra o fragmento a seguir:

> Um outro problema básico, em matéria de saúde pública é o da enfermagem. Nos estados Unidos da América do Norte, há quem pense que o sustentáculo de um edifício de saúde pública está na eficiência técnica das enfermeiras. O nosso serviço de visitadoras, entretanto, estava muito a desejar. Por conta do Departamento Nacional de Saúde veio diretamente, do Rio, ainda sem ônus para o Estado, reorganizar esse nosso serviço, uma enfermeira[8] técnica das mais competentes. E, durante seis meses, ela não só orientou, modificando por completo todas as normas de trabalho, como conseguiu um melhor rendimento de um maior raio de ação (GAMA, 1940, p. 14).

---

[7] O termo "ádvena" significa "quem vem de determinado lugar"; "pessoa que não habita ou que não nasceu naquele lugar"; "que vem de fora".

[8] Esta informação foi um elemento surpresa diante dos achados. Entretanto, nos documentos levantados, não foi possível a identificação da referida enfermeira, estabelecendo-se, assim, um novo objeto a ser investigado em estudos posteriores.

Nas décadas seguintes, já no *momento profissional* da enfermagem de alagoas, já era percebido o interesse por parte das moças alagoanas pela enfermagem, pois algumas delas saíram do estado em busca da realização de serem enfermeiras diplomadas, o que já foi revelado nos estudos de Santos e Leite (2004), indo a Recife e, principalmente, ao Rio de Janeiro. Esta busca por "outros ares" significava para além de uma afinidade com a área de enfermagem, quase que uma "alforria", mesmo que provisória, da sociedade alagoana à época (SANTOS; LEITE, 2004).

Destarte, a maioria destas moças não voltou ao estado, pois diante dos grandes centros "não desejavam voltar para um lugar onde poderiam frustrar suas intenções de alcançar sucesso profissional e liberdade pessoal" (SANTOS; LEITE, 2004, p. 22). Houve as que optaram em retornar, devido à perda da bolsa de estudos que a elas era concedida pelo Serviço de Especial de Saúde Pública[9] (SESP), financiador do curso de enfermagem.

Em 1960, o SESP passa a ser permanente, tornando-se uma fundação (FSESP) através da Lei nº 3.750. Neste período passou a desenvolver programas de promoção de saúde no Nordeste em convênio com organismos internacionais, como a Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID), a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), tendo desenvolvido suas atividades em Alagoas na cidade de Pão de Açúcar. A presença da FSESP em Alagoas foi comentada por uma das enfermeiras participantes do estudo:

> Era difícil encontrar profissionais. Agora, na Fundação SESP, que tinha o hospital da Fundação SESP lá em Pão de Açúcar, já tinha enfermeira e a gente já tinha uma visão como tem hoje o PSF (...). Só que não tinha esse nome Programa de Saúde da Família. Era a fundação SESP. Fazia essas visitas domiciliares como tem hoje, levava o cartãozinho de vacina das crianças, fazia as orientações do mesmo jeito. Era a unidade mista da Fundação SESP. Por isso que tinha essa parte de saúde pública parecida com esse programa de hoje, o PSF e tinha a parte da assistência hospitalar. Lá tinha até maternidade, funcionava até bem. O hospital era pequenininho, mas era organizado. (Enfermeira Angela Tenório)

Percebe-se diante deste relato que além das alagoanas que retornavam, existiam também enfermeiras formadas em outros lugares, as ádvenas, que atuavam no estado,

[9] O SESP foi criado em 17 de julho de 1942, em decorrência de um acordo firmado entre os Estados Unidos e o Brasil, estabelecendo as seguintes atribuições: o saneamento do Vale do Amazonas, o preparo de profissionais para o trabalho de saúde pública e a colaboração com o então Serviço Nacional de Lepra (RENOVATO; BAGNATO, 2008). A partir da década de 50, expandiu sua área de atuação com o objetivo de atender diversas localidades da região Nordeste, como Alagoas, Pernambuco, Bahia, Sergipe e também em Minas Gerais.. Em 1973, por força de mais um acordo entre os ministérios do Interior e da Saúde, a Fundação Sesp ficou praticamente destituída de sua ação executiva, restringindo seu campo de intervenção às funções de assistência técnica, pesquisa e desenvolvimento (FIOCRUZ, 2013).

principalmente, como já explicitado, ligadas à FSESP, as quais desenvolviam atividades tanto ligadas à assistência hospitalar, como as ditas de "saúde pública", dentre elas a educação sanitária, saneamento e controle de doenças transmissíveis (FIOCRUZ, 2013).

A partir de 1952 até 1973, contudo, a enfermagem passa a ser representada, também, pelas professoras – enfermeiras de outros estados – convidadas para lecionar na Escola de Auxiliares de Enfermagem de Alagoas[10] (EAEA) e suas egressas, localizada na capital Maceió. A existência majoritariamente de atendentes de enfermagem, foi visualizada na grande maioria dos relatos, dos quais dois são ilustrados a seguir:

> Nós trabalhávamos mais com auxiliares e atendentes. Era aquele felizardo que era auxiliar. A maioria era atendente. [...] Eu acredito que eles faziam o que podiam. (Enfermeira Ana Maria Oliveira)

> A gente tinha um grupo pequeno de Enfermagem. Eram poucas as instituições que tinham a presença de enfermeira. O trabalho era mesmo desenvolvido pelo auxiliar, e às vezes mesmo pelo atendente. (Enfermeira Terezinha Barbosa).

Santos e Leite (2004) comentam que havia uma conjuntura favorável à inserção do ensino da enfermagem no país naquele período, uma vez que se percebia a necessidade de providenciar pessoal preparado para atuar nos serviços de saúde. Por ocasião, em Alagoas, da vinda de D. Leda Collor para Maceió e suas pretensões de abrir uma escola de enfermeiras, bem como da atuação de Ib Gatto Falcão junto ao governo, ocupando o cargo de diretor do Departamento de Educação, foi possível criar a primeira escola de enfermagem no estado, apoiados na Lei 775/49.

É pertinente salientar que a nível nacional existiam debates travados pelas lideranças da enfermagem na época, destacando a "considerável rejeição à ideia de admitir outro curso para pessoal de enfermagem" (o curso de auxiliar de enfermagem) como estratégia de luta pela conservação dos espaços tão duramente conquistados pelas enfermeiras, em contraposição à pressão sentida por essas enfermeiras para resolver o problema da falta de pessoal de enfermagem para atender as necessidades do País (SANTOS et al, 2002). Assim, estabeleceu-se a formação de pessoal de enfermagem em dois níveis e em Alagoas, a escola de enfermagem foi criada priorizando-se o curso de auxiliares de enfermagem.

[10] A EAEA foi criada em 1952. Já em 1993 foi criada a Escola Técnica de Saúde Professora Valéria Hora 1993 como Centro Formador de RH para Saúde Doutor Waldir Arcoverde. Em junho de 2004, juntou-se à Escola de Auxiliar de Enfermagem de Alagoas e se tornou uma ETSUS, batizada com o nome da médica que foi sua primeira diretora. Antes da unificação, a EAEA e o Centro Formador de Recursos Humanos (C.F.R.H) eram ligados ao centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (C.D.R.H), sendo estruturas distintas que atendiam à formação do nível médio para o setor saúde/público (ETSAL, 2013).

Sobre a vinda de enfermeiras para lecionar na EAEA, Santos e Leite (2004) comentam:

> A presença das professoras conferiu visibilidade aos novos agentes da enfermagem naquele espaço social, construindo um espaço propício à reconfiguração do *habitus* profissional da enfermagem em Alagoas. (...) Os agentes eram legítimos detentores do capital cultural do campo da enfermagem e era difícil resistir a uma comparação com a enfermagem rudimentar praticada antes do advento da Escola (SANTOS; LEITE, 2004, p. 87).

As professoras da escola foram legítimas demonstradoras do trabalho da enfermeira nas instituições hospitalares existentes à época, mas, não respondiam pelos serviços de enfermagem, o que era feito pelas auxiliares de enfermagem, suas ex-alunas, as quais não detinham autoridade nem legal nem de formação suficiente para chefiar serviços (SANTOS; LEITE, 2004).

Além disso, tal prática contrariava o Decreto nº 50.387/61, especialmente os artigos 9º e suas alíneas e o artigo 10 que tornavam a administração dos serviços de enfermagem de competência dos enfermeiros (BRASIL, 1961). A enfermeira Sônia corrobora com esta afirmativa citando um exemplo vivenciado:

> Tinha uma atendente de enfermagem que ela na época [foi colocada] como coordenadora, como se ela fosse a coordenadora. Mas como a Secretaria de Saúde, já naquela época, estava cobrando dos hospitais que se colocasse uma enfermeira, e o diretor médico de lá era uma pessoa assim muito, para época dele, era uma pessoa muito inteligente, a frente da época (...), e ele disse a gente "olhe, eu quero uma enfermeira, eu quero colocar uma enfermeira aqui, porque eu tenho tido muito problema. Essa pessoa é uma pessoa muito boa, ela faz as coisas, mas não tem assim a postura". Entendeu? Mesmo porque ela não poderia ter. (Enfermeira Sônia Chagas)

Esse problema se tornava mais grave por que o currículo de formação de auxiliares de enfermagem não incluía conteúdos nem experiências de administração de serviço de enfermagem, ficando claro que essas profissionais "não possuíam formação suficiente para chefiar serviços" (SANTOS, 2001, p. 110). Na verdade, até aquele momento não parecia haver preocupação institucional com a situação dos serviços médicos/de saúde, uma vez que eles pareciam responder satisfatoriamente ao cumprimento das prescrições médicas, tendo sido a enfermagem naquele período considerada submissa, apenas cumpridora de tarefas e sem a mínima autonomia profissional para agir (CRUZ; TAVARES, 2007).

No momento denominado *científico-cultural*, já na década de 1970, a enfermagem alagoana dispunha de cerca de vinte e três enfermeiras (SANTOS et al, 2010) cujas atividades

eram desenvolvidas na Secretaria Estadual de Saúde, à época chamada de Secretaria de Saúde e Serviço Social. Estas profissionais estavam lotadas em unidades de saúde de municípios do interior do estado, na Fundação SESP, principalmente em Penedo e Pão de Açúcar e no Instituto Nacional de Previdência Social, cujo funcionamento estava mais ligado ao atendimento ambulatorial, considerando que não havia hospital específico do INPS no estado (SANTOS et al, 2010). Naquele momento eram raros os enfermeiros nos serviços de saúde do estado como se pode ter no relato de Ana Oliveira:

> (...) e os raros, eles se concentravam mais na área do ensino. Por que era o centro formador, que nós tínhamos Cinira, tínhamos Anete, então o grupo era mais voltado para a escola, que eram muito poucos enfermeiros. Tinha uma enfermeira que comandava o Pronto Socorro, uma enfermeira que comandava a Paulo Neto, uma enfermeira que comandava o Usineiro. Então as chefias eram todas distribuídas com o pessoal que tivessem um melhor esclarecimento, tanto na escrita como fosse mais assim, um discernimento mais de atendimento, então assumiam a chefia, que eram mais por auxiliares e atendentes. (Enfermeira Ana Maria Oliveira)

O aumento na oferta de profissionais enfermeiros no estado apenas foi propiciado com a reforma universitária (RU) de 1968, onde o governo ditatorial investiu na ampliação de sua rede de ensino superior, possibilitando à universidade brasileira aumentar seus cursos e suas vagas. Ao mesmo tempo em que o Ministério da Educação aceitava a imposição dos estados Unidos, ele também tinha que ouvir a Organização Mundial de Saúde (OMS), que exigia mais cursos na área da saúde. Nos marcos de um projeto de expansão[11] dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil, foram autorizados a funcionar 26 novos cursos, sendo 12 em universidades federais (BARREIRA, 2011).

Cabe salientar que poucos dias depois da promulgação do Ato Institucional n.5 a universidade brasileira, já como efeito da implantação da RU, sofre uma reforma administrativa que implanta os institutos centralizados, correspondentes a determinadas áreas de conhecimento, e os departamentos como unidades administrativas com lotação de pessoal e de recursos materiais próprios, que congregavam um conjunto de disciplinas profissionais afins.

Para o ensino de enfermagem, especificamente, com a introdução do Ciclo Básico nos primeiros semestres do curso, o contato das professoras de enfermagem com os alunos

[11] A profissão de enfermagem era a que menos crescia na área de saúde, chegando, até 1974, à relação de 6,7 médicos para um enfermeiro e oito estudantes de medicina para um de enfermagem. Assim, na década de 1970, um grupo de trabalho com especialistas em enfermagem, designado pelo Ministério da Educação e Cultura, elaborou um diagnóstico sobre os cursos no Brasil, indicando a criação de mais cursos de enfermagem nas universidades federais (KLETEMBERG, 2004).

passou a se dar em poucas disciplinas, de caráter teórico e de pequena carga horária. De outro modo, o convívio dos alunos de enfermagem com os de outras carreiras, assim como com os professores das ciências básicas, se por um lado criou oportunidades de enriquecimento cultural, por outro lado tornou mais evidentes as diferenças e as desigualdades entre as carreiras. Além disso, a permanência do estudante de enfermagem no Ciclo Básico para aprender os fundamentos biomédicos, associada ao adiamento do seu contato com os Fundamentos da Enfermagem reforçou a ênfase nos Princípios Científicos, afastando-os, porém dos saberes próprios à sua Profissão.

Contudo, corroborando com o cenário nacional, para a UFAL foi o momento especial para abertura de novos cursos, dentre eles, o de enfermagem, autorizado em 1973 e iniciado com a primeira turma em 1974. Vários fatores estruturais e conjunturais contribuíram para a criação do curso de enfermagem no estado. Havia uma significativa deficiência deste profissional, o governo brasileiro buscava estratégias para atingir as metas de saúde estabelecidas pela OMS, entre as quais havia o incentivo à abertura de cursos de graduação em Enfermagem e o Ministério da Educação ampliava as vagas e cursos universitários.

Outro fator contributivo foi a vinda do Navio HOPE, o qual trazia dentre sua tripulação, noventa enfermeiras norte-americanas (SANTOS; LIRA; NASCIMENTO, 2009), as quais atuaram, além do Navio Hospital-Escola, também na Santa Casa de Misericórdia de Maceió, no campo hospitalar, cujo trabalho se diferenciava do trabalho das atendentes de enfermagem, até então mais visualizado nas instituições de saúde. Ainda segundo as autoras, as ações desenvolvidas pelo projeto HOPE[12] contribuíram para o reconhecimento da atuação da enfermeira e da enfermagem na saúde pública em Maceió, sendo tida, inclusive, como foco de discussão, uma vez que o valor que lhe foi conferido a tornou conhecida e desejada na equipe de trabalho dos postos de saúde.

Com a criação do curso, viu-se a necessidade de compor o corpo docente. "Para a área chamada básica foram requisitados professores da área de saúde da UFAL, no entanto, para o ciclo profissionalizante não havia profissionais disponíveis" (COSTA, 2012, p. 16) sendo necessária a captação de enfermeiras em outros estados. Sobre este aspecto, uma das entrevistadas coloca:

[12] O navio HOPE permaneceu atracado em Maceió pelo tempo de nove meses no ano de 1973. Era um navio-escola-hospital que fazia parte da política de "boa vizinhança" estadunidense em contrapartida ao impacto de suas ações imperialistas. Afirmava-se como prestador de assistência aos povos menos desenvolvidos. Seu nome é uma abreviação de "Health Opportunity for People Everywhere" – Oportunidade de saúde para pessoas de todo o mundo. (SANTOS; LIRA; NASCIMENTO, 2009).

> Existia carência de enfermagem [referindo-se à carência de enfermeiras] tanto é que, por exemplo, assim, as primeiras enfermeiras, não as nossas, mas, por exemplo, o pessoal da universidade [era] todo de fora até quem era daqui estava fora, foi fazer o curso. Por exemplo, a Lenir fez no Rio, a Rosa também era Alagoana, mas tinha feito fora. E aqui mesmo as primeiras enfermeiras eram disputadas, porque eu mesma quando terminei o curso eu recebi acho que quatro propostas. (Enfermeira Sônia Chagas)

Desta forma, segundo Costa (2012), a UFAL dispunha de três enfermeiras, Maria Yolanda Pinheiro, Vera Rocha e Lenir Nunes, sendo as duas últimas, enfermeiras já atuantes junto ao curso. Sendo assim, com os concursos, vieram enfermeiros professores de diversos estados, como Pernambuco, Rio de Janeiro, Bahia, Maranhão, que em suas relações com as enfermeiras do HOPE e com o corpo docente médico, promoveu-se um "choque de culturas" (COSTA, 2012, p. 63), tendo a primeira turma sofrido mais as influências desta diferentes "tradições" no processo de sua formação.

Com a recém-transferência do hospital universitário (HU), das dependências da Santa Casa para a Cidade Universitária, e a estruturação do corpo docente em andamento, surgiu a demanda de as mesmas professoras juntamente com algumas enfermeiras do navio HOPE, que permaneceram em Maceió – Barbara Allen, Sheila Clarke e VeNeta Masson – estruturarem o serviço de enfermagem do hospital (SANTOS; LIRA; NASCIMENTO, 2009), tendo que, para isto, dividir suas atividades entre o ensino e a supervisão dos serviços, como demonstra a narrativa a seguir:

> Só [tinham] auxiliares e atendentes. Só. Tinham sim, os professores, que faziam supervisão. Entendeu? Eles iam, davam uma passada, por que não podia ter um hospital funcionando sem enfermeiro. Então os professores acumulavam: eles passavam no hospital, uma vez por dia, viam o que estava acontecendo, determinavam o que deveria ser feito e saiam. Então, quando eu cheguei, quem comandava o serviço eram os auxiliares e atendentes. Tanto que em cada setor, uma chefe era uma auxiliar. Ou uma atendente de enfermagem. (...) Só existia uma enfermeira concursada, que era Maria Yolanda. Ela ficava só no centro cirúrgico e ambulatório. Só dava assistência nesses dois setores. Formada no Recife. (Enfermeira Ana Oliveira)

Para a estruturação dos serviços do HU, principalmente o de enfermagem, foi necessário um considerável empenho por parte das enfermeiras que ali se encontravam. A fim de minimizar os efeitos da utilização de pessoal não qualificado, as enfermeiras buscavam alternativas, como por exemplo, ministrar cursos a estas pessoas, como descrito na narrativa da enfermeira Ana Maria Oliveira:

> (...) Foi feito pela Barbara [curso de atendentes], lá no hospital, com as pessoas que sabiam assinar, que tinham uma postura, um aspecto melhor.

> Então foram aproveitados da higienização para serem atendentes. Então foi feito um curso com estas pessoas. A Barbara, a Vera Rocha, sabe, elas organizaram este curso para que eles tivessem, para cobrir as brechas que não foram preenchidas pelo auxiliar de enfermagem. Eram pessoas que iam para higienização. Eram pessoas que não tinham mínima noção do que fosse higiene, do que fosse lavar mão, do que fosse dar um banho no paciente. Por que um curso rápido não dá essa noção. (Enfermeira Ana Maria Oliveira)

Percebe-se um *continum* das relações sociais estabelecidas pela enfermagem, as quais contribuíam para legitimá-la como agente *dominado* daquele campo, que, desde a década de 1950, utilizava-se de pessoas sem qualificação para o exercício de suas atribuições. Os esforços das enfermeiras eram para promover uma incorporação de capital cultural aos seus agentes, sendo a própria presença delas uma incorporação do capital simbólico a categoria da enfermagem.

Fora da esfera da universidade, era inexpressivo o número de enfermeiras (as que se formaram em outros estados) que atuavam em instituições como nos, já citados, Hospital dos Usineiros, Unidade de Emergência, Maternidade Paulo Neto e também em unidades de saúde nos interiores do estado, não tendo a maioria das instituições de saúde da época nenhuma enfermeira, cabendo aos próprios médicos à organização dos serviços ou, por eles delegados às atendentes ou auxiliares de enfermagem. As narrativas a seguir ilustram estas afirmações:

> Por que na época esse Hospital, essa Unidade de Emergência tinha três enfermeiros. Dois que vieram do Recife e uma que era daqui de Maceió, que era uma das primeiras turmas. Foi essa que foi Fátima Nazaré, ela estava lá e foram chamadas. E duas de Recife. (...) Dr. Joseane já era o diretor do hospital. O hospital não era uma instituição do estado, mas pertencia a uma fundação chamada Fundação Governador Lamenha Filho, a FUNGLAF[13]. (Enfermeira Else Guedes)

> Elas me apresentaram [no posto de saúde]: "Ah que bom, pelo menos agora vai chegar uma pessoa". Foi o que ele [médico responsável] disse. "Vai chegar uma pessoa que eu não vou mais precisar tá direcionando as auxiliares nem nada e eu dou a liberdade[14] de você resolver as coisas". (Enfermeira Angela Tenório)

É pertinente salientar que os tipos de capital bem como sua forma de aquisição estão presentes de maneira diferenciada entre os enfermeiros docentes e os assistenciais. Para

[13] Em 1975 foi criada a Fundação de Saúde de Alagoas Governador Lamenha Filho – FUNGLAF – como mantenedora da Escola de Ciências Médicas de Alagoas, agregando à estrutura da Fundação, a Unidade de Emergência Dr. Armando Lages e o Hospital Dr. José Carneiro (UNCISAL, 2013).

[14] Observe-se como um médico se refere a sua expectativa sobre a chegada à instituição de saúde, sentindo-se feliz por lhe dar liberdade para se ocupar com o trabalho das auxiliares. Mais adiante, no capítulo V, volta-se a este ponto.

aqueles, a autoridade científica é conferida pelos títulos de pós-graduação, participação em eventos, enfim, pela trajetória de cada um. Por outro lado, entre os enfermeiros assistenciais, a autoridade científica é conferida pelo saber cuidar, que inclui o domínio tecnológico, o saber educar e o saber administrar. Dessa forma, "embora o saber teórico e prático em Enfermagem sejam indissociáveis, as relações e estratégias para a conquista da autoridade científica diferem entre os enfermeiros docentes e os assistenciais" (GOMES; BACKES; VAZ, 2005, p.82).

Sobre a formação de profissionais de enfermagem, tive notícias da existência no interior do estado, já no final da década de 1970, de uma escola[15] instalada em um colégio de religiosos, que formava auxiliares de enfermagem, cujo corpo docente era composto por freiras holandesas, a qual funcionara sem regulamentação (segundo o relato de uma das entrevistadas). Um fragmento da narrativa de uma das entrevistadas demonstra essa situação:

> Eu fiquei cedida a uma escola que é de nível técnico que tinha área de enfermagem, e não era reconhecida ainda. Porque assim, naquela época as coisas eram assim. A escola particular que tinha os convênios [...], era a escola [...] e o diretor [...]. Inclusive tinha umas enfermeiras. Umas freiras holandesas. (Enfermeira Angela Tenório)

Pode-se perceber diante do exposto que o subcampo no qual se encontravam os agentes de enfermagem que existiam no momento da inserção das pioneiras – atendentes, auxiliares de enfermagem, professores do curso de graduação formados em outros estados (majoritariamente do sexo feminino), enfermeiras norte-americanas, freiras e enfermeiras do serviço formadas em outros estados – se constituiu no local onde se manifestavam as relações de poder em torno de interesses específicos. O campo gera este interesse, que na realidade é tanto condição quanto produto de seu funcionamento (GOMES; BACKES; VAZ, 2005). Assim, para Bourdieu é o interesse o que estimula as pessoas, que as faz concorrer, rivalizar e lutar (LOYOLA, 2002).

No final da década de 1970, as "novas" enfermeiras, pioneiras, formadas pelo recém-criado curso de enfermagem puderam constituir-se como mais um agente deste campo, ao inserirem-se e, também, disputarem melhores posições. É importante ressaltar a multiplicidade de aspectos que contribuíram para a configuração da identidade profissional e da formação da imagem da enfermagem de e em Alagoas.

---

[15] Esta é uma notícia nova dentro do repertório levantado, e que faz desta informação um ponto de questionamento a ser investigado em estudos posteriores.

A tentativa de visualizar a Enfermagem pela perspectiva da teoria de Pierre Bourdieu me possibilitou percebê-la como um campo de lutas e de forças, dotado de organização interna, com nítida categorização profissional e escala hierárquica que, na maioria das vezes direciona as relações sociais de trabalho. Os conceitos de capital social e cultural me permitem compreender as relações de poder existentes entre os profissionais de Enfermagem e de outros campos da área da saúde. Nesse jogo, os agentes ocupam espaços diferenciados e hierarquizados, de acordo com a posse dos diversos tipos de capital, que lhes confere posições, poderes e força, os quais asseguram a autonomia e dominação (ainda que sempre dinâmica e provisória).

O momento da enfermagem alagoana considerado aqui como *expansionista* é caracterizado pela inserção de novos agentes no campo da saúde, as enfermeiras pioneiras, e pelo movimento de ocupação do espaço requerido por elas, o qual foi marcado por lutas simbólicas. Para este momento, reservo os capítulos seguintes.

CAPÍTULO IV – A INCORPORAÇÃO DO *HABITUS* PROFISSIONAL DAS ENFERMEIRAS

Para compreender a luta empreendida pelas primeiras enfermeiras formadas em Alagoas durante sua inserção e estabelecimento no campo, faz-se necessário voltar no tempo e entender como a sua formação foi essencial para o empreendimento das estratégias utilizadas no campo de luta, verificando que influências receberam durante sua trajetória e que contribuíram para a formação do *habitus* destas enfermeiras, entendendo que a existência do *habitus* é, ao mesmo tempo, condição de existência de um determinado campo e produto de seu funcionamento dentro de uma estrutura específica.

O conceito de *habitus*, na lógica de Bourdieu, é estruturante e é estruturado. O curso pode ser considerado como a estrutura estruturante do *habitus* profissional. O *habitus* primário das alunas ao ser exposto ao sistema pedagógico, não deixou de expor as diferenças ideológicas, configurando-se como estrutura estruturada em processo de transformação. Esta questão merece, então, ser analisada.

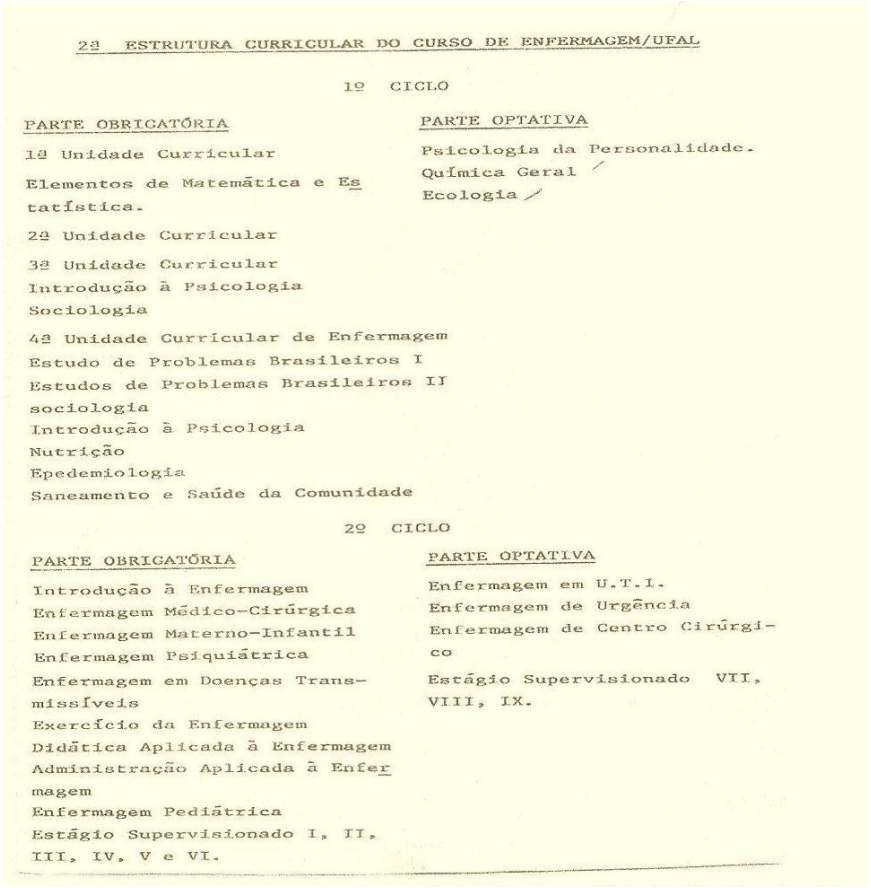
Ao analisar o subcampo da enfermagem (no capítulo anterior), verifiquei que dentre as regras do jogo, conforme a lógica bourdieusiana, encontra-se o currículo planejado para o curso, consistindo em uma ferramenta fundamental no processo de inculcação do *habitus* das enfermeiras. As autoras Silva, Padilha e Borenstein (2002) comentam que ao final da década de setenta, já se evidenciavam transformações nos currículos de graduação em enfermagem, os quais já sinalizavam para a necessidade de (re)definição dos currículos, a partir de uma ideologia voltada para a definição do *status* profissional, definição de papéis e busca de autonomia.

A Figura 6 demonstra a estrutura curricular do curso de enfermagem Ufal moldada nas normas vigentes, qual seja o Parecer 163/72, trazendo o desenho modificado para o Ciclo Básico conforme projeto próprio da UFAL, relativo à integração de cursos e conteúdos, mas que, ainda assim, "não correspondia aos anseios do corpo docente que desejava construir um perfil de enfermeiro que atendesse as demandas do cenário alagoano e nordestino" (COSTA, 2012, p. 58).

O perfil almejado pelas docentes do curso não foi encontrado explicitado em nenhum dos documentos analisados. Entretanto, em um documento levantando em estudo anterior (COSTA, 2012), verificou-se a "Filosofia" daquele curso de enfermagem, onde trazia uma definição do profissional enfermeiro, adaptada da definição do Comitê internacional de

Enfermagem: “O enfermeiro é uma pessoa formada num programa de educação básica de Enfermagem, qualificada e autorizada no seu país a proporcionar serviços responsáveis e competentes, a fim de: promover a saúde, prevenir a doença, cuidar dos doentes e de sua reabilitação, objetivando um melhor nível de saúde” (Anexo J).

Figura 6: Grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem.



2ª ESTRUTURA CURRICULAR DO CURSO DE ENFERMAGEM/UFAL

1º CICLO

PARTE OBRIGATÓRIA	PARTE OPTATIVA
1ª Unidade Curricular	Psicologia da Personalidade.
Elementos de Matemática e Estatística.	Química Geral /
2ª Unidade Curricular	Ecologia /
3ª Unidade Curricular	
Introdução à Psicologia	
Sociologia	
4ª Unidade Curricular de Enfermagem	
Estudo de Problemas Brasileiros I	
Estudos de Problemas Brasileiros II	
sociologia	
Introdução à Psicologia	
Nutrição	
Epedemiologia	
Saneamento e Saúde da Comunidade	

2º CICLO

PARTE OBRIGATÓRIA	PARTE OPTATIVA
Introdução à Enfermagem	Enfermagem em U.T.I.
Enfermagem Médico-Cirúrgica	Enfermagem de Urgência
Enfermagem Materno-Infantil	Enfermagem de Centro Cirúrgico
Enfermagem Psiquiátrica	Estágio Supervisionado VII, VIII, IX.
Enfermagem em Doenças Transmissíveis	
Exercício da Enfermagem	
Didática Aplicada à Enfermagem	
Administração Aplicada à Enfermagem	
Enfermagem Pediátrica	
Estágio Supervisionado I, II, III, IV, V e VI.	

Fonte: *Fac símile.* Arquivo LADOPHE. Avaliação do curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 1987.

O movimento de repensar a situação profissional da enfermagem a nível nacional já imprimia reflexos no curso de graduação em enfermagem da UFAL, o que foi proporcionado pela trama de pessoas, com diferentes culturas/bagagens culturais, que compuseram à época o corpo docente do curso, conformando assim “diferentes formas de construir nas alunas a identidade de enfermeira”, sendo possível a estas alunas ter “uma identidade profissional própria, ou seja, construída a partir deste entrelaçamento de culturas” (COSTA, 2012, p. 62/69).

Nesse aspecto, um dos fatores ponderados pela coordenação do curso de enfermagem da Ufal, ainda segundo a autora, era a existência de médicos no corpo docente, os quais consideravam a enfermagem uma profissão “meramente auxiliar” (COSTA, 2012, p.63),

significando assim uma grande preocupação por parte das enfermeiras docentes do curso em não permitir a formação de "enfermicinas[16]".

Da mesma maneira, as alunas demonstravam também a sua resistência a este modelo de enfermeira, o que posteriormente foi reconhecido por duas docentes do curso à época e por uma das enfermeiras entrevistadas:

> Apesar das dificuldades, a gente tinha uma turma [de alunas] muito boa. A gente tinha uma turma que **quando a gente chegava com a farinha, elas chegavam com o pirão pronto** (arquivo LADOPHE)[17] (grifos meus).

> À medida que o curso avançava e **a gente sentia as alunas mais seguras**, começávamos a leva-las para as reuniões com o *staff* do HU para elas **sentirem como a "barra era pesada"** e o quanto elas precisavam se preparar para os embates que viriam. Noraci foi quem mais se destacou porque ela já tinha militância política em grupos sociais e sabia se colocar. Helena também não deixava barato, afinal, tinha intimidade com o poder, dada sua filiação. Preocupava-me mais com as mais caladas, **tinha medo que não resistissem**. (arquivo LADOPHE)[18] (grifos meus).

> A questão **ética,** a questão da **responsabilidade**, a questão... Não é autoritário, não foi o autoritarismo. Foi a **seriedade**, não fazer de qualquer jeito. Não foi uma formação que foi feita de qualquer jeito, por isso que a educação é a base de tudo realmente. (...) Eu acho que tanto eu como muitas pessoas da minha turma, nos éramos muito **comprometidas em ser bons, em sermos boas**. [...] É tanto que existe muito gente boa na minha turma, muita gente que ocupou lugares importantes, pessoas que sempre souberam se posicionar e isso veio dessa convicção que a gente **tinha de querer ser enfermeiro**. (Enfermeira Tânia Kátia) (grifos meus).

Através destes relatos, pude compreender que ao se formarem as enfermeiras tinham capital profissional suficiente para desempenhar o papel para o qual foram preparadas durante sua graduação: "enfermeiras competentes para assistir, detentora[s] de conhecimento para discutir e habilidosa[s] para se relacionar com os demais membros da equipe de saúde" (COSTA, 2012, p. 78). De outra forma, algumas delas se destacavam pelo capital social que puderam estabelecer durante suas trajetórias de vida, influenciando diretamente na maneira como se posicionavam enquanto profissional.

Assim, este modo interiorizado de ser enfermeira, o "ter" que se tornou "ser", ou *habitus*, contribuiu para a construção e consolidação de sua identidade profissional ainda

---

[16] Este termo foi utilizado pela enfermeira Lenir Nunes, professora do curso de enfermagem da Ufal, ao se referir ao perfil NÃO desejado das egressas (uma intercessão entre enfermagem e medicina). Arquivo do LADOPHE. Armário 1, caixa 1. Documento: entrevista com a professora Lenir Nunes, 2012.

[17] Armário 1, caixa 1. Documento: entrevista com a professora Zandra Candiotti. 2012.

[18] Armário 1, caixa 1. Documento: entrevista com a professora Regina Santos. 2012.

durante a graduação. Isto pode ser identificado na fala de uma das docentes que atuaram na década de setenta, a qual foi concedida em estudo preliminar (COSTA, 2012), colaborando para elucidação deste acontecimento:

> A nossa responsabilidade era muito grande, pois precisávamos ensinar aquelas meninas a serem enfermeiras sem que elas jamais tivessem visto uma enfermeira em ação. Só tinham a nós [professoras] como exemplo e referência. Então todos tinham que ser muito bons, **tinham que mostrar conhecimento, habilidade e muita, muita garra** para se impor. (arquivo LADOPHE)[19] (grifos meus).

Para a conquista do capital profissional, as enfermeiras, ainda durante a formação buscaram o mais que puderam desenvolver atividades, estágios fora da universidade, a fim de irem se familiarizando com a prática de enfermagem, o que de certa forma proporcionou aos demais agentes do campo uma prévia de sua futura atuação e já despertarem para a competência técnica e relacional, tanto com os membros da equipe de enfermagem quanto com os pacientes. Os relatos abaixo demonstram estas características:

> As alunas da primeira turma aprenderam na prática a ser enfermeira proativa, resolutiva, criativa! Lembro que elas também participaram da escolha dos campos de prática quando sentiram que apenas o HU não traria a **diversidade de experiência que precisavam para aprender a serem enfermeiras**. Elas caíram em campo, visitaram clínicas, articularam entrevistas e puseram Lígia [professora do curso] em contato com os diretores, para que decidissem quais as melhores soluções. Elas estudavam muito e nunca reclamaram das incontáveis horas a mais que imprimimos ao curso, sem contar na carga-horária total. Foi muito bom isso. (arquivo LADOPHE)[19]

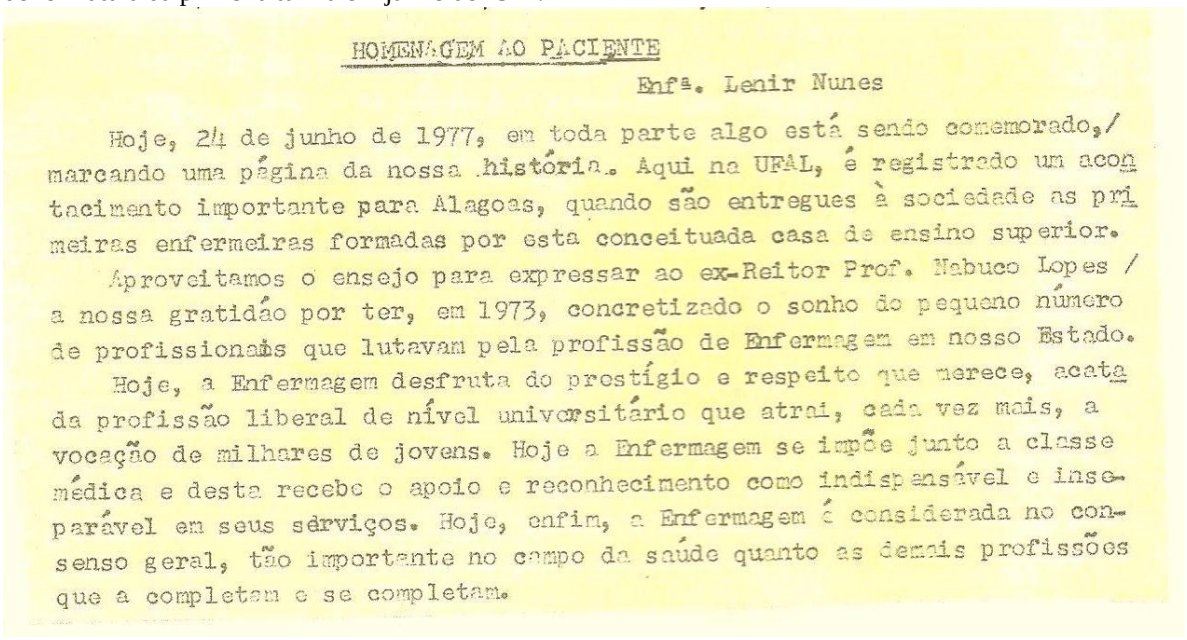
> Teve uma seleção e foram quatro aprovadas para atuar na Santa Casa. E com essa a aprovação, eu fiquei no segundo pavilhão, que era o pavilhão mais cruel que tinha, por que eram sessenta leitos. Cristina assumia a supervisão e me levou para ficar com ela. Então foi aí que eu comecei a ter noção de administração de serviço. Foi ali no estágio. **Eu morava na Santa Casa**, quer dizer, eu saia do curso e ia para lá. Saía de lá dez horas da noite. Ia sábado e ficava domingo, sábado todo. Domingo o dia todo. **Sabe, para aprender**. (Enfermeira Ana Maria Oliveira Santos) (grifos meus).

Costa (2012, p. 84) comenta sobre a existência de um espaço para a enfermeira no cenário alagoano e que era desejo das docentes que estas enfermeiras o ocupassem "como mais uma profissão importante na área de saúde", o qual pode ser evidenciado pela figura 7, através do pronunciamento da professora Lenir.

---

[19] Armário 1, caixa 1. Documento: entrevista com a professora Regina Santos. 2012.

Figura 7: Trecho do discurso de homenagem ao paciente proferido pela professora Lenir, durante as solenidades de formatura da primeira turma em junho de 1977.



HOMENAGEM AO PACIENTE

Enfª. Lenir Nunes

Hoje, 24 de junho de 1977, em toda parte algo está sendo comemorado,/ marcando uma página da nossa história. Aqui na UFAL, é registrado um acontecimento importante para Alagoas, quando são entregues à sociedade as primeiras enfermeiras formadas por esta conceituada casa de ensino superior.

Aproveitamos o ensejo para expressar ao ex-Reitor Prof. Nabuco Lopes / a nossa gratidão por ter, em 1973, concretizado o sonho do pequeno número de profissionais que lutavam pela profissão de Enfermagem em nosso Estado.

Hoje, a Enfermagem desfruta do prestígio e respeito que merece, acatada profissão liberal de nível universitário que atrai, cada vez mais, a vocação de milhares de jovens. Hoje a Enfermagem se impõe junto a classe médica e desta recebe o apoio e reconhecimento como indispensável e inseparável em seus serviços. Hoje, enfim, a Enfermagem é considerada no consenso geral, tão importante no campo da saúde quanto as demais profissões que a completam e se completam.

Fonte: *Fac Símile.* Arquivo do LADOPHE. Armário 01, caixa 01. Documento: Discurso de homenagem ao paciente (1ª turma) por professora Lenir Nunes de Oliveira. Junho, 1977.

A posição ocupada pela professora Lenir, detentora de capital social e simbólico reconhecido, confere ao seu discurso legitimidade ao exaltar o capital social e simbólico (respeito e prestígio) da enfermagem, sendo colocado também por ela de forma sútil a necessidade de a enfermagem ser vista como profissão não inferior, mas igual às demais profissões da saúde, a qual deve ocupar um espaço próprio.

Ante as falas das entrevistadas, percebi que recorrentemente o nome da professora Lenir Nunes de Oliveira era citado, o que me levou a analisar e refletir sobre a sua importância no processo de formação das pioneiras. A professora Lenir, segundo Costa (2012), graduou-se na Universidade Federal Fluminense, na década de sessenta, tendo trabalhado por muitos anos na fundação SESP e na Secretaria de Saúde do Estado de Alagoas. Ingressou na UFAL no ano de 1973, sendo a terceira coordenadora do curso. Foi presidente da ABEn AL em 1976 em sucessão a D. Isabel Macintyre (fundadora da entidade em Alagoas). Também atuou na direção de enfermagem do Hospital Universitário, tendo instalado e sido a primeira presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas. No momento, encontra-se aposentada residente em Maceió.

A figura da professora Lenir repercutiu de maneiras variadas nas enfermeiras entrevistadas, ora pela sua disciplina e exigência, ora pela sua atuação e envolvimento junto aos espaços de poder, dos quais a enfermagem alagoana pouco havia se apropriado até aquele

momento. O que de fato é verificado é a sua valiosa contribuição na configuração do *habitus* de suas alunas, como fica evidente nos relatos a seguir:

> Olha, a gente tinha uma maneira de sentar, de se vestir, de se portar. Era como se fosse uma aula de etiqueta na época. A gente tinha uma professora, *Lenir*, que ela não deixava a gente [...] usar blusinha curtinha, calcinha justinha, sapato fechado. Ainda hoje eu entro no hospital com sapato fechado, jaleco. Eu entro como se fosse uma **doutrina**, entendeu? (Enfermeira Socorro França) (grifos meus).

> Naquela época o curso de enfermagem da gente [era] assim: a *Lenir* e outras enfermeiras que eram mais antigas, elas preconizavam pela postura, entendeu? Da roupa sem ser transparente, de uma roupa branca, de você não se encostar na cama, **coisa assim que você não esquece mais nunca**. (Enfermeira Sônia Chagas)

> Uma enfermeira da Universidade que era uma pessoa muito linha dura, era a Lenir. Linha dura [...] em relação ao desempenho do enfermeiro. Eu me lembro. E**u segui** muito as coisas da *Lenir*. Muito, muito. Tanto é que assim eu sempre fui muito respeitada. (Entrevistada 9)

Os termos "doutrina", "não esquece mais" e "eu segui" referidos nas falas anteriores podem ser encarados como um resultado da *ação pedagógica* que formou o *habitus* do indivíduo através de um trabalho pedagógico que

> como trabalho de inculcação deve durar o bastante para produzir uma formação durável; isto é, um *habitus* como produto da interiorização dos princípios de um arbitrário cultural capaz de perpetuar-se após a cessação da ação pedagógica e por isso de perpetuar nas práticas os princípios do arbitrário interiorizado" (BOURDIEU; PASSERON, 1982, p. 44).

Segundo Costa (2012), a professora Lenir trouxe uma cultura de enfermagem que aprendera no Rio de Janeiro, onde a enfermagem já se encontrava mais evoluída politicamente, e representou uma primeira resistência à imposição da cultura da enfermagem rudimentar trazida/imposta pelos médicos alagoanos. Sendo assim, percebeu-se que havia uma imensa necessidade de projetar os mais novos membros da enfermagem alagoana no campo da saúde, envolvendo-as nos espaços onde já havia sido conquistada a sua presença e despertando nelas o compromisso com a categoria, como demonstram os relatos a seguir:

> Depois que a minha amiga *Lenir*, que ela era da direção da época, disse: "Eu vou levar ela pra direção, que comigo ela vai deixar de ser malcriada". Foi a Lenir que me levou pra direção, botou uma enfermeira na clinica médica no meu lugar e **me chamou pra ir pra direção** que ela estava muito sobrecarregada, estava sozinha na direção. Iria me levar pra ajudar ela (Enfermeira Ana Maria Oliveira).

> Na época eu participava da ABEn. Tinha **a *Lenir*** [que] **fazia a gente ir** para as reuniões, já para a gente começar nas entidades de classe. E ela participava também. (Enfermeira Cordélia Lessa)

Percebe-se, então, que portando um grande volume de capital, tanto profissional, como social, a professora Lenir buscou proporcionar as sua alunas, à época, condições semelhantes a fim de que fosse cunhado nelas uma consciência de classe e assim soubessem se posicionar enquanto agentes detentoras de discurso autorizado sobre os assuntos da Enfermagem.

Quando Bourdieu afirma que quando um conjunto de agentes que ocupam posições semelhantes, são colocados em "condições semelhantes e sujeitos a condicionamentos semelhantes, têm, como toda a probabilidade, atitudes e interesses semelhantes (BOURDIEU, 2011, p. 136). Assim, podemos verificar que a atuação da professoras Lenir junto as futuras enfermeiras proporcionou que as mesmas desempenhassem práticas e tomadas de posições semelhantes, que as auxiliaram nas tentativas de reposicionamento da enfermagem alagoana no campo da saúde.

Nos documentos levantados, encontrei fotografias de atividades desenvolvidas no curso nas quais a professora Lenir estava presente. Entretanto, dentre as encontradas, chamou-me a atenção a exposta a seguir (figura 8), na qual estão presentes a formanda Gilvania, discursando em uma das solenidades de sua formatura, alguns pacientes do HU e seus acompanhantes, professoras, alunas de outras turmas e a professora Lenir, em uma postura que, em uma análise relativa, denota aprovação e satisfação quanto às palavras proferidas.

Figura 8: Fotografia do momento do discurso da formanda Gilvania Dorta de Moura em uma solenidade de formatura da terceira turma. Local: Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes. Junho de 1978.

Fonte: arquivo da Esenfar. A professora Lenir Nunes encontra-se na segunda posição, da esquerda para direita. A formanda Gilvania está posicionada na extrema direita.

Esta demonstração postural de "aprovação" do discurso proferido revela a satisfação de perceber na aluna a cultura trazida durante a ação pedagógica, pois aquela aparece como um sinal interiorizado e assim possível de ser perpetuado. Desta maneira, Bourdieu e Passeron (1982) ao trazerem que a ação pedagógica tem a função de reproduzir de forma mediatizada (através da autoridade pedagógica) a cultura e os interesses de determinados grupos, percebo que através do discurso foi identificado elementos da cultura dominante, neste caso, dominantes entre as docentes, gerando concordância e contentamento pelas palavras.

A ação pedagógica das docentes do curso de enfermagem associada ao seu posicionamento profissional podem ser percebidos como formas de imposição de um arbitrário cultural, o qual selecionou e legitimou a cultura por imposição e inculcação, buscando formar o *habitus* de suas alunas de acordo com a cultura predominante entre as professoras.

Para tanto, utilizaram-se de uma autoridade pedagógica através da qual foi possível garantir sua ação, tenha sido a mesma por meio de sanções ou naturalizando suas imposições. Assim, posso afirmar que as docentes do curso de enfermagem contribuiram

significativamente para a configuração do *habitus* das enfermeiras deste estudo, imprimindo nelas elementos necessários à tomada de **consciência do arbitrário,** que estava inserido na **ordem vigente** sobre a enfermagem alagoana, despertando para um movimento de ocupação de espaços e de busca pelo reconhecido de seu capital profissional.

Através dos relatos das enfermeiras em estudo, foi possível perceber que mesmo antes da inserção propriamente no campo da saúde, elas tiveram que empreender uma luta simbólica para escolher, seguir e se estabelecer na profissão de enfermagem, sendo palco para esta o ambiente familiar, o ambiente da escola onde se formaram e o ambiente das instituições onde desempenharam suas atividades.

Naquele momento, como já explicitado no capítulo anterior, a enfermagem em Alagoas era percebida como uma profissão rudimentar e artesanal, além de trazer como herança de seu passado uma imagem de profissão "auxiliar", sem prestígio ou *status* social. Sendo assim, foi no seio familiar e na comunidade na qual estava inserida, que elas tiveram que reverter ou pelo menos resistir a este pré-concebido sobre a profissão que escolheram, como demonstram os relatos:

> E uma coisa assim que eu acho que naquela época foi muito marcante: as pessoas perguntavam muito "porque você fez enfermagem". Porque naquela época realmente a enfermagem não estava configurada como hoje. Eu fui uma aluna muito, sempre muito estudiosa e muito responsável, então eu era sempre das primeiras alunas, desde o meu primário. E até as pessoas da escola que eu estudava, que era o colégio de freiras, as pessoas da minha família, elas não aceitavam, não aceitaram, porque eu fiz enfermagem. Então essa pergunta era muito forte. (Enfermeira Tânia Kátia)

> Ai [minha irmã] avisou que eu tinha passado e foi quando eu avisei a minha mãe e veio aquela interrogação: "enfermeira? Porque isso?" Ai foi o primeiro impacto de preconceito dentro da família, alguns, mas minha mãe eu lembro: "enfermeira?" (risos) [...] Porque naquela época o conceito de enfermagem era meio complicado. (Enfermeira Cordélia Lessa)

> Eu sentia também que a enfermagem aqui era uma coisa muito nova ainda. E na universidade, então muitas pessoas ficavam, na época que a gente estava estagiando, ficavam surpresos, "porque você está fazendo enfermagem?" E era muito forte isso. (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

Na escolha por uma profissão, Ribeiro et al (2006) comenta que a futura profissional inspira-se em imagens e estereótipos historicamente construídos sobre determinada profissão ou nas representações construídas em seu imaginário sobre as profissões existentes. Assim, as autoras colocam que ao longo da história da profissão no país, a Enfermagem e a enfermeira

foram percebidas a partir de inúmeras imagens e símbolos, presentes no "ideário coletivo"[20]. No caso da enfermeira, o cenário é quase sempre o hospital, e os estereótipos variam desde o dedicado e submisso anjo de branco ou anjo de piedade (silenciosa, discreta, gentil, atenciosa, competente, vigilante, objetiva e determinada) (SANTOS; NASCIMENTO, 2013; OLIVEIRA, 2007), até a malvada e vulgar "sargento de saias" (SECAF; RIBEIRO, 1998, p.9).

Então, a necessidade de serem "boas", de mostrarem desde cedo a sua competência, era gerada pela constante indagação do "porque fazer enfermagem", pois sendo considerada uma profissão com pouco ou nenhum capital social e simbólico em Alagoas, seus familiares e pessoas próximas resistiam à ideia de elas direcionarem todo o capital cultural incorporado no período escolar em uma profissão sem reconhecimento/status social, como demonstra o relato:

> Uma coisa dos anos 70 a 80 que eu lembro, era do quanto foi difícil a gente mostrar que **pessoas qualificadas, pessoas bem formadas, poderiam estar fazendo enfermagem**. Mostrar inclusive pra nossa família. Assumi como desafio porque a gente, não só fui eu, mas algumas colegas eram pressionadas, porque naquela época existia a re-opção. Naquela época algumas colegas, assim como eu, foram convidadas para passar para outros cursos, no meu caso fui convidada a passar para odontologia. A família até nem aceitava, por que a gente não queria passar (Enfermeira Tânia Kátia)

Nelson (2011) coloca que para moldar a enfermagem em uma profissão respeitável o suficiente para atrair as mulheres de classe média, sem representar uma ameaça à autoridade dos médicos, no final do século XIX ao início do século XX, houve uma desqualificação contínua do conhecimento e habilidade da enfermagem e uma ênfase na virtude e na ética, repercutindo de forma negativa em sua imagem até os dias atuais, proporcionando as suas exercentes invisibilidade social.

Contudo, foi comentada por algumas das entrevistadas que a escolha pela profissão foi levada a cabo, mesmo com alguns impedimentos da família. O diploma consistia em um dos objetos de desejo das enfermeiras, pois desta maneira estariam incorporando capital institucionalizado e adquirindo distinção diante dos demais agentes sociais, como ilustram os relatos:

> Eu entrei no curso da enfermagem do nada. Eu não tenho história nenhuma na minha família de dono de enfermagem, nem de dono da saúde, nem de

[20] As imagens no ideário coletivo são conjuntos de estereótipos que se contrapõem e se completam para compor um espectro de atuação da figura imaginada no cenário mais comumente habitado pelo personagem em questão (SECAF; RODRIGUES, 1998).

> nada. Entrei por que eu era estudiosa e pela minha família queria que fizesse medicina. Eu não tinha aptidão nenhuma pra medicina. Sempre achei eles muito arrogantes e não era o meu perfil. Eu disse "eu vou fazer enfermagem", **por que pra mim era um desafio fazer o vestibular e passar.** Acho que era uma frustração minha e para minha família se eu fizesse um vestibular e não passasse. (Enfermeira Ana Maria Andrade) (grifos meus).

> Eu queria ser enfermeira, [mas] só tinha em Pernambuco. Meus pais não podiam me custear e eu tive uma grande estrela de, no ano que eu ia fazer vestibular, chegar aqui Enfermagem. Eu acho que já fui muito privilegiada. [...] Naquela época que eu achei que poderia fazer psicologia, mas a minha cara é enfermagem mesmo. (Enfermeira Josinete Marques)

> **Quando eu fiz vestibular, eu queria muito passar**. E tinha, eu era muito estudiosa e ai ele mesmo me perguntou por que você não faz medicina? Que você é tão estudiosa. E eu fiz por duas razões enfermagem, eu não sabia bem o que eu queria, não vou dizer que eu fiz enfermagem porque eu tinha vocação pra enfermagem, eu achava bonita a enfermagem que eu conhecia no hospital. [...] **Eu queria ser admirada**. Como meu pai admirava aquelas pessoas e como eu também admirava. Então isso constitui minha decisão de fazer enfermagem. (Enfermeira Tânia Kátia) (grifos meus).

O discurso da entrevistada Tânia Kátia encontra eco em outros estudos (RIBEIRO et al, 2006), demonstrando que o prestígio e o respeito deferido a uma profissional, assim como o desejo de ser útil e dar assistência ao próximo compõem também o conceito do ser-enfermeira, que povoava o imaginário das entrevistadas, sendo estes fatores que despertaram em algumas delas a vontade de escolher e seguir na profissão.

As enfermeiras relatam que as variadas tentativas simbólicas de conduzi-las a outros lugares, ou melhor, a não escolherem e seguirem na enfermagem, estavam presentes até mesmo no ambiente da academia, onde existia um preconceito "velado" entre as próprias estudantes, que refletiam o contexto da concepção social vigente sobre a enfermagem, como evidencia o relato a seguir:

> Minha turma era muito pequena. Existia preconceito na própria turma da gente, a gente achava que tinha terminado as coisas, que **a gente se sentia menor no hospital**, não queria andar com a aparadeira, não queria isso, não queria aquilo, porque não tinha essa compreensão da força da enfermagem naquela época. Apesar de que existiam professores mais, vamos dizer assim, que nos fazia ficar mais sensíveis para isso, mas o forte que tinha na gente, **o preconceito estava também na gente de se sentir inferior** porque fazia, prestava esses cuidados. Na verdade, hoje, eu analiso que era a compreensão da saúde. [A] nossa que era limitada. Que era o foco na ação curativa, então a gente achava que as ações de educação que a gente era cobrada a fazer palestra nos corredores no HU, o banho no leito, a aparadeira, eram atividades de inferiores. (Enfermeira Tânia Kátia)

Essa percepção das atividades de enfermagem consideradas como “menores” e “inferiores” reflete uma cultura dominante, onde as enfermeiras, por pertencerem a uma profissão notadamente feminina, são menos valorizadas pela sociedade patriarcal que as profissões masculinas, gerando em algumas estudantes o status de inferioridade, o qual se fazia reproduzir em todos os níveis da sociedade, podendo ter raízes na educação familiar, na escola, nos meios de comunicação de massa, na religião e na legislação.

Nesse sentido, Silva, Padilha e Borenstein (2002) discutindo as temáticas dos Congressos Brasileiros de Enfermagem dos anos de 1977 a 1987, refletem que as mesmas retratavam o momento vivenciado pela enfermagem naquele período, onde se discutia, entre outros tópicos, sobre o *status* da enfermeira/enfermagem na sociedade, a imagem desfavorável da profissão, a falta de autonomia profissional e o precário desenvolvimento da Enfermagem.

A influência familiar na construção do *habitus* profissional é um dos aspectos percebidos nas narrativas. Quando esta influência é incorporada no *habitus* primário, ou seja, ainda na infância, irá se constituir o *habitus* secundário, os quais estarão no princípio da percepção e da apreciação de suas demais experiências. Verifiquei, assim, uma compatibilidade entre o *habitus* primário e as necessidades/qualidades requeridas para seguir como enfermeira, como pode ser percebido nas narrativas que se seguem quando as enfermeiras remetem-se a maneira como conduziam suas atividades:

> Por que como eu sou a mais velha de casa eu já tenho um certo comando. Então eu já tinha isso já lá dentro que **comando tem que ser com ordem**. **Então isso me facilitou muito.** A minha vida familiar pra lá. (Enfermeira Ana Maria Oliveira) (grifos meus).

> Eu passei pra eles [filhos] essa **necessidade de ser altamente responsável, coisa que eu já herdei do meu pai**, entendeu? Meu pai não admitia um erro sequer, nada, em nada mesmo, não admitia que a gente errasse. Então, já vem de trás e eu passei pra eles, e eu era assim. Então, eu acho que eles [diretores do hospital] achavam assim: “Bom, ela é assim terrível de relacionamento, mas a gente sabe, **o trabalho anda** com ela” (Enfermeira Else Guedes) (grifos meus).

Bourdieu ao se referir ao *habitus*, valoriza a dimensão de um aprendizado passado, pois, para ele, a ação de estruturas sociais tais como a família, com seus valores e crenças, incidindo sobre o comportamento de crianças, desde a primeira infância, leva, por meio de um aprendizado quase natural, à incorporação dos *habitus* primários. Assim, no convívio familiar, com aprovações, censuras, lições de moral, elogios, prêmios, entre outras influências, as crianças vão construindo seus gostos mais íntimos, seus trejeitos, suas aspirações, sua

autoimagem, sua autoestima, enfim, vão incorporando os *habitus* primários que estarão no princípio das experiências escolares (BOURDIEU, 2011).

Durante o processo de profissionalização, os *habitus* primários e secundários podem ser tanto mantidos quanto *transformados.* É o que se percebe quando as mesmas ao reconsiderarem suas trajetórias, percebem-se como uma "enfermeira diferente" daquela época.

> Eu **era** muito atrevida e não fui só aqui, fui no Rio também, que eu não sei como eu não perdi a minha residência pelo meu atrevimento. (...) A primeira briga que eu tive foi com o diretor do hospital, depois viraram todos meus amigos. O Dr. Alberto Antunes, que deu nome ao hospital. Porque eu botei umas plantas na frente da clinica médica, as caqueiras. Ele chegou e disse: "Tire agora essas caqueiras dali!" Eu disse: 'Vamos ver!' Eu teria tirado, mas como ele disse tire agora, eu disse: 'Se o senhor quiser tirar agora chame a manutenção e mande tirar, porque eu não vou nem vou mandar nenhum dos meus auxiliares tirarem'. (...) Pra finalizar a história, o pessoal da manutenção veio e tirou, mas eu não tirei não. **Tu sabes como eu era arengueira**[21]. (Enfermeira Ana Maria Oliveira) (grifos meus).

> Meu relacionamento pior foi na emergência, no primeiro ano, um ano e meio mais ou menos que eu fiquei lá. Depois que eu saí de lá que eu cheguei no outro setor. **Eu já cheguei mais mansinha** sabe, eu já cheguei mais calma. Não calma, mas assim, mais amiga (Enfermeira Else Guedes).

Cabe salientar que historicamente os cursos de Enfermagem se desenvolvem mantendo uma posição predominantemente tecnicista e uma rígida disciplina. Em consequência disso, possivelmente, "a capacidade de organização, o rigor técnico, a presteza para seguir normas e rotinas e a fixação em prescrições [...] constituam algumas das ações que caracterizam os *habitus* de classe manifestos no campo da Enfermagem" (GOMES; BACKES; VAZ, 2005, p. 83).

Outro ponto verificado através das falas foi o movimento das enfermeiras na busca do primeiro local de trabalho e as dificuldades que se apresentavam dentro dos serviços de saúde, incluindo as lacunas deixadas pelo curso em sua formação, os quais permitiram que elas reafirmassem seu posicionamento, mantendo-se fiéis a escolha realizada, superando os momentos de esmorecimento, ajustando-se as exigências do campo, como demonstram os relatos:

> Eu acho que a nossa formação, a nossa formação naquele tempo ela foi muito forte na parte ética, na parte de compromisso, na parte de procedimentos, mas na parte da saúde coletiva, eu acho que ela, a minha

[21] Termo utilizado predominantemente na região Nordeste do Brasil, referindo-se a pessoa que "bate de frente", questionadora. Sinônimo de altercador.

> formação, da minha turma, ainda não tinha esse foco que a gente hoje está, sabe? A gente tinha muito a formação na parte da assistência hospitalar. (Enfermeira Tânia Kátia)

> Eu não tinha uma experiência de psiquiatria. Eu tinha vontade de ajudar e eu me identificava com o paciente. Foi um estágio que eu gostei e assim eu acho que foi muito pelo o que a Vera passava: o entusiasmo da Vera entusiasmava a gente também. Eu fiquei apaixonada pela psiquiatria e na época eu queria fazer um trabalho assim de mudar (emocionada). Mas a gente não conseguiu (emocionada). [...] Mas eu fui vendo assim: "se eu ficar aqui, eu não vou adquirir conhecimento nenhum; não vou crescer profissionalmente". Porque é aquilo e aquilo mesmo. O paciente psicótico é aquela medicação; o neurótico é aquela medicação e assim a conduta é sempre a mesma. Os pacientes muitas vezes são os mesmos porque eles recebem alta e voltam, entendeu? E você fica naquela ciranda [...] sem muita opção. (Enfermeira Sônia Chagas)

O modelo hospitalocêntrico hegemônico nas décadas de sessenta e setenta refletiu não só na prática da enfermeira como no ensino. Assim, o currículo de enfermagem foi modificado em 1972, por intermédio do parecer n.º 163/72 e da resolução n.º 4/72, ambos do Conselho Federal de Educação (CFE), trazendo como proposta curricular, o currículo mínimo estruturado em dois troncos: pré-profissional e profissional comum, acrescido da opção para habilitação nas áreas de enfermagem médico-cirúrgica, enfermagem obstétrica e enfermagem em saúde pública (RENOVATO et al, 2009).

Desta maneira, o curso de enfermagem da UFAL seguia os ditames nacionais, onde a formação da enfermeira caracterizava-se pela sua fragmentação, que privilegiava o modelo biomédico com ênfase na técnica, sob forte influência funcionalista e centrado na perspectiva da cura do indivíduo, tendo isto sido sentido pela entrevistada, como demonstrado nos relatos anteriores, avaliando hoje a formação naquele período.

Uma análise sob a perspectiva de Bourdieu sobre o "modo de ser enfermeira", ao qual inspirou e fez-se reproduzir nos corpos das alunas, permite-me estabelecer uma analogia entre este modo de ser e o "criado de café"[22] (BOURDIEU, 2011, p. 88): algumas enfermeiras percebiam em algumas de suas professoras o "ser social perfeito", o que fez com que adotassem, inconscientemente, uma maneira de falar, de se posicionar, de ser, semelhante àquela visualizada durante a formação.

[22] Em "O poder simbólico" Bourdieu para ilustrar o trabalho de inculcação social que constrói o *habitus*, faz referência ao criado de café e descreve: "não significa que ele tenha apreendido a ser criado de café imitando outros criados de café, deste modo constituídos em modelos. Ele identifica-se com a função de criado de café, como a criança se identifica com o seu pai (social) e adota, sem sequer precisar de 'fingir', uma maneira de mexer a boca ao falar ou de mexer os ombros a andar, que lhe parece constituir o ser social do adulto perfeito" (BOURDIEU, 2011, p. 88) (grifos do autor).

Com isso, o legado conquistado pelas professoras, uma forma de organização social, é herdado pelas alunas, agora enfermeiras, transformando-se em estruturas mentais, as quais exerceram influência na forma como elas percebiam o mundo, delineando parte do seu modo de agir, com alicerce num conjunto sistemático de princípios ou valores em estado prático e de disposições morais que regularam a conduta cotidiana e que corresponderam também a um conjunto de princípios interiorizados pelo corpo, tais como posturas e expressões corporais adquiridas. Esta afirmação está evidenciada no relato de uma das entrevistadas, quando diz:

> Naquela época o curso de enfermagem da gente, assim a [professora] *Lenir*, outras enfermeiras que eram mais antigas, elas preconizavam pela **postura** entendeu? Dá roupa sem ser transparente, de uma roupa branca, de você não se encostar na cama, **coisa assim que você não esquece mais nunca**, porque você tá fazendo porque tá sendo exigido aquilo e você aprende. E como elas disseram muito: "era difícil quando o pessoal era auxiliar que ia fazer enfermagem porque eles já vinham com os erros". (...) A gente que não era nada, a gente estava começando o curso e estava aprendendo tudo. Para a gente era mais fácil, assim porque a gente aprendia realmente. **A gente começava a fazer o certo**. (Enfermeira Sônia Chagas) (grifos meus).

Desta forma, percebi que o referido "legado" atuou como uma força simbólica, ou seja, como uma forma de poder que se exerceu sobre os corpos sem qualquer coação física e que só atuou com o apoio das pré-disposições das alunas. Só consegue agir desta maneira devido a um processo prévio de inculcação e incorporação (BOURDIEU, 2002). O *habitus* se constitui a partir de uma relação social somatizada. É quando a lei social se converte em lei incorporada, e, portanto, produto de um trabalho social de nominação e inculcação, ao término do qual uma identidade social instituída inscreve-se em uma natureza biológica e se torna *habitus* (BOURDIEU, 2002).

As alunas, através do aprendizado do *habitus* profissional foram colocadas em condições de herdeiras legítimas. Assim, percebe-se que a compatibilidade entre o *habitus* primário e o *habitus* profissional foi imprescindível à incorporação do capital profissional necessário. Esse capital (*habitus)* foi a principal moeda/arma simbólica para subverter a ordem social vigente, como será possível verificar no capítulo que se segue.

CAPÍTULO V – A LUTA DAS ENFERMEIRAS NO CAMPO DA SAÚDE

A ciência não toma partido na luta pela manutenção ou subversão do sistema de classificação dominante, ela o toma por objeto.
Pierre Bourdieu

O campo da saúde é um campo social como outro qualquer, com suas relações de força e monopólios, suas lutas e estratégias, seus interesses e lucros, mas onde todas essas invariantes revestem-se de formas específicas. Os membros do campo, agentes ou atores sociais, constroem o mundo de maneira individual e coletiva, a partir de uma estrutura objetiva de distribuição dos diferentes tipos de capital (cultural, social, econômico, político, artístico, esportivo etc.), que se configuram em formas de poder.

Adicionalmente, merecem destaque as estruturas objetivas que constituem o campo social, onde ocorrem as diversas disputas entre os mais diversos agentes ou atores possuidores de meios diferenciados e ainda do *habitus*, adquirido por meio de socialização, estabelecida formalmente com esse intuito, ou informalmente, mediante a prática cotidiana no campo social, como verificado no capítulo anterior. Bourdieu (2011) acrescenta que, para ocupar um espaço social, é necessário que o agente conheça as regras do jogo no campo, e esteja disposto a lutar. Noronha e Rocha (2008), em uma análise sobre o sentido deste conceito central na teoria de Bourdieu, colocam que

> a noção de campo, como um campo gravitacional, possui estrutura e lógica próprias. Criam-se mecanismos de poder, incapazes de serem percebidos ao olho nu (*illusio*), que só se podem desvelar através da análise empírica. Precisamente, o objetivo do campo é compreender a constituição de um espaço com uma autonomia relativa do resto da sociedade, com uma lógica particular, mas que se relaciona de uma forma homóloga em relação aos outros campos. Campo, portanto, é uma ferramenta de pesquisa capaz de superar os limites entre a análise externa e interna das estruturas que escapam à ação dos homens (NORONHA; ROCHA, 2008, p. 54).

Entendendo o campo como um espaço multidimensional em que os agentes estão situados conforme o volume e o peso do capital que detêm, a noção de campo contribui significativamente para que se entenda a formação das desigualdades e a heterogeneidade na estrutura do campo da saúde em Alagoas, no qual as pioneiras empreenderam as suas lutas.

5.1 – O CAMPO DA SAÚDE EM ALAGOAS E A ORDEM VIGENTE: ENFERMEIRA É AUXILIAR DE MÉDICO

No movimento de ocupação dos espaços institucionais de saúde, as enfermeiras perceberam que a elas já estavam indicadas posições as quais não correspondiam ao capital profissional adquirido, o que as fez adotar táticas que enfrentassem as estratégias utilizadas pelos dominantes do campo – as figuras de "autoridade", detentoras de maior volume de capital –, os médicos, os quais tentaram de tudo para manter e até melhorar as suas posições. Comprovando esta afirmativa, apresento os trechos a seguir:

> Eu não tive grandes problemas com a enfermagem. Eu tive problemas sim com a equipe médica, por conta justamente que no hospital não tinha esse profissional enfermeiro. Eles se achavam que eles eram os donos, que **mandavam** em todas as equipes. (Enfermeira Ana Maria Andrade) (grifo meu).

> Naquele momento era um curso novo no estado. Alguns colegas [médicos] tinham, nem sei a palavra que possa se dizer, mas assim a preocupação da perda de espaço porque esse movimento veio forte em Alagoas, com enfermeiras na época que estavam presentes nas discussões políticas, tanto política de saúde como política partidária e isso deixava [os médicos] (risos) **meio apreensivos**, com o crescente desse movimento [...]. (Enfermeira Josinete Marques) (grifos meus).

Nesse contexto, Lopes, Sobrinho e Costa (2013) trazem que se faz importante lembrar que, historicamente, o médico tem sido a figura central do campo da saúde e sua autoridade e poder perpassam todos os demais espaços e subcampos com ele relacionados. Assim, por tradição, o médico tem exercido o poder da autoridade legítima para falar e agir em nome do campo. Tal monopólio é atribuído, segundo as autoras, "ao acúmulo de conhecimentos científicos e saberes técnicos desse agente, o que lhe tem propiciado igual poder econômico, cultural e social" (LOPES; SOBRINHO; COSTA, 2013, p. 821).

Desta forma, o campo de lutas aqui estudado foi o resultado das relações de forças entre os agentes e instituições engajadas na luta ou, se preferirmos, da distribuição do capital específico que, acumulado no curso das lutas anteriores, orientou as estratégias posteriores. Essas tentativas de manutenção de suas posições pelos profissionais médicos não eram exclusivas ao campo da saúde do estado de Alagoas, fazendo-se aparecer de maneira generalizada nas relações entre enfermeiros e médicos, como justificado por Pires (1989):

> A implantação do poderio médico, com a apropriação do crescimento de saúde e assumindo o gerenciamento do processo de trabalho em saúde, está relacionada com a identificação dos médicos com as classes dominantes nos diversos momentos históricos, produzindo discurso, saber e tecnologia necessários à **manutenção do status e a ordem social estabelecida**, diferentemente do senso comum, que entende que a supremacia médica no setor se deve à superioridade do saber médico (PIRES, 1989, p. 105) (grifos meus).

Faz-se necessário considerar que o espaço de interação entre os campos da enfermagem e da medicina é um espaço pré-construído, devendo a composição social dos grupos ser considerada como antecipadamente determinada, definindo o que pode ser dito e o que não pode ser dito no palco. Assim é preciso considerar quem é excluído e quem se exclue da cena, e, com isso, perde o acesso a palavra e desta forma não se faz ver, tendo menos representação dentro do campo, pois

> como espaço social, isto é, como estrutura de relações gerada pela distribuição de diferentes espécies de capital, todo campo pode ser dividido em regiões menores, os subcampos, que se comportam da mesma forma que os campos. A dinâmica dos campos e dos subcampos é dada pela luta das classes sociais, na tentativa de modificar a sua estrutura, isto é, na tentativa de alterar o princípio hierárquico (econômico, cultural, simbólico...) das posições internas ao campo. As classes ou frações sociais dominantes são aquelas que impõem a sua espécie de capital como princípio de hierarquização do campo. Não se trata, no entanto, de uma luta meramente política (o campo político é um campo como os outros), mas de uma luta, a maioria das vezes inconsciente, pelo poder (THIRY-CHERQUES, 2006, p.40).

Ao analisar as narrativas dos sujeitos em estudo, pude compreender que não eram as atendentes, nem tampouco as auxiliares de enfermagem que constituíam os principais "adversários" da luta em apreciação, não obstante as resistências (não posso ignorá-las, pois essas atendentes e auxiliares reconheciam no médico a figura de "poder"). Foi notório que o agente do campo da saúde com o qual a enfermeira realmente teve que lançar mão de estratégias para estabelecer seu posicionamento, ter discurso autorizado frente às instituições de saúde e assim o reconhecimento de sua autonomia, foi o profissional médico, principalmente em virtude da "zona de estabilidade" na qual se encontravam em detrimento de sua posição, como podemos perceber nos relatos seguintes:

> Quem administrava o serviço de enfermagem era as atendentes, e essas atendentes **prestavam conta da enfermagem aos médicos**. Então **era uma cultura de uma enfermagem muito subsidiária**. Existia um modelo de enfermagem que garantia o sucesso do trabalho médico, as ações médicas. Então a enfermagem se delimitava, **ela se restringia ao amparo do trabalho médico**. Preparar curativos, injeções, aplicação de medicamentos,

> mas a enfermagem em si, como a ciência que você sabe que ela é, aqui não existia. (Arquivo LADOPHE)[23] (grifos meus).

> Foi uma dificuldade [remetendo-se a quando uma nova enfermeira assumiu a coordenação de enfermagem]. Ela sempre dizia: "Doutor, eu estou aqui a serviço da minha categoria, dos meus colegas e do pessoal que eu coordeno (auxiliar e técnico). **Eu não estou aqui a serviço da direção**. **Eu estou aqui a serviço do meu pessoal**". Isso, pra ele [diretor], era uma coisa terrível, mas ela dizia, por que ela tinha muita firmeza. (Enfermeira Else Guedes) (grifos meus).

> Todos os dias eu estava no hospital de 7 horas. Quando tinha cirurgia no final de semana, eles me chamavam, batia na porta pra me chamar, podia ser a hora que fosse e eu ia. E era uma sobrecarga muito grande. [...] Aí, esse médico toda vez dizia assim: "As enfermeiras de São Paulo, do hospital de São Paulo, essas eram uma enfermeiras que faziam e desfaziam". E eu comecei a me aborrecer, sabe? **Ele queria que a gente fizesse os trabalhos médicos.** [...] E eu disse: "essa não é a nossa tarefa". (Enfermeira Terezinha Barbosa) (grifos meus).

Os agentes que monopolizam o capital específico, mais ou menos completamente, tendem a estratégias que visem à manutenção da ordem estabelecida, frequentemente, com intransigência em relação às mudanças no padrão. Os agentes que possuem menos capital, inversamente, tendem a estratégias de subversão e rompimento com o padrão, dentro de certos limites. Portanto, o campo da saúde particulariza-se como um espaço no qual se desenrola relações de poder, o que implica afirmar que ele se estrutura a partir de uma distribuição desigual de capital o qual determina a posição ocupada pelos agentes sociais, tanto dominantes, dominados e, dentre estes, os subversivos.

Por sua vez, a posição ocupada pelo agente social neste espaço de relações de poder e principalmente, espaço de relações de sentido, está *a priori* fixada. Ou seja, a posição que está, necessariamente, em função de um capital relativo encontra-se também objetivamente estruturada. As lutas simbólicas para nada mais servem do que para manter ou, neste caso, alterar o monopólio das classificações que compõem e colaboram para a reprodução do mundo social, e, desta forma, o poder simbólico (BOURDIEU, 2011). Nos relatos abaixo, as entrevistadas retratam bem o receio dos médicos de perderem suas posições:

> Talvez hoje você olhe assim: "Mas será que tinha necessidade dela fazer tudo, assim é tanta briga, tanta confusão. É. A briga era por conta do temperamento, mas era difícil. Não era uma relação fácil. Regina [professora] levava a gente pra o estágio, eu me lembro na época, aí teve um dia que [o médico] disse assim: "Essa **professorinha** de enfermagem aí que tira as coisas do lugar, que tira os prontuários do lugar na hora que eu

[23] Armário 01, caixa 01. Documento: entrevista com a professora Regina Santos. 2012.

> preciso". **Tudo era assim no "inha", no diminutivo**, no desprezo, e isso quando ele via as primeiras [enfermeiras] surgirem. [As enfermeiras diziam:] "Não é bem assim. A gente [...] está aqui porque tem algo a fazer importante". De uma importância que eles não percebiam, mas que existia ou **eles tinha medo de notar que a gente era importante** (...). (Enfermeira Else Guedes) (grifos meus).

> Não demorou muito para que eu conseguisse mostrar qual era o meu papel lá dentro, mas eu tinha que realmente buscar lá dentro de mim uma persistência grande. Tentando inovar, mas sempre com muito cuidado pra não invadir espaços, por que eu sentia que eles "se agarravam ao birô deles", como se dissessem assim: "Meu birô... Minha sala". Então, eles tinham essa coisa de: "Aqui é meu lugar. Quem é essa menina que está chegando?". Então eu fiz questão de mostrar pra eles que eu não ia mexer com ninguém, tirar ninguém. (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

Esse "medo" para o qual se fez referência é percebido como um sentimento de perda de espaço ou de poder no campo da saúde e pode ser explicado pelo fato de, naquela época, o direcionamento das atividades relacionadas à assistência a saúde, tanto a nível hospitalar, quanto na atenção primária (saúde pública) constituir um território praticamente exclusivo do médico. Até então, só ele estabelecia as regras e obtinha o controle do cuidado do doente e gestão do serviço. Com a entrada da enfermeira, os médicos viram-se disputando um lugar nesse ambiente, perdendo parte de seu espaço no campo.

Pude depreender também através das narrativas que, dentre os inúmeros e imperceptíveis apelos à "ordem natural" das coisas, os quais se aludem às relações discriminativas entre os sexos, podem-se perceber as negações a existência e importância feminina que fazem a mulher recorrer, em uma tentativa de se impor, às "armas dos fracos" (BOURDIEU, 2002, p. 74), as quais só fazem reforçar seu estereótipo, na medida em que se baseia em uma forma de reconhecimento, o que vem a reforçar a relação de dominação simbólica.

Os homens realizam "sem perceber" atos discriminatórios, os quais tendem a excluir as mulheres de posições de autoridade, "reduzindo suas reivindicações a caprichos, merecedores de uma palavra de apaziguamentos (...) ou reduzindo-as, de algum modo, à sua feminilidade (...) ou de usar, para se dirigir a elas, termos familiares" (BOURDIEU, 2002, p. 75) ou diminutivos, mesmo em situações formais, ou mesmo

> a própria proteção "cavalheiresca", além de poder conduzir a seu confinamento ou servir para justifica-lo, pode igualmente contribuir para manter as mulheres afastadas de todo contato com todos os aspectos do mundo real "**para os quais elas não foram feitas" porque não foram feitos para elas** (BOURDIEU, 2002, p. 77) (grifos meus).

Considerando que no campo os agentes dividem-se objetivamente em dominantes e dominados, posso dizer que a posição de dominante era ocupada pelos médicos, os quais insistiam em colocar a enfermagem de Alagoas em uma posição de “auxiliar” (ordem em Alagoas), enquanto que a nível nacional, principalmente nos grandes centros, a enfermagem empreendia lutas pela manutenção da autonomia profissional e construção de um corpo próprio de conhecimentos.

Estudos como o de Coberllini e Medeiros (2006) já sinalizavam a existência de um circulo de dominação, no qual a relação do médico com os exercentes da enfermagem (auxiliares e atendentes) se constituía em uma única via, ou seja, numa ação de dominação, de subserviência, de serviço. E neste contexto, surge e se insurge a enfermeira, que se estabelece no entremeio desta relação, rompendo com essa "via de mão única". Há uma ameaça à ordem instituída e a enfermeira vem para questionar essa ordem.

Assim, pude perceber que dentro da luta simbólica, em seu sentido macro, empreendida pelas enfermeiras, a fim de romper com a ordem estabelecida, existiram lutas específicas à medida que elas iam conquistando melhores posições dentro do campo. No que diz respeito às primeiras aproximações com a vivência profissional, as enfermeiras entenderam que a elas estava resguardada uma importante missão: dar seguimento a (re)configuração da sua identidade profissional, já iniciada pelas suas professoras do curso.

Esta tarefa não foi das mais fáceis e também não é possível estabelecer um momento final para a sua demarcação, pois percebendo as identidades coletivas como sendo não só um agregado de interações sociais, mas também da razão político-estratégica dos atores sociais, faz-se necessário entendê-las como frutos políticos e sociais (BURKE, 2011; LE GOFF, 2003) e que, desta forma, sempre estarão sendo reconsideras e influenciadas pela conjuntura na qual estão inseridas.

Trazendo essa reflexão para o campo específico da enfermagem, assim como para Padilha, Nelson e Borenstein (2011), entendo que nossa identidade profissional foi e vem sendo construída a partir de vários aspectos, entre eles a relação da área com a sociedade em termos de seu papel assistencial, educativo, científico, social e político. Sendo assim, percebo que muito já havia sido feito no sentido de projetar o capital cultural, profissional e simbólico da enfermagem alagoana às vitrines da sociedade.

Vários exemplos podem ser citados como a representação das docentes nos espaços de discussão política, social e educacional, junto à própria UFAL (no Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão), à Secretaria Estadual de Saúde e nas entidades representativas da profissão, como a Associação Brasileira de Enfermagem seção Alagoas, no Conselho

Regional de Enfermagem de Alagoas e na Associação Profissional dos Enfermeiros do Estado de Alagoas, a qual, posteriormente, deu origem ao sindicato (COSTA, 2012).

Entendo que a configuração da identidade pelas enfermeiras pioneiras foi consubstanciada pela própria imagem profissional, reproduzindo e sendo reproduzida por ideologias originadas no cotidiano das práticas sociais, interna e externas a ela. Assim, foi possível perceber através das narrativas que a imagem da enfermeira em Alagoas, estabelecida anteriormente a chegada delas, ainda estava encoberta por uma percepção antiga, herdada e disseminada pelos médicos a qual a vinculava a uma profissional sem autonomia e desprovida de capital profissional. Trago a título de ilustração os relatos abaixo que demonstram este entendimento:

> Para eles **ser enfermeiro era o que eles tinham lá**. Era o atendente, ele era o enfermeiro. O atendente que estava ali na farmácia aplicando injeção, ele era o enfermeiro. Então eles não tinham o hábito de trabalhar com o profissional enfermeiro. (Enfermeira Ana Maria Andrade) (grifo meu).

> Pelo aquilo que ele escolheu e a enfermagem antigamente, não sei se antigamente ou ainda hoje, mas as pessoas achavam que todas as enfermeiras, vamos dizer assim eram pessoas que iam para o hospital para paquerar médico, para não sei o que. Não tinha muito valor, eu acho que você tinha que ter uma postura decente! **Não podia ser uma pessoa que deixasse dúvida das suas atitudes nem da sua postura.** (Entrevistada número 9)

> [Existia uma] ignorância no sentido [de] tratar o enfermeiro como se fosse "pau mandado". Como se fosse o "peão" da fazenda deles [médicos]. [Como] se fosse uma **pessoa ignorante**. (Enfermeira Cordélia Lessa)

À medida que eram visualizadas pelas comunidades onde desenvolviam suas atividades, como detentoras de capital científico e social, confundiam-na com outros profissionais, majoritariamente com o médico, principalmente por pacientes e outros profissionais com os quais trabalhavam. As mesmas apontam que o "cuidado" que tomavam com a postura, a linguagem e a aparência, além do conhecimento (capital profissional) que demonstravam através de suas práticas, não eram vinculados aos profissionais de enfermagem. Esta afirmação encontra sustentação na narrativa a seguir:

> A gente era cercada também deste preconceito com a enfermagem. Inclusive, assim, eu passei na minha vida profissional por alguns momentos da pessoa achar que eu era ou médica ou assistente social, mas não achava que eu era enfermeira. Acho que pela **forma como você fala**, pela **forma como você se veste**, ai achava que eu era assistente social porque eu sempre fui muito de conversar, de procurar resolver os problemas, de ficar solidário, ai achava que era assistente social. Pela **segurança** que eu tinha nas coisas

> que eu fazia, no que eu conquistava, no que eu buscava aprender, no que eu, na segurança que eu tinha de fazer quando eu sabia ai achava que eu era médica. Então, isso configura que de fato nossa profissão veio se estabelecer depois, vem se estabelecendo, mas no começo era muito difícil. [...] Ou então é assim, você é quase médica. "Ela, ela é quase médica". Isso aí eu já vi várias vezes. Então isso ai, a gente houve mais da população. Porque pensa que a gente sabe muito, sabe "quase igual ao médico", não enxerga a enfermagem com a sua especificidade, ainda. (Enfermeira Tânia Kátia) (grifos meus).

Em uma análise mais precisa da narrativa anterior, verifica-se que uma das funções da noção de *habitus* é dar conta da unidade de estilo que vincula as práticas e os bens de um agente ou de um grupo de agentes. Assim, trata-se de um princípio gerador e unificador que traduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição, em um estilo de vida único, isto é, em um conjunto único de escolhas de pessoas, de bens e de práticas. Assim, o espaço de posições sociais se retraduz pela intermediação do espaço de disposições (ou do *habitus*) produzidas pelos condicionamentos sociais correspondentes (BOURDIEU, 2013, p. 21-22).

O *habitus* exterioriza um interior e naquela época e no contexto de Alagoas tais posturas não eram reconhecidas nas enfermeiras. Além de produzir práticas distintas o *habitus* gera esquemas classificatórios. A partir de princípios de visão e de divisão, são estabelecidas diferenças que, ao serem percebidas na prática, nos bens possuídos e nas opiniões expressas, tornam-se diferenças simbólicas e constituem uma verdadeira linguagem (BOURDIEU, 2013, p. 22), a exemplo do que transparece na fala anterior a respeito do "quase médica".

Os agentes pertencentes a determinado meio social, que compartilham um conjunto de condições semelhantes, tendem a harmonizar suas práticas, o que resulta na homogeneidade de seu *habitus*. No entanto, a relação entre a posição do agente no campo e seu *habitus* é dialética e, portanto, dinâmica, podendo os agentes se submeterem a processos pedagógicos que, além de modificarem o *habitus* primário, serão armas simbólicas nas lutas por melhores espaços no campo (BOURDIEU, 2011, p. 62).

> Eles [atendentes e auxiliares de enfermagem] tinham um nível de relacionamento que não era um relacionamento profissional, era como se fosse um relacionamento de comadre-compadre. [...] Os médicos com a equipe que tinha lá. E isso eu fui quebrando, disse "não é por aí gente, a gente tem que se comportar assim, assim, assim". Por que durante o curso eu fui muito metódica. Eu sempre fui muito metódica e isso ajudou muito [...]. A postura, no vestuário, você se manter firme, se manter segura. Quando não souber, dizer: "me ensine que eu vou aprender", mas baixar a cabeça e aceitar as coisas, nunca fui disso. (Enfermeira Ana Maria Andrade)

O citado “relacionamento compadre-comadre” ao ser apreciado com o olhar bourdieusiano conduz a ideia de que quando há encontros harmoniosos entre as disposições e as posições, as vítimas da dominação simbólica cumprem de maneira fluida as tarefas subordinadas ou subalternas que lhe são atribuídas, sem percebê-las como tal, por suas virtudes de submissão, de gentileza, de docilidade, de devotamento e ou de abnegação (BOURDIEU, 2002).

> A subordinação [...] só se realiza mediante a concordância que se instaura, como por fora e para além dos agentes, entre o que estes são e o que fazem, entre a sua “vocação” subjetiva (aquilo para que se sentem “feitos”) e a sua “missão” objetiva (aquilo que deles se espera), entre o que a história fez deles e o que elas lhe pede para fazer, concordância essa que pode exprimir-se no sentimento de estar bem “no seu lugar”, de fazer o que se tem a fazer e de o fazer com gosto [...] ou na convicção resignada de não poder fazer outra coisa, o que também é uma maneira, menos feliz certamente, de se sentir destinado para o que se faz (BOURDIEU, 2011, p. 87) (grifos do autor).

Desta forma, o mundo social do trabalho está repleto de grupos profissionais que funcionam como quase famílias, nos quais o chefe do serviço, quase sempre um homem, exerce uma autoridade paternalista:

> É, sem dúvida, no encontro com as “expectativas objetivas” que estão inscritas, sobretudo implicitamente, nas posições oferecidas às mulheres pela estrutura, ainda fortemente sexuada, da divisão de trabalho, que as disposições ditas “femininas”, inculcadas pela família e por toda a ordem social, podem se realizar, ou mesmo se expandir, e se ver, no mesmo ato, recompensas, contribuindo assim para reforçar a dicotomia sexual fundamental, tanto nos cargos, que parecem exigir a submissão e a necessidade de segurança, quanto em seus ocupantes, identificados com posições nas quais, encantados ou alienados, eles simultaneamente se encontram e se perdem (BOURDIEU, 2002, p. 72) (grifos do autor).

Portanto, “o *habitus* está no princípio do encadeamento das ‘ações’ que são objetivamente organizadas como estratégias sem ser de modo algum o produto de uma verdadeira intenção estratégica” (BOURDIEU, 1994, p. 61). Com a noção de *habitus*, Bourdieu (2011) procura explicar que as ações são estrategicamente orientadas em relação a um fim, sem serem produto de uma ação mecânica ou estratégia consciente. A ruptura de tais sistemas requer a retomada de sua história social, é necessário pensar “em todas essas coisas que se tornaram tão comuns, logo, tão evidentes que ninguém lhes presta atenção” (BOURDIEU, 2011, p.37).

Assim, sua identidade profissional, enquanto fenômeno histórico, social e político (SILVA; PADILHA; BORENSTEIN, 2002) foi sendo configurada, onde se procurava

estabelecer o que se fazia necessário para diferenciá-la frente a outras profissões. Ao rejeitarem as aproximações que eram estabelecidas entre o ser-enfermeira e outros profissionais, demonstraram a sua visão de não ser percebida "auxiliar", mas sim como profissional autônoma e portadora de conhecimento próprio.

No movimento de construção do *habitus* profissional, não deixaram de existir aqui e ali tentativas de manutenção e reprodução do poder. O conflito ritual entre enfermeiras e médicos no campo fez (e por que não dizer, ainda faz) parte de mecanismos que contribuem para manter a hierarquia dos objetos e, ao mesmo tempo, a hierarquia dos grupos que dela tiram seus lucros materiais e simbólicos.

Com a inserção de novos agentes no campo, as enfermeiras, os dominantes as perceberam como uma ameaça, a qual poderia alterar a sua posição no campo, como pode ser percebido através do relato de uma das professoras do curso, concedido em estudo anterior, remetendo-se ao período quando desenvolvia suas atividades docentes e assistenciais no hospital universitário:

> A convivência com os médicos não era fácil. Acostumados com auxiliares e atendentes de enfermagem cumpridoras de ordens médicas, **eles não aceitavam a independência** de cuidar das [enfermeiras] docentes, ficavam furiosos, brigavam e a gente continuava fazendo o que tinha que fazer. (Arquivo LADOPHE)[24] (grifos meus).

Assim, a estrutura de dominação se estabelece quando a mesma é encarada como natural, dessa forma se eterniza, o que favorece a não visibilidade de que este processo é histórico e como tal é passível de mudanças. Em outras palavras, o processo de dominação não está ligado a uma natureza biológica ou psicológica, mas sim a um trabalho de construção histórica, o que o faz ser susceptível a modificações, transformando suas condições históricas de produção (BOURDIEU, 2002). Aquilo que aparece na história como eterno nada mais é do que produto de um trabalho de eternização, o qual parte principalmente de instituições como a família, a igreja, o estado. Desta maneira é fruto de um trabalho incessante de reprodução e ratificação das estruturas de dominação.

A ordem para a qual este estudo reporta-se reside justamente na posição que os demais agentes do campo da saúde estavam ocupando no momento da inserção destas enfermeiras. Considerando que no campo os agentes dividem-se objetivamente em dominantes e dominados, posso dizer que a posição de dominante era ocupada pelos médicos,

[24] Armário 01, caixa 01. Documento: entrevista com a professora Regina Santos. 2012.

os quais insistiam em colocar a enfermagem de Alagoas em uma posição de "auxiliar de médico".

Bourdieu ressalta que é no mínimo intrigante o fato da ordem social do mundo ser mantida, respeitada e perpetuada tão facilmente e que as condições de existência das mais intoleráveis possam permanentemente ser vistas como aceitáveis ou até mesmo naturais (BOURDIEU, 2002). A justificativa através da "biologização" do social e os efeitos de um longo trabalho coletivo de socialização do biológico produzem nos corpos e nas mentes uma visão neutralizada. Desta forma, muitas manifestações humanas que são consideradas naturais são na verdade socialmente construídas (BOURDIEU, 2002).

Em Alagoas, o movimento contraordem estabelecido pelas primeiras enfermeiras colocava: "enfermeira não é auxiliar de médico". Desta maneira, mesmo que de formas diferentes, ou tendo que recuar em alguns momentos, as enfermeiras ousaram subverter a ordem, em um esforço de reposicionar a enfermagem alagoana em um espaço próprio, negando a posição previamente delimitada, como pode ser verificado através do relato:

> Eu tive que ganhar esse espaço, que esse espaço não era ocupado, não existia esse papel do enfermeiro lá dentro. Eu tive que formatar isso lá, porque não existia nada pronto, a gente estava construindo! (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

Naquele momento, majoritariamente a classe médica era formada por homens. Unindo o legado do coronelismo com o paternalismo, juntamente com o *status* profissional que possui a categoria, verificou-se através dos relatos que a força da ordem masculina (representada pelos médicos) naquele momento era entendida como força que dispensa qualquer justificação. Assim, a visão androcêntrica era imposta sutilmente como neutra e por isso não tendo a necessidade de se enunciar através de discursos que tendessem a legitimá-la. A ordem social funciona como uma imensa máquina simbólica que trabalha ratificando a dominação sobre a qual se alicerça (BOURDIEU, 2002). Assim, nas palavras do autor:

> O *habitus* sexuado e sexuante, estruturante da visão e da divisão hierarquizante do mundo em masculino e feminino, opera, no interior dos agentes, fazendo-os agir de acordo com as imposições que lhes foram inculcadas. Neste sentido, nas relações de gênero, a divisão entre os sexos não apenas diferencia, mas subordina e desiguala as mulheres em relação aos homens, pois os sistemas simbólicos cumprem sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação masculina (BOURDIEU, 2013, p. 28).

A divisão entre os sexos está presente em estado objetivado nas coisas e em estado incorporado, nos campos e no *habitus* dos agentes, funcionando como esquema de percepção,

de pensamento e de ação. Operando socialmente desta forma, possibilita as condições de exercício da dominação masculina (BOURDIEU, 2002, p 20). O autor também defende a ideia de que, para o agente ocupar um espaço é preciso que ele conheça as regras do jogo dentro do campo social, e que esteja disposto a lutar (jogar).[12] Por isto, afirma que

> Sem dúvida, os agentes constroem a realidade social; sem dúvida, entram em lutas e relações visando a impor sua visão, mas eles fazem sempre com pontos de vista, interesses e referenciais determinados pela posição que ocupam no mesmo mundo, que pretendem transformar ou conservar (BOURDIEU, 2011, p.112).

Frente aos relatos das entrevistadas, foi possível perceber a existência de um ciclo de dominação quue vinha se reproduzindo até a inserção destas enfermeiras no campo. Neste ciclo, a vontade de dominar dos médicos consistia em produto do campo que ela domina e faz reverter para ele todas as coisas. A pressão que os "inferiores" ou menos privilegiados exerciam sobre eles (dominantes), forçava-os a defenderem os seus privilégios. Da mesma maneira, a pressão vinda de "cima" impelia os menos favorecidos, para se libertarem dela, a imitarem aqueles que tinham conseguido chegar a uma posição mais favorável. Uma atitude gerava outra, pelos efeitos de ação e reação, o mecanismo social equilibrava-se, estabilizava-se numa espécie de "equilíbrio instável" (BOURDIEU, 2011, p. 85).

Ao se atribuir os efeitos de dominação a uma vontade única e central, Bourdieu alerta para o risco de não perceber a contribuição que os agentes dominados dão, quer queira quer não, quer saibam quer não, para o exercício da dominação por meio da relação que estabelece entre as suas atitudes, ligadas às suas condições sociais de produção, e as expectativas e interesses inscritos nas suas posições no seio desses campos de luta. Por este fato, ele direciona para o entendimento de que a submissão a certos fins, raramente será efeito de uma imposição imperativa e de uma submissão consciente (BOURDIEU, 2011, p. 86).

Nas tentativas de subverter, de transformar, viram-se em meio a um movimento reverso que buscava a manutenção e a reprodução do poder, oriundo da ordem vigente, que ora apresentava-se de maneira explícita, ora sútil, principalmente em atos não reconhecidos ou percebidos como intencionais, consistindo assim em violências simbólicas. A violência simbólica consiste numa violência suave, insensível e invisível a suas próprias vítimas (BOURDIEU, 2002). Exerce-se essencialmente pelas vias simbólicas de comunicação e do conhecimento (ou melhor, do desconhecimento e reconhecimento). Ela se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante, incorporando a relação de dominação, acabando por a mesma ser vista como natural.

> Teve um incidente, de um paciente, era um hospital, que também tinha porta de entrada para emergência, e tinha um paciente que agravou com hemorragia digestiva (...) e todas as vezes que eu avaliava os momentos críticos do paciente eu registrava no prontuário que ia chamar o médico na porta do hospital para que ele fosse avaliar (...). E esse profissional médico ficou fazendo corpo mole, não levou em consideração, achou que não era um caso grave, que a enfermeira queria saber mais do que médico (...). Passou duas horas e meia pra ele ir olhar esse paciente e quando ele chegou o paciente já tinha evoluído para óbito (...). Só que no prontuário tinha o registro de todas as chamadas médicas e as condições clínicas do paciente. Quando ele pegou o prontuário para registrar o óbito, que ele viu na folha de evolução todos os registros, **ele rasgou a folha de evolução da enfermagem**. (Enfermeira Ana Maria Andrade)

É a custa de um trabalho coletivo de socialização difusa e contínua que as identidades distintivas, que a arbitrariedade cultural institui, se encarnam em *habitus* claramente diferenciados, segundo o princípio de divisão dominante, e são capazes de perceber o mundo segundo este princípio. Longe se ser um ato intelectual consciente, livre, deliberado, de um "sujeito" isolado, é, ela própria, resultante de um poder, inscrito no corpo dos dominados sob a forma de esquemas de percepção e de distorções que o tornam sensível a certas manifestações simbólicas de poder (BOURDIEU, 2002), como pode ser percebido através do relato a seguir:

> O único atrito sério que eu tive na minha vida profissional foi com esse médico, por que ele determinou que queria os sinais vitais aferidos de quatro em quatro horas num paciente dele. Eu disse a ele que não tinha condições, que eu tinha três funcionários para todo pavilhão, sessenta pacientes. E não tinha como. O que podia ser feito seria duas vezes ao dia. Aí ele na frente dos estudantes "**eu sou médico, quem está pedindo sou eu"**. Eu disse (...) 'o senhor é médico, mas quem manda na enfermagem sou eu' e isso eu era estudante. Eu era atrevida. Eu disse 'o senhor manda na sua área, na minha quem manda sou eu' e virei as costas e deixei ele falando sozinho. (Enfermeira Ana Maria Oliveira)

Bourdieu (2002) considera que a lógica da dominação é exercida em nome de um princípio simbólico conhecido e reconhecido tanto pelo dominante quanto pelo dominado. A relação de dominação não é, pois, consciente, por que suas relações de sentido são inconscientemente consagradas, o que faz com que haja um respeito à ordem social estabelecida, tornando-a conhecida e reconhecida e desta forma perpetuada. O que é normal, natural, ao ponto de ser inevitável está presente em estado objetivado e incorporado (nos *habitus* dos agentes). Sendo assim, arbitrárias divisões socialmente construídas são vistas como naturais, evidentes e, desta forma, adquirem um reconhecimento legitimador.

> No Rio foi a mesma coisa por que o médico (foi parecido com isso), por que o médico... Só quem fazia curativo eram o residente de medicina e a turma que eu entrei era uma das primeiras turmas. Então quando o chefe da cadeira chegou com os residentes que ia toda segunda-feira fazer a visita, eu estava fazendo o curativo. Ele perguntou "**quem lhe mandou** fazer esse curativo?". Eu disse "quem me mandou? E curativo não é de enfermeira?". "Não senhora, aqui quem faz curativo é médico". Eu disse: "fazia, por que a partir do momento que entrou enfermeiro, quem faz o curativo somos nós. Sabe por que doutor? Vocês não têm técnica, vocês não sabem o que deve usar nos curativos'. Aí pronto. Aí todo mundo "**menina, menina, cale a sua boca Ana Maria. Ana Maria esse é o chefe"**, "eu sei que ele é o chefe". (...) O residente que era o chefe disse "**não doutor, eu autorizei, eu disse a ela que ela podia fazer o curativo"**. Tentou amenizar. (Enfermeira Ana Maria Oliveira)

Quando os dominados aplicam àquilo que os domina, esquemas que são produtos da dominação, seus atos são de, inevitavelmente, reconhecimento, de submissão, os quais não se sucedem de maneira consciente, pois já foram (e estão) incorporados. Como diz Bourdieu (2011, p. 86) "a submissão a certos fins, significações ou interesses transcendentes, quer dizer superiores e exteriores aos interesses individuais, raramente é efeito de uma imposição imperativa e de uma submissão consciente".

Entende-se, então, que o efeito da dominação simbólica se exerce não na lógica pura da consciência cognoscente, mas através dos esquemas de percepção, de avaliação e de ação que são constitutivos dos *habitus* e que fundamentam aquém das decisões da consciência e dos controles da vontade (uma relação de conhecimento obscura a ela mesma) (BOURDIEU, 2002). Nos relatos das entrevistadas foram verificadas as mais diversas tentativas do exercício do poder simbólico, narrados a seguir:

> Você vai ver na placa, **eles não botaram Enfermeira**. UTI Ana Maria. Não botou enfermeira. Ele disse: "Ana depois eu boto, que foi o menino, o engenheiro que não disse ao rapaz que ia fazer o seu nome que era enfermeira Ana Maria." Era "UTI Enfermeira Ana Maria Oliveira Santos". Eu disse "Eu não gostei, eu queria Enfermeira Ana Maria Oliveira Santos". (Enfermeira Ana Maria Oliveira) (grifos meus)

> Às vezes, por exemplo, a gente [ela e médico do plantão] estava atendendo consulta de enfermagem, e vinha uma criança com dificuldade de amamentar. Existia uma norma que esse trabalho era para ser feito por todos os profissionais, não é só da enfermeira, saúde pública não é só da enfermeira é do grupo, é da equipe. Aí, às vezes quando chegava "**Vá procurar a enfermeira**" [o médico dizia]. Eu já tinha um grupo pra fazer atendimento. Na hora que vinha, eu atendia, mas dizia [para o médico do mesmo plantão]: "Olha você poderia ter feito isso também, esse trabalho é nosso, você pode fazer. Se começar a mandar pra mim, daqui a pouco, não tenho mais tempo. "Mas eu vou ter que desviar minha função?". Mas a minha função também é essa. Eu sempre gostei de trabalhar juntos, mas que

> todos soubessem qual é o meu papel, qual é o meu e qual é o seu. (Enfermeira Terezinha Barbosa) (grifos meus)

> Elas me apresentaram: "Ah que bom, pelo menos agora vai chegar uma pessoa". Foi o que ele [médico responsável] disse. "Vai chegar uma pessoa que eu não vou mais precisar tá direcionando as auxiliares nem nada e **eu dou a liberdade de você resolver as coisas**." Porque assim, ele já tem na mente que ele era o dono dali, mas cedia pra você fazer alguma coisa. "Eu dou, eu libero". (Enfermeira Angela Tenório) (grifos meus)

> Ele [diretor do hospital] chegou a colocar **um coordenador médico pra coordenar a enfermagem**. Aquilo me dava um mal estar terrível. E uma necessidade de sempre promover um embate. Eu nunca fui uma pessoa muito conformada, muito pacificadora, muito quieta. Eu sempre achava que o que era ruim eu tinha que falar (...). (Enfermeira Else Guedes) (grifos meus)

> É o papel também da enfermagem questionar, porque ele [paciente] está tomando a oito [dias], 10 dias e não está fazendo efeito, e o paciente não melhora [...] você escreve [no prontuário], mas ele [médico] eu acho que não lê. Chega um ponto que você tem que falar. Quando você fala, ele diz a mim: "**tome, tome meu carimbo**", várias vezes eu recebi isso, "tome meu carimbo", como se quisesse ficar no lugar deles. (Enfermeira Socorro França) (grifos meus).

> Quando eu fui ficar como diretora no lugar do diretor, que ele precisou se ausentar por um tempo, tinha uma médica lá que tentou fazer um movimento contra mim, boicotando meu trabalho, marcando para um dia todos os médicos paralisarem, para mostrar que se quem está na frente da direção, da Unidade, não é um médico, esse lugar não ia ser ocupado. Alguma coisa assim nesse sentido. (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

Quando Bourdieu comenta que "tudo, na gênese do *habitus* feminino e nas condições sociais de sua realização, concorre para fazer a experiência feminina do corpo o limite da experiência universal do corpo-para-o-outro, incessantemente exposto à objetivação operada pelo olhar e pelo discurso dos outros" (BOURDIEU, 2002, p. 79), deixa claro que a relação com o próprio corpo não se reduz a uma relação subjetiva, mas sim deriva de uma estrutura social que está presente sob as formas de percepção e apreciação inscritos nos agentes em interação, como pode ser depreendido pelas seguintes falas:

> Outra coisa que me marcou muito, por que, como a nossa profissão, infelizmente, ela vem, ao longo da sua história, com um estigma preconceituoso com relação à enfermeira, que é isso de médico, que é isso e aquilo e aquilo outro, e eu mais **jovem, bonitinha, bem feitinha, mais gordinha,** mas me mantive na minha postura (Enfermeira Ana Maria Andrade).

> **Eu era muito nova, desse tamanho, pretinha, magrinha**, aí pronto. O povo pensou em me botar no bolso, mas não colocaram não. Por que como eu sou a mais velha de casa eu já tenho um certo comando. Então eu já tinha isso já lá dentro que comando tem que ser com ordem. Então isso me facilitou muito. A minha vida familiar pra lá. (Enfermeira Ana Maria Oliveira)

Desta forma, todas as reações ou as representações que o corpo suscita, nos outros e sua própria percepção, são construídas sobre os esquemas de oposições (grande/pequeno, alto/baixo, gordo/magro), que tendem a revelar a assimetria das relações sociais, principalmente entre o "feminino" e o "masculino". Assim,

> o corpo percebido é duplamente determinado socialmente. Por um lado, ele é, até naquilo que parece mais natural (seu volume, seu talhe, seu peso, sua musculatura etc.), um produto social, que depende de suas condições sociais de produção, através de diversas mediações, tais como as condições de trabalho (...). O *hexis* corporal, no qual entram, ao mesmo tempo, a conformação propriamente física do corpo (o "físico") e a maneira [de] se servir dele, a postura, a atitude, ao que se crê expressa o "ser profundo", a "natureza" da "pessoa" em sua verdade, segundo o postulado da correspondência entre o "físico" e o "moral" (...). Mas essa linguagem da natureza, que se acredita trair o mais oculto e o mais verdadeiro e ao mesmo tempo, é, de fato, uma linguagem da identidade social, assim naturalizada, sob forma, por exemplo, da "vulgaridade" ou da "distinção", ditas naturais (BOURDIEU, 2002, p. 80).

Estudo sobre a relação entre enfermeiros e médicos, aponta que estes últimos, por ocuparem posição de relevo e prestígio social, usufruem certa supremacia em relação aos demais agentes da saúde, inclusive em relação aos enfermeiros. A referida pesquisa assinala a hegemonia da medicina sobre a enfermagem, como o principal fator de conflito entre estas duas categorias de profissionais (SILVA et al, 2006).

Assim, é possível aceitar que a fim de manter o poder através das posições conquistadas e, desta maneira, a ordem vigente, os médicos impuseram de maneira ora simbólica, ora material, sua resistência em uma tentativa de conduzi-las (as pioneiras) ao lugar que eles concebiam como "adequado" para elas. Entretanto, elas buscaram se impor, em um movimento contraordem – subversivo, lutando para alcançar melhor posição no campo, como se poderá ver na seção seguinte.

5.2 – O MOVIMENTO CONTRAORDEM: "ENFERMEIRA NÃO É AUXILIAR DE MÉDICO".

As narrativas demonstraram que os elementos incorporados aos seus *habitus* permitiram a "formatação" de um modelo de enfermeira que ia de encontro à configuração social daquele momento, em um movimento contraordem, pois desde bem cedo foi proporcionado a elas tomar consciência do arbitrário, ou seja, do trabalho de dissimulação que garantia, como diz Bourdieu (2011, p.15), "uma verdadeira transubstanciação das relações de força", digam-se assimétricas, entre elas e os médicos. Alguns exemplos deste posicionamento podem ser visualizados através do trecho da entrevista da Enfermeira Else:

> Nessa época eu me recusava a fazer parte de um lugar onde o presidente era um médico e eu tinha que esta ali, entendeu? Era besteira, mas muita coisa estava muito... Muito... Muito sofrida na minha cabeça, **muito arraigada**... **Eu não podia ceder pra médico, eu não podia dar espaço pra médico, de jeito nenhum**. Eu poderia dar espaço pra qualquer categoria, mas pra médico eu não podia dar espaço. E essas alturas as outras categorias quase não apareciam, aquela coisa apagada, então médico era que tinha força. (Enfermeira Else Guedes) (grifos meus).

Assim, entende-se que para elas já havia um espaço pré-estabelecido, "conveniente", tendo as mesmas, no movimento de luta para se fazer ver, se fazer crer e se fazer reconhecer, requerido um novo espaço, pois se contrapondo a ordem vigente, negaram o espaço de "auxiliar", reafirmando simbolicamente em suas atitudes que a "enfermeira não é auxiliar de médico". Esse "aniquilamento da crença" (BOURDIEU, 2011, p. 15) neutraliza o poder acima da enfermagem constituído, que a desmobilizava, despontando para um movimento de subversão.

Desta maneira, Bourdieu considera que o que é percebido como importante e interessante é o que tem chances de ser **reconhecido** como importante e interessante pelos outros (BOURDIEU, 1994), portanto, aquilo que tem a possibilidade de fazer aparecer aquele que o produz como importante e interessante aos olhos dos outros. Assim, as enfermeiras foram ágeis na busca por ocupação de espaços que de certa forma permitiam tanto a incorporação de novos capitais como a manifestação dos capitais anteriormente adquiridos, como pode ser verificado diante das falas seguintes:

> Eu não tive grandes problemas com a enfermagem. Eu tive problemas sim com a equipe médica, por conta justamente que no hospital não tinha esse profissional enfermeiro, eles se achavam que eles eram o dono, que mandavam em todas as equipes (...). Então, como **eu comecei na organização do serviço, partindo para o gerenciamento mesmo,**

> **definindo normas, protocolos de rotina**. E aí houve **certo embate** com alguns profissionais médicos, que ele achava que não tinha que acatar o que o enfermeiro dizia que era para ir. (Enfermeira Ana Maria Andrade)

> Eu assim que me formei não fiquei em Maceió, fui pra o interior, que eu **sempre tive essa visão. Eu queria conhecer a realidade dos municípios**. (Enfermeira Angela Tenório)

> Eu entrei no Estado para ir para o Hospital de Santana. Antes de ir para Santana, eu fui trabalhar em uma Unidade de Saúde do Bebedouro [...]. Quando estava lá com dois meses, o superintendente de saúde, que na época era o Ubiratan, o Bira, me chamou e disse: "agora você vai para Santana, chegou a hora, você vai para Santana. **Vai ser a primeira enfermeira do Hospital**". (Enfermeira Tânia Kátia)

> Então [foi] uma época muito bonita, muito rica, com muitas interações e a gente tinha que estar realmente mostrando a que veio! A gente era solicitada toda hora, tanto para estar em treinamento como [para] estar participando de movimentos. (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

> Eu achei que um Hospital de Emergência eu iria aprender muito mais, **eu iria atuar com muito mais, talvez, liberdade** e para experiência iria ser ótimo. Além do que, eles pagavam um salário muito bom na época, muito bom. Eu me lembro de que era muito bom. A gente trabalhava muito. [...] E tudo era muito organizado, muito limpo, muito limpo. (Enfermeira Else Guedes)

Diante destas narrativas, percebe-se que os agentes ao disputarem os jogos sociais buscam por "troféus" que apenas têm valor no campo onde há a disputa. Ou seja, Bourdieu (2002) considera que a obviedade do valor do troféu, ou naturalização do valor, é inerente apenas aos agentes do campo específico. No caso, verifica-se que as enfermeiras percebiam com inestimável valor a possibilidade de desenvolver o exercício profissional em um espaço que simbolicamente poderia conferir-lhes algum status ou valorização de suas atividades, que para outro profissional não enfermeiro poderia não ter a mesma estima ou, propriamente, nem compreender a importância de permanecer naquele ambiente. Nesta perspectiva, as pioneiras não só foram admitidas em postos com relevância social como nunca aceitaram trabalhar em condições de precariedade.

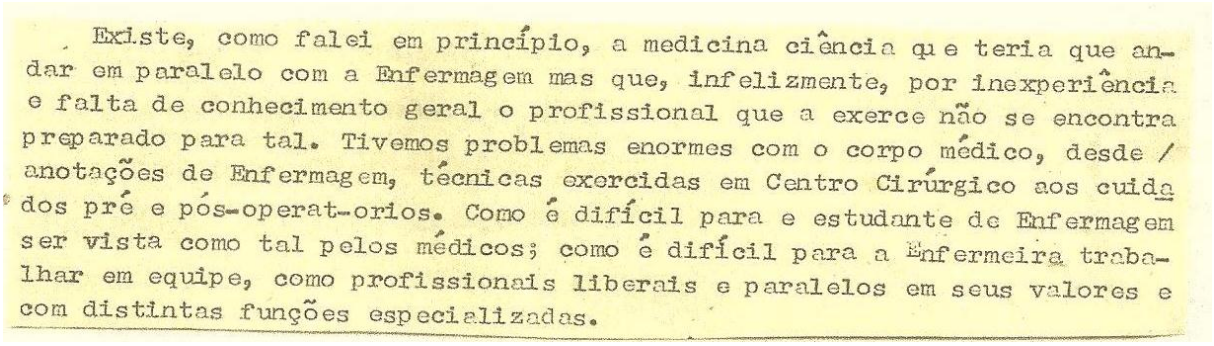
Sobre "ser a primeira enfermeira do hospital", situação comum às enfermeiras deste estudo, pode-se verificar que, ao receberem a "incumbência" de gerenciar os serviços de enfermagem nas instituições, um grupo de agentes do campo de lutas concede a elas a palavra e atuação porque reconhecem serem elas portadoras de um capital institucional de autoridade, e por isso mesmo, com crédito.

Outro aspecto verificado é que desde bem cedo, as enfermeiras puderam avaliar e considerar o desafio que seria a sua luta em busca por melhores posições no campo da saúde, ao se depararem com as tentativas simbólicas, mesmo ainda na graduação, de resistência a sua atuação. Os momentos vivenciados nas atividades práticas permitiram a elas experimentar da várias formas de resistência a sua presença, como pode ser verificado no relato abaixo:

> Então meus primeiros atritos foram nesse estágio, com o pessoal que não conseguia olhar para mim como enfermeira. Pessoal mais antigo, o idoso. (Enfermeira Ana Maria Oliveira)

Confirmando estas situações, apresento um fragmento do discurso (figura 9) proferido pela formanda Noraci Pedrosa, em uma das solenidades da formatura da primeira turma de enfermagem, que demonstra o processo de enfrentamento à resistência imposta às formandas bem como as sinalizações das dificuldades que estavam por vir: "[...] Como é difícil para a estudante de enfermagem ser vista como tal pelos médicos; como é difícil para a enfermeira trabalhar em equipe, como profissionais liberais e paralelos em seus valores e com distintas funções especializadas".

Figura 9: Fragmento do discurso de formatura proferido pela aluna Noraci Pedrosa, 1977.



Existe, como falei em princípio, a medicina ciência que teria que andar em paralelo com a Enfermagem mas que, infelizmente, por inexperiência e falta de conhecimento geral o profissional que a exerce não se encontra preparado para tal. Tivemos problemas enormes com o corpo médico, desde / anotações de Enfermagem, técnicas exercidas em Centro Cirúrgico aos cuidados pré e pós-operat-orios. Como é difícil para e estudante de Enfermagem ser vista como tal pelos médicos; como é difícil para a Enfermeira trabalhar em equipe, como profissionais liberais e paralelos em seus valores e com distintas funções especializadas.

Fonte: *Fac Símile.* Arquivo do LADOPHE. Armário1. Caixa1. Documento: formatura da primeira turma (1977).

O fato de o discurso de formatura ter sido proferido pela formanda Noraci Pedrosa permite inferir que a sua escolha não foi "por acaso", pois como detentora de capital social elevado, a posição ocupada por ela ante aos demais membros de sua turma revelava a "força" que suas palavras poderiam atingir. Bourdieu (2011) chama essa força de ilocucionária (ou ilocutória), que corresponde ao conteúdo significativo da mensagem emitida que permite ao interlocutor o reconhecimento do objetivo comunicativo do locutor.

Em outros termos, "o que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de a subverter, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras" (BOURDIEU, 2011, p.

15). Assim, a posição que o agente ocupa no campo e o seu volume de capitais irão conferir-lhe legitimidade, tanto a ele como a seu discurso.

Prova de sua capacidade de articulação e força diante do grupo de enfermeiras, não só em sua turma, como em turmas posteriores, pode ser verificada em relatos, os quais comentam sobre a participação de Noraci Pedrosa e sua influência para fortalecimento do grupo, já enquanto enfermeira:

> A gente fundou o congresso do Sindicato do Nordeste. E tudo era capitaneado por Alagoas. Alagoas era quem puxava tudo. Tanto é que **Noraci** chegou a ser Delegada Federal de Saúde com 32 anos. Assim porque, o nosso grupo era muito dinâmico para essa questão da categoria. (Enfermeira Socorro França)

> Na organização da associação que era APENAL – Associação dos Profissionais Enfermeiros de Alagoas, a gente foi uma das pioneiras. Eu, **Noraci Pedrosa**, Aninha Andrade. Um grupo que nós formalizamos a APENAL e ai com o passar do tempo a gente correu para o Sindicato. (Enfermeira Josinete Marques) (grifos meus).

> Tinha a **Noraci Pedrosa** que foi da primeira turma, ela gostava de reunir. Tanto é que ela fez a fundação. Depois surgiu o sindicato através dela. Ela *comandando* o grupo. Ela dizia: "Nós precisamos melhorar nossa assistência, nós precisamos trabalhar diretamente com o paciente, a gente precisa ter mais essa assistência ao paciente." A gente fazia reuniões de estudo, grupos de estudo. E quem já tinha iniciado alguma vivência, ia passando pra outra. (Enfermeira Angela Tenório) (grifos meus).

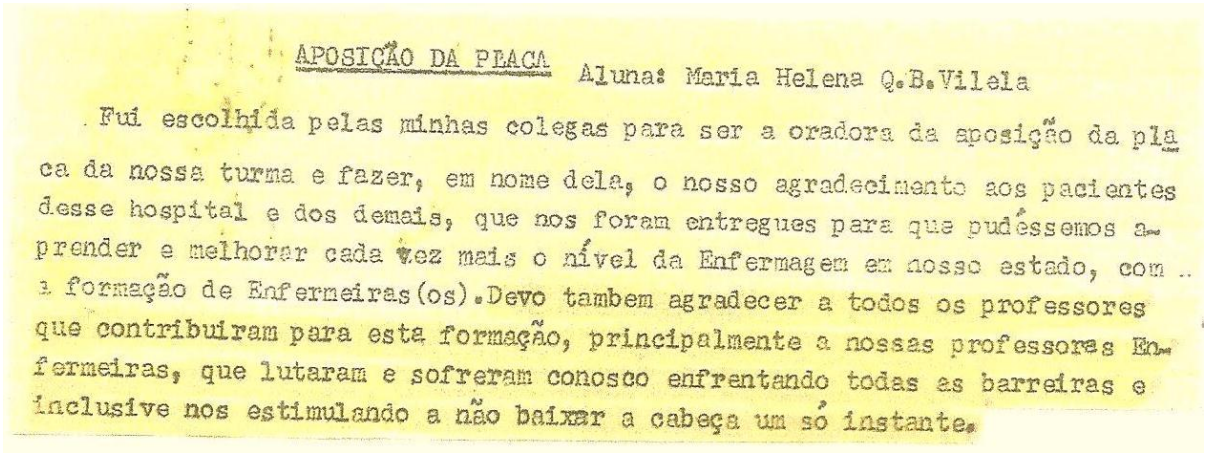
> Nós tínhamos uma mulher, que eu falo dela e me emociono, que era a **Noraci Pedrosa**. Ela era enfermeira! Noraci Pedrosa era uma mulher muito forte e era uma enfermeira guerreira [...] Ela era um gênio. Ela tinha uma genialidade nela, ela era diferente. E foi uma grande perda pra Enfermagem. [...] Ela conseguiu dar um configuração para a enfermagem fantástica, por que ela era ousada, ela não tinha medo de falar, ela brigava com todo mundo, se precisasse, sabe? Ela não tinha medo de nada. Então, ela era assim... Um ídolo pra gente, por que ela era muito verdadeira dentro do que ela fazia e ela conseguia. [...] Ela conseguiu se fazer respeitar pelo que ela era, então assim, acho que isso, todos esses movimentos da gente como enfermeiras se inserido nesse contexto, acho que facilitou muito ter tido uma mulher como Noraci Pedrosa. Acho que Alagoas deve muito a ela. A enfermagem em Alagoas deve muito a essa mulher. (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

As narrativas me permitem verificar que a posição ocupada por Noraci Pedrosa diante do grupo, a qual era detentora de grande volume de capital social e simbólico, foi determinante para a luta no campo, pois ao se mostrar detentora destes capitais pode impor o poder simbólico sobre os outros grupos, fazendo repercutir nos exercentes da enfermagem,

principalmente as enfermeiras pioneiras, a necessidade de se inserir nos espaços de poder a fim de que pudessem alcançar o direito a voz e assim serem reconhecidas.

Outra característica evidenciada refere-se ao fato de que muito do espírito subversivo das pioneiras foi incorporado na formação pelas ações conscientes e inconscientes de suas professoras, conformando assim os seus *habitus*. Um fragmento do discurso proferido por uma das formandas na solenidade de aposição da placa[25] (figura 10) evidencia este entendimento: "[...] Devo agradecer a todos os professores que contribuíram para essa formação, principalmente a nossas professoras enfermeiras, **que lutaram e sofreram conosco enfrentando todas as barreiras e inclusive nos estimulando a não baixar a cabeça um só instante"** (grifos meus)**.**

Figura 10: Trecho do discurso da aposição da placa, uma das solenidades da formatura, proferido pela aluna Maria Helena Quintella Brandão Vilela em junho de 1977.



APOSIÇÃO DA PLACA Aluna: Maria Helena Q.B.Vilela

Fui escolhida pelas minhas colegas para ser a oradora da aposição da placa da nossa turma e fazer, em nome dela, o nosso agradecimento aos pacientes desse hospital e dos demais, que nos foram entregues para que pudéssemos aprender e melhorar cada vez mais o nível da Enfermagem em nosso estado, com a formação de Enfermeiras(os).Devo tambem agradecer a todos os professores que contribuiram para esta formação, principalmente a nossas professoras Enfermeiras, que lutaram e sofreram conosco enfrentando todas as barreiras e inclusive nos estimulando a não baixar a cabeça um só instante.

Fonte: *Fac Símile.* Arquivo do LADOPHE. Armário 01, caixa 01. Documento: discurso de aposição da placa por Maria Helena Quintella Brandão Vilela. Junho de 1977.

Ao se atualizar constantemente, o *habitus* permite que seus elementos constitutivos (interiorizados desde a infância) possam ser atualizados nas práticas sócias estabelecidas pelo agente. As enfermeiras eram percebidas pelas docentes como aptas e portadoras das principais "armas" para se colocar de fato como enfermeira: conhecimento, ousadia e responsabilidade, como pode ser evidenciado pelo fragmento da narrativa da professora Cristina Trezza:

> As alunas da primeira turma (...) assumiram o compromisso com o curso encontrando apoio nas professoras enfermeiras que trataram de imprimir nestas alunas, através do exercício prático, uma imagem de uma **enfermeira combativa. [**...] Foi um choque para eles [médicos] começarem a estar

[25] Solenidade que compõe o ritual de formatura da UFAL, consistindo no descerramento de placa comemorativa que contém os nomes dos formandos, com a presença das autoridades do curso, formandos, familiares e onde discursam um representante dos professores e um representante dos estudantes.

> diante de um grupo profissional que tinha outra postura, uma outra visão de enfermagem, uma outra visão de mundo, que **eles estavam acostumados com essa visão submissa**. E eles pegaram de cara um grupo que de fato **bateu de frente**. (Arquivo LADOPHE)[26] (grifos meus).

Assim, pude apreender que diante de tantos "açoites", materiais e simbólicos descritos em suas narrativas, as enfermeiras tiveram que buscar reafirmar o capital cultural adquirido e exteriorizar muito do que havia sido incutido durante formação, como posicionamento firme, postura, segurança, determinação, e por vezes, inclusive, até se utilizar de seu capital social, para enfrentar muitos dos desafios que se impuseram a sua frente. A título de demonstração, trago fragmento da narrativa de uma das entrevistadas:

> Eu levei o restante do ano de 1979 assim, tendo vários embates. Naquela época a gente tinha chefes de plantão, eu acho que hoje tem, mas hoje (...) eles não tem o poder que eles achavam que tinham naquela época, o peso, o poder. Então, era a ponto de o chefe de plantão, (...) de uma certa forma, humilhar a enfermagem, de gritar, de dizer: "**eu faço, eu desfaço, quando eu quiser eu mando pra casa**". Eu dizia: "**Você não manda. Por que no meu plantão, quem toma conta da enfermagem sou eu**". "Eu mando no plantão das outras, por que não mando no seu?". "Por que no meu, se você mandar, vai eu e ela... (...) Mas ela vai permanecer no plantão, por que quem toma conta da enfermagem sou eu. Qualquer [problema] você me diz, que eu resolvo. Agora, conversando direitinho". Mas **ele não admitia, ele gritava,** quando ficava irritado e era aquele embate terrível. (Enfermeira Else Guedes) (grifos meus).

É interessante perceber no relato a postura assumida pelo profissional médico, colocando-se em uma posição de superioridade, e que a presença da enfermeira o incomodava a tal ponto de ele exacerbar seu tom de voz, escandalizando as demais pessoas presentes, em um ambiente formal de trabalho, o que proporcionava situações constrangedoras, podendo ter como intuito conspurcar a imagem da enfermeira perante os demais profissionais da instituição. A entrevistada continua, em outro trecho do relato:

> Teve um dia que ele [médico]... Eu estava no corredor. E **ele começou a gritar: "Enfermeira" no corredor**. As meninas falaram "Eita! Dona Else! O Dr. X está gritando ali". "Deixa ele gritar. Não. Gritando não". Mas eu fui caminhando em direção a ele e disse: "Diga!". "Não enfermeira, por que..." Eu disse: "**Vai gritar? Por que se for gritar eu não atendo ninguém nesse nível**". Dei as costas e saí. Eu saí, não quis saber. Então foi muito tenso o dia. Ele disse: "Ou eu ou ela no plantão", eu disse: "Mas eu não vou sair. Não sei se você vai embora, por que eu não vou". **Outra médica veio me pediu pra eu sair do setor pra ir pra outro** pra ele poder trabalhar, eu disse: "Não, ele vai pra outro setor, ele trabalha em outro canto, mas eu permaneço no meu setor o plantão inteirinho". Então foi um dia muito

[26] Armário 1, caixa 1. Documento: entrevista com a professora Cristina Trezza. Origem: 2012.

> desagradável. Ele não queria atender os doentes quando eu chegava e eu tinha que chegar, por que eu tinha que atender também e eu não me privei. Foi terrível. (Enfermeira Else Guedes) (grifos meus).

Foi verificado nas narrativas que, com o tempo, as próprias enfermeiras perceberam uma modificação da maneira como alguns médicos se portavam com ela, através de outros posicionamentos, justificado pela forma como elas mesmas conduziam a situação. Entretanto, esta outra abordagem, mais amena, não se configurava em aceitação ou reconhecimento de seu papel, o que pude perceber no trecho a seguir:

> A gente não se intimidava, tinha firmeza. Então, ele [diretor do hospital] **engolia seco, quase morrendo, mas engolia**. Então eu a apresentei, educadamente [referindo-se a nova coordenadora de enfermagem]. (...) Então, ele era muito educado, na época, com a gente. Ele concordou. Ele sempre discordava, mas já morrendo, mas nunca gritando, como era no início. Nunca, em hipótese alguma, ele nem alterava a voz. Eu alterava, ele não. (Enfermeira Else Guedes) (grifos meus).

Foi possível verificar que, com vistas a assumir o espaço requerido, o conhecimento foi uma forma de se obter poder dentro do campo. Ao adquirir conhecimento, as enfermeiras foram induzidas ao questionamento acerca da realidade em que estavam inseridas e o saber advindo desse exercício de indagação conferiu-lhe um novo poder, que afetou o equilíbrio das forças em jogo. Deste modo, o processo que permitia a reprodução das estruturas sociais foi abalado, suscitando nos agentes dominantes do campo estratégias para a conservação de sua posição. Assim, o conhecimento é considerado aqui como uma estratégia que permitiu as enfermeiras resistir à imposição da ordem dos médicos e ao mesmo tempo encorajá-las na luta.

Entendendo que todas as práticas dos agentes no campo estão orientadas para a aquisição de autoridade profissional (prestígio, reconhecimento), o que é chamado comumente de "interesse" por uma atividade ou um modo determinado de agir terá sempre uma dupla face (BOURDIEU, 1994). Desta maneira, as trocas simbólicas foram determinantes na sua busca para se fazer crer e se fazer reconhecer, pois ao mesmo tempo em que manifestavam respeito, cordialidade, competência e profissionalismo – capital profissional – angariavam anuência e consideração – capital social e simbólico –, sendo em várias falas essa postura identificada, como nas que seguem:

> Apesar de eu não ser de lá, como era um hospital pobre, que faltava tudo e Arapiraca tem grandes empresários, então eu me juntei com a assistente social e a gente fez uma verdadeira campanha de ir aos grandes empresários de Arapiraca e a gente mudou completamente a estrutura do hospital, a

> estrutura logística de material de consumo, de conseguir travesseiro, de conseguir lençol, de conseguir mosqueteiro, de tudo a gente conseguiu. Então isso **ajudou muito na minha interação** com a equipe e com o hospital. (Enfermeira Ana Maria Andrade)

> Eu nunca tive medo que pedissem minha cabeça, sabe por quê? Por que **eu mostrava trabalho.** Então eu não tinha medo. Eu não tinha medo do grito do doutor fulano, não tinha medo do grito do doutor cicrano, por que quando eu enfrentava eu sabia o que estava fazendo. E ninguém podia dizer que eu era incompetente, ninguém podia dizer que eu era preguiçosa. [...] E eu sabia pedir. E eu sabia solicitar. Eu não mandava. Nem nunca mandei. Se fosse preciso, eu mandaria. Mas caso o contrário, não precisava mandar. Se você sabe pedir você não precisa mandar. Então, eles começaram a me respeitar. (Enfermeira Ana Maria Oliveira)

Foi percebido também nas falas, que as enfermeiras apresentavam-se preocupadas com a qualificação profissional dos demais exercentes da enfermagem – atendentes e auxiliares – instaurando um movimento de incorporação de capital profissional, já presenciado por elas no período dos estágios, quando as professoras-enfermeiras que exerciam suas atividades no HU ressaltavam a necessidade de pessoal preparado para exercer as atividades de enfermagem. Trago evidências desta preocupação nas falas seguintes:

> No processo da discussão da política da saúde daquele momento e naquele momento aquela política era levar benefícios para os municípios, então a gente fazia, era um momento que estava ampliando a unidade básica. Era um momento que estava se discutindo, começando a discutir a qualificação de pessoal. (Enfermeira Josinete Marques)

> Elas [atendentes] faziam as coisas empiricamente, ela fazia porque viu fazer e com a chegada da gente ai a gente entrou na questão de educação em serviço, mas era muito difícil você ter uma parteira com mais de 20 anos..., e você ter que colocar nelas a ciência, a parte científica da enfermagem, que a enfermagem ela é ciência e ter que conduzi-la nesse processo. (Enfermeira Socorro França)

Entendendo a desigualdade social – neste caso, a desigualdade entre possibilidades de mobilização da categoria de enfermagem para melhores posições – não decorrente somente de desigualdades econômicas, mas também dos entraves causados, por exemplo, pelo déficit de capital cultural no acesso a bens simbólicos, as enfermeiras buscaram munir os demais agentes do campo da enfermagem da arma simbólica, naquele momento, necessária a uma ruptura do pensamento sobre a enfermagem alagoana (rudimentar e artesanal): o conhecimento. Uma vez portadoras deste capital, poderia ser reconfigurado o *habitus* destes agentes, favorecendo a uma mobilização para outra posição dentro do campo.

Essa necessidade de incorporação de capital pode ser explicada por Bourdieu, quando o mesmo defende que a dinâmica social no interior de cada campo é regida pelas lutas em que os agentes procuram manter ou alterar as relações de força e a distribuição das formas de capital específico. Nessas lutas são levadas a efeito estratégias não conscientes, que se fundam no *habitus* individual e dos grupos em conflito. Assim, os determinantes das condutas individual e coletiva são as posições particulares de todo agente na estrutura de relações, de forma que, em cada campo, o *habitus*, socialmente constituído por embates entre indivíduos e grupos, determina as posições e o conjunto de posições determina o *habitus* (THIRY-CHERQUES, 2006).

De acordo com Bourdieu a razão e a razão de ser de uma ação e dos seus efeitos sociais não está na vontade de um indivíduo ou de um grupo mas sim no campo de forças antagonistas ou complementares no qual, em função ds interesses associados às diferentes posições e dos *habitus* de seus ocupantes, geram-se as vontades e no qual se define e se redefine continuamente, na luta – e através da luta – a realidade das instituições e dos seus efeitos sociais previstos e imprevistos (BOURDIEU, 2011, p.81). Assim, foi possível perceber as trocas simbólicas enquanto estratégias de luta utilizadas pelo grupo de enfermeiras pesquisadas, sendo as mesmas eficientes para que as enfermeiras aquinhoassem reconhecimento e assim melhorassem sua posição e poder no campo.

Frente aos relatos, verifiquei que as alianças estabelecidas pelas enfermeiras com alguns agentes do campo foram essenciais ao seu movimento de luta. Tais alianças simbólicas funcionaram como estratégias para a obtenção de uma melhor posição no campo e para a manutenção de suas estruturas em favor dos interesses em jogo no campo da saúde em Alagoas, como demonstra o relato, onde elas conquistaram prestígio e assim obtiveram respaldo para sua atuação:

> A gente tinha naquela época uma regional de saúde que era Primeira Coordenadoria Regional de Saúde, que era uma espécie de um apoio para gente. A gente também tinha muitas reuniões lá e como éramos muitos novos enfermeiros, na verdade enfermeiras a grande maioria, [...] nós conseguimos esse respaldo. A Regional vinha dizer: "Você vai fazer isso e a gente está por trás, qualquer coisa chama a gente, que a gente chega". Então, a gente tinha um respaldo técnico e um respaldo político da Primeira Coordenadoria Regional de Saúde. (Enfermeira Roseana Breckenfeld)

Um dos aspectos que chamaram a atenção foi a relação estabelecida com o agente que representava naquele momento a instância de poder decisória no campo da saúde de Alagoas, a Secretaria de Saúde, representada pelo secretário de saúde José Bernardes, citados

por algumas das entrevistas. Nas narrativas, as enfermeiras colocam a disposição que o médico José Bernardes facilitou a inserção de grande parte das pioneiras nas instituições, onde a presença de uma enfermeira vinha sendo colocada como necessária, como se pode perceber nos relatos abaixo:

> Minha chegada lá foi através do Doutor Emilio Silva, que era médico de Palmeira e na época do Secretário *José Bernardes Neto*, porque havia a política de regionalização do Estado e o Estado precisava de enfermeiros, na época tinha muito pouco. (Enfermeira Tânia Kátia)

> A gente convidou pra ser o nosso paraninfo, o nosso padrinho, o Dr. *José Bernardes*, que na época era secretário de saúde, ele era médico sanitarista e era diretor do 1º Centro de Saúde, entendeu? E ele nos perguntou: "vocês querem uma festa ou vocês querem emprego?". "Claro que a gente quer trabalhar". (Enfermeira Socorro França)

> O secretário foi nosso padrinho de formatura, *José Bernardes*. [...] Minha turma era uma turma pequena só eram sete pessoas. E ele mandou telegrama para as sete. [...] Eu terminei o curso e de repente eu estava empregada. (Enfermeira Josinete Marques)

> Eu colei grau em [19]79, em julho de [19]79. No outro dia eu me apresentei na secretaria [...] ao secretário de saúde *José Bernardes* e no sábado ele mandou eu me apresentar no hospital regional de Arapiraca. (Enfermeira Ana Maria Andrade)

Neste período, o Decreto Nº 50.387, o qual regulamentava o exercício da enfermagem à época, exigia em seu artigo 9º que administração dos serviços de enfermagem, nos estabelecimentos hospitalares e de saúde publica fosse realizada por enfermeiros (BRASIL, 1961). Assim, a aliança mantida com José Bernardes, o qual era detentor de um capital político, cultural e científico considerável, ao adequar os serviços de saúde alagoanos às exigências do Decreto, tornou-se um dos elementos capazes de manter a inserção das enfermeiras no campo da saúde.

As narrativas demonstram que a maneira de conduzir as situações de embate ou resistência com os agentes do campo era manifestada de formas diferenciadas pelas entrevistadas, sendo percebida a atuação sútil por parte de algumas delas, utilizando-se de estratégias menos confrontantes, mas não menos enérgicas. Assim, as relações estabelecidas com os demais agentes exercentes da enfermagem configurou-se em uma estratégia simbólica eficaz nos movimentos de resistência a ordem e no de contraordem, onde as enfermeiras diante dos impedimentos continuavam fazendo o que consideravam como um dever a ser feito por elas, como pode ser percebido através dos relatos seguintes:

> É interessante, porque assim, se você for ouvindo a vivência de cada uma, o contato inicial com aquelas atendentes, porque elas já tinham na mente que elas eram a chefe. Depois chega uma: "chegou agora da UFAL". (...) Mas com o tempo você consegue mostrar que vai trabalhar com o grupo, que você está direcionando as coisas. **Mas você está ali, trabalhando junto**. (Enfermeira Angela Tenório)

> Eles [médicos] achavam que a gente fiscalizava os serviços deles, isso era o maior problema. Principalmente na sala de parto, principalmente com o material esterilizado para não contaminar, a gente não falava, **mas a gente ficava observando** e eles se irritavam, várias vezes eles jogavam as luvas nos pés da gente, estressados, porque a gente ficava na sala para instrumentar, e eles ficavam [irritados], quando eles erravam, porque eles não admitiam errar (Enfermeira Socorro França).

> Eu sempre fui de um jeito assim de ouvir e deixar passar. Agora, **a gente ouve e deixa passar**, mas o que foi dito foi dito, não é? E a gente escuta e guarda. E pra viver a gente tem que ter jogo de cintura. (Enfermeira Cordélia Lessa)

De maneira geral, foi percebida a tentativa por parte das pioneiras em estabelecer relações produtivas com as auxiliares e atendentes de enfermagem. Mesmo diante de alguns momentos de resistência inicial à chegada das enfermeiras, as atendentes e auxiliares de maneira geral reconhecia nelas discurso autorizado sobre a enfermagem, com poder para organizar o trabalho e em quem poderiam encontrar ajuda em suas dificuldades. Assim, podem ser percebidos elementos que permitiram o estabelecimento de uma relação profícua, como os presentes nos relatos a seguir:

> Eu dormia no hospital e eu nunca dormia a noite inteira, porque elas sempre batiam na porta do meu quarto pra pedi ajuda, inclusive na sala de parto eu aprendi com elas e depois elas me pediam ajuda, em dois meses. Então eu identifico que foi uma **relação proveitosa para os dois lados.** E eu digo sempre, ainda hoje eu digo aos meus alunos que a eficiência técnica não é tudo, que a confiança se estabelece na troca entre as pessoas, porque em algumas técnicas eu aprendi com elas e depois elas me pediam ajuda, porque eu acho que elas identificaram que a relação enfermeiro e equipe de enfermagem era algo mais do que procedimento. (Enfermeira Tânia Kátia)

> Quando eu cheguei fui vista assim, de uma forma. Com um olhar: "que será que ela quer?"; "quem será essa criatura que chegou agora pra atrapalhar a nossa vida?". Mas eu mostrei que eu não era essa criatura que vinha atrapalhar. Eu entrei pra somar. Então eu **comecei trabalhando com elas [atendentes e auxiliares de enfermagem]** e elas chegaram à conclusão que eu era mais um membro da equipe para melhorar. Então, elas se abriram. (Enfermeira Terezinha Barbosa)

> A equipe era muito boa. Era uma família [...]. As enfermeiras eram em número menor, entendeu? E muita coisa dependia da gente: escala, tudinho. Era como se a gente fosse a mãe. (Enfermeira Sônia Chagas)

> Quando eu fui para esse serviço, talvez porque eu seja socialista, eu fui com a cabeça de equipe. De fazer junto. De estar fazendo junto com ela, para que ela visse que aquela maneira que eu estava fazendo era a maneira correta, ai depois eu ia cobrá-la e dizer a ela o porquê que eu fazia assim. [...] Eu tinha que conversar desse jeito com elas, porque senão a gente ia terminar entrando em choque e olhe que demorava pra gente conseguir conquista-las, você tinha que passar muito tempo lá, um ano, dois para conseguir confiança. (Enfermeira Socorro França)

Bourdieu coloca que "os agentes na sua luta para imporem seu veredito ou seja para fazerem reconhecer a sua visão como objetiva, dispõem de forças que dependem da sua pertença a campos objetivamente hierarquizados" (BOURDIEU, 2011, p. 55). Desta maneira, ao estabelecer boas relações com as atendentes e auxiliares, conquistaram aliadas na luta para alavancar a enfermagem para uma posição reconhecida.

A procura por apoio tanto nas antigas professoras, como nas colegas enfermeiras que atuavam conjuntamente com as pioneiras também foi uma estratégia percebida nas falas das entrevistadas. Quando as enfermeiras se deparavam com dificuldades, vivenciadas na prática, sentiam que podiam retornar a escola e compartilhar suas angústias e conseguir ajuda e incentivo, como podemos perceber nos relatos a seguir:

> Eu me sentia muito insegura. Procurei "n" vezes os meus professores da Ufal para me socorrer; a outras colegas daqui que trabalhavam, enfermeiras, e que durante o estágio, por que quando eu fiz o curso eu fiz estágio extracurricular na Santa Mônica, então eu amava a Santa Mônica, então eu já tinha aquela vivência da Santa Mônica e eu acho que isso facilitou. (Enfermeira Ana Maria Andrade)

> Quando você trabalha numa área, não tem esse negócio. "Ah, eu sou enfermeira, eu sei tudo", porque se eu sei que tem uma outra enfermeira e ela trabalha em outra unidade e ela tem uma vivência, eu vou atrás dela. E eu fui. Tinha a Noraci Pedrosa que foi da primeira turma, ela gostava de reunir. [...] Aí, a gente fazia reuniões de estudo, grupos de estudo, e quem já tinha iniciado alguma vivência ia passando pra outra. (Enfermeira Angela Tenório)

> Ela [colega de trabalho] era uma enfermeira muito competente. Então, a gente foi organizando um trabalho muito bom e aí ela foi me estimulando. Tudo que eu queria fazer ela me dava um apoio e vale dizer que nesse período ela estava assumindo a Direção Administrativa do Hospital. Que era ela Diretora Administrativa, ela tinha poder e me deu muito respaldo pra muita coisa (Enfermeira Else Guedes).

Principalmente na relação com as docentes, foi verificado que estas deixavam a "porta aberta" para as ex-alunas, como forma de manter um elo, favorecendo o fortalecimento da relação construída entre elas, pela necessidade de estarem unidas para levar a categoria

adiante. Uma paródia (anexo K) da música "O que será", de Chico Buarque, composta por três professoras do curso de enfermagem confirmam esse posicionamento das docentes, principalmente no trecho que diz: "O que será que será / Dessas enfermeirandas será que será / Aqui em Maceió ou em qualquer lugar / Na hora dos apertos que vão enfrentar / **Será que os professores irão procurar** / Levando aos seus setores para assessorar".

Percebe-se assim que a relação estabelecida entre professoras e alunas ultrapassou os muros da universidade, de tal forma que elas puderam manter/estreitar não só laços de amizade e de companheirismo, mas parcerias, consultorias e assessorias informais. Nos documentos levantados na fase exploratória, encontrei fotografias que demonstravam esse estreitamento de laços, complementando o sentido da paródia, quando apresenta o posicionamento das alunas e professoras na "aula da saudade"[27], umas ao lado da outras, de braços entrelaçados, manifestando cumplicidade e parceria, conforme ilustra a Figura 11:

Figura 11: Fotografia das professoras e formandas na aula da saudade da 2ª turma. Enfermagem-Ufal. Dezembro de 1977.

Fonte: arquivo da Esenfar. Descrição (da esquerda para direita): professora Lúcia Leite, formanda Dinah Vieira, professora Bárbara Allen (por trás de Lúcia), professora Vera Rocha (por trás de Dinah), formanda

[27] É a primeira solenidade do ritual de formatura da UFAL. Momento da última aula formal no curso de graduação, ministrado por um professor que está sendo homenageado pela turma, com a participação de um aluno também escolhido pelos alunos que reflete sobre a trajetória do grupo no curso.

Fátima Barbosa, formanda Ana Lúcia, professora Cristina Trezza, formanda Zélia Teixeira, professora Lígia, formanda Cordélia Leite, professora Regina Santos, professora Heliana Lima e Silva (por trás de Lígia) e professora Lenir Nunes (por trás de Cordélia).

Podemos assim entender que a configuração do campo determina, em cada momento, a estrutura de alianças, tanto internas ao campo, quanto entre agentes e instituições do campo com agentes e instituições externos, ao mesmo tempo em que os campos estruturam-se a partir das relações de aliança ou conflito entre os diferentes agentes que lutam pela posse de determinado capital simbólico.

A aliança produzida entre as pioneiras e os demais exercentes da enfermagem – professoras, enfermeiras do serviço que já existiam no campo, auxiliares e atendentes de enfermagem – consistiu em uma das estratégias orientadas que os agentes do campo desenvolveram em função de um *habitus* adquirido e das possibilidades que esse campo oferecia na procura da maximização dos lucros específicos deste campo.

5.3 – OS EFEITOS DA LUTA SIMBÓLICA DAS ENFERMEIRAS

A análise dos relatos dos sujeitos entrevistados evidenciou que ao iniciarem suas atividades de enfermeiras nas instituições de saúde de Alagoas, essas profissionais viram-se num campo de disputas reais e simbólicas lutando para ocupar o espaço que aprenderam na escola como a elas pertencente, em detrimento do lugar que fora reservado por agentes externos à categoria, com a característica de serem hegemônicos no campo da saúde.

A despeito do trabalho que era desenvolvido na Secretaria Estadual de Saúde pelas pioneiras, trabalho este muito respeitado pelas autoridades de saúde à época, até por pertencerem a instituições de alta distinção e de alta posição hierárquica, as primeiras enfermeiras assumiram empregos principalmente na rede hospitalar e ali promoveram o reposicionamento do lugar da enfermeira no campo da saúde, contribuindo para a reconfiguração do espaço social da enfermagem e de sua identidade profissional, da condição de auxiliar de médico para a plenitude de ser enfermeira.

O período desta luta não foi pequeno, mas produziram efeitos simbólicos que foram compartilhados com as demais colegas e lhes fortaleceram, ampliando o subcampo da Enfermagem e conferindo empoderamento para tomar decisões e para proferir discurso autorizado sobre o trabalho da equipe de Enfermagem. De fato, as enfermeiras ocuparam

espaço no campo da saúde em Alagoas. Não o espaço conveniente, consentido. Mas sim, um espaço próprio, que elas puderam construir alicerçado em seu capital profissional.

A ocupação deste espaço foi possibilitada pela incorporação de capital institucional, na forma do diploma, que se fazia condição primordial para sua atuação enquanto enfermeira. Assim, durante o curso, elas incorporaram capital – científico e profissional – que lhes conferiam respaldo e legitimidade. Considero terem sido estes capitais decisivos para a abertura que conquistaram dentro do campo, bem como para sua estabilização nele. Em um dos relatos, esta condição ficou evidente:

> A gente tinha que estar treinando as pessoas para que elas começassem a trabalhar de uma forma [com] mais cientificidade mesmo. Com mais cuidado, mais em cima de padrões que a gente estabelecia. Eles eram muito soltos. Ao mesmo tempo em que isso era um desafio pra mim, e foi, eu tive que me impor. Foi [então] que eu vi que eu tive que mais ainda estudar mais e mais porque eu tive que **realmente me fazer respeitar pelo meu conhecimento**, isso é uma coisa muito forte e e**u tinha que saber mais das coisas pra poder eles me respeitarem**. (Enfermeira Roseana Breckenfeld) (grifos meus).

As enfermeiras ao se colocarem como as responsáveis pelo pessoal de enfermagem, utilizaram de sua autoridade para manter o grupo sob sua coordenação. Isto permitiu que fossem reconhecidas por seus conhecimentos e habilidades, o que reforçou sua importância no campo da saúde. Desta maneira, a atuação de enfermeiras nestes espaços contribuiu para ampliar e projetar a enfermagem no cenário alagoano, favorecendo a um movimento de reconsideração das relações sociais estabelecidas entre os agentes do campo. O efeito desta reconsideração foi a ocupação de espaços de poder dentro do campo da saúde que anteriormente só eram ocupados por médicos (capital simbólico).

Cada enfermeira foi peça fundamental para reconfigurar a identidade da enfermagem em Alagoas, pois em seus feitos no campo, faziam-se ver; a maneira que atuavam, com competência, disposição e responsabilidade, permitiu a elas fazer-se crer; e a forma como agregaram valor aos serviços de saúde, permitiu a elas fazer-se reconhecer. O movimento de incorporação de capital profissional a própria categoria as fez ser reconhecida também pelos demais exercentes da enfermagem, uma vez que se posicionando desta maneira puderam usufruir da aliança estabelecida em prol de uma assistência de enfermagem de qualidade.

Neste sentido, pode-se melhor visualizar os efeitos desta luta quando se reconhece o lugar social dos sujeitos desta pesquisa, detentores da experiência vivida e que, na maioria das vezes, contribuíram para criar, com seu exemplo e sua atuação, a força simbólica que

impulsionaram as enfermeiras que foram se incorporando ao campo da saúde já em melhores condições:

- **Noraci Pedrosa** – dentre as muitas posições de destaque ocupadas desde 1978 na SESAU, foi criadora em 1983 e presidente da Associação de Profissionais Enfermeiros de Alagoas – APENAL, precursora do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Alagoas. Foi nomeada pelo Ministério da Saúde para exercer o cargo de Delegada de Saúde em 1984, primeira vez que esta posição foi ocupada por enfermeira. Faleceu em 1985, uma semana antes da data em que foi recebida a Carta Sindical que tanto esperara. Ainda exerceu a função de docente do curso onde se formou e foi chefe do Departamento de Enfermagem.
- **Tânia Kátia Araújo** – Além de exercer cargos na SESAU e na Secretária Municipal de Saúde de Maceió e de outros municípios, chegando a ser nomeada secretária de saúde de alguns deles, desempenha hoje a função de Diretora de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maceió, posto que até este momento nunca havia sido ocupada por nenhum profissional não médico; também foi várias vezes diretora de Centros Formadores Públicos, posição de grande prestígio político;
- **Socorro França** – ocupou por diversas vezes cargos no sistema de saúde de diversos municípios de Alagoas, detentora de grande visibilidade política, ocupou posições estratégicas no movimento da sociedade organizada, defendendo direitos das mulheres e de minorias negras, quilombolas, entre outras. Sempre foi enfermeira de destaques nos sistemas de saúde dos municípios onde também atuou na condição de assessora de secretários municipais de saúde em assuntos do SUS.
- **Ana Maria Andrade** – Foi a primeira presidente do Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Alagoas. Detentora de um discurso forte e decisivo, Ana Maria também ocupou posições de destaque, procurando depois colocar sua experiência à disposição do sistema formador, sendo docente temporária do curso de onde foi egressa e até hoje ensina em cursos de enfermeiras;
- **Ana Maria Oliveira** – até hoje é exemplo significativo para enfermeiras! Desenvolveu uma prática de trabalho na UTI do hospital universitário digna de atenção e proclamava a função de cuidar pela enfermeira como sendo a sua principal característica, sendo este o seu campo de poder e dele não se

descuidava, recebendo como sinal de reconhecimento a aposição de placa com o seu nome naquele setor;

- **Roseana Breckenfeld –** Foi a primeira enfermeira do 1º Centro de Saúde em Maceió. Possuidora de grande volume de capital profissional e simbólico inseriu-se nos espaços de poder, exercendo cargos importantes junto a Superintendência de Vigilância à Saúde/SESAU. Foi convidada para coordenar o programa Nacional de Imunização em Alagoas e posteriormente atuar no Ministério da Saúde. Desenvolveu atividades de docente, contribuindo para a formação de enfermeiros para o estado de Alagoas.

- **Sônia Chagas** – Foi uma das primeiras enfermeiras a atuar junto ao Hospital Psiquiátrico Miguel Couto em Maceió, AL. Contribui como uma das primeiras enfermeiras da Unidade de Emergência (atual HGE), onde atualmente ao inserir-se no setor de imagem desenvolve trabalhos diferenciados junto ao Setor de Imagens e, por seu considerável capital profissional, na auditoria do hospital Unimed em Maceió, AL e junto ao Sindicato dos Enfermeiros de Alagoas.
- **Terezinha Barbosa** – Foi a primeira enfermeira do hospital de Murici, AL. Vem desempenhando suas atividades junto ao ambulatório de assistência a criança e ao adolescente, onde desenvolve um importante trabalho junto a comunidade.
- **Angela Tenório** – contribuiu no projeto de Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (PROFAE). Desenvolve um importante trabalho no Banco de Leite do Hospital Universitário.
- **Entrevistada 9** – Por muito tempo exerceu a coordenação de enfermagem em hospitais de Maceió. Na estratégia Saúde da Família, atua desenvolvendo importantes trabalhos na comunidade de município alagoano.
- **Cordélia Lessa** – Contribui como docente do curso de enfermagem da UFAL para a formação de vários enfermeiros e também junto às entidades de enfermagem, como tesoureira da Associação Brasileira de Enfermagem seção Alagoas e como conselheira do Conselho Regional de Enfermagem de Alagoas.
- **Else Guedes** – Realizou trabalhos bastantes significativos junto ao Centro de Estudos da Unidade de Emergência (atual HGE), colaborando para a qualificação do pessoal de enfermagem. Atuou junto ao Conselho Regional de

Enfermagem e na Associação Brasileira de Enfermagem seção Alagoas foi diretora de Educação. Seu prestígio possibilitou a exercer a coordenação de um curso de graduação em Enfermagem em Alagoas, colaborando para a formação de novos enfermeiros.

- **Josinete Marques** – Foi uma das primeiras enfermeiras gestoras junto a Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas, atuando na regional de saúde do município de Palmeira dos Índios, AL. Contribuiu para a qualificação de pessoal da enfermagem junto à escola de auxiliares de enfermagem. Por seu prestígio, foi convidada a atuar na implantação da 7ª regional de saúde em Matriz do Camaragibe. Foi precursora na criação da APENAL, lutando com outras companheiras (como Ana Andrade, Socorro França e Noraci Pedrosa) no movimento sindical em Alagoas e nas mobilizações pró-SUS. Sua atuação junto ao Ministério da Saúde confirma seu capital simbólico e profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo ao ter como objeto de pesquisa a luta das primeiras enfermeiras formadas em Alagoas, as pioneiras, na busca por melhores posições, buscou tratar de questões relacionadas à inserção e o estabelecimento destas pioneiras no campo da saúde, representando estas, as cinco primeiras turmas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas.

A análise da conjuntura à época evidenciou que o Brasil vivenciava um movimento para a sua redemocratização, onde a população encontrava-se descontente com os rumos que o governo militar direcionou o país, principalmente nos aspectos social e econômico. A enfermagem buscava inserir-se no campo de reflexões e discussões acerca do redirecionamento das políticas públicas, especialmente no que diz respeito a questões trabalhistas e as políticas de atenção à saúde, que vivenciava o modelo hospitalocêntrico e buscava configurá-lo em um sistema universal e descentralizado.

As mudanças políticas e econômicas e seus reflexos na saúde forçosamente implicaram mudanças na enfermagem em Alagoas, a qual através de ações como PIASS, pudera expandir-se nos serviços, nas esferas da assistência e da gestão, tendo este momento configurado de extrema importância para a visualização e reconhecimento da atuação da enfermeira no campo da saúde. A partir do Decreto 50.387/61, as instituições de saúde viram-se obrigadas a ter como membro do grupo de profissionais da saúde, a figura da enfermeira, tendo isto favorecido a sua inserção no campo da saúde.

O subcampo da enfermagem em Alagoas estava configurado pelos agentes que o compunham, majoritariamente atendentes e auxiliares de enfermagem, que devido à ausência ou insuficiência de seu capital cultural, atuavam sob um poder externo à Enfermagem, institucionalizado, que as colocava como subordinadas. O número insuficiente de enfermeiros à época impedia uma maior visibilidade das ações da enfermeira, que apenas teve seu quantitativo aumentado no estado, após a criação do curso de enfermagem, onde as pioneiras como novos agentes puderam ajudar e dar continuidade ao processo de reconfiguração da identidade da enfermeira em Alagoas.

As pioneiras encontraram resistência de um grupo em especial de agentes, os médicos, os quais em uma tentativa de manutenção da ordem vigente, a qual trazia a enfermeira como “auxiliar de médico”, implementaram estratégias simbólicas que favorecessem a sua posição de dominantes no campo. Entretanto, as pioneiras estabeleceram um movimento contraordem, onde negaram a posição previamente delimitada a elas e

buscaram por melhores posições, estabelecendo alianças produtivas com suas professoras, as auxiliares e atendentes de enfermagem, e com os demais agentes do campo, que puderam através de trocas simbólicas, conquistar outros capitais.

Os documentos escritos e orais levantados e analisados nesta pesquisa me permitiram descrever o panorama do subcampo desfavorável da enfermagem em Alagoas no momento da inserção das pioneiras, onde a enfermagem era percebida como rudimentar e artesanal, mas que já existiam enfermeiras (docentes e outras formadas em outros estados) atuando na busca do reconhecimento da profissão em Alagoas. Ao analisar a luta dessas enfermeiras para se inserirem no campo da saúde, percebi que elas tiveram que lançar mão de estratégias como trocas simbólicas e estabelecer alianças com outros agentes do campo, a fim de subverter e assim conquistar espaço, não o espaço conveniente, mas sim um espaço que fizesse jus ao seu capital profissional.

Ao discutir os efeitos das lutas no reposicionamento da enfermagem alagoana no campo da saúde através do capital profissional das enfermeiras pude reconhecer que a ordem subvertida foi aquela que se consolidou no Estado, embora até os dias atuais este espaço tenha que ser duramente defendido. Não obstante, torna-se motivo de preocupação os efeitos da massificação da formação de novos enfermeiros, o que poderá ter desdobramentos negativos para a manutenção do espaço conquistado.

Assim, pude confirmar a hipótese de que *a busca das pioneiras por melhores posições no campo foi marcada por lutas simbólicas, empreendidas desde o momento da inserção até o estabelecimento deste grupo no campo, proporcionando com este movimento uma incorporação de capital simbólico à Enfermagem local, o que colaborou para a modificação na ordem das relações sociais até então estabelecidas e consequentemente reconfiguração do espaço social da enfermagem, colocando a enfermeira em melhor posição dentro do campo da saúde.* Isto só foi possível pela acumulação e articulação do capital social, científico e político, adquiridos na formação e ampliados na prática profissional.

Afirmo a confirmação da hipótese formulada porque a posição concedida era de auxiliar de médico. Ao negarem esta posição, as pioneiras subverteram a ordem, sendo os capitais científico, profissional, social e simbólico, as armas simbólicas com as quais estavam munidas para o empreendimento desta luta, onde puderam estabelecer um movimento contraordem, ocupando espaços de poder até então não ocupados pela enfermeira em Alagoas, como a participação na direção de instituições de saúde, na coordenação dos serviços de enfermagem e na gestão dos serviços nas regionais de saúde.

Este movimento favoreceu o reconhecimento de sua competência profissional e a incorporação de conhecimento especializado na assistência de enfermagem, tendo estes efeitos da luta, possibilitado a elas conquistar legitimidade, reconhecimento, discurso autorizado, mais capital simbólico e assim, melhor posição no campo da saúde.

Este estudo colabora diretamente para o desvelamento das circunstâncias que marcaram a inserção da enfermeira em Alagoas, somando-se aos estudos já elaborados, preenchendo algumas lacunas ao mesmo tempo em que expõe outras tantas aos interessados na escrita da História da Enfermagem em Alagoas. Ao gerar novas fontes históricas, o estudo vem contribuir para a ampliação do arquivo do LADOPHE, as quais torna necessário à produção de um catálogo descritivo das personalidades da enfermagem alagoana, consistindo em grande contribuição para a comunidade de enfermagem e sociedade em geral, uma vez que irá conferir a estas personalidades o lugar de honra e destaque que precisam ocupar, a fim de que se tornem exemplos para a contemporaneidade.

Os resultados encontrados apontaram novos objetos de estudo a serem explorados por outros pesquisadores, tendo suscitado principalmente a seguinte questão: como será que as enfermeiras que se somaram às pioneiras deram conta de sustentar a nova ordem estabelecida por elas no campo da saúde em Alagoas? Mas isso já é uma outra história!

REFERÊNCIAS

ABEN. **Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976**. Documentário. Brasília (DF); 1976.

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral.** – 3. Ed. – Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

_____. **Ouvir Contar: textos em história oral. –** Rio de Janeiro: FGV, 2004.

ALELUIA, Orleans JS. **A trajetória de D. Isabel Colquhoun Macintyre na Enfermagem Alagoana- 1962/1975: uma contribuição à História da Enfermagem de Alagoas**. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Maceió: Cesmac. 2005. 75f.

ANJOS, Juarez José Tuchinski dos. **Uma trama na história: a criança no processo de escolarização nas últimas décadas do período imperial (lapa, província do paraná, 1866-1886)**. Dissertação (Mestrado em Educação). Curitiba: UFPR, 2011. 303f.

BARREIRA, Ieda de Alencar. **A prática da enfermagem no Brasil nos anos 60/70 do século XX: assistência, ensino e pesquisa**. Relatório Final. Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ. 2011. 21f.

BARREIRA, Ieda de Alencar; BAPTISTA, Suely de Souza. O Movimento de Reconsideração do Ensino e da Pesquisa em História da Enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** [online], Brasília, v.56, n.6, p.702-706, nov./dec. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n6/a24v56n6.pdf>

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas**. **Sobre a teoria da Ação**. 9º Ed. Campinas, São Paulo: Papirus, 2013.

_____. **O poder simbólico**. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. Introdução, organização e seleção Sergio Miceli. – 7. Ed. – São Paulo: Perspectiva, 2011_a.

_____. **Coisas ditas**. São Paulo: Brasiliense, 2004.

_____. A dominação masculina. Trad. Maria Helena Kuhner. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 2002.

_____. **A economia das trocas linguísticas:** o que falar quer dizer. 2. ed. São Paulo: Edusp, 1998.

_____. **Escritos de educação.** Maria Alice Nogueira e Afrânio Catani (Orgs.). Petrópolis: Vozes, 1998_a.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean.-Claude. ***A reprodução*: Elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Trad. de Reynaldo Bairão. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1982.

BOURDIEU, Pierre. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. **Pierre Bourdieu – sociologia.** São Paulo: Ática; 1994. p. 122-5.

BRASIL. **Lei 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da *enfermagem*, e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br /ccivil_03/leis/L7498.htm>

_____. **Lei n. 775, de 6 de agosto de 1949**. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências.

_____. **Decreto 50.387 de 28 de março de 1961**. Regulamenta o exercício da enfermagem e suas funções auxiliares no território nacional. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1950-1969/D50387.htm>

_____. **Portaria 773 de 29 de agosto de 1979**. Ministério da Educação e Cultura. Reconhece o Curso de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Alagoas.

_____. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Sobre a pesquisa com seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

BURKE, Peter. **O que é história cultural?** – Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BURKE Peter (org.). **A escrita da história: novas perspectivas**. Tradução Magda Lopes. – São Paulo: Editora UNESP, 2011.

CASSAB, Latif Antonia; RUSCHEINSKY, Aloísio. Indivíduo e ambiente: a metodologia de pesquisa da história oral. **Biblos**, Rio Grande, v.16, p.7-26, 2004. Disponível em: <http://www.seer.furg.br/biblos/article/view/125>

CORBELLINI, Valéria Lamb; MEDEIROS, Marilú Fontoura. Fragmentos da história: a enfermeira tornando-se sujeito de si mesma. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 59, n. spe, 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000700003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 08 vov. 2013.

CRUZ, Leonardo Valério da Silva; TAVARES, Débora Enoque. **A consolidação do curso de graduação em enfermagem da UFAL: a trajetória da primeira turma**. Trabalho de Conclusão de curso (graduação em enfermagem). Maceió: UFAL/ESENFAR. 2007. 95f.

COSTA, Laís de Miranda Crispim. **Tecitura da Identidade Profissional da primeira turma do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Alagoas: contribuição do corpo docente – 1973/1977**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Maceió: UFAL/ESENFAR. 2012. 105f.

ESCOREL, Sarah. **História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária.** In: GIOVANELLA, Lígia. et al. (org.), Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

ETSAL. **Escola Técnica de Enfermagem Professora Valéria Hora** (2013). Disponível em: <http://etsal.com.br/a-escola/>

FAUSTO, Boris. **História do Brasil**. 6. ed. São Paulo: Edusp, 2012.

FERRO, Rose Clair; ALMEIDA FILHO, Antônio José de; LOURENCO, Lucia Helena Silva Correa. Panorama das políticas no setor saúde e a enfermagem na década de 1980. **Esc. Anna Nery** [online], Rio de Janeiro, v.10, n.3, p. dec. 2006.

FIGUEIREDO, Maria Cristina Soares; SANTOS, Regina Maria dos; MENDONÇA, Maria Rosa Almeida. **Avaliação do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia da Universidade Federal de Alagoas**. Maceió: 1987.

FIOCRUZ. **Fundo SESP**. Acervo da Casa Oswaldo Cruz (COC). Disponível em: <http://www.cocsite.coc.fiocruz.br/areas/dad/guia_acervo/arq_pessoal/fundo_sesp.htm.> Acesso em 20 mai. 13.

GAMA, Reynaldo. **Relatório da situação de saúde de Alagoas em 1939**. Maceió: 1940.

GOMES, Vera Lúcia de Oliveira; BACKES, Vânia Marli Schubert; VAZ, Marta Regina de Cezar. Aplicação dos conceitos bourdieusianos de campo, *habitus* e capital, ao campo da enfermagem. **Cogitare Enferm** [online], Curitiba, PR, v.10, n. 1, p.81-86, jan./abr. 2005.

KLETEMBERG, Denise Faucz. **A metodologia da assistência de enfermagem no Brasil: uma visão histórica**. Curitiba, 2004. 105 f. Universidade Federal do Paraná. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br /Disserta%C3% A7%C3%A3o Kletemberg.pdf>. Acesso em 10 mai. 2013.

LE GOFF, Jackes. **História e memória.** 5ª. ed. Campinas, SP: UNICAMP, 2003.

LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith. **Pesquisa em Enfermagem**. Tradução Ivone Evangelista Cabral. – Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.

LOPES, Maria Emília Limeira; SOBRINHO, Moisés Domingos; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Contribuições da sociologia de Bourdieu para o estudo do subcampo da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22, n. 3, set. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300031&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 01 nov. 2013.

LOYOLA, Maria Andréa. Bourdieu e a sociologia. In: **Bourdieu P. Pierre Bourdieu entrevistado por Maria Andréa Loyola**. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2002. p. 63-86.

LUCHESI, Luciana Barizon; LOPES, Gertrudes Teixeira. História Oral. In: OGUISSO, Taka; CAMPOS, Paulo Fernando de Souza; FREITAS, Genival Fernandes. **Pesquisa em história da Enfermagem**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2011.

MACEDO, Amanda Cavalcante de; et al. A voz por trás dos acontecimentos: contribuições da História Oral na pesquisa em História da Enfermagem brasileira. **Rev. Hist. Enferm HERE**. [Em submissão].

MEIHY, José Carlos Sebe B.; RIBEIRO, Suzana L. Salgado. **Guia prático de história oral**. – São Paulo: Contexto, 2011.

MINAYO, M.C de S. **Pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2008.

NELSON, Sioban. A imagem da enfermeira - as origens históricas da invisibilidade na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 2, jun. 2011 . Disponível

em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 30 out. 2013.

NORONHA, Gabriel Vieira. ROCHA, Luiz Guilherme Burlamaqui Soares Porto. Elias e Bourdieu - Para uma sociologia histórica, ou seria uma história sociológica? **Revista *Habitus***: revista eletrônica dos alunos de graduação em Ciências Sociais – IFCS/UFRJ, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 47-58, 30 mar. 2008. Anual. Disponível em: <www.habitus.ifcs.ufrj.br>. Acesso em: 30 ago. 2013.

OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de. **Enfermeiras da Força Expedicionária Brasileira no *front* do pós-guerra: o processo de reinclusão no serviço militar ativo do exército (1945-1957)**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN. 2010. 301f. Disponível em: <http://teses2.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_ AlexandreBarbosaDeOliveira.pdf>.

OLIVEIRA, Alexandre Barbosa de. **Signos do esquecimento: os efeitos simbólicos da participação das enfermeiras da Força Expedicionária Brasileira na Segunda Guerra Mundial (1943-1945)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN. 2007. 156f. Disponível em:< http://teses2.ufrj.br/Teses/EEAN_M/AlexandreBarbosaDeOliveira.pdf>

PADILHA, Maria Itayra; NELSON, Sioban; BORENSTEIN, Miriam Susskind. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, p.241-252. 2011.

_____. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enferm** [online], Florianópolis, Florianópolis, SC, v.14, n.4, p. 575-584, 2005.

PEREIRA, Maria José Bistafa et al . A enfermagem no Brasil no contexto da força de trabalho em saúde: perfil e legislação. **Rev. bras. enferm.** [online], Brasília, DF, v. 62, n. 5, 2009.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem – Brasil 1500 a 1930**. São Paulo: Cortez; 1989.

POUPART, Jean. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemiológicos e metodológicos**. Trad. Ana Cristina Nasser. 2. Ed. – Petropolis, RJ: Vozes, 2010.

REGO, Sergio; PALÁCIO, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **Bioética para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 160 p. (Coleção Temas em Saúde). ISBN: 978-85-7541-182-7

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). **Rev. bras. enferm**. [online]. Brasília, v.61, n.6, p. 909-915, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600020&lng=en&nrm=iso>

RENOVATO, Rogério Dias; et al . As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 7, n. 2, out. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462009000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 30 out. 2013.

RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida; et al . A escolha profissional no imaginário social - enfermeiras brasileiras e peruanas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 2, ago. 2006 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200011&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 out. 2013.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia (GO): AB; 1999.

SANTOS, Regina Maria dos. **A luta pela inserção do ensino de enfermagem em Alagoas: a Escola de Auxiliares de Enfermagem 1949/1955**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN. 2001. 239f.

SANTOS, Regina Maria dos; et al. Circunstâncias de oficialização do curso de auxiliar de enfermagem no Brasil: estudando as entrelinhas da Lei 775/49. **Rev Latino-Am. Enfermagem,** São Paulo, v.10, n.4, p.561-570, 2002.

SANTOS, Regina Maria dos; et al. Circunstâncias de criação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas: um estudo preliminar. **Hist. Enf. Rev. Eletr (HERE)** [online]**.** Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 69-94, 2010.

SANTOS, Regina Maria dos; LIRA, Yanna; NASCIMENTO, Renata. **O navio HPE: um novo encontro entre a Enfermagem Brasileira e a Norte-americana.** Maceió: Edufal, 2009.

SANTOS, Regina Maria dos; LEITE, Joséte Luzia. **A inserção do ensino de enfermagem em Alagoas: os bastidores de uma conquista**. Maceió: Edufal, 2004.

SANTOS, Regina Maria dos; NASCIMENTO, Yanna Cristina Moraes Lira (orgs). **Imagens do enfermeiro: filmes, TV e o mundo real**. Maceió: Edufal, 2013.

SANTOS, Tânia Cristina Franco dos; BARREIRA, Ieda de Alencar. **O poder simbólico da enfermagem norte-americana no ensino da enfermagem na capital do Brasil: 1928-1938**. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery, 2002.

SECAF, Victória; RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. Enfermeiros que deixaram de exercer a enfermagem: por que?. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 6, n. 2, abr. 1998 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0104-11691998000200002&lng=pt&nrm=iso>. Aessos em 30 out. 2013.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. Uma introdução a Pierre Bourdieu. **Revista Cult**. Edição 128. Setembro de 2008. Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/ 2010/03/uma-introducao-a-pierre-bourdieu/>

SILVA, Alcione Leite da; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Mirian Süsskind. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** [online], São Paulo, v.10, n.4, p.586-595, 2002.

SILVA, Antônio Carlos Costa et al. **Médicos e enfermeiras: o relacionamento numa unidade de emergência.** In: 26 Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Fortaleza. Fortaleza (CE): Associação Brasileira de Engenharia de Produção; 2006. Disponível em: <http://www. abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR530360_7822.pdf>. Acesso em: 30 out.2013.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. Pierre Bourdieu: a teoria na prática. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 1, Feb. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122006000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 Out. 2013.

VILLELA, Lenice de Castro Mendes et al. Tempo de atuação do profissional enfermeiro – Minas Gerais. **Enfermagem em Foco** [online], Brasília, DF, v.2, n.4, p.248-250, 2011. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/download/194/130.>

UNCISAL. **Relatório de Gestão 2009-2010**. Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió: 2011. Disponível em: http://dev.uncisal.edu.br/calango/wp-content/uploads/2011/05/relatorio_gestao_2010.pdf.

APÊNDICES

Apêndice A – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA A PESQUISA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Solicito a Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, **AUTORIZAÇÂO** para coleta de dados referentes aos enfermeiros formados nos anos de 1977, 1978 e 1979, a fim de possibilitar a realização da pesquisa intitulada **"**A reconfiguração do espaço social da enfermeira em Alagoas - 1977/1979: lutas e repercussões no campo institucional de saúde", sob responsabilidade da pesquisadora principal Amanda Cavalcante de Macedo, sob orientação da prof. Dra. Regina Maria dos Santos, vinculadas ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFAL, comprometendo-se, estas, a seguir as normas e rotinas deste serviço, zelar e não alterar a organização dos documentos. Haverá, também, o compromisso da confidencialidade dos sujeitos da pesquisa e os dados obtidos somente serão divulgados em reuniões e publicações científicas.

Amanda C. de Macedo
Pesquisadora Principal

Regina Santos
Orientadora

Maceió, 13 de setembro de 2012.

Eu, João Xavier de Araújo Júnior, em nome desta instituição, AUTORIZO a coleta de dados para realização desta pesquisa, conforme solicitação acima.

Autorização com nome legível,
assinatura e carimbo do diretor da instituição
ou responsável pelo setor

Profº. Dr. João Xavier de Araújo Júnior
Diretor/ESENFAR/UFAL

Apêndice B - LISTA NOMINAL DAS ENFERMEIRAS FORMADAS EM ALAGOAS NOS ANOS 1977, 1978 E 1979 - CONFORME SEMESTRE/ANO DE FORMATURA.

Ano de Formatura: 1977.1

1. Ana Maria Oliveira Santos
2. Elzira Pacheco de Macedo
3. Ivanilda de Albuquerque Alves
4. Fátima Maria Fontan Silva
5. Luiza de Almeida Santos
6. Maria das Graças Pereira Lima
7. Maria Helena Quintella Brandão Vilela
8. Maria Neide Santos da Silva
9. Noraci Pedrosa Moreira

Ano de Formatura: 1977.2

1. Ana Lucia Santos
2. Cordelia Leite
3. Dinah Vieira Marinho
4. Fátima Lucia da Silva Barbosa de Omena
5. Marilene de Oliveira
6. Zélia Maria Teixeira Lins

Ano de Formatura: 1978.1

1. Ana Rosa Ferreira de Araújo
2. Fátima Conceição de Jesus Freire
3. Gilvania Dorta de Moura
4. Helensiegles Veloso Pimentel
5. Josenita Severo da Rocha
6. Maria de Fatima Vieira Batista de Nazaré
7. Maria de Lourdes da Silva Ferreira
8. Maria Nilza de Carvalho
9. Maria Socorro de Souza Cavalcante
10. Maria Umbelina e Silva
11. Sonia de Lima Chagas Lopes

Ano de Formatura: 1979.1

1. Ana Maria Vieira de Andrade
2. Angela Maria Gomes Tenório
3. Débora Maria da Silva Santos
4. Else Guedes dos Santos
5. Elza Peixoto da Rocha
6. Emília Maria dos Santos

7. Gizele Lessa de Carvalho
8. Iracilda Rodrigues dos Santos
9. Izabel da Silva Madeiro
10. Jabete Acioli Silva
11. Lilia Alves de Almeida
12. Lindsay Vasconcelos Clemente
13. Maria Adelina de Barros Amorim
14. Maria Célia Agra de Albuquerque
15. Maria da Glória Vilela de Vasconcelos
16. Maria das Graças Cajueiro Rêgo
17. Maria de Fátima Rezende Dórea
18. Maria de Lourdes Melo Pereira Leite
19. Maria do Socorro Barbosa Gonçalves
20. Maria Luiza Pereira de Barros
21. Maria Mônica de Melo Moreira
22. Maria Telma de Souza
23. Marina Serafim Nogueira de Oliveira
24. Marione Machado da Cunha
25. Marly Lemos de Almeida
26. Olga Maria Rocha Silva
27. Ronália Maria Rolim Villanova
28. Roseana Josué Rapôso
29. Sônia Maria Malta Buarque
30. Tânia Kátia Gomes de Araújo
31. Terezinha Barbosa da Silva
32. Vanleide Cavalcante Fernandes Lima
33. Vilma Lúcia de Melo Lima
34. Vera Lúcia da Silva
35. Zenaide Oliveira de Omena

Ano de Formatura: 1979.2

1. Josinete Marques da Silva
2. Maria Betânia da Silva
3. Maria Socorro França da Silva
4. Rosirlene Maria de Barros
5. Sônia Costa Romariz
6. Tereza Cristina Lima de Medeiros
7. Vera Lúcia Oliveira

Apêndice C – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Roteiro para Entrevista

Parte 1 – Dados para caracterização dos sujeitos:

Entrevistado n.º _____

Pseudônimo _____

Idade _____ anos

Natural de _____

Ano de formado _____

Idade que se formou_____

Pós-graduação_____

Situação social atual _____

Parte 2 – Dados relativos ao objeto do estudo

1. Como era a situação de Saúde em Alagoas no final da década de 70?
2. Como era a situação da enfermagem em Alagoas?
3. Após a formação, quando e onde você conseguiu exercer a profissão?
4. Como se deu sua entrada nesta instituição?
5. Como era o grupo/equipe de trabalho que você encontrou? Quem chefiava o grupo/equipe? Já havia enfermeira nesta instituição?
6. Como era a sua relação com as atendentes, com as auxiliares de enfermagem, com os médicos e com a instituição de saúde?
7. A seu ver, como o grupo percebeu sua entrada naquele ambiente de trabalho?
8. No movimento diário do trabalho, surgia algum tipo de discordância ou desavença? Quais eram as mais frequentes?
9. Como se sentia enquanto enfermeira diante das suas possibilidades de atuação na instituição onde trabalhava?
10. Você gostaria de fazer algum comentário adicional sobre este assunto?

ANEXOS

Anexo A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – AL, 06/02/2013

Senhor (a) Pesquisador (a), Regina Maria dos Santos

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 05/02/2013, em e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº **05620712.6.0000.5013** sob o título, **A reconfiguração do espaço social da enfermeira em alagoas - 1977/1979: lutas e repercussões no campo institucional de saúde** vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o(a) pesquisador(a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra - referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais.

Válido até: Fevereiro de 2014

Profª Drª Deise Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL

Anexo B – INSTRUMENTO PARA ANÁLISE INTERNA E EXTERNA DE DOCUMENTOS– PROPOSTO POR ALELUIA E SANTOS, 2005.

Anexo 1 - Roteiro para análise interna e externa do documento

N° do Documento: _____

Data __/__/__

TIPO DE DOCUMENTO		
LOCAL ONDE O DOCUMENTO FOI ENCONTRADO		
DATA DO DOCUMENTO		
ASSUNTO DO DOCUMENTO		
QUEM ASSINA		
A QUEM É DIRIGIDO		
RESUMO		
OBSERVAÇÕES		

Anexo C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

"O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa"

Eu,....., tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo "*A reconfiguração do espaço social da enfermeira em Alagoas – 1977/1979: lutas e repercussões no campo institucional de saúde*", que será realizada na Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, em Maceió, recebi da Sra. Amanda Cavalcante de Macedo, mestranda e professora substituta desta universidade, da profª Dra. Regina Maria dos Santos, orientadora, responsável por sua execução , as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

1) Que o estudo se destina a descrever o movimento das enfermeiras egressas do primeiro curso de graduação em Enfermagem do estado ao inserir-se nas instituições de saúde de Alagoas; analisar as lutas travadas no campo da saúde em razão da inserção das enfermeiras recém-graduadas no espaço institucional de saúde alagoano; e discutir a luta das enfermeiras pela reconfiguração de sua identidade profissional em Alagoas.

2) Que a importância deste estudo é despertar a atenção dos enfermeiros em relação à própria trajetória profissional, como sujeitos participantes da história.;

3) Que os resultados que se desejam alcançar são contribuir para ampliar o conhecimento sobre a história da Enfermagem brasileira, em especial da Enfermagem Alagoana;

4) Que este estudo começará em janeiro de 2013 e terminará em dezembro de 2013;

5) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: concedendo entrevista, a qual será realizada em data e local escolhidos por mim. A pesquisadora intermediará o encontro para a entrevista, com contato telefônico prévio comigo, se apresentando, falando a respeito da sua pesquisa e me dando liberdade para fazer as perguntas que achar conveniente. Depois decidirei sobre qual a melhor data e local para a entrevista, momento em que eu serei preparado para a gravação de meu depoimento, sendo apresentado previamente a mim o aparelho eletrônico que será utilizado;

6) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: risco de me emocionar durante a entrevista, sentir-me envergonhada em responder alguma pergunta formulada pela pesquisadora ou ainda me confessar esquecida, constrangendo-me em não colaborar como gostaria; risco de não me sentir bem em recordar antigas desavenças e ou sofrer por relembrar perdas de amigos;

7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: a pesquisadora respeitará o meu momento, suspenderá a entrevista tantas vezes quantas sejam necessárias, remarcará quando eu preferir, ouvirá meus argumentos e se colocará à disposição para deixar-me confortável durante todo o tempo que for necessário.

8) Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

9) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

10) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

11) Que eu poderei doar meu depoimento, gravado através de aparelho eletrônico (gravador), para guarda no Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob a forma de mídia e ou registro escrito, tendo o mesmo sido apresentado anteriormente a minha pessoa para a prévia apreciação e autorização, e que este meu depoimento, tal como se encontra pode ser utilizado como fonte para futuros estudos sobre a história da Enfermagem alagoana.

12) Que a minha participação nesta pesquisa não me ocasionará nenhum tipo de gasto, e que o pesquisador estará insento de quaisquer ressarcimentos e indenizações a minha pessoa.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Endereço do(a) participante voluntário(a):

Domicílio: (rua, conjunto).....Bloco: .....
Nº: ....., complemento: .....Bairro: .....
Cidade: .....CEP.:.....Telefone: .....
Ponto de referência: .....

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador: Amanda Cavalcante de Macedo
Endereço Postal: Praça Pedro Paulino, 59 - Centro -Marechal Deodoro, AL
CEP: 57160-000. Fone:82 3260-6598. Correio Eletrônico: amandacmacedo@hotmail.com

Orientador:Regina Maria dos Santos
Endereço Postal: Rua Henry Vicente Vieira de Paula, 127 - Jacarecica - Maceió, AL
CEP: 57038-690. Fone: 82 3355-5209. Correio Eletrônico: relpesantos@gmail.com

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: *Campus A. C. Simões* - Av. Lourival Melo Mota, s/n, Cidade Universitária - Maceió - AL, CEP:57072-900. Telefone: 32141041. EMAIL: comitedeetica@*ufal*.br.

Maceió, _____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão datiloscópica do(a) voluntário(a) ou responsável legal

Assinatura do responsável pelo Estudo
(rubricar as demais folhas)

Assinatura do pesquisador auxiliar
(rubricar as demais folhas)

Anexo D – TERMO DE DOAÇÃO DO RELATO

TERMO DE DOAÇÃO DE DEPOIMENTO

Eu,....., CONCORDO em doar meu depoimento, gravado através de aparelho eletrônico (gravador), para a guarda no Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre (GEDIM) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), sob a forma de mídia e ou registro escrito, tendo o mesmo sido apresentado anteriormente a minha pessoa para a prévia apreciação e autorização.

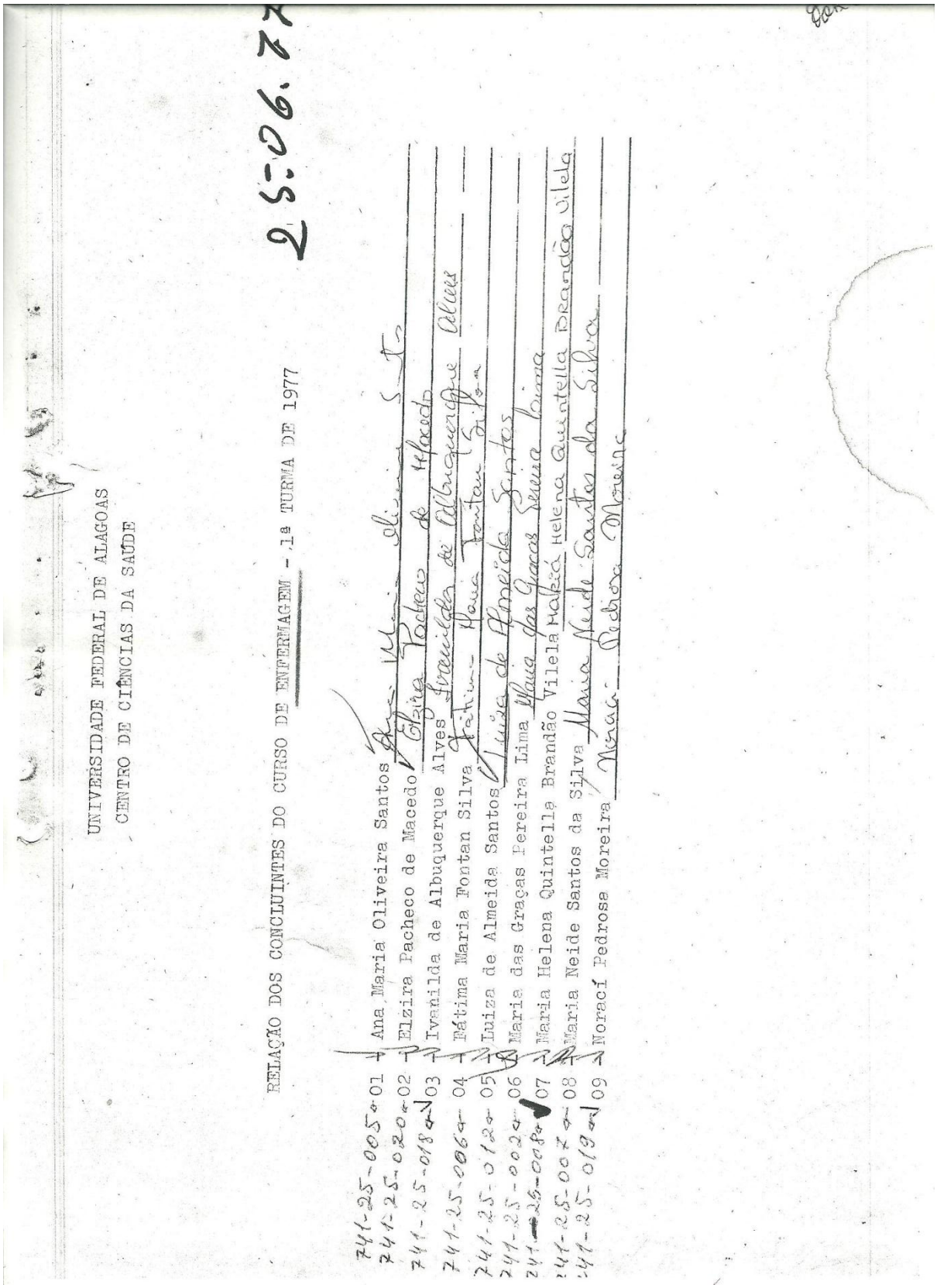
Declaro ainda que este meu depoimento, tal como se encontra e é de meu conhecimento e autorização, pode ser utilizado como fonte primária para futuros estudos sobre a história da Enfermagem alagoana.

Maceió, ... de ..... de .....

_____

Assinatura do entrevistado

Anexo E – *Fac Símile* do documento: RELAÇÃO DOS CONCLUINTES DA PRIMEIRA TURMA DE ENFERMAGEM UFAL – 1977.1– Arquivo: DCRA.



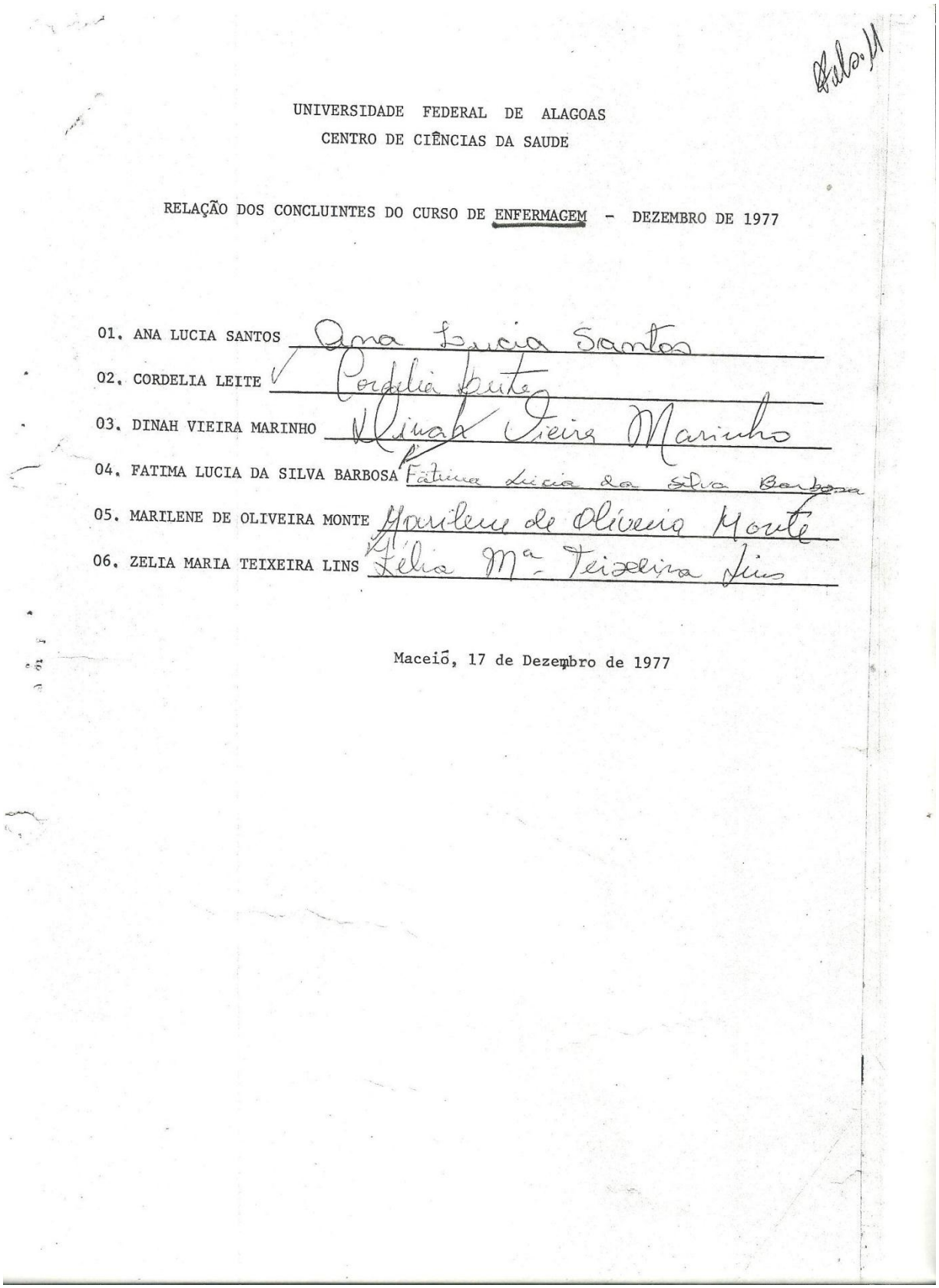
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELAÇÃO DOS CONCLUINTES DO CURSO DE ENFERMAGEM - 1a TURMA DE 1977

2.5.06.77

741-25-005-01 Ana Maria Oliveira Santos
741-25-020-02 Elzira Pacheco de Macedo
741-25-018-03 Ivanilda de Albuquerque Alves
741-25-006-04 Fátima Maria Fontan Silva
741-25-012-05 Luiza de Almeida Santos
741-25-002-06 Maria das Graças Pereira Lima
741-25-008-07 Maria Helena Quintella Brandão Vilela
741-25-007-08 Maria Neide Santos da Silva
741-25-019-09 Norací Pedrosa Moreira

Anexo F – *Fac Símile* do documento: RELAÇÃO DOS CONCLUINTES DA SEGUNDA TURMA DE ENFERMAGEM – UFAL – 1997.2 – Arquivo: DCRA.



Fls. 11

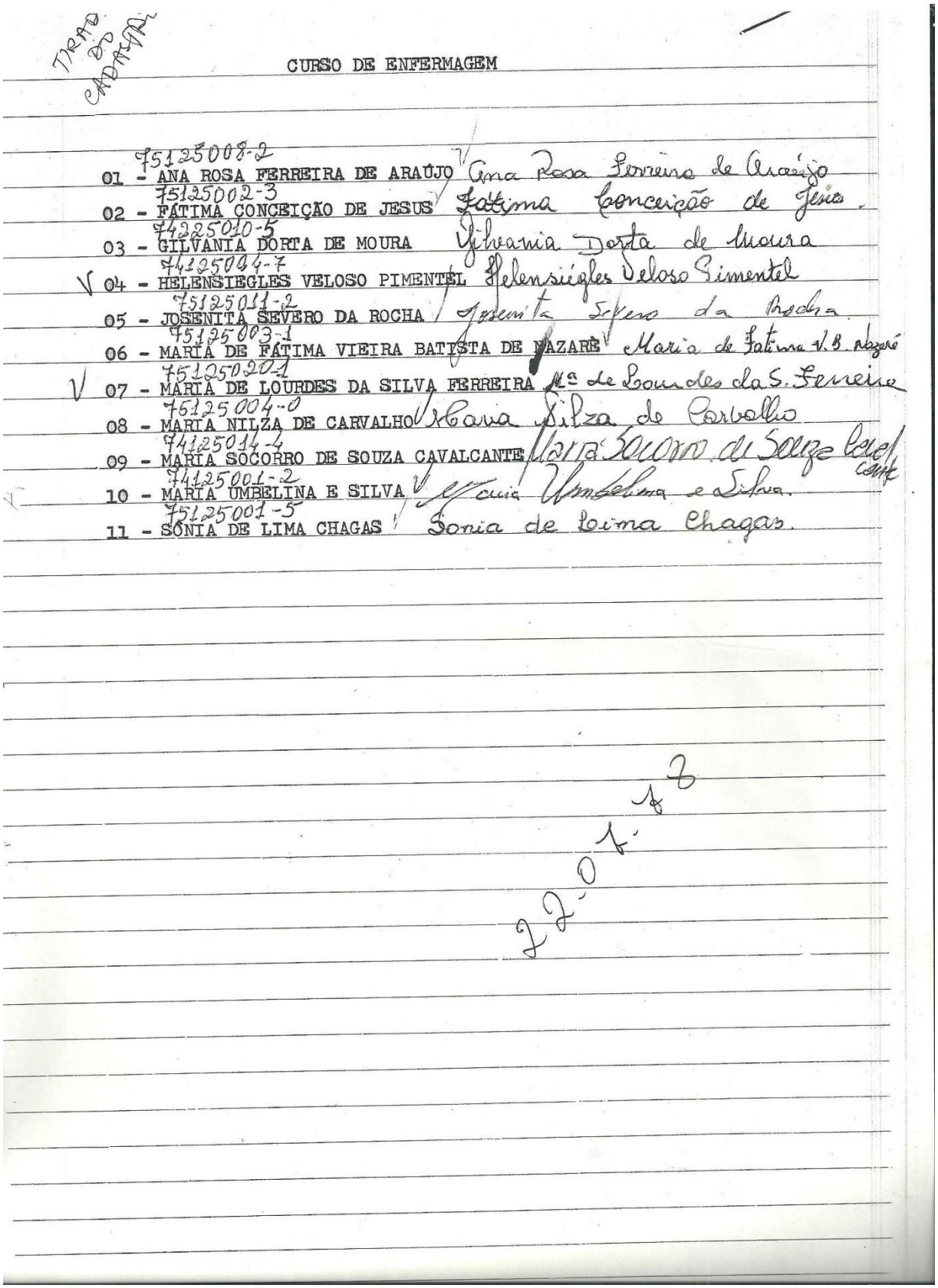
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAUDE

RELAÇÃO DOS CONCLUINTES DO CURSO DE ENFERMAGEM - DEZEMBRO DE 1977

01. ANA LUCIA SANTOS Ana Lucia Santos
02. CORDELIA LEITE ✓ Cordelia Leite
03. DINAH VIEIRA MARINHO Dinah Vieira Marinho
04. FATIMA LUCIA DA SILVA BARBOSA Fátima Lucia da Silva Barbosa
05. MARILENE DE OLIVEIRA MONTE Marilene de Oliveira Monte
06. ZELIA MARIA TEIXEIRA LINS Zélia Mª Teixeira Lins

Maceió, 17 de Dezembro de 1977

Anexo G – *Fac Símile* do documento: RELAÇÃO DOS CONCLUINTES DA TERCEIRA TURMA DE ENFERMAGEM – UFAL – 1978.1 – Arquivo: DCRA.

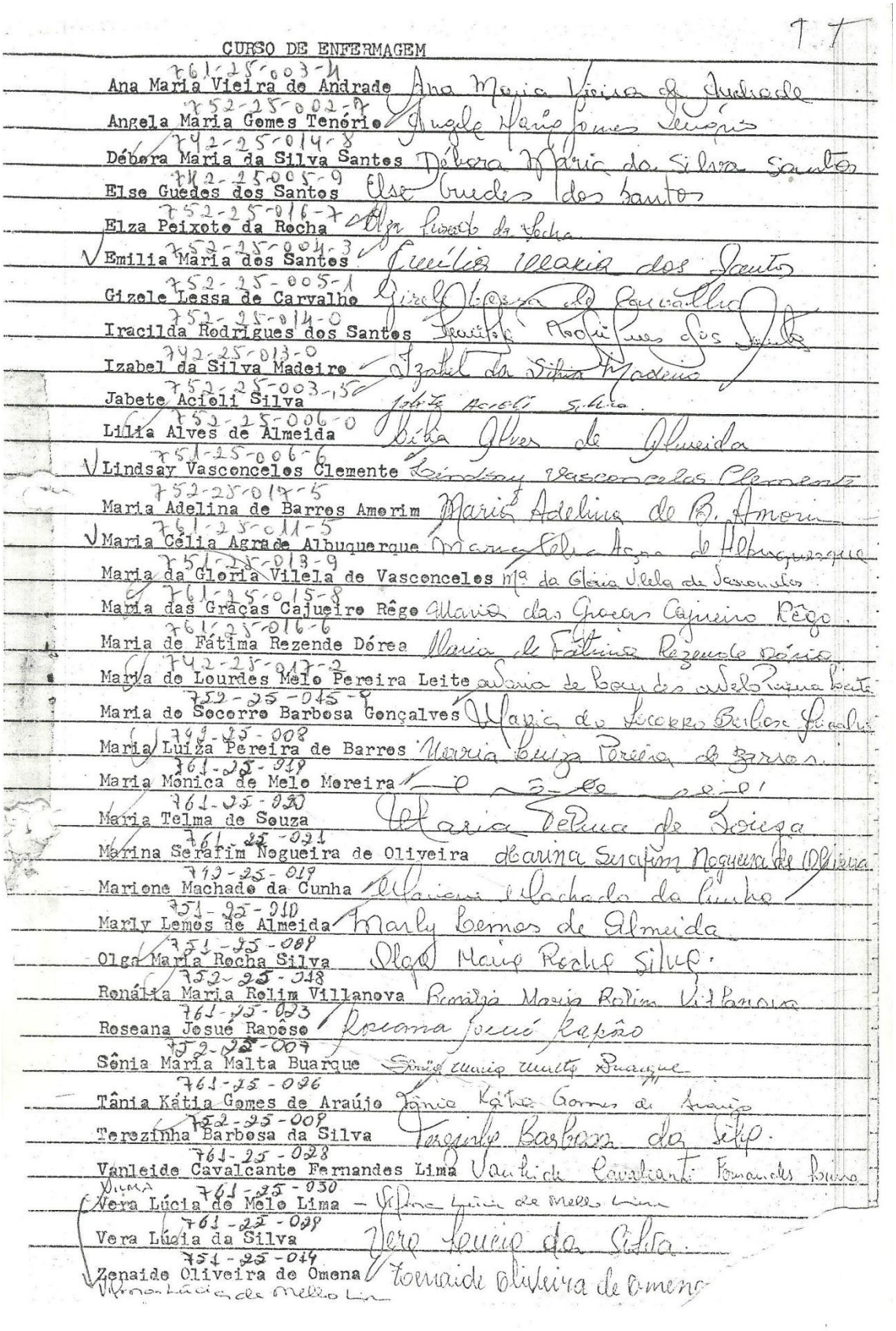


TIRAR DO CADASTRO

CURSO DE ENFERMAGEM

01 - ANA ROSA FERREIRA DE ARAÚJO 7512500 8-2 Ana Rosa Ferreira de Araújo
02 - FÁTIMA CONCEIÇÃO DE JESUS 7512500 2-3 Fátima Conceição de Jesus.
03 - GILVANIA DORTA DE MOURA 7422501 0-5 Gilvania Dorta de Moura
04 - HELENSIEGLES VELOSO PIMENTEL 7412504 4-7 Helensieglas Veloso Pimentel
05 - JOSENITA SEVERO DA ROCHA 7512501 1-2 Josenita Severo da Rocha
06 - MARIA DE FÁTIMA VIEIRA BATISTA DE NAZARÉ 7512500 3-1 Maria de Fátima V.B. Nazaré
07 - MARIA DE LOURDES DA SILVA FERREIRA 7512502 0-1 Mª de Lourdes da S. Ferreira
08 - MARIA NILZA DE CARVALHO 7512500 4-0 Maria Nilza de Carvalho
09 - MARIA SOCORRO DE SOUZA CAVALCANTE 7412501 4-4 Maria Socorro de Souza Cavalcante
10 - MARIA UMBELINA E SILVA 7412500 1-2 Maria Umbelina e Silva.
11 - SÔNIA DE LIMA CHAGAS 7512500 1-5 Sonia de Lima Chagas.

Anexo H – *Fac Símile* do documento: RELAÇÃO DOS CONCLUINTES DA QUARTA TURMA DE ENFERMAGEM – UFAL – 1979.1 – Arquivo: DCRA.



CURSO DE ENFERMAGEM

761-25-003-4 Ana Maria Vieira de Andrade — Ana Maria Vieira de Andrade
752-25-002-7 Angela Maria Gomes Tenório — Angela Maria Gomes Tenório
742-25-014-8 Débora Maria da Silva Santos — Débora Maria da Silva Santos
742-25-005-9 Else Guedes dos Santos — Else Guedes dos Santos
752-25-016-7 Elza Peixoto da Rocha — Elza Peixoto da Rocha
752-25-004-3 Emilia Maria dos Santos — Emília Maria dos Santos
752-25-005-1 Gizele Lessa de Carvalho — Gizele Lessa de Carvalho
752-25-014-0 Iracilda Rodrigues dos Santos — Iracilda Rodrigues dos Santos
742-25-013-0 Izabel da Silva Madeiro — Izabel da Silva Madeira
752-25-003-1 Jabete Acioli Silva — Jabete Acioli Silva
752-25-006-0 Lilia Alves de Almeida — Lilia Alves de Almeida
751-25-006-6 Lindsay Vasconcelos Clemente — Lindsay Vasconcelos Clemente
752-25-017-5 Maria Adelina de Barros Amorim — Maria Adelina de B. Amorim
761-25-011-5 Maria Célia Agra de Albuquerque — Maria Célia Agra de Albuquerque
751-25-013-9 Maria da Gloria Vilela de Vasconcelos — Mª da Gloria Vilela de Vasconcelos
761-25-015-8 Maria das Graças Cajueiro Rêgo — Maria das Graças Cajueiro Rêgo
761-25-016-6 Maria de Fátima Rezende Dórea — Maria de Fátima Rezende Dórea
742-25-017-2 Maria de Lourdes Melo Pereira Leite — Maria de Lourdes Melo Pereira Leite
752-25-015-9 Maria do Socorro Barbosa Gonçalves — Maria do Socorro Barbosa Gonçalves
749-25-008 Maria Luiza Pereira de Barros — Maria Luiza Pereira de Barros
761-25-019 Maria Monica de Melo Moreira — [illegible]
761-25-020 Maria Telma de Souza — Maria Telma de Souza
761-25-021 Marina Serafim Nogueira de Oliveira — Marina Serafim Nogueira de Oliveira
749-25-019 Marione Machado da Cunha — Marione Machado da Cunha
751-25-010 Marly Lemos de Almeida — Marly Lemos de Almeida
751-25-009 Olga Maria Rocha Silva — Olga Maria Rocha Silva
752-25-018 Renália Maria Rolim Villanova — Renália Maria Rolim Villanova
761-25-023 Roseana Josué Rapôso — Roseana Josué Rapôso
752-25-007 Sônia Maria Malta Buarque — Sônia Maria Malta Buarque
761-25-026 Tânia Kátia Gomes de Araújo — Tânia Kátia Gomes de Araújo
752-25-008 Terezinha Barbosa da Silva — Terezinha Barbosa da Silva
761-25-028 Vanleide Cavalcante Fernandes Lima — Vanleide Cavalcante Fernandes Lima
761-25-030 Vera Lúcia de Melo Lima — Vera Lúcia de Melo Lima
761-25-029 Vera Lúcia da Silva — Vera Lucia da Silva
751-25-014 Zenaide Oliveira de Omena — Zenaide Oliveira de Omena

Anexo I – LISTA COM A RELAÇÃO DOS CONCLUINTES DA QUARTA E QUINTA TURMA DE ENFERMAGEM – UFAL – 1979.2. Arquivo: coordenação da Esenfar.

4ª FORMATURA (79.1):
TURMA:
PATRONESSA:

01 - Ana Maria Vieira de Andrade
02 - Angela Maria Gomes Tenório
03 - Débora Maria da Silva Santos
04 - Else Guedes dos Santos
05 - Elza Peixoto da Santos
06 - Emília Maria dos Santos
07 - Gizele Lessa de Carvalho
08 - Iracilda Rodrigues dos Santos
09 - Izabel da Silva Madeiro
10 - Jabete Acioli Silva
11 - Lília Alves de Almeida
12 - Lindsay Vasconcelos Clemente
13 - Maria Adelina de Barros Amorim
14 - Célia Agra de Albuquerque
15 - Maria da Glória V. de Vasconcelos
16 - Maria das Graças Cajueiro Rêgo
17 - Maria de Fátima Rezende Dórea
18 - Maria de Lourdes M. Pereira Leite
19 - Maria do Socorro Barbosa Gonçalves
20 - Maria Luiza Pereira de Barros
21 - Maria Mônica de Melo Moreira
22 - Maria Telma de Souza
23 - Maria Serafim Nogueira de Oliveira
24 - Marione Machado da Cunha
25 - Marly Lemos de Almeida
26 - Olga Maria Rocha Silva
27 - Renália Maria Rolim Villanova
28 - Ruth Evaristo
29 - Roseana Josué Rapôso
30 - Sônia Maria Malta Buarque
31 - Tânia Kátia Gomes de Araújo
32 - Terezinha Barbosa da Silva
33 - Vanleide Cavalcante Fernandes Lima
34- Vilma Lúcia de Melo Lima
35 - Vera Lúcia da Silva
36 - Zenaide Oliveira de Omena

5ª FORMATURA (79.2):
TURMA:
PARANINFA:

01 - Josinete Marques da Silva
02 - Maria Betânia da Silva
03 - Maria Socorro França da Silva
04 - Rosirlene Maria Barros da Silva
05 - Sônia Costa Romariz
06 - Tereza Cristina Lima de Medeiros
07 - Vera Lúcia Oliveira

FILOSOFIA

O programa do curso de Enfermagem, endossa e abraça a filosofia da Universidade Federal de Alagoas. Por esta razão o seu currículo pleno integrando a equipe multiprofissional, atender as necessidades de saúde da região.

O objetivo global do programa é de preparar líderes profissionais aptos a proporcionar assistência direta de enfermagem, ao indivíduo sadio e enfermo; administrar e dirigir serviços de enfermagem; participar de pesquisas e programas de ensino para indivíduos, família e comunidade.

Para realizar este objetivo, o corpo docente planejou e elaborou este currículo levando em consideração os seguintes princípios:

1. Definição do Profissional

O enfermeiro é uma pessoa formada num programa de educação básica de Enfermagem, qualificada e autorizada no seu país a proporcionar serviços responsáveis e competentes, a fim de: promover a saúde, prevenir a doença, cuidar dos doentes e de sua reabilitação, objetivando um melhor nível de saúde (adaptado da definição do Comitê International de Nursing - ICN, maio, 1973).

2. Educação Básica de Enfermagem

É um programa educacional planejado, que fornece uma base ampla e sólida para a prática efetiva da enfermagem profissional.

3. Objetivo Principal da Aprendizagem em Enfermagem

É a implementação em todas as áreas de experiência da aprendizagem a fim de proporcionar assistência integral de Enfermagem, ao indivíduo, família e comunidade, visando a promoção da saúde, prevenção da doença, recuperação e reabilitação, através do processo de resolver problemas. Embora competencias específicas sejam requeridas dos estudantes durante os anos acadêmicos, o corpo docente crê que o ensino do processo de resolver problemas, e o seu uso, como estrutura básica do currículo, ajuda os estudantes e recém-formados a entrarem com confiança em novas e desconhecidas situações de enfermagem. Consequentemente espera-se que, os estudantes aprendam e usem todos os passos deste processo durante sua experiência de aprendizagem.

4. Estrutura Conceptual

O currículo, de forma conceptual, é baseado nas necessidades do ser humano, considerado no contexto bio-psico-social, que se identificam como: oxigênio, nutrição, eliminação, atividade ou exercício, repouso, sono, segurança e emoções.

5. Estrutura Teórica

É admitido como premissa que, o conhecimento e as habilidades básicas de enfermagem são universais, daí o currículo ser elaborado através da identificação do que o estudante poderá fazer (comportamentos psicomotores) e do que deverá saber (comportamentos cognitivos), como base para a sua ação ou intervenção numa situação envolvendo o ser humano.

6. Objetivos Terminais

ao final do curso o estudante deverá estar capacitado

Anexo J – *Fac Símile* do documento: Filosofia do Curso de Graduação em Enfermagem – UFAL (1977). Arquivo LADOPHE/GEDIM/UFAL.

para:

6.1. Realizar o processo de enfermagem na assistência ao homem sadio ou doente a domicílio, ambulatório e unidades de internação.

- Identificar necessidades bio-psico-sociais do indivíduo, família e comunidade.
- Estabelecer diagnóstico de enfermagem.
- Programar a assistência de enfermagem.
- Executar a programação ou delegar execuções
- Observar a evolução do caso.
- Avaliar.
- Reajustar a programação necessária.

6.2. Identificar necessidades de ensino, programar, executar e avaliar atividades educativas para a saúde de indivíduos, famílias e comunidade, e treinamento em serviço de pessoal de enfermagem.

6.3. Administrar serviços de Enfermagem em hospitais de pequeno porte (doenças crônicas, agudas e de urgências)e em centros de saúde servindo a uma comunidade de cerca de 150.000 habitantes:

- Participar da coleta e análise dos dados relacionados com a saúde a fim de identificar necessidades administrativas face à problemática de saúde local.
- Participar no estabelecimento dos objetivos, das atividades, metas, normas e rotinas do programa geral.
- Estabelecer os objetivos, as atividades, metas, normas e rotinas de enfermagem.
- Executar, controlar, avaliar e reajustar o programa estabelecido.

6.4. Integrar valores e ideais que o façam um cidadão, membro de sua comunidade em busca da realização de suas potencialidades visando o aperfeiçoamento pessoal e profissional, bem como a sua participação em associações de classe, sociedades científicas e culturais, e projetos comunitários.

6.5. Analisar o processo saúde/doença em toda trajetória da vida humana indicando os meios necessários para a manutenção do seu equilíbrio bio-psico-social.

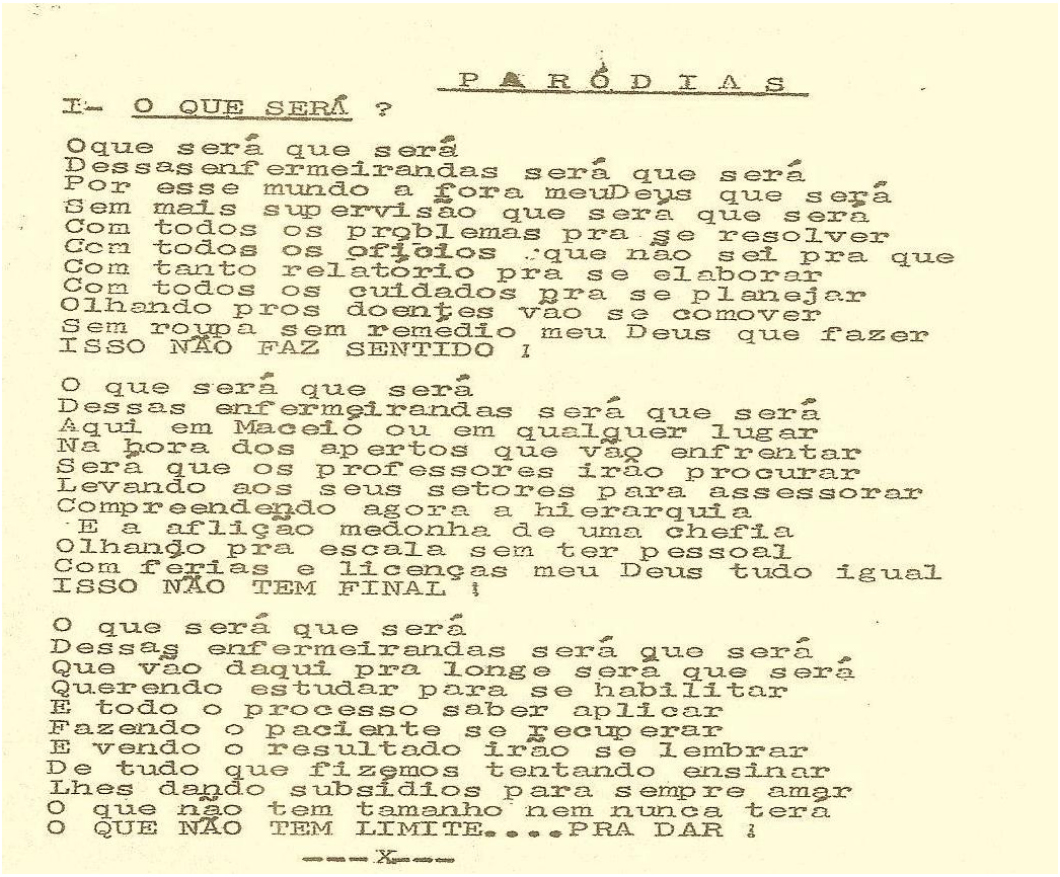
6.6. Sentir-se compromissado em participar na promoção, manutenção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

6.7. Interagir com indivíduos e grupos, comunicando-se com eficiência, como um profissional de saúde.

6.8. Identificar as interrelações do sistema de saúde com os demais sistemas existentes no país.

6.9. Participação em pesquisas objetivando o desenvolvimento da ciência da enfermagem e a consequente melhoria dos padrões de assistência.

Anexo K – *Fac Símile do documento:* PARÓDIA: "O que será?" (composição das professoras para as primeiras Enfermeiras de Alagoas) – Autoras: Cristina Trezza, Regina Santos e Vera Rocha. Música original: Chico Buarque - *O que será?*- Arquivo LADOPHE/GEDIM/UFAL.



PARÓDIAS

I- O QUE SERÁ ?

Oque será que será
Dessasenfermeirandas será que será
Por esse mundo a fora meuDeus que será
Sem mais supervisão que sera que sera
Com todos os problemas pra se resolver
Com todos os ofícios que não sei pra que
Com tanto relatorio pra se elaborar
Com todos os cuidados pra se planejar
Olhando pros doentes vão se comover
Sem roupa sem remedio meu Deus que fazer
ISSO NÃO FAZ SENTIDO !

O que será que será
Dessas enfermeirandas será que será
Aqui em Maceió ou em qualquer lugar
Na hora dos apertos que vão enfrentar
Sera que os professores irão procurar
Levando aos seus setores para assessorar
Compreendendo agora a hierarquia
E a afliçao medonha de uma chefia
Olhando pra escala sem ter pessoal
Com ferias e licenças meu Deus tudo igual
ISSO NÃO TEM FINAL !

O que será que será
Dessas enfermeirandas será que será
Que vao daqui pra longe sera que será
Querendo estudar para se habilitar
E todo o processo saber aplicar
Fazendo o paciente se recuperar
E vendo o resultado irão se lembrar
De tudo que fizemos tentando ensinar
Lhes dando subsídios para sempre amar
O que não tem tamanho nem nunca tera
O QUE NÃO TEM LIMITE....PRA DAR !

---X---