



PESQUISA

Symbolic fights of nurses in implementation of the program of family health

Lutas simbólicas das enfermeiras na implantação do programa saúde da família

Luchas simbólicas de las enfermeras en la implantación del programa de salud de la familia

Maria do Carmo de Moraes Castro Freitas¹, Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes², Maria Eliete Batista Moura³, Tania Cristina Franco Santos⁴

ABSTRACT

Objective: To describe the symbolic struggle of nurses in the implementation of the Family Health Program in Teresina and analyze the strategies undertaken to ensure their participation in the program. **Method:** historical-social study, we used the concepts of Pierre Bourdieu as a theoretical framework, oral and documentary primary sources. Oral sources were derived from interviews with 11 nurses and a member of the health management who experienced this process. After the completion of each interview were performed transcription and thorough reading of the same, in order to organize the document body to be worked. **Results:** As they were acting, the nurses began to fight for the overthrow of the ruling power, established strategies in the processes of selection and hiring, updated the professional habitus, reacted as the wage gap between doctors and nurses and claimed professional autonomy. **Conclusion:** Nurses gained ground through struggles undertaken and even often at a disadvantage in relation to the domination of the field, demonstrated strength and resilience. **Descriptors:** History of nursing, Nursing, Family health.

RESUMO

Objetivo: Descrever a luta simbólica das enfermeiras na implantação do Programa Saúde da Família em Teresina e analisar estratégias empreendidas para assegurar sua participação no Programa. **Método:** Estudo histórico-social utilizou-se conceitos de Pierre Bourdieu, como arcabouço teórico, fontes primárias orais e documentais. As fontes orais originaram-se das entrevistas com 11 enfermeiras e um membro da gestão de saúde que vivenciaram esse processo. Foram realizadas a transcrição e leitura minuciosa das mesmas, de forma a organizar o corpo documental a ser trabalhado. **Resultados:** À medida que atuavam, as enfermeiras passaram a lutar pela subversão do poder dominante, estabeleceram estratégias nos processos de seleção e contratação, atualizaram o habitus profissional, reagiram quanto às diferenças salariais entre médicos e enfermeiras e reivindicaram autonomia profissional. **Conclusão:** As enfermeiras conquistaram espaço por meio de lutas empreendidas e, mesmo muitas vezes em desvantagem em relação à dominação do campo, demonstraram força e superação. **Descritores:** História da enfermagem, Enfermagem, Saúde da família.

RESUMEN

Objetivo: Describir la lucha simbólica de las enfermeras en la implantación del Programa de Salud de la Familia en Teresina y analizar estrategias emprendidas para asegurar su participación en el programa. **Método:** Estudio histórico-social, se utilizó conceptos de Pierre Bourdieu como un marco teórico, fuentes primarias orales y documentales. Las fuentes orales se derivaron de las entrevistas con 11 enfermeras y un miembro de la administración de la salud que ha experimentado esto proceso. Fueron realizadas la transcripción y la lectura completa de las mismas, con el fin de organizar el cuerpo del documento que será trabajado. **Resultados:** A medida que actuaban, las enfermeras empezaron a luchar por la supervisión dominante, establecieron estrategias en los procesos de selección y contratación, actualizaron el habitus profesional, reaccionaron cuanto las diferencias salariales entre los médicos y enfermeras y reivindicaron la autonomía profesional. **Conclusión:** Las enfermeras conquistaron espacio a través de luchas llevadas emprendidas y, mismo muchas veces en una situación de desventaja en relación con el dominio del campo, demostraron fuerza y superación. **Descriptor:** Historia de la enfermería, Enfermería, Salud de la familia.

¹Mestranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Especialista em Saúde Pública (UFPI), Enfermagem Obstétrica (UFPI) e Gestão em Serviços e Sistemas de Saúde (UFPI). Enfermeira da Estratégia Saúde da Família de Teresina. E-mail: carminhaenfa1@bol.com.br.

² Enfermeira. Doutora em enfermagem pela UFRJ. Professora do Programa de Pós-Graduação e Mestrado em Enfermagem da UFPI. E-MAIL: benevina@ufpi.edu.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFRJ. Professora da Graduação e do Programa de Pós-Graduação e Mestrado em Enfermagem da UFPI. Coordenadora do Programa de Mestrado em Saúde da Família. E-mail: mestradosaudedafamilia@uninovafapi.com.br

⁴ Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ - Rio de Janeiro/RJ. E-mail: taniacristinafsc@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo são as lutas simbólicas empreendidas pelas enfermeiras no processo de implantação do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Teresina. O marco inicial corresponde ao ano de 1996 e vincula-se ao início da atuação das enfermeiras nesse campo específico e o término se deu no ano de 2000, quando as mesmas foram efetivadas por meio do primeiro concurso público para os profissionais que atuavam no âmbito do Programa.

Para compreender a problemática desse estudo é preciso considerar que no período de 1996 a 2000, o modelo de assistência à saúde no país passava por modificações advindas da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), como a reorganização da atenção básica, iniciada com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994.¹

O PACS foi criado como programa estadual, com a finalidade de ampliação da cobertura das ações de saúde, nas áreas rurais e periferias urbanas, para contribuir com a redução da mortalidade materno-infantil, concentrando-se nas regiões Norte e Nordeste, com enfoque na família como unidade de ação programática de saúde.²

Para que ocorressem as mudanças pretendidas no sistema de saúde do país, era necessária a ressignificação do papel dos profissionais de saúde para a atenção básica, tendo em vista que a nova política de saúde exigia um profissional comprometido com a consecução dos princípios do SUS na prática diária, e essa exigência não se referia apenas às novas categorias profissionais, como os agentes comunitários de saúde, mas particularmente às categorias tradicionais, como a Enfermagem.³

Nesse contexto, as(os) enfermeiras(os) iniciaram sua atuação nesse espaço em posição estratégica com relação à redefinição do modelo R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. dez. 5(6):256-267

Lutas simbólicas das enfermeiras na... de saúde no país e tornaram-se supervisores das ações dos agentes comunitários de saúde, na atenção básica, contribuindo diretamente para a implantação e implementação da nova política² O desempenho dessas profissionais, na orientação de estratégias e modos de prevenir, cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva contribuiu para a mudança do perfil epidemiológico do país.⁴

A partir do êxito do PACS foi criado o PSF em 1994, com o objetivo de romper com o comportamento passivo das unidades básicas, estendendo as ações de saúde para junto da comunidade. Desse modo, o PSF incorpora os princípios do SUS de universalização do acesso, descentralização da gestão, integralidade e equidade da atenção e participação da comunidade, com potencial para a construção de um modelo de saúde resolutivo e integral em municípios de pequeno e médio porte.⁵

As discussões em torno da implantação do PSF, no município de Teresina, iniciaram-se em 1996 com a criação de três equipes-piloto em zona rural da cidade, como experiência nessa modalidade de atenção. Os locais escolhidos foram aqueles onde já funcionava o PACS, pois como existiam os agentes comunitários de saúde e equipes foram complementadas com outros profissionais. Após um ano dessa experiência, dezessete novas equipes foram criadas, principalmente em regiões onde não havia nenhum tipo de assistência à saúde.

Nesse sentido, as(o) enfermeiras(o) foram personagens relevantes nas mudanças na assistência à saúde no país, e esse momento inicial, tanto do PACS como do PSF, foi marcado por aspectos históricos, que se referem às relações sociais no interior desse espaço, que podem ser percebidos de forma singular na trajetória dessa categoria profissional.

No Município de Teresina as lutas empreendidas pelo grupo de enfermeiras no processo de implantação do PSF são relevantes por

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.* ajudar na compreensão das forças político-sociais e do campo da saúde, que interferiram na construção da uma estrutura de atenção básica. Portanto, o entendimento desse processo contribuirá para que se visualize o passado e se tenha uma perspectiva do espaço futuro dessas profissionais nesse campo específico.

Dessa maneira, a contribuição deste estudo aqueles já publicados sobre o tema é evidenciada pelo aprofundamento da discussão sobre a problemática que se colocou, e, de certa forma, ainda se coloca, sobre os limites objetivos e simbólicos impostos a esses profissionais, além de tratar de uma história de luta e resistência de enfermeiras, do Programa de Saúde da Família em Teresina, que envolveram os efeitos simbólicos do poder hegemônico, os quais se fizeram explícitos na materialização da divisão social do trabalho no Programa de Saúde da Família.

Diante da problemática descrita definimos os seguintes objetivos: Descrever a luta simbólica das enfermeiras no processo de implantação do Programa Saúde da Família em Teresina e analisar as estratégias empreendidas para assegurar sua participação no Programa.

METODOLOGIA

O presente estudo é de natureza histórico-social, no qual são utilizados os conceitos de *habitus*, campo, capital, poder e violência simbólica do sociólogo francês Pierre Bourdieu como parte do arcabouço teórico. O *habitus* como uma gramática gerativa de práticas conforme as estruturas objetivas de que é produto⁶, classifica e hierarquiza os sujeitos ou grupos nos diferentes espaços sociais, uma vez que o *habitus* não só interioriza o exterior, mas também exterioriza o interior. Essa noção permitiu explicar as relações de afinidade entre as estratégias das enfermeiras e as estruturas objetivas do espaço por elas ocupado,

Lutas simbólicas das enfermeiras na... nesse estudo simbolizado pelo Programa de Saúde da Família.

O conceito de campo foi concebido como um espaço social estruturado, um campo de forças, onde há dominantes e dominados que, em constante interação, lutam para conservar ou transformar esse campo de forças, produzindo ações.⁷ Esse conceito foi útil à análise dos dados relativos ao aspecto distribucional do *habitus* das enfermeiras, o qual contribuiu para demarcar as posições no Programa de saúde da Família, em Teresina.

Em todo campo ocorrem lutas simbólicas pelo poder simbólico, ou seja, pelo “poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e de fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão de mundo, e, deste modo, a ação sobre o mundo”.⁷

Nessa perspectiva, as enfermeiras entram em um “jogo”, à procura de reconhecimento nesse espaço social e para que “se dê esse jogo”⁷, disputas são travadas no interior do campo na busca pela definição das regras e manutenção de uma posição estratégica. Isso porque, os indivíduos ou grupos estão inseridos nas estruturas sociais em posições que dependem do seu capital e desenvolvem estratégias que dependem, em grande parte, dessas posições, nos limites de suas disposições. E, quanto mais as pessoas ocupam uma posição favorecida na estrutura, mas elas tendem a conservar, ao mesmo tempo, a estrutura de sua trajetória social, que são mais ou menos apropriadas à sua posição.

No que se refere a produção dos dados foi realizada nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2011, por meio de fontes primárias orais e documentais. As fontes orais originaram-se das entrevistas com os sujeitos se constituíram em onze entrevistados, sendo dez enfermeiras que vivenciaram e participaram do processo de implantação do PSF em Teresina e um representante da Fundação Municipal de Saúde que compunha a gestão da saúde à época.

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.*

A busca pelos sujeitos se deu, inicialmente, por meio da Fundação Municipal de Saúde de Teresina, que informou sobre a existência de uma cooperativa dos funcionários do PSF nesse período. Assim, buscamos os responsáveis pela extinta cooperativa, os quais forneceram a identidade das primeiras enfermeiras e informaram os atuais contatos ou locais de trabalho. Como critério de inclusão dos entrevistados, utilizamos o seguinte: ter iniciado a atuação como enfermeira do PSF de Teresina nos anos de 1996 e 1997.

As entrevistas foram realizadas por meio de dois roteiros semi-estruturados com perguntas abertas: um modelo foi aplicado para as enfermeiras e outro para o representante da gestão municipal. Após prévio agendamento por telefone, as entrevistas foram realizadas no local mais apropriado para os sujeitos, que, na maioria das vezes, escolheram o próprio ambiente de trabalho, e foram gravadas em aparelho de mp4, com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. As entrevistas cessaram quando houve a saturação dos dados, momento em que identificamos repetição das falas dos entrevistados.

Após a realização de cada entrevista foi efetivada a transcrição e leitura minuciosa, de forma a organizar o corpo documental a ser trabalhado. Assim, foi realizado o processo de avaliação e validação, no qual o documento foi criticado na busca de evidências históricas que apoiassem o estudo, passando por dois tipos de crítica, a externa, que avalia a natureza do documento, e a interna, que busca apreender os significados.⁸

Após a identificação e classificação das fontes, devemos determinar a qualidade e relevância das informações, num processo pelo qual se avaliam e validam esses dados, determinando as evidências históricas nas quais o pesquisador se apoiará para interpretar ou comprovar suas hipóteses.

Lutas simbólicas das enfermeiras na...

Utilizamos ainda, como fontes primárias, documentos da Fundação Municipal de Saúde e da Cooperativa dos Profissionais de Saúde do Estado do Piauí, que se constituíam em portaria, resolução, projetos, relatórios de gestão e estudos sobre o processo de implantação do PSF em Teresina, que complementaram o corpus documental da pesquisa e contribuíram para a análise do mesmo em seu conjunto. Como fonte secundária se utilizou livros, artigos, Leis, Portarias e Normas do Ministério da Saúde e outras publicações específicas da época que propiciaram contextualizar o estudo do ponto de vista político, econômico e social.

Os critérios determinados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram obedecidos. Os sujeitos receberam informações acerca dos objetivos da investigação e das questões éticas relativas às pesquisas envolvendo seres humanos, inclusive foi enfatizada a possibilidade de, se assim desejassem, desistirem da participação a qualquer momento, mesmo após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi lido pelos sujeitos e assinado por eles em duas vias, uma das quais foi entregue ao entrevistador, enquanto a outra ficou com o entrevistado. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, no dia 26 de Novembro de 2010, parecer nº 0254.0.045.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As enfermeiras no processo de implantação do Programa Saúde da Família

A adesão do município de Teresina ao Programa Saúde da Família iniciou-se com a aprovação, pelo Conselho Municipal de Saúde, em Maio de 1997, do Projeto de Implantação de vinte Equipes de Saúde da Família, no qual estavam especificados os indicadores municipais, a estrutura da saúde, a previsão de operacionalização das equipes, a forma de seleção

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.* e contratação dos profissionais e a remuneração mensal. Com a aprovação desse Projeto, foram estabelecidas as bases para a Atenção Básica no município de Teresina.⁹

No que tange à composição das equipes, o Ministério da Saúde recomendava que fossem constituídas por um médico, uma enfermeira, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.⁹ No contexto local essa questão foi inserida no projeto municipal de implantação do PSF, por conseguinte, os gestores conheciam o arcabouço estrutural do que seria implantado.

A estrutura do PSF em Teresina foi composta pelos agentes que participaram do desenho desse espaço, que no município foram a Fundação Municipal de Saúde (FMS), órgão subordinado à Prefeitura Municipal de Teresina, representada pelos gestores do sistema de saúde, geralmente médicos, cujas funções eram estruturar o funcionamento do campo, administrar os recursos, contratar os profissionais das equipes e organizar o serviço conforme orientações do Ministério da Saúde, os médicos das equipes, que exerciam posição hegemônica no campo por ser detentores de capital científico, econômico e simbólico na conjuntura dos serviços de saúde; as enfermeiras das equipes, que traziam como capital acumulado na área a experiência do PACS e a afinidade com o trabalho na comunidade; os agentes comunitários de saúde e os auxiliares de enfermagem, que existiam no Sistema Municipal de Saúde e foram aproveitados para o Programa de Saúde da Família e os usuários dos serviços.

O contexto em que ocorreu o desenho espacial dos agentes envolvidos no PSF e as relações entre esses grupos, motivadas pelas disputas no interior desse espaço foi determinante para a formação de sua estrutura e a tomada de posições relativas pelos agentes.

Portanto, desde o planejamento inicial as enfermeiras, estavam incluídas como membros dessa proposta de atenção à saúde e certamente as

Lutas simbólicas das enfermeiras na... experiências adquiridas como supervisora dos agentes comunitários de saúde no PACS contribuíram, para que acumulassem capital na área e tivessem respaldo junto ao Programa.

Quando me formei fui trabalhar num município para implantar o PACS, então eu tinha uma visão do que era trabalhar com atenção básica, com promoção da saúde (E1).

Com essa prerrogativa, as enfermeiras tornaram-se agentes promissoras no processo de mudança do modelo de atenção à saúde.

Nesse sentido, o reconhecimento de valores fundamentais, o conhecimento acerca da história do campo e a posse de capital específico são requisitos necessários à inserção de um agente em determinado campo.¹⁰ Isso porque os efeitos exercidos pelas novas experiências sobre o *habitus* profissional dos enfermeiros dependeram da relação de compatibilidade prática entre as novas experiências e as demais já integradas ao *habitus*.

A partir da formalização do compromisso do município para implantar as equipes, a etapa seguinte foi o recrutamento desses profissionais para o processo seletivo, composto pelas etapas de entrevista e análise de currículo, que foram realizadas por avaliadores da Universidade Federal do Piauí, do Conselho Municipal de Saúde, da Fundação Municipal de Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde.⁹

Entretanto, ocorreram impasses no momento da implantação do PSF em Teresina relacionados à seleção e contratação dos membros das Equipes de Saúde da Família como relata o depoente.

Naquele tempo, nós fizemos um levantamento para verificar como o pessoal das Equipes de Saúde da Família eram selecionados e contratados no Brasil e constatamos que existiam 28 formas diferentes de contratação, às vezes com um contrato sem valor, sem concurso, por indicação política, de todas as

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.*
maneiras. Por quê? Porque a maior parte do pagamento desses profissionais era realizada pelo Ministério da Saúde, só que o mesmo repassava o dinheiro para pagar o salário, mas ele não assumia a responsabilidade da aposentadoria, do afastamento, das férias, do décimo terceiro. Então era difícil essa forma de gestão de trabalho, quando se transferia a responsabilidade do governo federal e dos Estados para os municípios (RGM. 01).

Esse processo contribuiu para que os municípios adotassem essas práticas de vinculação profissional, visto que se a admissão desses profissionais fosse realizada por meio de concurso público criaria vínculo empregatício com o município, que também assumiria os gastos com relação aos encargos, mas essa despesa não estava prevista nas transferências de recursos do Governo Federal para o Programa Saúde da Família.

Em contrapartida, o Ministério da Saúde argumentava que os conflitos com relação à seleção dos profissionais se deviam à falta de compreensão da proposta, e orientou para algumas formas de seleção, como redimensionamento dos recursos humanos já existentes no município e seleção interna; e também sugeriu que fosse realizado processo seletivo ou apenas análise de currículo e entrevista.¹¹

No ano de 1997 foi realizado um processo seletivo composto de entrevista e análise de currículo, que foi questionado desde a fase de divulgação, conforme depoimento:

Nesse período iniciou-se a seleção para enfermeiros e médicos, levamos nossos currículos, que foram avaliados, alguns foram chamados, não todos, e passamos por uma entrevista que incluía o que sabíamos sobre o Sistema Único de Saúde” (E 2).

Após a realização do teste seletivo, a gestão municipal foi informada que o processo realizado teve problemas.

O teste seletivo não foi considerado concurso público porque se não me engano faltou

Lutas simbólicas das enfermeiras na... uma prova escrita, não lembro muito bem, só sei que depois gerou até uma demanda judicial (RGM.1).

Para sanar o problema a gestão municipal sugeriu que os profissionais a criassem uma cooperativa denominada Cooperativa dos Profissionais do Programa Saúde da Família:

A exemplo do que vinha acontecendo em outros Estados, principalmente em Pernambuco, nós fundamos a cooperativa e passamos a trabalhar como terceirizados e assumiram o ônus de suas próprias contratações. (E 3).

Ao refletirmos sobre esse fenômeno, em que a gestão sugere uma modalidade de contrato para os profissionais, apoiamos-nos no conceito de violência simbólica que é definida como um processo pelo qual os agentes dominantes impõem sua visão de mundo aos agentes dominados, e com a cumplicidade desses, visto que reconhecem a necessidade dessa dominação, colocando-se em um papel subordinado e passivo¹².

Nessa perspectiva, em se tratando de um segmento do Estado, um dos seus principais poderes está em produzir e impor as categorias de pensamento que utilizamos sobre o mundo, e sobre o próprio Estado. Portanto, o Estado reivindica com sucesso o monopólio do uso legítimo da violência simbólica em um território determinado e sobre o conjunto da população correspondente¹⁰.

Nessa conjuntura, a gestão municipal município representa o poder do Estado, que por meio de intervenções administrativas, financeiras e legislativas, legitimadas pelo seu capital simbólico, regulou o processo de implantação do PSF no campo da saúde. Dessa forma, ao aceitarem a imposição, as enfermeiras reafirmam sua posição de dominação nesse momento, e, logo, também aceitam a posição que lhes foi conferida.

As enfermeiras assumiram a rotina administrativa da Cooperativa e despenderam

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.* tempo nas atividades gerenciais em relação ao grupo de profissionais de nível superior contratados pelo município para o Programa Saúde da Família.

Nós tivemos que tomar a frente, ir atrás de contador, advogado, de junta comercial, para organizar a documentação” (E 4). Nós íamos para alguma sala da Fundação ou na residência de alguém e fazíamos os cheques nesses locais improvisados para cada funcionário, que assinavam uma folha de pagamento (E 10).

Entretanto, as lutas em torno da contratação das enfermeiras para o PSF não se esgotou com a criação da Cooperativa. Dois anos após a sua criação, houve uma mudança na modalidade de contrato dessas profissionais que passou a ser por cargos comissionados. O município desfez o convênio, com a justificativa de que a modalidade de contrato por cooperativa não era uma forma legal de vínculo com a instituição, embora soubessem disso desde o momento inicial.

Embora o PSF tenha sido elaborado pelo Ministério da Saúde, a implantação dele se deu pela adesão dos municípios à proposta, e esse processo constituiu-se em várias etapas, nas quais o município precisava atender a certos requisitos, tais como: comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e a existência de um Fundo Municipal de Saúde, garantir infraestrutura necessária ao funcionamento das equipes e oferecer uma rede de apoio de diagnóstico e tratamento de maior complexidade.¹³

Entretanto, inicialmente, o PSF não encontrou um cenário favorável ao seu fortalecimento, pois o processo de formulação não estava totalmente concluído e as condições necessárias à sua sustentabilidade não foram definidas de modo suficiente no âmbito institucional. Não havia, portanto, definições quanto ao seu financiamento e nem quanto à política de recursos humanos e Além dessas restrições, havia a própria resistência à

*Lutas simbólicas das enfermeiras na... implantação de uma proposta que confrontava as formas tradicionais de organização dos serviços de saúde.*¹¹

Assim, o contrato das enfermeiras com o município por meio da Cooperativa perdurou de outubro de 1997 a maio de 1999, quando se desfez e a forma contratual passou a ser de cargos comissionados dentro da estrutura organizacional da Fundação Municipal de Saúde.

Tivemos que acabar com a Cooperativa, os gestores municipais alegaram que não podíamos mais continuar por não ser um contrato legítimo e que os outros locais que funcionavam assim já não funcionavam mais (E 9).

Dada a fragilidade dessas formas de contratação em relação à legislação trabalhista vigente, a situação relatada também perdurou por pouco tempo, até serem definidas claramente as formas de financiamento a partir da formulação da Norma Operacional Básica 01/1996, segundo a qual todo município passava a receber um valor específico repassado pelo Fundo Nacional de Saúde para custear a Atenção Básica, então foi que, no ano de 1998, o PSF ganhou um impulso em sua implementação.¹⁴

No ano 2000 houve um concurso de provas e títulos para a seleção dos profissionais do PSF e todas as enfermeiras do estudo participaram do certame de forma igualitária em relação aos outros candidatos.

Fomos avisadas que não podíamos mais continuar como cargo comissionado, então houve o concurso público, e foi sugerido que todas nós fizéssemos poucas deixaram de fazer (E 3).

A partir de então, elas passaram a trabalhar com mais segurança em ter estabilidade empregatícia, no entanto, os anos trabalhados não foram computados para os benefícios advindos do tempo de serviço. Nos dias atuais ainda perdura uma demanda judicial sobre esse aspecto.

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.*

Esse panorama de incertezas diante da forma de recrutamento dos profissionais das Equipes refletiu as dificuldades enfrentadas pelos gestores para romper com o modelo de atenção anterior, tendo em vista que o início do processo de mudança seria concretizado com a seleção dos profissionais. Dessa forma, a gestão buscou subterfúgios para protelar essa etapa, pois a mudança na modalidade de atenção transformaria as regras do campo da saúde, e ameaçava, portanto, a posição dos dominantes.

Dessa forma, mesmo diante das condições referidas, as enfermeiras participaram do processo e preferiram lutar por um reposicionamento no campo da saúde, pois com a implantação do PSF vislumbravam postos de trabalho e novas perspectivas profissionais.

As enfermeiras e as lutas simbólicas no âmbito do programa saúde da família

Após os óbices das contratações, o grupo de profissionais realizou um “Treinamento Introdotório” oferecido pelo Ministério da Saúde para conhecerem as diretrizes do Programa e sua aplicação na prática. Com esse procedimento iniciaram o processo de atualização do *habitus* profissional, para se legitimarem nesse espaço, pois com a mudança na forma de assistência à população, os profissionais envolvidos deveriam adquirir as disposições exigidas pelo campo da saúde, para que pudessem desenvolvê-las na prática.

Logo após a contratação, iniciamos o Treinamento Introdotório, para todos os profissionais que iam participar na época do Programa. Os técnicos do Ministério da Saúde mostraram como gostariam que fossem realizadas as ações, explicando as diretrizes, para que nós iniciássemos o trabalho. (E 5)

Esse treinamento capacitou os profissionais para analisar junto com a comunidade, a situação de sua área de abrangência, no que se refere aos

R. pesq.: cuid. fundam. online 2013. dez. 5(6):256-267

Lutas simbólicas das enfermeiras na... aspectos demográficos, socioeconômicos, ambientais e sanitários, identificando os problemas e as potencialidades existentes e compreendessem os indicadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), para estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação das atividades desenvolvidas, que oferecessem suporte ao processo decisório da Unidade de Saúde da Família.¹⁴

Além dessa atividade inicial, as enfermeiras também realizaram outros investimentos em educação permanente na área da atenção básica, que estão descritos no Relatório de Gestão da Saúde de Teresina do ano de 1997, onde são elencados vinte e dois cursos de aperfeiçoamento profissional com a abordagem de temas relacionados ao PSF, como diarreia, aleitamento materno, saúde da mulher, vacinação, dentre outros.

Nesse momento fizemos cursos valiosos, por essa razão eu acho que foi um ganho para o profissional, pois trabalhamos a política com segurança (E 7).

Esses investimentos proporcionaram uma vantagem nas relações de forças empreendidas no campo da saúde em relação aos demais agentes envolvidos nesse espaço social. Isso porque um dos fatores que determinam as diferenças sociais mais marcantes nas carreiras é essa arte de antecipar as tendências que “permite apossar-se dos bons temas em boas horas”.¹²

Na sequência dos acontecimentos os profissionais iniciaram o trabalho após lotação nos bairros, conforme distribuição geográfica realizada pela Fundação Municipal de Saúde. A partir de então seria posto em prática o modelo de atenção básica com a inserção das equipes na área, momento em que a população conheceria a proposta do Programa Saúde da Família. O representante da gestão municipal recorda a insegurança de todos nesse momento:

Perante as dúvidas e inquietações minhas e dos profissionais,

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.*

lembro que falei: “Cheguem na área, sintam e façam”. Foi uma experiência que começou do zero e ninguém tinha muito claro o que era para ser feito e como essas novas regras se refletiriam na prática, orientava apenas para que atendessem a todos bem e procurassem entender as dificuldades de cada região(RGM 01).

Prevendo essas dificuldades, a Fundação Municipal de Saúde contratou uma assessoria cubana para a orientação dos profissionais, visto que, em Cuba, o Programa Saúde da Família estava consolidado como uma experiência bem-sucedida, em termos de organização da assistência.

Nessa época o município convidou um casal de cubanos, um médico e uma enfermeira, para nos repassar a idéia do trabalho em saúde da família de Cuba e foi muito importante, porque eles iam conosco para a comunidade e mostravam como acontecia no país deles (E6).

O sistema de assistência à saúde de Cuba era considerado de vanguarda na América Latina, e tinha suas bases na Atenção Primária à Saúde, onde o Programa Saúde da Família tinha sido implantado em 1984 e, no final desse mesmo ano, apresentava uma cobertura de 50% da população.¹⁵

À medida que o PSF se consolidava no município de Teresina, a atuação das enfermeiras foi acontecendo em meio às lutas desenvolvidas por essas profissionais. Por exemplo, a sua remuneração salarial desencadeou lutas da categoria, pois os conflitos que se formaram nesse âmbito estavam relacionados essencialmente à diferença de valores pagos aos profissionais entre as regiões do país e entre os membros de nível superior da equipe.

A nossa grande luta foi pela questão do salário, na época disseram que o valor pago era o mesmo oferecido nos outros Estados. Nós recebíamos um líquido bem inferior ao do

Lutas simbólicas das enfermeiras na... médico, isso nos revoltava muito, porque por mais que nós tentássemos dizer que nós tínhamos um trabalho em equipe, sempre sobrava para o enfermeiro o acúmulo de funções (E1).

O financiamento do Programa Saúde da Família previa o mesmo valor por equipe de saúde implantada para todas as regiões do Brasil, entretanto, a responsabilidade pela definição dos incentivos pagos aos profissionais das equipes ficava a critério dos municípios, não existia regulamentação sobre o valor do salário dos profissionais. O que existia era a orientação quanto à contrapartida financeira do governo municipal, que deveria complementar o custeio das equipes.¹⁶

Na diferença salarial entre médicos e enfermeiras do PSF reconhecemos uma forma de violência simbólica contra as enfermeiras que não eram o grupo hegemônico e ao ser estipulada uma cota salarial muito superior para o profissional médico pode ser entendida como uma estratégia simbólica para nomear esse profissional como o detentor do capital simbólico e, dessa forma, os agentes dominantes no campo. Ainda nessa perspectiva, o poder simbólico é um poder invisível que se difunde no tecido social, estruturando condutas e valores, e acontece com a cumplicidade daqueles que não o exercem.⁷

Desse modo, o poder simbólico exercido pela classe médica foi adquirido no decorrer de sua história, permeada de relações de dominação e estratégias de acúmulo de prestígio, e não foi reconhecido como arbitrário, o que contribuiu para a continuidade da hegemonia desse grupo no campo da saúde.

Convém enfatizar que a implantação das equipes ocorria ao mesmo tempo em que o serviço de saúde se estruturava e, nessas condições, as enfermeiras passaram a reivindicar melhores condições de trabalho, inclusive participando ativamente das decisões relacionadas à construção de unidades de saúde.

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.*

Fico gratificada por ter insistido por um centro de saúde para a região que trabalhei, isso para mim foi um desafio, mas me gratifica muito, localizei um terreno, fiz contato com o dono do terreno, levei o presidente da Superintendência de Desenvolvimento Urbano da região para conversar com o dono do terreno, intermediei a negociação e a Fundação Municipal de Saúde comprou o terreno e construiu o centro de saúde, que está hoje no lugar que idealizei (E8).

Por meio do depoimento percebemos que as enfermeiras articulavam os trâmites necessários à construção da rede na atenção básica e, com isso, destacavam-se em relação aos outros profissionais na estruturação do PSF, ao ampliarem a sua atuação e contribuírem para o fortalecimento da proposta.

Com esse gesto, as enfermeiras articulavam os trâmites necessários à construção da rede de atenção básica, além de colaborarem para sua organização, com isso destacavam-se na estruturação do PSF e ganhavam respaldo em suas solicitações junto aos Gestores, visto que, por meio dessas profissionais também se norteavam quanto ao suporte necessário para o funcionamento dos serviços. Nesse processo, as enfermeiras acumulavam capital específico, para que posteriormente pudessem ser traduzidos em bens simbólicos, em forma de prestígio e reconhecimento.

Outros aspectos da atuação das enfermeiras no PSF referem-se ao contato direto com as famílias quando perceberam que o trabalho seria bem mais abrangente e complexo, pois as condições socioeconômicas desfavoráveis das famílias, a falta de infraestrutura das áreas e a própria cultura da população influenciavam diretamente na compreensão e a aceitação da proposta.

Nós passamos a conviver com uma constante ansiedade, porque de repente nos deparamos com a

Lutas simbólicas das enfermeiras na... questão social ali nos nossos olhos, eram famílias bastante pobres, era a violência que passamos a ver de perto, pois todo final de semana tinha um óbito por violência, a questão da droga, realidade que fora do Programa Saúde da Família não víamos, dentro do hospital recebemos o paciente, mas não temos noção de como tudo está acontecendo (E4).

As condições de vida da população causaram, nesse momento, um impacto nas enfermeiras, despertando nelas reflexões sobre as questões sociais que influenciavam esse contexto e como o PSF propunha o enfrentamento dos problemas de saúde diretamente na comunidade, as enfermeiras precisaram dedicação especial, completamente diferente daquelas exigidas em sua prática profissional anterior.¹⁶

Dessa forma, ao tempo em que se angustiavam com as condições encontradas, vislumbram possibilidades de tentar mudar essa realidade.

Quando me deparava com essas situações e chegava em casa com comida farta e direito de escolher o que comer, então pensava naquelas pessoas que nem comida tinham. Foi um choque social muito grande (E 4).

Essa conjuntura, inicialmente, desencadeou um desgaste emocional nas profissionais, que posteriormente buscaram se adaptar ao contexto, aliando-se à comunidade no intuito de satisfazer suas necessidades.

Na minha área não existia água filtrada, então tive a ideia de conseguir uns filtros com os empresários, e essa idéia deu certo, dei um filtro para cada família da minha área. (E8)

Nesse sentido, as enfermeiras foram agentes significativos de transformação do modelo assistencial, capazes de mudar o perfil dos estabelecimentos de saúde, mediante uma dinâmica de trabalho inovadora, comprometida

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.* com o projeto de fortalecimento do Programa Saúde da Família.

Ao tempo em que contribuíam para a estruturação do PSF, as enfermeiras demonstravam sua importância nesse momento, o que representou um ganho simbólico para essas profissionais, pois a melhoria das condições de trabalho e assistência à população estaria vinculada aos empreendimentos desenvolvidos pelas enfermeiras com essa finalidade.

CONCLUSÃO

As lutas simbólicas empreendidas pelas enfermeiras no espaço do Programa Saúde Família foram fundamentais para sua (re)tomada de posição no campo da saúde, pois se iniciaram ainda no processo de admissão, quando identificamos a violência simbólica exercida pelo poder constituído ao realizar um teste seletivo sem respaldo legal, ao orientar para a criação de uma cooperativa e, ainda, quando, após três anos de atuação no Programa foram submetidas a uma nova seleção, por meio de concurso público de provas e títulos.

Ao realizarem investimentos por um posicionamento no espaço do PSF, as enfermeiras também empreenderam lutas nas questões relacionadas à diferença salarial entre médicos e enfermeiras, assim como à definição de papéis dentro da equipe. Nessas questões, o capital simbólico do profissional médico os respaldou para que mantivessem sua dominação no campo da saúde.

Nesse sentido, com a incorporação do novo *habitus* profissional, que aconteceu por meio de treinamentos específicos as enfermeiras pudessem atuar no espaço do PSF e buscaram essas oportunidades, como forma de acúmulo de capital, que se transformou em armas simbólicas no decorrer de sua atuação no Programa Saúde da Família. Como componentes que também influenciaram na incorporação do *habitus* das enfermeiras, ressaltamos as experiências

Lutas simbólicas das enfermeiras na... anteriores da classe e a própria identificação dessas profissionais com a nova política.

A atuação das enfermeiras no processo de implantação do PSF foi caracterizada pela conquista de espaço por meio de lutas simbólicas empreendidas por esse grupo de profissionais que, mesmo muitas vezes em desvantagem pelos efeitos da dominação simbólica, no entanto estabeleceram estratégias de luta com força e superação.

REFERÊNCIAS

1. Costa GD, *et al.* Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras enferm 2009 [acesso em Acesso em 21 dez 2013]. [periódico online] 62 (1): 113-118. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017>.
2. Rodrigues MJ, Ramires JC. Programa Saúde da Família: uma perspectiva de análise geográfica. Caminhos de Geografia [periódico online] 2008 [acesso em 22 julho 2013] 9(27):45-55. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/caminhosdegeografia/article/view/10580>>.
3. MORETTI-PIRES, R.G.; BUENO, S.M.V. Freire e formação para o Sistema Único de Saúde: o enfermeiro, o médico e o odontólogo. Acta Paul Enferm [periódico online] 2009 [acesso em 22 out. 2013] 22(4):439-444. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a15v22n4.pdf>>.
4. Costa MBS, Silva MIT. Impacto da criação do Programa Saúde da Família na atuação do Enfermeiro. Rev Enferm UERJ 2004; 12(3): 272-279. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v12n3/v12n3a04.pdf>> . Acesso em 08 jan.2014.
5. Dias MAE, Cunha FTS, Amorim WM. Estratégias gerenciais na implantação do Programa Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2005. 58(5): 513-518. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000500003&script=sci_arttext>. Acesso em 02 dez. 2010.
6. Bourdieu, P.A economia das trocas simbólicas. São Paulo: Perspectiva , 2007

Freitas MCMC, Nunes BMVT, Moura MEB *et al.*

Lutas simbólicas das enfermeiras na...

7. Bourdieu P.O poder simbólico. 2ªed. Rio de Janeiro: Bertrand: 1998

Recebido em: 16/01/2013

Revisões Requeridas: no

8. Padilha MICS, Borestein MS. O método de pesquisa histórica na Enfermagem. Texto Contexto Enferm 2005. 14(4): 575-584. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a15v14n4.pdf>>. Acesso em 21 dez. 2009.

Aprovado em: 25/10/2013

Publicado em: 27/12/2013

9. Teresina. Fundação Municipal de Saúde. Projeto de Implantação de Equipes de Saúde da Família. Teresina: 1997.

10. Bourdieu, P. Razões Práticas: sobre a teoria da ação. São Paulo: Papyrus, 2011.

11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de atenção básica. Rev bras saúde matern infant. Recife. 3(1): 113-125, jan-mar. 2003.

12. Bourdieu, P. Os usos sociais da ciência: por uma perspectiva clínica no campo científico. São Paulo: UNESP, 2004.

13. Garcia GD. Etapas Del desarrollo de la salud pública revolucionaria cubana. Ver Cubana Salud Pública. 1996

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 95 de 26 de janeiro de 2001. Norma Operacional da Assistência à Saúde-NOAS-SUS/2001. Brasília, 2001.

15. SOBERATS, F.J.S. Veinte años del modelo cubano de medicina familiar. Rev Cubana Salud Pública. Habana, 31(2): abr.-jun. 2005. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000200012&script=sci_arttext>. Acesso em 12 jul. 2011.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: 1996.