

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**



VITÓRIA REGINA PETERS GREGÓRIO

**A HISTORICIDADE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA (1956-2001)**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

VITÓRIA REGINA PETTERS GREGÓRIO

**A HISTORICIDADE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA (1956-2001)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha
Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

G82lh Gregório, Vitória Regina Petters

A historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra (1956-2001) [tese] / Vitória Regina Petters Gregório ; orientadora, Maria Itayra Coelho Padilha. - Florianópolis, SC, 2011.

151 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem - História. 3. Enfermagem obstétrica. 4. Enfermagem Neonatal. 5. Cuidados. I. Padilha, Maria Itayra Coelho de Souza. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

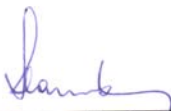
VITÓRIA REGINA PETTERS GREGÓRIO

**A HISTORICIDADE DAS PRÁTICAS DE CUIDADO NA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA (1956-2000)**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:


DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 25 de fevereiro de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

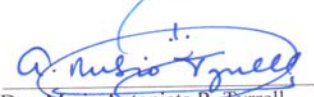


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

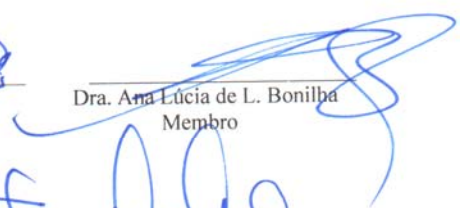
Banca Examinadora:



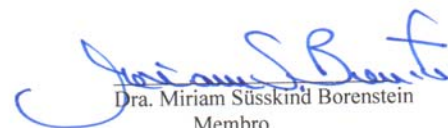
Dra. Maria Tatyra Padilha
Presidente



Dra. Maria Antonieta R. Tyrrell
Membro



Dra. Ana Lúcia de L. Bonilha
Membro



Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Membro



Dra. Ana Rosete C. Maia
Membro

AGRADECIMENTOS

Neste momento se concretiza o que era um objetivo idealizado. Durante esta trajetória tive a colaboração de vários amigos. Gostaria de agradecer a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para o êxito desta etapa.

À prof. Dr^a Maria Itayra Padilha, pela amizade, confiança, objetividade, apontando caminho para a construção deste estudo.

À prof. Dr^a Miriam Süsskind Borenstein, por me acolher no grupo de pesquisa - GECHES e no doutorado, por sua amizade.

Aos membros da Banca de Qualificação do Doutorado, Prof. Dr^a Miriam Süsskind Borenstein, Prof. Dr^a Maria Itayra Padilha, Prof. Dr^a Sandra Caponi, Prof. Dr^a Maria Alice Tsunechiro, pelas importantes contribuições e comentários.

Aos membros efetivos e suplentes da Banca de Doutorado, Prof. Dr^a Maria Itayra Padilha, Miriam Süsskind Borenstein, Ana Rosete Maia, Maria Antonieta Rubio Tyrrell, Ana Lúcia Bonilha, Flávia de Souza Ramos e Ilca Keller Alonso por aceitarem fazer parte da Banca e compartilharem seus conhecimentos.

À chefia do Departamento de Enfermagem, Prof. Dr^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos pelo apoio ao meu projeto de doutorado.

Aos docentes do curso de Doutorado, pelas contribuições para a concretização deste estudo.

Aos docentes do curso de Enfermagem da UFSC, pela compreensão e apoio recebidos.

Às amigas Maria Emília de Oliveira (Mila) e Ana Rosete Maia, pela amizade, apoio e incentivo durante a caminhada.

Às amigas Marisa Monticelli, Odaléa Maria Brüggemann, Maria de Fátima Mota Zampieri e Roberta Costa, pela amizade e estímulo ao longo da trajetória.

Ao meu marido Tomé e aos nossos filhos, pelo apoio incondicional, carinho e compreensão.

À minha família, irmãos, cunhados e sobrinhos pelo carinho, apoio.

A todos os amigos que me acompanharam nesta caminhada.

Aos colegas do Doutorado, pelo convívio, amizade e troca de experiências.

À Direção da MCD e aos profissionais da Maternidade Carmela Dutra, principalmente a Ivete Rossi, Chefe do Serviço de Recursos Humanos; Geraldo Alexandre Ramos, Assessor da Direção, Maria Isabel Alexandre da Cruz, Secretária. Às colegas enfermeiras da MCD, Jaqueline de Souza Brasileira Vieira, Gerente de Enfermagem, Neli Canassa, Ana Borges e Jaqueline Soar Cavalheiro Locks, e as profissionais de Enfermagem Marcia Franzoni Vieira e Rita de Cássia Cúrcio, pelo acesso aos arquivos, documentos e fotos para viabilizar este estudo.

Aos membros do Grupo de Pesquisa – GEHCES, pela oportunidade de compartilhar conhecimento e amizade.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSC, Claudia, Odete, Neide, Cida, Ivone, Tatiane e Renata pela disponibilidade, apoio na formatação e convívio cordial.

À amiga Lia Rosa Leal, pelo apoio na revisão dos textos.

Às Enfermeiras sujeitos do estudo: Irmã Cacilda, Nilsa Borges Paim, Coleta Rinaldi Althoff, Ana Maria Westphal Batista da Silva, Doraci Maria da Silva, Evangelina Kotzias Atherino dos Santos, Sônia Maria de Castilhos, Odaléa Maria Brüggemann e Odete Back Gomes pelo interesse e disponibilidade em participar do estudo, dividindo suas lembranças do período em que atuaram na MCD, tornando possível a realização deste trabalho.

GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. **A historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra (1956-2001)**. 2011. 151 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dra. Maria Itayra Padilha

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

RESUMO

Pesquisa qualitativa de abordagem sócio-histórica com objetivo de historicizar as práticas de cuidado das enfermeiras no espaço da Maternidade Carmela Dutra (MCD), no período de 1956 a 2001. Foi utilizada a técnica de História Oral Temática. As fontes orais do estudo foram nove enfermeiras. A coleta de dados utilizou a entrevista semiestruturada. O estudo atendeu a Resolução 196- 96 CNS e aprovação no CEP- UFSC 003-9. Os dados foram analisados pela técnica da análise de conteúdo temática e com base no referencial foucaultiano. Os resultados obtidos foram apresentados na forma de três artigos. No primeiro artigo, “História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001)”, o objetivo foi analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras para a mulher na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, no período de 1956 a 2001. Nesse artigo abordei questões relacionadas com o contexto da Maternidade e as práticas de cuidado à mulher na admissão; no parto e no puerpério. Concluiu-se que, apesar do poder instituído pelos médicos e parteiras, as enfermeiras empreenderam lutas e resistências, para conseguir melhores condições de trabalho e garantir cuidado de enfermagem à mulher. O segundo artigo, “História do cuidado ao recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001)”, teve como objetivo analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras ao recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis-SC, no período de 1956 a 2001. Nesse artigo foram destaques as práticas de cuidados ao recém-nascido como eram e as mudanças que ocorreram no período analisado. O estudo possibilitou conhecer o cotidiano do trabalho das enfermeiras, iluminando o interior das práticas de cuidado ao recém-nascido e as relações de poder-saber, fortalecendo sua identidade e colaborando para a construção profissional. No terceiro artigo, “As estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra-Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001)”, o objetivo foi analisar as

estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis – Santa Catarina, no período de 1956 a 2001. Nesse artigo foram abordadas as estratégias de poder presentes na instituição, como: espacialização, uniforme, registro das atividades e visita médica. Os resultados indicam que a atuação da enfermeira na Maternidade foi consolidando a sua profissionalização e promovendo sua ascensão na hierarquia da instituição e da sociedade. A evolução resultou numa emancipação da figura profissional da enfermeira, evidenciando o movimento e a flexibilidade do poder. A enfermeira convive no cotidiano da instituição com disputas, interesses e opressões enraizados nos contextos sociais, culturais e políticos revelados no interior das práticas de cuidado. A tese proposta para este estudo foi confirmada, pois a história das práticas de cuidado na MCD revelou uma disputa de espaço e de poder-saber entre os sujeitos que exerciam tal prática do cuidado. A enfermagem enquanto profissão de cuidado indicou que o saber das enfermeiras imprimiu uma nova ordem do cuidado, fortalecendo a identidade do profissional enfermeiro, demonstrando que as práticas do cuidado desenvolvidas na Instituição por diferentes sujeitos eram influenciadas por uma rede de poder-saber refletida em cada momento histórico no contexto institucional e político da época.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; Enfermagem neonatal; História da Enfermagem; Cuidado.

GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. **The historicity of care practices at Maternity Carmela Dutra (1956-2001)**. 2011. 151f. Theses (Doctor in Nursing) – Graduate Program Course in Nursing. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ABSTRACT

A qualitative study of socio-historical approach in order to historicize the care practices of nurses within the Maternity Carmela Dutra (MCD) in the period 1956 to 2001. We used the technique of thematic oral history. Sources of oral study were nine nurses. The data was collected using a semistructured interview. The study was based on Resolution 196-96 approving the CNS and CEP-UFSC 003-9. The data were analyzed using thematic content analysis and based on the Foucaultian referential. The results were presented in the form of three articles. In the first article, "History of women care in the Maternity Carmela Dutra in Florianópolis - SC/Brasil (1956-2001)", the objective was to examine the practices of care developed by nurses for women at the Maternity Carmela Dutra in Florianópolis, in the period 1956 to 2001. In this article I discussed issues related to the context of maternity care practices and the woman on admission, at delivery and postpartum care. It was concluded that, despite the power established by doctors and midwives, nurses waged struggles and resistance, to achieve better working conditions and ensure nursing care to women. The second article, "History of the care of newborns in the Maternity Carmela Dutra in Florianópolis - SC/Brasil (1956-2001)", aimed to examine the practices of care developed by nurses for newborns in the Maternity Carmela Dutra in Florianópolis - SC, from 1956 to 2001. In this paper highlights were the practices of care for newborns as they were and the changes that occurred during the study period. The study has helped understand the daily work of nurses, illuminating the interior of care practices for newborns and relations of power-knowledge, strengthening their identity and contributing to the professional construction. In the third article, "Strategies of power in the context of Maternity Carmela Dutra – Florianópolis - SC/Brasil (1956-2001)," the goal was to analyze the power strategies in the context of the Maternity Carmela Dutra in Florianópolis - Santa Catarina, in the period 1956 to 2001. In this paper, the strategies of power present in the institution, such as spatialization, uniform, registration of activities and medical visits were approached. The results indicate that the role of the nurse in the maternity was consolidating its professionalism and promoting her rise through ranks

of the institution and society. The development resulted in the emancipation of the nurse's professional figure, showing the movement and flexibility of power. The nurse lives daily in the institution with disputes, interests and oppressions rooted in social, cultural and political contexts and revealed within the health care practices. The thesis proposal for this study was confirmed as the history of healthcare practices in the MCD revealed a struggle for space and power-knowledge among the subjects who exercised such care practice. Nursing as a profession of care indicated that knowledge of nurses has given a new order of care, strengthening the identity of the professional nurse, showing that the practices of care developed in the institution for different subjects were influenced by a network of power-knowledge reflected in each historic moment in the institutional and political context of the time.

Keywords: Obstetrical nursing. Nursing neonatal. Nursing history. Care.

GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. **La historicidad de las prácticas de cuidado en la Maternidad Carmela Dutra (1956-2001)**. 2011. 151f. Tesis (Doctorado em Enfermería) Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

RESUMEN

Investigación cualitativa de abordaje socio-histórico con el objetivo de historiar las prácticas de cuidado de las enfermeras en el espacio de la Maternidad Carmela Dutra (MCD), durante el período de 1956 a 2001. Fue utilizada la técnica de Historia Oral Temática. Las fuentes orales del estudio fueron nueve enfermeras. La recolección de datos utilizó una entrevista semiestructurada. El estudio atendió la Resolución 196- 96 CNS y aprobación en el CEP- UFSC 003-9. Los datos fueron sometidos a la técnica de análisis de contenido temático, con base en el referencial foucaultiano. Los resultados obtenidos fueron presentados bajo la forma de tres artículos. En el primer artículo, “Historia del cuidado a la mujer en la Maternidad Carmela Dutra en Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001)”, el objetivo fue analizar las prácticas de cuidado desarrolladas por las enfermeras para la mujer en la Maternidad Carmela Dutra de Florianópolis, durante el período de 1956 a 2001. En este artículo fueron abordadas cuestiones relacionadas al contexto de la Maternidad y las prácticas de cuidado a la mujer en la admisión; en el parto y en el puerperio. Se concluyó que, a pesar del poder instituido por los médicos y parteras, las enfermeras emprendieron luchas y resistencias, para conseguir mejores condiciones de trabajo y garantizar el cuidado de enfermería a la mujer. El segundo artículo, “Historia del cuidado al recién nacido en la Maternidad Carmela Dutra en Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001)”, tuvo como objetivo analizar las prácticas de cuidado desarrolladas por las enfermeras al recién nacido en la Maternidad Carmela Dutra de Florianópolis-SC, durante el período de 1956 a 2001. En este artículo fueron enfocadas las prácticas de cuidado al recién nacido, cómo eran y los cambios que ocurrieron durante el período analizado. El estudio posibilitó conocer el cotidiano del trabajo de las enfermeras, iluminando el interior de las prácticas de cuidado al recién nacido y las relaciones de poder-saber, fortaleciendo su identidad y colaborando con la construcción profesional. En el tercer artículo, “Las estrategias del poder en el contexto de la Maternidad Carmela Dutra-Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001)”, el objetivo fue analizar las estrategias de poder en el contexto de la Maternidad Carmela Dutra de

Florianópolis – Santa Catarina, durante el período de 1956 a 2001. En este artículo fueron abordadas las estrategias de poder presentes en la institución, como: espacialización, uniforme, registro de las actividades y visita médica. Los resultados indican que la actuación de la enfermera en la Maternidad fue consolidando su profesionalización y promoviendo su ascensión en la jerarquía de la institución y de la sociedad. La evolución resultó en la emancipación de la figura profesional de la enfermera, evidenciando el movimiento y la flexibilidad del poder. La enfermera convive en el cotidiano de la institución con disputas, intereses y opresiones arraigados en los contextos sociales, culturales y políticos revelados en el interior de las prácticas de cuidado. La tesis propuesta para este estudio fue confirmada, pues la historia de las prácticas de cuidado en la MCD reveló una disputa de espacio y de poder-saber entre los sujetos que ejercían tal práctica de cuidado. La enfermería como profesión de cuidado indicó que el saber de las enfermeras imprimió un nuevo orden de cuidado, fortaleciendo la identidad del profesional enfermero, demostrando que las prácticas de cuidado desarrolladas en la Institución por diferentes sujetos estaban influidas por una red de poder-saber reflejada en cada momento histórico del contexto institucional y político de la época.

Descriptores: Enfermería Obstétrica; Enfermería neonatal; Historia de la Enfermería; Cuidado.

SUMÁRIO

1 INICIANDO A REFLEXÃO.....	17
2 DIALOGANDO COM A LITERATURA SOBRE O TEMA	23
2.1 RELAÇÕES DE SABER-PODER NA OBSTETRÍCIA: INTERFACES DA HISTÓRIA	23
2.1.1 Formação das Parteiras	23
2.1.2 Formação médica na obstetrícia	28
2.1.3 Formação da enfermeira e da enfermeira obstétrica	30
2.1.4 Contextualização socio-política da obstetrícia no Brasil.....	33
2.1.5 Relações entre parteiras, médicos e enfermeiras.....	36
2.2 APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	39
2.2.1 Michel Foucault	39
2.2.2 Relações de saber-poder	41
3 TRILHANDO O PERCURSO METODOLÓGICO.....	47
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	47
3.2. NOVA HISTÓRIA.....	47
3.3 HISTÓRIA ORAL	48
3.4 COLETA DE DADOS	52
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	53
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	54
4 APRESENTANDO OS RESULTADOS	57
4.1 ARTIGO 1- HISTÓRIA DO CUIDADO À MULHER NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANÓPOLIS- SC/BRASIL (1956-2001).....	63
4.2 ARTIGO 2: HISTÓRIA DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANÓPOLIS- SC/BRASIL (1956-2001).....	85
4.3 ARTIGO 3: AS ESTRATÉGIAS DO PODER NO CONTEXTO DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANÓPOLIS-SC (1956-2001).....	105
TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS	133
APÊNDICES.....	141
ANEXOS	149

1 INICIANDO A REFLEXÃO

Minha inserção na Maternidade Carmela Dutra (MCD) aconteceu em 1982 enquanto aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), na condição de bolsista no Centro Obstétrico (CO). Naquele período, pude contar com o apoio das parteiras, enfermeiras e médicos residentes que compartilhavam comigo o seu conhecimento sobre assistência à mulher parturiente e recém-nascido. Havia somente uma enfermeira, na chefia do CO. Permaneci na instituição até 1984.

Em 1991 ingressei como enfermeira no Centro de Material, na mesma instituição. A experiência anterior, como bolsista, impulsionava-me a ampliar meus conhecimentos na área obstétrica. Nessa época, a realidade da assistência à parturiente havia sofrido várias transformações: a parteira já não prestava assistência ao parto, que era todo de responsabilidade do médico ou da enfermeira obstétrica. Em 1992 realizei o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e logo fui transferida para o Centro Obstétrico da MCD, onde tive a oportunidade de atuar diretamente na assistência ao parto.

Em dezembro de 1997 ingressei na UFSC como professora da disciplina Enfermagem Obstétrica e hoje atuo no Curso de Graduação em Enfermagem e no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, tendo coordenado sua quarta edição, em 2005.

Ao longo desses anos, percebo que venho contribuindo para a construção do conhecimento na área obstétrica, publicando capítulos de livros e artigos científicos e participando em projetos de pesquisa e extensão. Nos últimos anos, passei a interessar-me por estudos de natureza histórica.

Esse novo interesse levou-me a ingressar, em 2006, como aluna especial da disciplina Processo de Construção do Conhecimento em Saúde e Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Nessa disciplina, apresentei um seminário sobre a Metodologia da Pesquisa Histórica, fato que definiria minha opção por estudar e pesquisar a história da enfermagem, inaugurando um novo interesse em minha vida acadêmica.

Com a intenção de aprofundar meus estudos nessa área, ingressei no Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES), vinculado ao Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem da UFSC, que desde 1995 vem trabalhando com o objetivo de: resgatar a documentação escrita e fontes iconográficas relativas às instituições que orientaram a prática da Enfermagem brasileira e internacional; analisar a trajetória da produção do conhecimento da Enfermagem brasileira e internacional; conhecer os personagens e suas experiências na construção da história da Enfermagem brasileira e internacional; preservar a memória da enfermagem brasileira com intuito de instrumentalizar outros pesquisadores e constituir espaço de memória na área de saúde; consolidar a linha de pesquisa em História da Enfermagem e Saúde na PEN/UFSC; criar fontes primárias para a pesquisa histórica; contribuir para a articulação entre a graduação e a pós-graduação, no interesse do ensino, da pesquisa e da extensão e construir um acervo sobre a História da Enfermagem Brasileira e internacional; apoiar o desenvolvimento de projetos de pesquisa em história da enfermagem e áreas correlatas e divulgar seus resultados.

Nesse contexto, identifiquei-me inicialmente com o projeto da prof. Dra. Miriam Susskind Borenstein “A Enfermagem em Santa Catarina de 1940 a 2000: 60 anos de História”, não apenas por considerá-lo muito importante, mas também porque contemplava a MCD, inaugurada em 1955 (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999).

Em seus estudos, Borenstein (2004) denuncia as dificuldades para obter informações sobre a história da Enfermagem na Capital, quando pesquisou seu desenvolvimento a partir da segunda metade do século XX. A autora salienta que são poucas as publicações a esse respeito, e as informações de que se tem conhecimento vão sendo garimpadas em documentos e depoimentos orais de alguns personagens que vivenciaram essa história.

Da mesma forma, ao buscar conhecer como se deu a inserção das enfermeiras e das enfermeiras obstétricas nas maternidades do nosso Estado, constatei várias lacunas nessa temática. Em entrevistas concedidas a Borenstein (1994), Irmã Cacilda, a primeira enfermeira da MCD, forneceu informações importantes, nas quais se pode observar um misto de autoridade, autonomia, impotência e submissão. Em alguns momentos ela demonstra autonomia pelo saber; em outros, submissão por uma hierarquia institucional, tanto no hospital quanto na congregação. Os depoimentos demonstram uma dualidade entre o querer fazer e o poder fazer, refletindo as relações de poder conflituosas vivenciadas na Maternidade Carmela Dutra naquele momento histórico.

Afinal, quem se beneficia de tais relações de poder e por que se estabelecem? Um dos caminhos para identificar evidências no exercício

dessas relações é a análise dos movimentos de resistência, que vêm sendo construídos por enfermeiras e enfermeiras obstétricas na MCD.

Dreyfus e Rabinow (1995) referem que, numa perspectiva foucaultiana, o que define uma relação de poder é um modo de ação que não age direta nem imediatamente sobre os outros, mas age sobre a ação dos outros. Uma ação sobre a ação. O poder só se exerce sobre sujeitos livres, capazes de resistir em diversas reações e diversos modos de comportamento. Mas se, ao contrário, o sujeito se submeter ao exercício de poder do outro, sem resistir, haverá uma relação de dominação e de submissão, não de poder.

Até meados do século XVIII, o poder institucional se centrava nas mãos das religiosas; no hospital prestava-se, essencialmente, assistência aos pobres e excluídos. A partir da concepção do hospital como espaço de cura e instrumento terapêutico, esse poder passou para as mãos dos médicos, principais responsáveis pela organização hospitalar, confiando às religiosas um papel determinado, mas muitas vezes subordinado (FOUCAULT, 2006a).

Com o surgimento do profissional enfermeiro e com o hospital assumindo característica disciplinar, o médico assumiu a responsabilidade de curar os doentes e controlar os demais profissionais, validando essa relação de submissão. Assim, a história mostra que, inicialmente, a enfermagem e a medicina seguiram paralelamente no desenvolvimento de sua prática profissional; porém, elementos de ordem social, política e institucional levaram a enfermagem a desenvolver uma prática de dependência e submissão (ANDRADE, 2007).

No entanto, ao longo dos anos, a enfermagem vem buscando conquistar espaço e autonomia a partir de uma prática baseada no conhecimento científico e na organização da sua metodologia de trabalho. E como a enfermagem da MCD vem se constituindo como profissão do cuidado ao longo desses anos?

Conhecer e refletir sobre saberes e práticas das enfermeiras religiosas, parteiras, enfermeiras e enfermeiras obstétricas nessa instituição possibilitou preencher lacunas na história dessas profissionais, evidenciando fatos e eventos relevantes que contribuem para desvelar o seu trabalho, dando visibilidade à sua trajetória.

Este estudo responde a algumas indagações que me inquietaram quando procurei conhecer sobre essa temática: quem eram as enfermeiras que atuaram na MCD? Como se deu a inserção das enfermeiras religiosas, enfermeiras e enfermeiras obstétricas? Como se constituíam as práticas de cuidados à parturiente-puérpera e seu recém-

nascido? Como eram as condições de trabalho? Que problemas enfrentavam no seu cotidiano profissional? Como eram as relações de poder-saber entre as parteiras, as enfermeiras e os médicos?

Trabalhos sobre a história da obstetrícia, no Estado, publicados por Rechia (1998); Costa (2002); Canassa (2005); Tornquist (2001, 2004) abordam essencialmente questões relacionadas à atuação das parteiras; a história da inserção de enfermeiras e enfermeiras obstétricas ainda não foi contada.

A história da Enfermagem vem sendo des-construída e construída ao longo do tempo, aproximando e afastando suas verdades e seus significados. Na relação com a sociedade, interpõem-se conceitos e preconceitos que foram sendo estabelecidos na história, configurando a profissão (PADILHA; BORENSTEIN, 2005).

Barreira (1999) afirma que os estudos históricos interessam à Enfermagem, porque a construção de uma memória coletiva possibilita a conscientização daquilo que somos realmente. E também que o desvelamento da realidade pelo estudo da história da Enfermagem é libertador e permite um novo olhar sobre a profissão.

Diante disso, justifico a importância e a relevante contribuição deste estudo na construção da história das enfermeiras da MCD, devido ao destacado papel social que vêm desempenhando desde 1956. A possibilidade de dar vez e voz aos profissionais que lá atuaram traz luz para essa construção e contribuição para outros estudos e o enriquecimento da linha de pesquisa História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação da UFSC.

Pelo fato de ter sido enfermeira nessa instituição durante alguns anos, criei laços afetivos e considero que contribuí para a continuidade de uma história da qual ainda não conhecia o início; não tinha sido contada, nem socializada, e a atuação da enfermeira e da enfermeira obstétrica ainda não se desvelara. Portanto, este projeto é original, inédito e viável. As personagens que dela fizeram parte ou acompanharam a história demonstram interesse em participar do estudo. Também acredito que este estudo possibilitou conhecer o cotidiano do trabalho das enfermeiras e das enfermeiras obstétricas, desvelando verdades, preconceitos e mitos.

Conhecer a história das enfermeiras e das enfermeiras obstétricas na MCD contribuiu para a compreensão da sua identidade e para a elucidação de fatos e situações, emprestando significado às coisas, mostrando-se como “chave heurística para penetrar no real” (MUNHOZ, 1996, p. 166).

Diante do exposto, firmo como pergunta de pesquisa: como se

configuraram as práticas de cuidado das enfermeiras na MCD, no período de 1956 a 2001?

A escolha do marcador do tempo contemplou o período inicial de 1956 com o ingresso da primeira enfermeira na MCD, a Irmã Cacilda, (nascida Ottilie Hammes), e o período final de 2001 com a posse da primeira enfermeira diretora da MCD, a Doutora Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

Percebe-se, então, esse período como um momento de transição, de mudança de atores sociais no contexto da Maternidade, quando a assistência ao parto passa da responsabilidade da parteira para a enfermeira obstétrica e também a posição hierárquica da enfermeira iniciando como subordinada à Congregação das Irmãs da Divina Providência para Diretora da instituição. São décadas importantes para se ter uma interpretação histórica da profissão da Enfermagem e evidenciar o trabalho realizado pelas enfermeiras.

Analisando a história, percebe-se que a inclusão das enfermeiras e enfermeiras obstétricas na MCD tem produzido lutas e resistências com parteiras e médicos, reacendendo antigas disputas pelo direito de exercer a obstetrícia (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Tenho como tese que “a história das práticas de cuidado das enfermeiras na MCD revela saberes e práticas construídos no interior das relações de poder-saber entre diferentes sujeitos e são influenciadas pelo contexto institucional da época”.

Esta pesquisa tem como **objetivo geral** historicizar as práticas de cuidado das enfermeiras no espaço da MCD, no período de 1956 a 2001.

Os objetivos específicos são:

- Analisar as práticas de cuidado das enfermeiras desenvolvidas à mulher e ao recém-nascido na MCD, no período de 1956 a 2001.

- Analisar as estratégias do poder disciplinar presentes no contexto do cuidado na MCD, no período de 1956 a 2001.

Muito ainda se tem para contar sobre as enfermeiras e enfermeiras obstétricas, mas nestas considerações iniciais já se percebe que a Enfermagem se modifica ao longo dos tempos e que as profissionais de Enfermagem, num processo de ação e reflexão, vêm buscando o seu desenvolvimento, a sua autonomia, influenciando e sendo influenciadas pelas mudanças sociais e culturais.

De acordo com Monticelli *et al.* (2008), essas profissionais têm uma visão otimista da profissão e acreditam que as dificuldades poderão ser superadas a partir de uma perspectiva pró-ativa que exige a participação de todas as enfermeiras e enfermeiras obstétricas brasileiras. Esse espaço será conquistado dependendo da capacidade de

“aplicar o conhecimento técnico, científico e humanístico adquirido, bem como estabelecer relações interpessoais que favoreçam o trabalho em equipe” (MONTICELLI *et al.*, 2008, p. 490).

2 DIALOGANDO COM A LITERATURA SOBRE O TEMA

2.1 RELAÇÕES DE SABER-PODER NA OBSTETRÍCIA: INTERFACES DA HISTÓRIA

A história da assistência ao parto, em seus encontros e desencontros entre parteiras, médicos e enfermeiras, vem sofrendo transformações sociais, culturais e políticas importantes ao longo dos séculos. A evolução da ciência e da tecnologia tem estabelecido novos paradigmas na arte de partejar, gerando espaços e posições que são conquistados por alguns profissionais em detrimento de outros.

2.1.1 Formação das Parteiras

Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados no domicílio, por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo parteiras leigas. Na Europa, essas mulheres eram importante referência para a comunidade. Suas práticas eram aprendidas e repassadas de mãe para filha, ou de mulher para mulher, sem qualquer acesso aos ensinamentos formais. Elas gozavam de plena confiança da comunidade e era comum serem consultadas sobre temas diversos, como: cuidados com o corpo, doenças venéreas e cuidados com o recém-nascido, entre outros. Por outro lado, praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio (BRENES, 1991; EHRENREICH; ENGLISH, 1984; SILVA, 2010).

Essa prática, no entanto, foi modificando-se ao longo dos anos. O período compreendido entre os séculos XIV e XVII foi considerado o da “caça às bruxas”. Devido aos seus conhecimentos e práticas, essas mulheres passaram a representar uma ameaça política e religiosa, sendo vistas como bruxas ou charlatãs. O período foi marcante na Europa: iniciou na Alemanha e marcou com o estigma de fraude e perversidade as atividades realizadas por essas mulheres, deixando-as desacreditadas perante a população. “Juntamente com os médicos da época, uma nova ordem sobre o saber e a prática foi estabelecida, garantindo o poder da Igreja” (KLEBA, 1996, p. 7).

Nos séculos seguintes, XVII e XVIII, os médicos começaram a

invadir a última área que era das mulheres - a obstetrícia. Os barbeiros cirurgiões iniciaram um ataque na Inglaterra, alegando uma suposta superioridade técnica, baseada no uso do fórceps obstétrico, legalmente classificado como instrumento cirúrgico, e as mulheres foram proibidas por lei de praticar a cirurgia. A prática da obstetrícia nas mãos dos barbeiros cirurgiões rapidamente se converteu em atividade lucrativa, tendo sido apropriada pelos médicos no século XVIII (EHRENREICH; ENGLISH, 1984).

Com a introdução do uso do fórceps na obstetrícia, a figura masculina passou a se sentir autorizada a atuar no campo até então restrito às mulheres, mudando do modelo não intervencionista para um modelo de assistência ao parto como ato controlado pelo homem, passando o processo do parto e do nascimento a ser considerado, pelo médico, como evento perigoso (OSAVA; MAMEDE, 1995).

Na Inglaterra, as parteiras se organizaram e acusaram os cirurgiões de intrusos, de especuladores e do uso perigoso do fórceps. Seus protestos, no entanto, não tiveram eco, sendo facilmente derrubados pelos cirurgiões, que as consideravam ignorantes e fortemente supersticiosas (EHRENREICH; ENGLISH, 1984). Havia controvérsia, porém, entre os médicos clínicos e os cirurgiões sobre quem deveria prestar assistência às parturientes. Os clínicos defendiam as parteiras porque consideravam atentado ao pudor a participação masculina no parto. Já os cirurgiões acreditavam que existia um perigo potencial em toda gravidez e no parto, daí ser imprescindível a presença do médico (LITOFF apud OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

O século XIX foi um período favorável para as parteiras na França, onde a prática do parto permanecia como uma especialidade dessas profissionais. Ao longo do século, o número de parteiras foi aumentando; no ano de 1891 havia aproximadamente 14 mil parteiras, favorecidas tanto pelo empenho dos poderes políticos, para prestarem assistência às parturientes, como reforçadas pelo pudor feminino de expor o corpo a um médico. Mas, com a organização dos médicos parteiros, sustentados pela Lei de 30 de novembro de 1892, que regula o exercício da medicina, proibindo as parteiras de usar instrumentos e prescrever medicamentos, houve uma diminuição da atividade dessas profissionais (THÉBAUD, 2002; SILVA, 2010).

Por volta de 1916, as parteiras passaram a realizar dois anos de estudos após o curso elementar, em escola ligada à Faculdade de Medicina. Nessa luta por garantir seu espaço, merece destaque o 8º Congresso Internacional das Parteiras, realizado em 1938, em Paris, quando a parteira chefe da Maternidade Port Royale, de Paris, a mais

antiga e a maior da França, ao abrir o congresso, fez um apelo em prol da revalorização do papel social da mais antiga das profissões femininas, discorrendo sobre os problemas profissionais enfrentados e dando ênfase à concorrência do grande número de médicos e à excessiva hospitalização (THÉBAUD, 2002).

Ehrenreich e English (1984) enfatizam que, nos Estados Unidos, em 1910, aproximadamente 50% dos partos eram realizados por parteiras, a maioria delas negras ou trabalhadoras imigrantes. Essa prática, porém, passou a ser intolerável para os médicos iniciantes da obstetrícia, que consideravam que esses partos poderiam enriquecer a prática da docência e da pesquisa. E o dinheiro que as parturientes pagavam para as parteiras poderia ir para os profissionais médicos, que lançaram seus ataques contra as parteiras, acusando-as de sujas, ignorantes e incompetentes, responsáveis pela difusão da infecção puerperal.

Na Inglaterra, na Alemanha e na maioria dos países europeus, nessa mesma época, as parteiras passaram a ser treinadas pelos médicos e reconhecidas como profissionais respeitáveis e independentes, enquanto nos Estados Unidos os médicos ainda não estavam interessados em melhorar a assistência obstétrica. Estudo realizado em 1912 mostra que alguns médicos dos Estados Unidos eram menos competentes que as parteiras, uma vez que além de não fazerem prevenção das infecções, ainda utilizavam técnicas cirúrgicas prejudiciais a mães e filhos. Por forte pressão dos médicos, foi aprovada lei contra as parteiras, segundo a qual só ao médico era permitida a prática da obstetrícia. Para as mulheres sem recursos financeiros, que não podiam recorrer aos médicos mais experientes, a assistência obstétrica piorou, aumentando o índice de mortalidade infantil (EHRENREICH; ENGLISH, 1984).

Em Portugal, diferentemente dos Países Europeus, a profissionalização das parteiras teve início no século XIX, mas sem investimentos públicos expressivos. A organização da escolarização profissionalizante e a regulação profissional eram de responsabilidade exclusiva dos médicos. (SILVA, 2010).

No Brasil, no início do século XIX, tanto os médicos brasileiros quanto os estrangeiros residentes no país criticavam as parteiras práticas, culpando-as pela alta taxa de mortalidade materno-infantil. Ações para modificar essa realidade foram acontecendo, por intervenção do médico Joaquim Cândido Soares de Meireles, ao ressaltar a importância da formação de parteiras, cobrando das autoridades que se criasse o ensino oficial de obstetrícia para mulheres. Assim foi, e esses estudos tiveram início em 1832, nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da

Bahia (MOTT, 1999).

A partir da definição do conteúdo dos cursos das parteiras já se percebe que os médicos iam conseguindo manter o seu domínio, limitando a concorrência na área obstétrica (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006).

De 1832 até 1949, toda a regulamentação brasileira do ensino de parteiras estava contida na legislação do ensino da medicina. Até então, as mulheres que se dedicavam a partejar deveriam portar uma Carta de Examinação concedida pelo Físico-Mor ou Cirurgião-Mor do Império, e uma licença da Chancelaria. E mesmo não sendo obedecida com rigor, a lei representou um início de controle, pelos médicos, sobre o exercício da atividade das parteiras (JORGE, 1975; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002; SANTOS FILHO, 1991; OSAVA, 1997; PADILHA, 1998).

No Brasil, os cursos de parteiras foram criados para satisfazer os médicos que desejavam acompanhar o que vinha sendo feito na Europa, e não por exigência da sociedade, pois muitas mulheres tinham, ainda, preferência pelas parteiras práticas. No início do século XIX, muitas parteiras diplomadas estrangeiras chegaram aos maiores centros do país, principalmente na Corte, e revalidaram seus diplomas estrangeiros na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Convém salientar que de 1856 a 1899 foram revalidados 70 diplomas, na sua maioria de parteiras francesas e italianas, agravando a concorrência com as parteiras práticas ou em formação de nosso País (MOTT, 1999; OSAVA, 1997).

Entenda-se que a Lei de outubro de 1832, que alterou para Faculdades de Medicina as Academias Médico-Cirúrgicas do Rio de Janeiro e da Bahia, estabelecia que, sem título conferido ou aprovado por uma das duas faculdades, ninguém poderia curar, ter botica ou partejar. Era praticamente a ratificação do Decreto de 29 de setembro, que regulamentava as atribuições da Junta de Higiene Pública, no que dizia respeito ao exercício profissional de médicos, cirurgiões, boticários e parteiras (JORGE, 1975; PADILHA, 1998; MOTT, 1999).

Em 1840 foi criado e regulamentado em Recife, pela Lei Provincial de Pernambuco, mais um Curso de Parteiras. Esse, no entanto, não foi reconhecido pela Junta de Higiene Pública, e as alunas não puderam registrar seus diplomas, embora pudessem exercer a profissão. No período compreendido entre 1832 e 1901 formaram-se no Brasil 56 parteiras: 21 no Rio de Janeiro, 03 na Bahia e 32 no Recife (JORGE, 1975; MOTT, 1999).

Pelo reduzido número, percebe-se que havia certa dificuldade na formação dessas parteiras, pois as exigências para ingressar no curso estavam distantes da realidade: as alunas deveriam ser jovens, ter a

moralidade comprovada pelo Juiz de Paz, estar sob a supervisão do pai ou do marido, ter condições financeiras para pagar a matrícula, ser alfabetizadas, dominar a língua francesa e também aritmética, álgebra e geometria. A partir de 1880, deveriam ter ainda conhecimento de Física, Química e História Natural. Todas essas exigências dificultavam o acesso das parteiras tradicionais ao curso, porque as mulheres interessadas na profissão geralmente provinham das camadas mais pobres da sociedade, constituídas por negras escravas ou livres, velhas, supersticiosas e analfabetas (JORGE, 1975; RIESCO; TSUNECIRO, 2002).

Em Santa Catarina, particularmente em Florianópolis, como no restante do país, até o início do século XX a assistência à mulher em trabalho de parto era desempenhada pelas parteiras, nas residências. Elas eram “tidas como verdadeiras sacerdotisas em defesa da vida”, gozando de aceitação e credibilidade da comunidade (PEREIRA, 2002, p. 155). Essas mulheres aprendiam a arte de partejar acompanhando parteiras experientes e, aos poucos, adquiriam autonomia para atender a parturiente e seu recém-nascido. As mortes de mães de recém-nascidos eram frequentes e consideradas como acidente, algo normal, consequência da natureza, ou até mesmo por falta de melhor assistência, ou, provavelmente, por esquecimento de Deus.

Em consequência dos problemas que vinham acontecendo surge a necessidade de um aprendizado formal. Por iniciativa do médico Carlos Corrêa, em 1930 é criado o primeiro curso de parteiras, denominadas enfermeiras obstétricas, que só seria oficializado em 1935, pelo Decreto Estadual n. 96, de 29 de novembro. O curso tinha duração de dois anos, e seu currículo contemplava uma parte teórica, ministrada por médicos, e uma parte prática, supervisionada por parteiras. Eram admitidas moças de 18 a 40 anos; para a matrícula, as candidatas deveriam realizar uma prova escrita e outra oral de Português e Aritmética e apresentar documentos como os exigidos para outros cursos. O curso era realizado na Maternidade de Florianópolis, que posteriormente seria denominada Maternidade Dr. Carlos Corrêa (PEREIRA, 2002).

O curso foi ministrado de 1930 a 1964, quando foi extinto por pressão da Associação Brasileira de Enfermagem-Seção SC, porque o curso não correspondia às exigências estabelecidas pela Secretaria de Estado da Educação (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999). Percebe-se aqui um conflito que passa a existir no cenário local.

2.1.2 Formação médica na obstetrícia

A partir da reestruturação do ensino médico na área da obstetrícia, iniciada na Europa, mais precisamente na Escócia e na Inglaterra, a assistência ao parto passou para o cenário hospitalar, sob domínio médico. Na França, esse ensino foi oficializado no período napoleônico com a criação da “Cadeira de Partos, Doenças das Mulheres Paridas e das Crianças Recém-nascidas”. A obstetrícia francesa foi modelo até o final do século XIX, quando Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos passaram a ter instituições de ensino e hospitais que se tornaram referência nas especialidades de obstetrícia e ginecologia. O ensino ministrado pela cadeira de parto nas faculdades francesas foi reproduzido em outros países, como Portugal e Brasil, começando a funcionar a partir de 1832, exatamente com o mesmo nome francês (MARTINS, 2005, p.653).

Apesar dos esforços para fortalecer o ensino médico na obstetrícia, alguns obstáculos tiveram de ser vencidos: a resistência dos próprios médicos quanto à necessidade de uma especialização médica voltada para a gravidez e o parto; colegas médicos que não davam muita importância à ciência dos partos; e havia muitas críticas quanto à precariedade do ensino prático, ora pela falta de orientação, ora pelos impedimentos colocados pelas parteiras e parturientes que consideravam indecente e imoral a exposição das mulheres aos estudantes de medicina (OSAVA, 1997; MARTINS, 2005).

No final do século XIX, os médicos obtiveram o controle quase total do atendimento ao parto e à gravidez, e o parto hospitalar passou a ser uma realidade para as mulheres, à medida que o atendimento se tornava melhor e mais seguro (OSAVA, 1997).

Enquanto instituição, a medicina incorporou a prática do parto como uma das suas atribuições, intitulando-a Arte Obstétrica e denominando parteiro ou médico-parteiro o profissional dessa especialidade. A implantação do ensino oficial de medicina no Brasil teve seu início em 1808, com a chegada da Corte Portuguesa, quando foram implantadas duas escolas: uma na Bahia, em 18 de fevereiro daquele ano, e outra no Rio de Janeiro, no mesmo ano, em 05 de novembro. Esta segunda motivada pela mudança de D. João VI para o Estado (BRENES, 1991).

No Brasil, no início do século XIX, os cursos de medicina funcionavam precariamente. A cadeira de obstetrícia só começaria a ser implantada em 1816 e de forma lenta, em razão dos obstáculos

enfrentados pelos médicos. Por exemplo: as irmãs de caridade não aceitavam que se iniciasse a cadeira de obstetrícia na Santa Casa, porque consideravam o parto uma falta de pudor; a falta de instalações adequadas para atender as mulheres e a relutância delas em procurar atendimento nos hospitais (BRENES, 1991).

Mesmo com a inauguração da primeira maternidade na Bahia, em 30 de outubro de 1910, as mulheres continuavam resistentes ao hospital, inviabilizando a prática de partejar de médicos e estudantes. Uma alternativa para sanar essa problemática deu-se pelo acordo estabelecido entre os médicos e o governo, obrigando as mulheres que tinham parido em casa a levarem seus bebês à presença do subdelegado do distrito. Para livrarem-se dos incômodos dessa exigência legal, as mulheres com poucos recursos financeiros preferiam parir no hospital, procurando, principalmente, os serviços das maternidades-escolas, que logo se tornaram modelo de assistência nas áreas urbanas (BRENES, 1991).

Em Florianópolis, só buscavam assistência médico-hospitalar as parturientes em situações consideradas graves. Não havia instituição especializada em obstetrícia. Desde 1789 o Hospital de Caridade (HC) recebia esses casos graves como especialidade de clínica geral, mas só em 1909 disponibilizaria dois leitos especiais para atender as mulheres em trabalho de parto ou com problemas ginecológicos, sendo atendidas pelo médico de clínica geral Dr. Carlos Corrêa (PEREIRA, 2002).

Na Capital catarinense as mulheres sem recursos financeiros eram, também, as mais carentes de assistência médica. Diante dessa realidade, surgiu, na primeira década do século XX, campanha mobilizando elites e lideranças sociais, políticas e religiosas, para construir uma maternidade em Florianópolis, objetivando, especialmente, o atendimento a essas mulheres. Somente depois de muita negociação política e econômica foi instalada a Maternidade de Florianópolis¹, assim denominada pelo Decreto n. 1832, de 31 de janeiro de 1925, do Governo do Estado, anexa ao Asilo Irmão Joaquim e sob a responsabilidade da Associação Irmão Joaquim. Por sua responsabilidade caritativa a instituição atendia as parturientes indigentes. Para a estrutura da Maternidade estavam previstos três quartos individuais para parturientes particulares ou pensionistas e, no porão, trinta leitos para parturientes indigentes. Em junho de 1926 começou a receber as primeiras parturientes, embora a data oficial de inauguração tenha sido 06 de fevereiro de 1927. Com boa aceitação, a

¹ Em 30 de maio de 1948 a maternidade passou a denominar-se Maternidade Dr. Carlos Corrêa, em homenagem ao seu diretor clínico, falecido em 29 de novembro de 1947.

Maternidade logo teve de ampliar sua estrutura física. Procuravam a instituição tanto mulheres pobres, como também muitas mulheres com recursos financeiros, motivando, ainda, a ampliação não só da enfermaria, mas também dos quartos e apartamentos. No ano de 1950 foram realizados 1.415 partos (PEREIRA, 2002).

Institucionalizar o parto foi fundamental para a apropriação do saber médico na área da obstetrícia, trazendo avanços positivos que em muito contribuíram para a diminuição da mortalidade materna e neonatal; e a mulher, que até então era vista como sujeito ativo no parto, passa a desempenhar uma atitude passiva e sem autonomia, desprovida de direitos e de sua cultura (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Na metade do século XX, o processo de hospitalização do parto já era uma realidade em quase todo o Brasil, mesmo sem estudos científicos consistentes que demonstrassem que esse modelo de assistência fosse mais seguro do que o parto domiciliar (DINIZ, 2005). E a partir de 1934 se tornaria ainda mais fortalecido. Tinha o apoio político, ao atender a interesses de diferentes grupos dentro e fora da obstetrícia, além do apoio da Igreja Católica, que sempre se posicionara contrária à prática liberal de médicos e parteiras, com temor que esses profissionais colaborassem com a realização do aborto (PROGIANTI, 2004).

2.1.3 Formação da enfermeira e da enfermeira obstétrica

Em meio a esse quadro de disputa entre parteiras e médicos e enfermeiras, desponta o ensino de enfermagem, que no Brasil começou em 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros no Hospício Nacional dos Alienados, no Rio de Janeiro, hoje conhecida como Escola Alfredo Pinto, adotando o modelo francês como base para a formação profissional. No início do novo século foram fundadas outras escolas particulares e públicas, em vários Estados brasileiros, destacando-se a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, futuramente chamada de Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1923, no Rio de Janeiro, com modelo de ensino baseado no sistema norte-americano. Antes, no final do século XIX, os médicos já haviam proposto uma associação entre o trabalho e a formação da parteira e da enfermeira, favorecendo que as parteiras fossem também enfermeiras. Com essa proposta, o objetivo dos médicos era, mais uma vez, controlar o espaço na assistência ao parto, obtendo

superioridade hierárquica, especialmente no hospital (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002; GEOVANINI *et al.*, 2005).

Em 1920 a parteira passa a denominar-se enfermeira especializada, tendo o título de obstetrix sido utilizado, pela primeira vez, pelas mulheres formadas no Curso de Obstetrícia da Faculdade de Medicina e Cirurgia do Pará, entre 1922 e 1925. Ao longo de sua história, a formação e o exercício profissional da enfermagem foram sendo modificados pela legislação de ensino. Em 17 de setembro de 1955 a Lei nº 2604 regula o exercício da Enfermagem Profissional, estabelecendo assim a diferenciação das categorias dentro da profissão de enfermagem: obstetrix, parteira diplomada e parteira prática, significando que a partir daquela data seria privativo dessas profissionais o exercício da enfermagem obstétrica (JORGE, 1975; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Convém registrar, ainda, que desde o início do século XX importantes modificações ocorreram na legislação do ensino para parteiras no Brasil. Em 1925 é encerrado o Curso de Parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em 1927 é incluída a disciplina Enfermagem Geral no currículo da Escola de Parteiras de São Paulo, que em 1931 passa a chamar-se Escola de Obstetrícia e Enfermagem Especializada, com currículo direcionado para o ensino da enfermagem e aumentando a duração do curso de dois para três anos; ao final, além do título de Parteira, as alunas obtinham o de Enfermeira Especializada (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

Nesse contexto, até 1949, no Rio de Janeiro, apenas parteiras ou enfermeiras especializadas (de acordo com a Lei nº 775 de 06 de agosto de 1949) e médicos aprendiam a atender partos. A enfermeira diplomada aprendia a cuidar da gestante, da parturiente, da puérpera e do recém-nascido, assumindo, ao mesmo tempo, os cuidados de higiene e conforto, além da responsabilidade pelo cumprimento das ordens médicas, mas não aprendia a prática do parto. As enfermeiras reconheciam e respeitavam o atendimento ao parto como área de atuação médica, embora questionassem as bases teóricas e práticas do curso de obstetrix, oferecido às parteiras pelas escolas de medicina. As parteiras se defendiam, argumentando que o ensino de obstetrícia sempre fora responsabilidade de médicos professores de clínicas obstétricas, e que a enfermagem e a obstetrícia eram áreas afins, embora com diferentes competências (JORGE, 1975; PROGIANTI; BARREIRA, 2001; OSAVA, 1997).

No Brasil o aumento nos índices de parto hospitalar acirrou a disputa entre a atuação de médicos, parteiras e enfermeiras, gerando

controvérsia, principalmente entre parteiras e enfermeiras. A hostilidade entre as duas categorias foi manchete do jornal paulista Folha da Manhã, de 12 de agosto de 1957 “As cegonhas querem luta aberta. Guerra fria nos corredores dos hospitais e maternidades” (OSAVA, 1997, p. 44). Outro exemplo da disputa entre essas categorias foi evidenciado no I Congresso Nacional de Obstetizes, ocorrido no Rio de Janeiro em 1958, durante o qual três enfermeiras freiras procuraram o jornal O Globo para acusar as obstetizes de fazerem propaganda de anticoncepcionais no evento e aproveitaram o momento para falar mal dos cursos de parto das escolas médicas. As obstetizes contra-argumentaram, alegando que as enfermeiras não entenderam a finalidade do produto (ducha vaginal) e que as funções que desempenhavam eram delimitadas, assim como as das enfermeiras (JORGE, 1975).

Na década de 1960, alterações no ensino da Enfermagem dão aos cursos um tronco profissional comum de dois anos e um terceiro ano com a possibilidade de complementação em Enfermagem ou Obstetrícia. Em 1970, nova reformulação: o curso passa a ter habilitações em obstetrícia ou obstetriz, enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem em saúde pública. A partir de 1972 a formação profissional da enfermeira obstétrica ou obstetriz passa a ser exclusiva das escolas de enfermagem, única via para a capacitação formal de não-médicos para assistência ao nascimento e ao parto normal (RIESCO; TSUNECIRO, 2002; OSAVA, 1997).

Em Florianópolis, em 24 de janeiro de 1969 é criado o Curso de Enfermagem de nível superior, agregado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A primeira turma iniciou em março daquele ano, com ingresso de alunos via classificação em prova de vestibular. Com duração de três anos, o curso oferecia a alternativa de realizar, num quarto ano, a habilitação em Saúde Pública ou em Enfermagem Obstétrica (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999).

Em 1994 o currículo mínimo de enfermagem sofre nova alteração e as habilitações deixam de existir. Atualmente, um dos cursos previstos para formação específica de profissionais não-médicos, na área obstétrica, consiste na especialização em Enfermagem, nível de pós-graduação *lato sensu*.

Reconhecendo a competência e a necessidade da atuação da enfermeira obstétrica na assistência direta ao parto, o Ministério da Saúde vem estimulando sua formação: atendendo as recomendações da Organização Mundial da Saúde, desde 1999 financia cursos na área

através de convênios com universidades e secretarias de saúde em todo o país (BRASIL, 2006).

Em Florianópolis o primeiro Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica oferecido pela UFSC foi em 1999, tendo sido ofertados, até o momento, quatro cursos consecutivos, patrocinados pelo Ministério da Saúde (MS) e um último pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em parceria com o MS em 2005. Anteriormente, em Santa Catarina, cursos de especialização nessa área eram ministrados na Universidade do Vale do Itajaí – UNIVALI, mas sem regularidade, ficando algumas vezes um vácuo de até cinco anos entre um curso e outro.

Atualmente, no Brasil, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional/96 permite ampliar as propostas de formação de enfermeiras obstétricas, respeitando as possibilidades, finalidades e a autonomia de cada instituição de ensino. Um exemplo é o Curso de Graduação em Obstetrícia, iniciado em 2005, com duração de três anos para formar obstetritz, oferecido pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (OSAVA; RIESCO; TSUNECHIRO, 2006; RIESCO; TSUNECHIRO, 2002).

2.1.4 Contextualização socio-política da obstetrícia no Brasil

A contextualização sócio-política da obstetrícia será abordada a partir da década de 70 quando inicia-se a elaboração de políticas públicas voltadas para a saúde materno-infantil, estendendo-se até o ano 2000, marcador final do tempo utilizado neste estudo.

De acordo com Tyrrell, Souza, Souza (2009) a preocupação com a assistência à mulher e seu processo de reprodução, enfatizando as ações no pré-natal, parto e puerpério, iniciou-se a partir de 1974, com o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil (PNSMI) cuja finalidade era reduzir a morbi-mortalidade materno-infantil. Esta proposta governamental focava principalmente o controle da natalidade por meio de práticas intervencionistas “justificadas pela falsa idéia de que a pobreza e as desigualdades resultavam do crescimento populacional desordenado” (TYRRELL; SOUZA; SOUZA, 2009, p. 131).

Na década de 70, a mulher era vista como objeto de reprodução, sendo que o PNSMI trazia em seu bojo critérios normativos e curativos. A enfermagem se inseria neste programa de “forma pedagógica e autoritária, indicando o que deveria ser feito e descrevendo

procedimentos” (TYRRELL; SOUZA; SOUZA, 2009 p.132).

Nos anos 80, avanços na área da saúde são observados com a proposta da Reforma Sanitária e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que apregoava os princípios de universalidade, integralidade, equidade e descentralização dos serviços. A partir deste contexto, as mulheres começaram a discutir seus problemas e por meio de movimentos organizados exigiram do governo, políticas específicas que garantissem seus direitos e o respeito no atendimento à sua saúde. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro oficializou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que tinha como proposta promover, proteger e recuperar a saúde da mulher, ou seja, considerou-a como sujeito ativo. O PAISM teve um significado social importante nesta década e estabeleceu-se como um marco na assistência à mulher no Brasil (TYRRELL; SOUZA; SOUZA, 2009; LEITE; PAES, 2008). Em 1989, a Organização Mundial da Saúde e a UNICEF criaram a Iniciativa Hospital Amigo da Criança que recomenda Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (OMS, 1989).

A partir de então, vários eventos regionais, nacionais e internacionais foram promovidos com o objetivo de discutir questões específicas à saúde da mulher.

No ano de 1987, ocorreu o V Encontro Internacional Mulher e Saúde na Costa Rica que objetivou aprofundar as questões relacionadas à mortalidade materna. Este evento estabeleceu estratégias para a redução destas mortes, o que contribuiu para a constituição dos Comitês de Mortalidade Materna e Neonatal. No mesmo ano, realizou-se no Quênia, a Conferência Iniciativa à Maternidade Segura, propondo a redução das mortes maternas em 50% até o ano 2000, cujas discussões serviram de base para a elaboração do Pacto contra a Mortalidade materna e perinatal (TYRRELL; SOUZA; SOUZA, 2009).

Os anos 90 configuraram-se também como um período de conquistas para a mulher, sendo que várias políticas nacionais foram implementadas: o programa de apoio à implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto-Risco - Portaria nº 3.016/GM/98; a Portaria nº 2.816/GM/98 que regulamenta a redução de cotas de partos cirúrgicos pelo SUS; a Portaria de nº 2.815/GM/98 que regulamentou a realização do parto sem distúcia por enfermeira obstétrica; a Portaria nº 163/98 da Secretaria de Assistência à Saúde que aprovou o Laudo de Enfermagem para emissão de Autorização de Internação Hospitalar; a Portaria nº 888/98 que instituiu o projeto de casas de parto e maternidades-modelo, no SUS; a Portaria nº 985/99 que criou o Centro de Parto Normal; a Portaria nº

1.406/99 que instituiu o Prêmio Galba de Araujo e a Portaria nº 1016/93, que regulamentou as normas básicas para implantação do Sistema de Alojamento Conjunto em todo o território nacional (BRASIL, 1998; 1993; 1999).

Nesta mesma década, foi criada por iniciativa da obstetriz e enfermeira obstétrica Maria de Lourdes Garcia de Andrade foi criada a Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO), cujas propostas se baseiam na Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7498 de 25 de junho de 1986, no Artigo 11º e no Decreto nº 94.406 de 08 de junho de 1987 que definem a competência da enfermeira ou obstetrix na assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido. A ABENFO, criada em 1989, tem como objetivo promover o desenvolvimento técnico-científico, cultural e profissional da enfermagem ginecológica, obstétrica e neonatal, por meio de mudança no paradigma da assistência, diminuição nos índices de cesarianas, redução da mortalidade materna e perinatal e melhoria da qualidade na assistência pré-natal, no parto e nascimento (ALVES; VIEIRA; TYRRELL, 2011).

A partir do ano 2000, surgiram outras políticas públicas visando a qualidade da assistência à mulher, como as Portarias GM/569, GM/570, GM/571 e GM/572/2000 que criaram e implantaram o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Portaria de nº. 693/2000 que instituiu o Método Canguru (BRASIL, 2000a; 2000b).

Reconhecendo a atuação da enfermeira obstétrica na assistência à saúde da mulher e do recém-nascido, o Ministério da Saúde, vem contribuindo para sua inserção nos Comitês de Mortalidade Materna, participação em Comissões para Avaliação de Hospitais Maternidades para o Prêmio Galba de Araujo, Hospital Amigo da Criança, projetos de Casa de Parto e de Centros de Parto Normal, bem como na elaboração de manuais na área da saúde da mulher e do recém-nascido (BRASIL, 2004; BRÜGGEMANN; OLIVEIRA; SANTOS, 2011; ALVES; VIEIRA; TYRRELL, 2011).

Esta inserção vem se consolidando ao longo dos anos, sendo que as enfermeiras obstétricas como parceiras do MS continuam contribuindo na elaboração e implementação de políticas públicas na área materno-infantil e na formação de novos profissionais, visando a qualidade da assistência à mulher e ao recém-nascido.

2.1.5 Relações entre parteiras, médicos e enfermeiras

Mesmo com formação técnica específica, a inserção da profissional enfermeira nas maternidades foi conflituosa. Segundo Osava e Tanaka (1997), as parteiras viam as enfermeiras como submissas aos médicos, e as enfermeiras viam as parteiras como pessoas com menos conhecimento.

Para Tornquist (2004, p. 288)

[...] cabe aos médicos, sempre, a competência técnica, às enfermeiras e auxiliares, o cuidado afetivo/emocional [...] os médicos sabem, pensam e ordenam, as enfermeiras cuidam, compartilham a dor e operacionalizam as decisões.

Aqui se evidencia como a divisão do trabalho estava embutida numa dimensão de gênero e de poder, como refere a autora, chamando a atenção para a divisão de tarefas e a submissão da enfermeira no ambiente hospitalar.

Em estudo que objetivou historicizar, através do relato das memórias das parteiras, uma prática de saúde à parturiente, Costa (2002) observou que o fazer das parteiras que tiveram ensino formal se vinculava ao saber médico. Já as parteiras tradicionais construíram os seus saberes com as mulheres que atendiam no parto. Também destaca as relações entre parteiras, médicos e enfermeiras no contexto das maternidades na década de 1980. Sobre essas relações, inicialmente as enfermeiras não realizavam partos porque assumiam a chefia das unidades. Quando as enfermeiras assumiram a assistência ao parto, as parteiras foram afastadas dessa atividade, fato que evidencia a relação conflituosa entre parteiras e enfermeiras a partir da sua inserção na cena do parto.

Em estudo realizado sobre a trajetória profissional de quatro parteiras da Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, de 1967 a 1994, Canassa (2005) destaca a importante participação dessa profissional na assistência à mulher e ao recém-nascido na Maternidade. Mostra, ainda, que a parteira, devido à associação do seu saber formal com o informal, exercia um relativo poder na área obstétrica; mas, aos poucos, tal poder foi sendo absorvido por outros profissionais, enquanto ela ia perdendo sua autonomia e sendo afastada das suas atividades de assistência ao parto. A autora esclarece que as relações entre os

profissionais que atuavam na Maternidade eram bastante variadas. Algumas parteiras recebiam mal as colegas parteiras iniciantes, porque se acreditavam detentoras do saber; outras, contudo, recebiam bem as colegas parteiras, por entender que assim teriam com quem dividir o trabalho. As parteiras antigas, por um lado, não gostavam da enfermeira, pois esta, como chefe, detinha o poder; mas, por outro lado, a presença da enfermeira era importante porque ela organizava o serviço. Algumas parteiras tinham boas relações com as enfermeiras, porque consideravam que ensinavam e aprendiam como podemos observar no depoimento:

uma enfermeira que trabalhou na sala de parto foi a Ana Maria²; ela era maravilhosa, um anjo de mulher, de bondade. Ela ensinava muita coisa para a gente, nunca menosprezou ninguém, nunca quis saber mais do que ninguém, era uma pessoa humilde, querida e amada (CANASSA, 2005, p. 105).

Com esse trabalho percebi que a Professora Ana Maria Westphal Batista da Silva, aposentada da UFSC, fez parte da história da MCD. Em conversa telefônica com a enfermeira, busquei informações sobre as enfermeiras que iniciaram o trabalho na Maternidade. Ela comentou que supõe tenha sido a primeira enfermeira obstétrica que atuou na MCD. Ao narrar-lhe que estudo realizado em 2005 revela que a presença da enfermeira obstétrica na Instituição data dos anos 80, ficou surpresa. Com a evidência do desencontro de informações nesse diálogo, o estímulo à pesquisa da história com base nas falas das enfermeiras e enfermeiras obstétricas que atuaram na Maternidade Carmela Dutra, de 1956 a 2000, tornou-se mais claro e necessário.

Lima (2003) refere que a enfermeira obstétrica desempenha papel importante no acompanhamento à mulher no parto, por causa de sua formação educacional e cultural, além de sua maior facilidade em prestar assistência em situações em que predominam valores humanos, como, por exemplo: compaixão, parceria, solidariedade e carinho. Segundo o autor, em muitos países o papel da enfermeira obstetra é amplamente reconhecido. No Brasil, os estudos que comparam a

² Enfermeira formada na UFSC em 1971, Ana Maria Westphal trabalhou na maternidade no início da década de setenta. Especializou-se em enfermagem obstétrica no ano de 1972 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (BORENSTEIN; ALTHOFF; SOUZA, 1999).

eficácia da assistência realizada por enfermeiras obstétricas com a da assistência usual demonstram que essas profissionais estão qualificadas e que prestam atendimento adequado.

Nunes, Ferreira e Paiva (2003) reforçam que a enfermeira obstétrica não fazia parte da equipe profissional de assistência à mulher em trabalho de parto, tanto nos domicílios quanto nos hospitais. A sua inserção no espaço hospitalar, que era demarcada pelas obstetrias, apoiada pelos médicos, acirrou a disputa com parteiras e médicos.

A dificuldade para a inserção da enfermeira obstétrica na assistência ao parto deve-se ao fato de haver uma superposição de algumas práticas, isto é, vários profissionais de saúde com a mesma função, gerando descontentamento, relações conflituosas, revolta e disputa de poder e de espaço entre eles. Isso se deve, provavelmente, ao contexto histórico e social das categorias, em que a supremacia médica vem prevalecendo ao longo dos anos (BONADIO *et al.*, 1999).

Merighi (2002) considera que, por ser a Enfermagem profissão exercida majoritariamente por mulheres, elas se percebem submissas e dominadas em relação ao poder médico, aumentando sua ansiedade e insatisfação profissional.

Estudo realizado com 92 enfermeiras obstetras formadas pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no período de 1980 a 1995, por Riesco e Tsunechiro (2002) revela que 50% delas não atuavam na área. As pesquisadoras supõem que a dificuldade em manter-se na área possa estar relacionada com

uma identidade profissional híbrida, que favorece o acúmulo ou desvio de função no exercício profissional, com o deslocamento da enfermeira obstétrica da assistência no pré-natal e no parto para outras áreas da enfermagem, gerando sobrecarga de trabalho, frustração, desmotivação, conformismo e submissão (RIESCO; TSUNECHIRO, 2002, p. 457).

Reforçando essas considerações, Gardenal *et al.* (2002) demonstram, em estudo realizado com enfermeiras das instituições de Sorocaba atuantes na assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal, que 49,3% delas trabalhavam em mais de um estabelecimento; 52,8% na área obstétrica e as outras 47,2 em outras áreas.

Em Santa Catarina, estudo realizado por Monticelli *et al.* (2008) mostra que as enfermeiras obstetras que realizaram o Curso de

Especialização na UFSC estão satisfeitas com a especialidade, mas apontam dificuldades para atuar na área, principalmente: por não se sentirem aceitas pelos profissionais da equipe de saúde e da instituição onde trabalham; pela hegemonia médica na assistência ao parto; pelo modelo assistencial instituído e pela falta de interdisciplinaridade.

O diálogo com a literatura apresenta o modo peculiar como parteiras, médicos e enfermeiras adquirem o poder-saber, o que determina as diferenças entre os espaços que cada um ocupa no campo obstétrico. Essa literatura, aliada a um referencial teórico, trouxe sustentação teórica e ampliou o olhar para os questionamentos da pesquisa e para os dados que dela emergiram.

2.2 APRESENTANDO O REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

2.2.1 Michel Foucault

Michel Foucault foi escolhido como referencial teórico-filosófico deste estudo porque estabelece um diálogo com as bases filosóficas e históricas contemporâneas ao pensar os acontecimentos do passado, na perspectiva de encontrar luzes para interpretar e construir a história presente da Enfermagem. Urge que a profissão de Enfermagem conheça os diferentes modos de ser e de fazer, as continuidades e descontinuidades, os poderes-saberes e práticas que a constituíram e a constituem como disciplina do cuidado nos diversos espaços-tempos históricos.

Portanto, a importância de uma reflexão histórico-filosófica fundamentada no pensamento de Michel Foucault mostra-se atual pela sua importância como filósofo historiador do presente, que revolucionou o conceito de história com a proposta da construção de uma história arqueológica dos saberes, trazendo a noção de arquivo, de uma história descontínua, de uma história das margens, de uma história problema, de uma história de acontecimentos, de uma história de monumentos históricos ou de uma história não linear com rupturas, lutas, embates, deslocamentos, movimentos, de uma história das ideias/de enunciados/ de discursos/ de práticas, tecendo redes/fios ou linhas de fuga para visualizar poder-saber-práticas numa abordagem transdisciplinar (EIZIRIK, 2005).

A história das ideias com base em Foucault pode ser definida em

relação a seus objetos: o discurso, o enunciado, o saber, suas transformações internas e os sucessivos deslocamentos com relação à epistemologia, um balizamento temporal para a história arqueológica, caminhando em direção à genealogia do poder.

Para Eizirik (2005), o pensamento de Foucault desloca conceitos, redistribui territórios e altera o mapa dos saberes. Não é autor de uma teoria que se precisa apenas compreender, decodificar os conceitos, mas trabalhar com ela. Não é em si uma arma, é uma ferramenta para pensar, em que saber e poder não se confrontam, mas se articulam. Foucault é visto como um pensador revolucionário que subverte a noção de história, de verdade, de poder, em que o autor busca a verdade na raridade dos eventos humanos.

O pensamento de Michel Foucault transita em diferentes campos do conhecimento e da ciência, tais como Filosofia, História, Sociologia, Medicina, Psicologia, Estudos de Gênero e Enfermagem.

Foucault foi um pensador estimulado pela curiosidade. Revisou e expandiu suas investigações, através da autocrítica e da autorreflexão, razão pela qual é difícil localizá-lo ou inscrevê-lo numa forma particular, ou estática, de seu trabalho. Ele se colocou sempre contra isso, lutando pelo direito de mudar e de olhar a história, as práticas sociais, as redes de poder-saber, de formas novas e criativas. Procurava fugir do dogmatismo, acreditando que o desafio estava no processo de desenvolver uma posição e não unicamente em defendê-la, provocando-nos o estranhamento em face da nossa própria história. A trajetória intelectual de Foucault pode ser dividida em três períodos: Arqueológico, Genealógico e Ético, embora o próprio autor diga ter procurado sempre realizar uma interpretação genealógica (EIZIRIK, 2005).

Nessa perspectiva, ao pensar uma história do presente, Foucault possibilita interpretar fatos do passado a luz do saber e das relações atuais dos indivíduos, pois construiu uma metodologia para análise histórica dos eventos e acontecimentos dos indivíduos, instituições e organizações imbricadas em suas redes de poderes-saberes.

Os escritos de Foucault proporcionam uma compreensão do poder que conduz ao entendimento das relações e dos diferentes jogos de lutas. Em Foucault a noção do poder é tematizada como relação de força, de movimentos (LUNARDI, 1999).

Na evolução histórica dos hospitais houve a construção da hegemonia médica. Então, por que utilizar o referencial teórico de Foucault de relações de poder quando se sabe que este já está estabelecido por parte dos profissionais médicos? Porque o referencial teórico de Foucault mostra outro modo de perceber o poder sob a óptica

da positividade. Na perspectiva foucaultiana o poder não é propriedade ou privilégio de ninguém nem de nenhuma classe social. O poder é relacional e está presente no corpo social. O poder não é resultante de uma conquista, mas de uma luta contínua e difusa, não apresenta uma configuração fixa, permitindo inversões nas suas relações. Novos sujeitos surgem com novos poderes e saberes, mostrando que as relações de força estão em constante movimento. O poder é algo que se propaga, que só funciona em rede (FOUCAULT, 2006a; FARHI NETO, 2007).

2.2.2 Relações de saber-poder



Homem jogando rede no mar.
Fonte: Picasaweb. google.com

A melhor imagem que mostra as relações de poder é uma rede de pesca com todos os seus nós, e cada um deles geraria uma linha de poder quando relacionado a outro nó, e cada linha, por sua vez, seria dependente das demais para existir e sustentar-se. Porém, diferentemente da rede de pesca, as linhas não seriam estáveis, poderiam surgir de diferentes nós e teriam consistência variável (SILVEIRA, 2005, p. 50).

O que caracteriza o poder na visão de Foucault é que ele coloca em jogo relações entre indivíduos ou entre grupos, em que alguns exercem poder sobre outros. O termo poder designa relações entre parceiros, individuais ou coletivos. Um conjunto de ações que se induzem e se respondem umas às outras. O que define uma relação de poder é um modo de ação que não age direta e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. Uma ação sobre as ações eventuais, ou atuais, futuras ou presentes. Para que haja relação de poder, o outro, aquele sobre o qual a ação se exerce, deve ser inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, inversões possíveis. O poder só existe em ato. O poder não é renúncia da liberdade. O poder só se exerce sobre sujeitos livres, que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer (FOUCAULT, 2006a).

A liberdade aparece como condição de existência do poder. Não há relação de poder sem resistência. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder. Onde há poder há resistência, não existe um lugar definido de resistência, mas pontos flutuantes e transitórios que se distribuem por toda a estrutura social. Não é um lugar, que se ocupa, nem um objeto, que se possui. Ele se exerce, se disputa. Não há relação de poder onde as relações estão saturadas; a escravidão não é uma relação de poder, pois o homem está acorrentado, e o que existe aí é uma relação física de coação (FOUCAULT, 1995). A questão do poder não pode ser colocada como problema de bem ou de mal, mas sim como exercício que se dá onde quer que haja relações entre indivíduos livres (ASSMANN, 2006). O ato próprio do poder é que determinados indivíduos podem, mais ou menos, determinar o comportamento de outro indivíduo, mas jamais de modo a limitar sua conduta (FOUCAULT, 2006 b).

A trama do poder pode ser imperceptível, ora com equilíbrio de forças, ora em desequilíbrio. O poder guarda uma eficácia de produtividade, de positividade, de subjetividade, de construção de corpos, não no sentido de apropriação, mas como uma rede de relações sempre tensa, em movimento. Ter como foco o corpo humano possibilita aperfeiçoá-lo, treiná-lo. O que interessa é gerenciar a vida dos indivíduos, controlar suas ações, utilizando ao máximo suas potencialidades e aperfeiçoando cada vez mais suas capacidades. Tornar o indivíduo força de trabalho e diminuir sua capacidade de resistência contra as ordens do poder, anulando os efeitos de contra-poder, torna-o

dócil politicamente, e isso aumenta a força econômica e diminui a força política (FOUCAULT, 2006a).

Foucault deixou mais claras as questões do poder quando deu continuidade à pesquisa sobre a história da penalidade, abordando o problema de uma relação específica de poder sobre os indivíduos presos, onde se utilizava uma tecnologia própria de controle. Essa tecnologia poderia ser utilizada em outras instituições, como hospital, exército, escola, fábrica, como já alertava Jeremy Bentham em seu panóptico (MACHADO, 2006).

O panóptico de Bentham é um modelo de edifício em forma de anel, no meio do qual há um pátio com uma torre no centro. O anel se divide em pequenas celas com duas janelas, uma para o interior, correspondendo à janela da torre, e outra para o exterior, permitindo que a luz atravesse a cela de lado a lado. Dependendo do objetivo da instituição, pode haver em cada cela uma criança aprendendo a escrever, um operário trabalhando, um prisioneiro sendo corrigido, um louco atualizando sua loucura. Na torre central há um vigilante que pode “ver sem ser visto”, permitindo-lhe acompanhar minuciosamente a conduta do detento, aluno, militar, doente ou louco, pelo diretor/vigilante, mantendo os observados num ambiente de incerteza da presença concreta daquele, resultando em autovigilância, eficiência e economia, assegurando o funcionamento automático do poder. Tal sistema arquitetural e óptico é, na realidade, uma figura de tecnologia política de tríplice função: a vigilância, o controle e a correção (FOUCAULT, 2006b).

Foucault definiu esse tipo de poder como disciplina ou poder disciplinar. É uma técnica, um dispositivo, um instrumento de poder, que possibilita controlar as operações do corpo, assegurando submissão de suas forças e impondo uma relação de docilidade e utilidade, manipulando e produzindo um comportamento necessário para manter a sociedade capitalista (MACHADO, 2006). Um corpo dócil é aquele que pode ser submetido, que se pode modificar e aperfeiçoar, formando-se uma relação de que quanto mais obediente, mais útil, construindo uma política de coerções que atua sobre o corpo, realizando uma manipulação calculada de seu comportamento. O poder disciplinar não destrói os indivíduos, mas os fabrica como corpos dóceis (FOUCAULT, 2006b).

Segundo Machado (2006), Foucault caracteriza a disciplina como uma organização do espaço. Distribui os indivíduos em espaço individualizado, classificatório, provocando um esquadramento hierarquizado, um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si

mesmo. Cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar um indivíduo, separando as iniciações coletivas. O que importa é organizar as ausências e as presenças, ter conhecimento de como encontrar o indivíduo, vigiando para aprovar ou não seu trabalho, criando um espaço útil. A disciplina também é um controle do tempo. Determina uma submissão do corpo ao tempo, fazendo com que o indivíduo produza mais e com máxima eficiência; e, segundo Foucault (2006a), constituindo um tempo totalmente útil e de qualidade, e isso exige um bom desempenho do corpo, utilizando bem o tempo, para que nada fique ocioso ou inútil. A vigilância é o principal instrumento de controle. Ela é contínua, permanente, não tem limites e está presente em todos os espaços. É o olhar invisível, como no modelo panóptico. Como última característica, a disciplina envolve um registro contínuo de conhecimento, fazendo com que ao mesmo tempo em que exerce um poder, produz um saber.

Para Foucault (2006a) essas informações suprem o conhecimento de quem está no ápice da pirâmide disciplinar, onde nenhum detalhe fuja de seu saber. A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder têm por alvo os indivíduos em sua singularidade. Esse poder de individualização tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, que classifica, que distribui os indivíduos e que julga para utilizá-los ao máximo. O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza, permitindo qualificar, classificar e punir o indivíduo. É através do exame que a individualidade se torna um elemento próprio para o exercício do poder.

Saber e poder se implicam mutuamente, e não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e também todo saber constitui novas relações de poder. O exercício do poder é um lugar de formação do saber. Assim sendo, o hospital não é só espaço para cura, mas também espaço para produção e transmissão do saber (MACHADO, 2006). O aparecimento da disciplina hospitalar serviu para assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do doente e da doença e transformar as condições desse ambiente (FOUCAULT, 2006a).

Enfim, Foucault (2006 a) apresenta uma luta constante para reconhecer a força que está embutida nas relações de poder e as formas de que ele se reveste para produzir efeitos, propondo uma perspectiva de positividade, de produtividade e de subjetividade.

O presente estudo se apoia nas bases teórico-filosóficas de Michel Foucault sobre saber-poder, presentes principalmente nas obras

“Microfísica do Poder” e “Vigiar e Punir”, nas quais busquei identificar os elementos constitutivos das relações de poder, como o poder disciplinar.

Farhi Neto (2007, p. 7) lembra que Foucault “escreveu sua obra como se produz uma ferramenta, justamente para ser manipulada na construção de algo outro, que caminhasse para além dela”.

O referencial teórico-filosófico de Michel Foucault foi a opção para dar suporte à pergunta de pesquisa e procurar alcançar o objetivo de conhecer como se configuraram as práticas de cuidado das enfermeiras na MCD, no período de 1956 a 2001.

3 TRILHANDO O PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica.

Para Amezcua e Toro, (2002) a investigação qualitativa abre espaço na análise dos problemas de saúde sob uma perspectiva social e cultural. Os métodos qualitativos concentram-se na experiência humana de forma global e no sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência, permitindo uma compreensão mais ampla a respeito dos comportamentos humanos complexos (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

O método de pesquisa histórica apresenta uma sistematização para compreender o passado por meio de coleta, organização e avaliação crítica de fatos. O uso dessa metodologia possibilita lançar luz sobre o passado para que ele possa orientar o presente na direção do futuro (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Segundo Padilha; Borenstein (2005, p. 577)

devemos abandonar a ideia de que vamos reconstruir o passado tal qual aconteceu, mesmo porque isso é impossível; mas, ao mesmo tempo, o que fazemos do passado é uma leitura, em termos de referências recentes, que abrangem o hoje e o agora, [...] reconhecendo que nela existe toda uma diversidade de abordagens.

Portanto, a contribuição da pesquisa histórica para este trabalho está na possibilidade de um repensar, com base numa prática, dando visibilidade aos acontecimentos produzidos pelas enfermeiras na MCD.

3.2. NOVA HISTÓRIA

A nova história tomou grande impulso na França a partir de 1929 com a criação da revista *Annales*. Essa escola questionou o enfoque positivista de imparcialidade do historiador e da neutralidade do

documento escrito, defendendo uma postura crítica ante o objeto de estudo e as fontes, levando os historiadores a se interessar por toda a atividade humana. Ampliou o campo de observação do historiador, propondo novos objetos de estudo: imagens, ritos e mitos, a mentalidade; novas fontes, como, por exemplo: memória, biografia, fotos; e novos métodos: entrevistas gravadas, estatísticas. Os fundadores da *Annales* foram Marc Bloch e Lucien Febvre, e na geração seguinte, Fernand Braudel (BARREIRA, 1999).

A partir da década de 70 houve renovação dos estudos históricos em nível mundial, resultando na ampliação de objetos e estratégias de pesquisa e na reivindicação do individual, do subjetivo, do simbólico nas dimensões necessárias e legítimas da análise da história (CARDOSO, 1994).

A nova história considera que tudo tem uma história, tudo tem um passado que em princípio pode ser reconstruído. “O que era considerado imutável é agora encarado como uma construção cultural sujeita a variações, tanto no tempo quanto no espaço” (BURKE, 1992, p. 11).

3.3 HISTÓRIA ORAL

Optei por utilizar a técnica de história oral temática por falta de informações referentes à história da enfermagem na MCD. Desse modo, torna-se necessário ouvir as pessoas que participaram desse momento histórico. A produção de depoimentos foi utilizada para preencher vazios documentais e lacunas de informações. História oral temática é um gênero da história que tem como objetivo abordar assuntos específicos e previamente estabelecidos (MEIHY, 2002).

Para Meihy (2002, p. 13),

história oral (HO) é um recurso moderno usado para elaboração de documentos, arquivamento e estudos referentes à vida social de pessoas e de grupos. Ela é sempre uma história do tempo presente e também reconhecida como história viva.

Alberti (2004) vê a HO como um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica etc.) que privilegia a realização de entrevistas

com pessoas que participaram dos acontecimentos, ou os testemunharam, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Como resultado gera fonte de consulta (entrevistas) para outros estudos. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais à luz de depoimentos de pessoas.

Para Thompson (1992), além de contribuir na elaboração de uma memória mais democrática do passado, a HO é também um instrumento de mudança que colabora na construção de uma sociedade mais justa, permitindo novas versões da história ao dar voz a diferentes narradores.

Memória

é um processo individual, que ocorre em um meio dinâmico, valendo-se de instrumentos socialmente criados e compartilhados. Em vista disso as recordações podem ser semelhantes, contraditórias ou sobrepostas [...]. Como resultado, a HO tende a representar a realidade não tanto como um tabuleiro em que os quadrados são iguais, mas como um mosaico ou colcha de retalhos, em que os pedaços são diferentes, porém, forma um todo coerente depois de reunidos (PORTELLI, 1997, p. 16).

Para Barreira (1999), essa história factual, de caráter descritivo, baseada em ideias e decisões de grandes homens públicos (a história vista de cima), influenciou o ensino da História do Brasil em todos os níveis, aproximadamente até a década de 70.

Apenas na segunda metade do século XX a HO se apresentou como potencial de estudo de acontecimentos e conjunturas sociais, talvez devido à insatisfação dos pesquisadores com os métodos quantitativos, que no pós-guerra começaram a ceder lugar para os métodos qualitativos de investigação. Em 1960, quando o gravador portátil já permite gravar depoimento, facilitando a consulta e a avaliação em qualquer tempo, as entrevistas passaram a ter estatuto de documento. Esse fato não quer dizer que a HO se tenha enquadrado aos ditames da história positivista; ao contrário,

trata-se de tomar a entrevista produzida como documento, sim, mas deslocando objeto documentado: não mais ao passado, tal como efetivamente ocorreu, e sim as formas com foi e é apreendido e interpretado. A entrevista de HO, seu registro gravado e transcrito, documenta uma

versão do passado (ALBERTI, 2004, p. 19).

Segundo a mesma autora, isto significa que as diversas versões passam a ser importantes para estudos das ciências humanas. Amplia o conhecimento sobre os acontecimentos do passado através do estudo aprofundado de experiências e versões de cada um. Procura compreender a sociedade através do indivíduo que nela viveu, de estabelecer relações entre o geral e o particular, através da análise comparativa de diferentes testemunhos, e perceber as formas como o passado é apreendido e interpretado por indivíduos e grupos, como dado objetivo para compreender suas ações. Como não é mais um aspecto negativo o entrevistado apresentar distorções da realidade, ter falhas de memórias ou errar em seu relato, é importante incluir esses fatos em uma reflexão mais ampla, perguntando-se por que o entrevistado concebe o passado de uma forma e não de outra e em que medida sua concepção difere, ou não, das de outros entrevistados.

Alberti (2004) acredita que a principal característica do documento de HO não é o ineditismo de alguma informação, tampouco está no preenchimento de lacunas de que se ressentem os arquivos de documentos escritos ou iconográficos. Sua peculiaridade é que a HO, como um todo, decorre de uma postura global com relação à história e às configurações socioculturais, que privilegia a recuperação do vivido conforme concebido por quem viveu. É nesse sentido que não se pode pensar em HO sem pensar em biografia ou memória. O processo de recordar varia de pessoa para pessoa, conforme a importância que ela imprime a esses acontecimentos no momento em que ocorre e nos momentos em que é recordado.

Pergunta a autora: de que vale o trabalho de HO se a subjetividade de quem o faz é tão imperiosa? Não estaríamos comprometendo a objetividade necessária a qualquer trabalho científico? “É sabido que jamais poderemos apreender o real tal como ele é; apesar disso, insistimos em obter uma aproximação cada vez mais acurada dele, para aumentar qualitativamente e quantitativamente nosso conhecimento. (...) o trabalho do cientista, contudo, é também um ato de criação. A objetividade, então, acaba por condicionar-se à competência, à sensibilidade e à honestidade do pesquisador na crítica interna e externa dos documentos que ele elegeu e na determinação do peso (ou valor) de cada um deles no corpo de seu trabalho” (ALBERTI, 2004, p. 23).

A entrevista da HO também permite recuperar aquilo que não se

encontra em documentos, como acontecimentos pouco esclarecidos ou nunca evocados, experiências pessoais, impressões particulares (ALBERTI, 2004). E ensina também múltiplas análises da sociedade quando se busca elaborar relatos de diferentes sujeitos, que se encontram em diferentes espaços e em posições sociais distintas (PORTELLI, 1997).

Alberti (2004) comenta que a escolha dos entrevistados não deve ser orientada por critérios quantitativos, mas pelo significado de sua experiência. Devem ser selecionados aqueles que participaram, viveram ou se inteiraram da situação ligada ao tema e que possam fornecer depoimentos significativos. E orienta que, no primeiro contato com o entrevistado, o pesquisador deve explicar o trabalho e o método empregado na história oral, explicando-lhe os objetivos da pesquisa. Também menciona pontos a serem observados nesse primeiro contato, como: tornar claro que seu depoimento é de grande importância para a pesquisa e que o pesquisador tem grande interesse em ouvi-lo. O pesquisador deve mostrar franqueza na descrição dos objetivos do trabalho e na condução das entrevistas. Demonstrar respeito pelo entrevistado, enquanto sujeito e produtor de significados outros diferentes dos do pesquisador. Como na HO se busca sua experiência e sua interpretação, é necessário evidenciar para o entrevistado que não se tenciona modificar nem criticar sua forma de ver o mundo, suas crenças e opiniões ou convencê-lo de que está errado. Essas tentativas se tornam infrutíferas num trabalho de HO, que se caracteriza justamente por recuperar e interpretar o passado através da experiência e da visão de mundo daquele que o viveu e ou testemunhou. É essa visão de mundo que norteia seu depoimento e que imprime significados a fatos e acontecimentos narrados. O ideal, no momento da entrevista, é que se busque um diálogo informal e sincero, que permita cumplicidade entre o entrevistado e o entrevistador, à medida que ambos se engajam na reflexão e na interpretação do passado.

Para saber quando encerrar uma entrevista deve-se retornar ao roteiro e verificar se todos os pontos foram discutidos, se não há alguns que poderiam voltar a ser explorados à luz de novas declarações do entrevistado. A autora lembra que pode ser útil recorrer ao conceito de saturação, quando a entrevista atinge o ponto em que novos depoimentos começam a se tornar repetitivos em relação aos que foram relatados (ALBERTI, 2004).

3.4 COLETA DE DADOS

Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiras que trabalharam na MCD no período entre 1956 e 2001, as quais foram entrevistadas de fevereiro a julho de 2009, com a técnica bola de neve (FINK, 1995), até a saturação dos dados (Apêndice A). A entrevista zero foi realizada com a Irmã Cacilda, a primeira enfermeira a atuar na MCD, que indicou as outras entrevistadas, devido ao seu profundo conhecimento do período na MCD. Fiquei conhecendo a Irmã Cacilda por intermédio da Prof. Dr^a Miriam S. Borenstein.

Busquei informações sobre as enfermeiras no Serviço de Recursos Humanos da MCD. Mas infelizmente não havia registro das primeiras enfermeiras, somente a partir de 1976. Então retornei à Irmã Cacilda e no dia da entrevista ela falou sobre as enfermeiras que a sucederam.

Segundo Alberti (2004), na escolha de pessoas para participar de uma pesquisa histórica deve-se dar prioridade à pessoa que vivenciou o contexto e que o conhece bem, pessoas idosas, e finalmente aquelas às quais se tem maior facilidade de acesso.

O contato para agendar a entrevista foi por telefone, quando a entrevistada era informada sobre o objetivo do estudo, a importância de sua participação e a possibilidade de aceitar ou não participar do estudo. Duas enfermeiras não aceitaram participar do estudo por problemas de saúde; as outras nove enfermeiras contatadas aceitaram prontamente.

O tempo médio das entrevistas foi de três horas, em locais de escolha das entrevistadas. Foi realizada uma entrevista com cada participante, e algumas dúvidas posteriores foram respondidas por telefone. As entrevistas foram gravadas com gravador digital, posteriormente transcritas e validadas pelos sujeitos de julho a setembro de 2009. Quatro entrevistas foram encaminhadas por e-mail para validação das informações por solicitação dos sujeitos. As outras cinco entrevistas foram entregues em mãos para as participantes. Foram transcritas 235 páginas com espaço 1,5. Depois da validação dos dados pelos sujeitos da pesquisa foram autorizadas 186 páginas, sendo eliminadas 49 páginas porque de acordo com as entrevistadas envolviam outros atores sociais.

As enfermeiras sujeitos do estudo foram identificadas pelo seu primeiro nome.

Utilizar a técnica de história oral temática foi gratificante. A cada entrevista emergiam emoções, às vezes de felicidade e orgulho pela

profissão, outras vezes de angústia e tristeza pelas situações narradas. E a cada entrevista mais clara ficava a evolução da história das enfermeiras na MCD.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Nessa etapa, de posse de todas as entrevistas e documentos, a pesquisadora passa a ter uma visão geral do trabalho. Segundo Padilha; Borenstein (2005), nessa fase o pesquisador inicia a interpretação dos dados, envolvendo o leitor no acontecimento histórico.

A análise dos dados foi realizada pela Técnica de Análise de Conteúdo Temática de Mynayo (2004), por possibilitar uma descrição objetiva do conteúdo e posterior interpretação.

Análise de Conteúdo segundo Bardin (2004) é:

um conjunto de técnica de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2004, p. 37).

Para Minayo (2004), a Análise de conteúdo é mais que um procedimento técnico. “Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais” (Minayo, 2004, p.199). A Análise Temática se propõe à descoberta dos núcleos de sentido e desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise compreende a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação dos objetivos. A exploração do material é a fase de transformação dos dados brutos, ou seja, a sua codificação e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação permite colocar em relevo as informações obtidas.

De posse dos documentos, passei à leitura flutuante, que consistiu em um primeiro contato geral com os dados, identificando as ideias recorrentes e os temas que foram utilizados para o alcance dos objetivos do estudo: historicizar as práticas de cuidado das enfermeiras no espaço da MCD no período de 1956 a 2001. Em seguida passei para a fase de

exploração do material realizando um reagrupamento e definindo as categorias temáticas: **O contexto da Maternidade Carmela Dutra; As práticas de cuidado à mulher na admissão; As práticas de cuidado à mulher no parto; As práticas de cuidado à mulher no puerpério; O bebê nascia e passava por uma janelinha para o berçário; As mães não eram donas dos filhos; O prematuro era bem embrulhadinho e levado da sala de parto para o berçário de alto risco; O poder no espaço de parir; O uso do uniforme como estratégia de poder; Refeitório: espaço de sociabilidade e poder; Registro: a convergência e divergência de olhares e saberes; Visita médica: espaço de poder-saber.**

A partir da interpretação e dos objetivos propostos, estas categorias foram agrupadas por afinidade temática sobre o cuidado à mulher parturiente-puérpera; as práticas de cuidado ao recém-nascido e as estratégias do poder disciplinar no contexto da MCD, resultando em três manuscritos:

- **História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra em Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001).**
- **História do cuidado ao recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001).**
- **As estratégias do Poder Disciplinar no contexto das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001).**

Estes manuscritos seguem a formatação das revistas às quais se pretende enviar para publicação.

Acredito que Análise de Conteúdo Temática possibilitou extrair a síntese das mensagens, aprofundando a compreensão e a interpretação das enfermeiras que participaram do estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi avaliado e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob o nº 003/09 (Anexo A). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Carta de Cessão da entrevista e o uso de imagens fotográficas, (Apêndice B e C) de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

Na pesquisa histórica se trabalha com nomes reais dos entrevistados e com os fatos, porque seu objetivo é historicizá-los, mas essa identidade poderia ser omitida, se as entrevistadas assim o desejassem. Para esse estudo as entrevistadas concordaram que seus nomes fossem citados.

No trabalho de campo em HO, uma das principais lições de ética é o respeito pelo valor e pela importância de cada sujeito (PORTELLI, 1997). Meihy (2002) lembra que, após a entrevista, um duplo termo de cessão deve ser assinado pelo entrevistado, esclarecendo se a autorização foi para ouvir a gravação e/ou ser lida e usada após a transcrição. Esse documento garante a existência pública do depoimento e os direitos de uso da entrevista. Para Amado (1997), o comportamento ético é necessário para moderar as relações entre os historiadores, suas fontes e seus leitores. São alguns procedimentos éticos: citar corretamente os documentos pesquisados, fidelidade às fontes, mesmo quando depõem contra a tese formulada; transparência de conceitos e da metodologia utilizados; expor lacunas e dúvidas da pesquisa. A autora também chama a atenção para a responsabilidade do historiador, porque na HO tudo aquilo que escrever estará expondo as pessoas e personagens históricos, e resultará em consequência imediata para a vida dos informantes, podendo influir no destino das pessoas e nos desdobramentos dos fatos a que se referem, tanto de forma negativa como positiva.

4 APRESENTANDO OS RESULTADOS

Ao apresentar os resultados deste estudo, gostaria de prestar uma pequena homenagem àquelas que o tornaram possível: as nove enfermeiras cujas memórias de vivência na Maternidade Carmela Dutra me aproximaram da instituição, permitindo que eu a vislumbrasse de modo ímpar e especial.



IRMÃ CACILDA

Primeiro período de atuação: de 04/1956 a 09/1956

Segundo período de atuação: de 1966 a início de 1969.

Otille Hammes nasceu em 23/07/1929, em Santa Cruz do Sul, Distrito de Sinimbu - RS. Veio para Florianópolis em 1946, quando entrou para a Congregação das Irmãs da Divina Providência, recebendo o nome de Irmã Cacilda. Trabalhou por dois anos no Colégio Stela Maris, em Laguna. Em 1953 foi para o Rio de Janeiro fazer o Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Luísa de Marillac, anexa à Pontifícia Universidade Católica (PUC) do Rio de Janeiro. Concluiu o Curso em 17/03/1956. Em abril de 1956 iniciou seu trabalho na MCD até setembro de 1957, quando foi solicitada a organizar a Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenuta, que teve seu início em 1959. Irmã Cacilda foi professora e diretora dessa escola. Em 1962 teve importante participação na criação da Associação Brasileira de Enfermagem Seção Santa Catarina (ABEn-SC); teve forte atuação para a aprovação da Lei n 3.175/63, que oficializou a reclassificação do enfermeiro de nível técnico-científico. Trabalhou por longo período no Hospital de Caridade. Em 1965 fez curso de Enfermagem Pediátrica no Rio de Janeiro. Em 1966 retornou para a MCD, onde ficou até início de 1969. Em seguida foi transferida para o Hospital de Caridade. Em 1973 foi para Tubarão, onde assumiu a chefia de serviço de Enfermagem. Ficou até 1975, quando assumiu a Coordenação do Setor Saúde da Congregação. De 1978 a 1979 foi para a Pastoral da Saúde e após desligou-se da Congregação das Irmãs da Divina Providência, criando com outras religiosas da Fraternidade Esperança. Atualmente está aposentada, mas dedica-se em tempo

integral a trabalhos sociais. Reside em Florianópolis.



NILSA BORGES PAIM

Período de atuação: de 04/1968 a 07/07/1972.

Nasceu em 28/11/1941 em Vacaria, Rio Grande do Sul. Realizou o 1º grau em Vacaria. Foi da última turma que não precisou fazer o segundo grau para ingressar na faculdade. Fez teste de seleção e entrou para a faculdade de enfermagem

em 1960. Optou pela habilitação em obstetrícia. Formou-se em 1963 em Caxias do Sul, na Escola de Enfermagem Madre Justina Inês. Iniciou a profissão no Hospital Infantil Edith Gama Ramos, anexo à Maternidade Carmela Dutra, de 1964 a março de 1968. De janeiro a março de 1968 foi chefe de serviço de enfermagem. Em abril de 68 pediu transferência para a Maternidade Carmela Dutra. De abril de 1968 a 15 de fevereiro de 1969 foi assistente da chefe de enfermagem (Irmã Cacilda). Com a saída da Irmã Cacilda, foi chefe do serviço de enfermagem na MCD de 16 de fevereiro de 1969 a 07 de junho de 1972. Concomitantemente organizou a Maternidade Tereza Kuz, em Mafra. Saindo da Maternidade foi administrar a Maternidade do Hospital Elizabeth Koehler, em Blumenau, durante um ano. Depois trabalhou em Lages, e por último em Vacaria. Atualmente está aposentada, morando em Florianópolis.



COLETA RINALDI ALTHOFF

Período de atuação: de 02/01/1972 a 1974

Formada pela primeira turma de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina de 1969 a 1971, iniciou na MCD em dois de janeiro de 1972, onde atuou como chefia de enfermagem no serviço dos Berçários e da MCD. Paralela-

mente realizou Curso de Habilitação em Saúde Pública na UFSC. Saiu da MCD em 1974 para ingressar na UFSC como professora, em junho do mesmo ano. Atuou principalmente na área de Enfermagem Pediátrica e Neonatal. Coordenou e participou do Grupo de assistência pesquisa e educação na área de saúde da família (GAPEFAM). Escreveu vários livros. É Mestre em Enfermagem na Saúde do Adulto-UFSC em 1985.

Doutora em enfermagem pela UFSC em 2001. Aposentada a partir de 2003. Reside em Florianópolis.



ANA MARIA WESTPHAL BATISTA DA SILVA

Período de atuação: de 01/07/1973 a 14/08/1974
Nasceu em Laguna e fez o curso primário e secundário no Colégio Stela Maris em Laguna. Depois, fez o curso normal. Coursou algumas fases no Curso de História na UFSC. É da primeira turma de enfermagem, formada em dezembro de 1971. Em 1972 na URGs se espe-

cializou em obstetrícia e ginecologia. Realizou estágio no mês de julho de 1972 e atuou como voluntária de janeiro a junho do ano de 1973 na MCD, iniciando em 01/06/ 1973 como concursada. Foi chefe da Sala de Parto e do Setor de Internação da Obstetrícia e Ginecologia. No final do ano de 1973 realizou no Uruguai um curso no CLAPDH (Centro Latino Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano), do qual era diretor o Dr. Caldeiro Barcia. Saiu da Maternidade em 14/ 08/1974, quando ingressou na UFSC. Realizou Curso de Mestrado em Enfermagem na USP Ribeirão Preto em 1979. No departamento de enfermagem da UFSC atuou principalmente na área da saúde da mulher. Aposentada desde 1993, reside em Florianópolis.



DORACI MARIA DA SILVA

Período de atuação: de 30/03/1976 a 18/04/1979
Nasceu em Florianópolis, no dia dez de outubro de 1937. Órfã aos 4 anos, foi morar com as religiosas em Angelina. Terminou lá o primeiro grau, e o segundo grau realizou em Blumenau, morando com as religiosas. Em Curitiba, para

onde foi com o objetivo de estudar, formou-se na Escola de Enfermagem Madre Leonor, em 1964. Realizou Curso de Ciências. Lecionou em Angelina. Fez o Curso de Secretária Executiva. Com o intuito de continuar os estudos veio para Florianópolis. Iniciou seu trabalho na

enfermagem no Hospital Celso Ramos em agosto de 1972. Foi transferida para a MCD em 1976 para poder continuar a licenciatura. Em Florianópolis, de março até outubro 1976, concluiu a licenciatura em enfermagem do curso superior de formação de professores de disciplinas especiais, para habilitação do ensino de segundo grau. Foi designada Chefe de Seção de Enfermagem na Carmela Dutra em trinta de março de 1976. Sua saída se deu em 18 de abril de 1979. Da MCD foi designada para as funções de enfermagem do trabalho em dezoito de abril de 1979. Fez o curso de especialização para enfermeiro do trabalho de vinte e nove de setembro a vinte e três de dezembro. Fez também vários cursos pela ABEn e pelo SENAC. Aposentada, reside em Florianópolis.



EVANGUELIA KOTZIAS ATHERINO DOS SANTOS

Primeiro período de atuação: de 16/07/1976 a 24/04/1999.

Segundo período de atuação: de 2001 a 2002.

Nasceu no dia 17 de abril de 1952, em Curitiba –

Paraná. Seus pais vieram morar em Florianópolis quando estava com cerca de três meses. Desde o pré-primário até o segundo grau foi aluna do Colégio Coração de Jesus, escola de Florianópolis administrada pelas Irmãs da Divina Providência. Ingressou no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em 1973, onde se formou em 9 de julho de 1976. Em 16 de julho de 1976 começou a trabalhar na Maternidade Carmela Dutra. Em 1981 assumiu a Chefia da Seção de Enfermagem e concomitantemente realizou o Curso de Especialização em Enfermagem na Saúde do Adulto na UFSC. Permaneceu seis anos na Chefia da Seção de Enfermagem. Ficou responsável pela Unidade de Internação dos Apartamentos, destinada à obstetrícia, ginecologia, oncologia e também UTI. Concluiu Mestrado em Assistência de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC em 1991. Permaneceu na Maternidade até 1999, quando se aposentou. Dirigiu a MCD do dia 02 de fevereiro de 2001 até 31 de dezembro 2002, a convite do Governo do Estado de Santa Catarina. Doutora em Enfermagem na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC em 2004. Exerce suas atividades docentes no Departamento de Enfermagem da UFSC desde 1977. Atualmente é Professora

Associada II, DE. Reside em Florianópolis.



SÔNIA MARIA DE CASTILHOS

Período de atuação: de 02/05/1979 a 18/09/2007

Nasceu em Cambará do Sul, Rio Grande do Sul. Coursou biologia em Criciúma, para poder trabalhar e depois fazer enfermagem. Formada em Enfermagem pela UFSC em 1978, começou a trabalhar na MCD em 02/05/1979. Chefe do

Berçário de Alto Risco e Berçário normal, também chefe da Sala de Partos e Unidade de Internação-Posto I. Trabalhou também na Comissão de Infecção Hospitalar, permanecendo na MCD até 18/09/2007. Atualmente é aposentada como enfermeira e professora. Em 2010 concluiu a Universidade Internacional da Paz. Reside em Florianópolis.



ODALÉA MARIA BRÜGGEMANN

Período de atuação: de 01/02/1985 a 1993.

Nascida em Florianópolis em sete de outubro de 1963, estudou em Florianópolis na Escola Alferes Tiradentes até o quarto ano primário e depois no Instituto Estadual de Educação. Fez o curso de Enfermagem na UFSC de 1980 a 1983/02. Assim que se formou foi trabalhar em Joinville na implantação do Hospital Regional

de Joinville, no ano de 1984. Pediu transferência para a MCD em 01/02/1985, respondia pela Chefia da Sala de Partos. Em 1988 fez Especialização em Enfermagem Obstétrica em Itajaí na antiga FEPEVI, agora UNIVALI. Ingressou na UFSC como Professora em 1993. Iniciou o Mestrado na UFSC em 1996, concluído em 1998. Doutorado de 2003 a 2005 em tocoginecologia, na Unicamp. Atualmente é Professora Adjunta no Departamento de Enfermagem da UFSC. Reside em Florianópolis.



ODETE BACK GOMES

Período de atuação: de 02/12/1987 até a atualidade

Nasceu em dezesseis de outubro de 1962, no município de Armazém, sul do Estado, mais precisamente no Bairro São João, onde fez o primário, e depois no quarto ano foi para Armazém, que é a sede do município onde concluiu o primeiro e o segundo grau. Em 1981 iniciou Curso de Enfermagem na UNISUL-Tubarão, com término em 1984. Entrou na Maternidade Carmela Dutra 02/12/1987 e já no mês de março do ano seguinte assumiu o posto I. Permanece nesse setor até hoje, com interrupção de 1989 até 1990, quando ocupou o cargo de Chefe de Enfermagem. Em muitos momentos respondeu por dois setores, sendo o último o Banco de Leite Humano, que assumiu durante três anos. Em 2001 fez Especialização de Gestão de Serviços de Enfermagem, promovido pela Fapeu. Desde o ano 2000 vem participando de Congressos de Bancos de Leite e de Aleitamento Materno. Participou de muitas comissões dentro da Maternidade com, por exemplo, Comissão de Mortalidade Materna, Comissão de Maternidade Segura e Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

Após essa introdução, passo a socializar os resultados do estudo no formato de manuscritos, oportunizando aos interessados no assunto conhecer a historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra no período 1956-2001. Os manuscritos apresentados estão de acordo com as normas dos periódicos para os quais serão enviados, com o intuito de publicá-los.

Chamo a atenção para a numeração das páginas que seguem a formatação da tese.

Artigo 1- História do cuidado à mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis- SC/Brasil (1956-2001).

Artigo 2- História do cuidado ao recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001).

Artigo 3- As estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra - Florianópolis-SC (1956-2001).

4.1 ARTIGO 1- HISTÓRIA DO CUIDADO À MULHER NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANÓPOLIS-SC/BRASIL (1956-2001).



Fonte: Acervo da MCD. Data: década de 1970

HISTÓRIA DO CUIDADO À MULHER NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA FLORIANÓPOLIS-SC/BRASIL (1956-2001)[‡]

HISTORY OF WOMEN CARE AT MATERNITY CARMELA DUTRA FLORIANÓPOLIS-SC/BRASIL (1956-2001)

HISTORIA DEL CUIDADO A LA MUJER EN LA MATERNIDAD CARMELA DUTRA FLORIANÓPOLIS- SC/BRASIL (1956-2001)

Vitória Regina Petters Gregório[§]
Maria Itayra Padilha^{**}

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras à mulher na Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis, no período de 1956 a 2001. Pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica. Foram entrevistadas nove enfermeiras, utilizando a técnica de História Oral Temática. Os dados foram categorizados utilizando-se análise de conteúdo temática e com base no referencial foucaultiano. Emergiram quatro categorias: O Contexto da Maternidade; Práticas de cuidado à mulher na admissão; no parto e no puerpério. Os resultados indicam que algumas práticas de cuidado acompanharam as evoluções científicas e tecnológicas da área. Concluiu-se que ao longo de sua história, o cuidado prestado à mulher na MCD sofreu transformações: foi exercido por religiosas e parteiras, por enfermeiras leigas e por enfermeiras obstétricas, numa trajetória que vai do cuidado laico ao profissional, entrelaçado por relações de saber-poder demarcadas por lutas e resistências ao poder médico hegemônico

[‡] Este manuscrito contém os resultados da tese de doutorado intitulada “A historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra (1956-2001)”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em fevereiro de 2011.

[§] Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Depto de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento em enfermagem e Saúde (GEHCES). E-mail: vitoria@nfr.ufsc.br

Correspondência: Vitória Regina Petters Gregório. Rua João Pio Duarte Silva nº 1070 apt. 504 Bl D. Córrego Grande. Florianópolis - Santa Catarina. CEP-88037001.

^{**} Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery (UFRJ). Pós-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto. Canadá. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPq. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br

da época.

DESCRITORES: Enfermagem Obstétrica; História da Enfermagem; Obstetrícia; Saúde da mulher.

ABSTRACT

This study examines the practices of care developed by nurses to women at Maternity Carmela Dutra - Florianópolis, in the period 1956 to 2001. Qualitative research with socio-historical approach. Nine nurses were interviewed using the technique of thematic oral history. The data were categorized using thematic content analysis and based on the theoretical reference. Four categories emerged: Context of Motherhood; care practices to women on admission; childbirth and puerperium. It was concluded that the care provided to women in MCD has been exercised by religious and midwives, nurses and lay nurse midwives, a path that goes from laic to professional care, intercalated with knowledge-power relationships marked by power struggles and resistances to doctor's hegemony of that time.

KEYWORDS: Obstetrical nursing. Nursing history. Obstetrics. Women's health.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar las prácticas de cuidado desarrolladas por las enfermeras a la mujer en la Maternidad Carmela Dutra de Florianópolis, durante el período de 1956 a 2001. Investigación cualitativa con abordaje socio-histórico. Fueron entrevistadas nueve enfermeras, utilizando la técnica de Historia Oral Temática. Los datos fueron categorizados utilizando análisis de contenido temático, con base en el referencial foucaultiano. Emergieron cuatro categorías: Contexto de la Maternidad; Prácticas de cuidado a la mujer en la admisión; en el parto y en el puerperio. Se concluyó que el cuidado brindado a la mujer en el MCD fue ejercido por religiosas y parteras, por enfermeras laicas y por enfermeras obstétricas, en una trayectoria que va del cuidado laico al profesional, entrelazado por relaciones de saber-poder demarcadas por luchas y resistencias al poder médico hegemónico de la época.

DESCRIPTORES: Enfermería Obstétrica; Historia de la Enfermería; Obstetricia; Salud de la mujer.

INTRODUÇÃO

A história da assistência à mulher durante o parto, em seus

encontros e desencontros entre parteiras, médicos e enfermeiras, vem sofrendo transformações sociais, culturais e políticas importantes ao longo dos séculos. Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados no domicílio, por mulheres conhecidas popularmente como aparadeiras, comadres ou mesmo parteiras leigas. Na Europa, essas mulheres eram importantes referências para a comunidade. Suas práticas eram aprendidas e repassadas de mãe para filha, ou de mulher para mulher, sem acesso aos ensinamentos formais, gozando de plena confiança da comunidade, era comum serem consultadas sobre temas diversos, como: cuidados com o corpo, com o recém-nascido e com as doenças venéreas, dentre outros. Além disso, elas também praticavam o aborto ou mesmo colaboravam com o infanticídio⁽¹⁻²⁾.

Essa prática, no entanto, foi modificando-se ao longo dos anos. O período compreendido entre os séculos XIV e XVII foi considerado pelos historiadores como de “caça às bruxas”. Devido aos seus conhecimentos e práticas, muitas dessas mulheres passaram a representar uma ameaça política e religiosa, sendo muitas delas queimadas na fogueira e acusadas de pacto com o demônio. “Juntamente com os médicos, uma nova ordem sobre o saber e a prática foi estabelecida, garantindo o poder da Igreja”^(3:7).

Nos séculos seguintes, XVII e XVIII com a evolução da medicina e da ciência, os médicos começaram a invadir a última área que era quase que exclusivamente feminina, a obstetrícia. Os barbeiros cirurgiões iniciaram um ataque na Inglaterra, alegando uma suposta superioridade técnica, baseada no uso do fórceps obstétrico, legalmente classificado como instrumento cirúrgico, e as mulheres foram proibidas por lei, de praticar a cirurgia⁽²⁾.

A partir da reestruturação do ensino médico na área da obstetrícia, iniciada na Europa, mais precisamente na Escócia e na Inglaterra, a assistência ao parto passou para o cenário hospitalar e ficou sob domínio médico. Na França, esse ensino foi oficializado no período napoleônico com a criação da cadeira de partos, doenças das mulheres paridas e das crianças recém-nascidas. A obstetrícia francesa foi modelo até o final do século XIX, quando a Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos passaram a ter instituições de ensino e hospitais que se tornaram referência nas especialidades de obstetrícia e ginecologia. O ensino ministrado pela cadeira de parto nas faculdades francesas foi reproduzido em outros países, como Portugal e posteriormente o Brasil⁽⁴⁾.

Enquanto instituição, a medicina incorporou a prática do parto como uma das suas atribuições, intitulando-a “Arte Obstétrica” e

denominando parteiro ou médico-parteiro o profissional dessa especialidade. A implantação do ensino oficial de medicina no Brasil teve seu início em 1808, com a chegada da Corte Portuguesa, quando foram implantadas duas escolas: uma na Bahia, em 18 de fevereiro daquele ano, e outra no Rio de Janeiro, no mesmo ano, em 05 de novembro^(1:135, 5). Tanto os médicos brasileiros quanto os estrangeiros residentes no país criticavam as parteiras práticas, culpando-as pela elevada taxa de mortalidade materno-infantil, o que justificava ações para modificar essa realidade. Foi criado então o ensino oficial de obstetrícia para mulheres, que teve início nas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia, com a Lei de 3 de outubro de 1832⁽⁶⁻⁷⁾. Em 30 de outubro de 1910 esse ensino passou a ocupar um espaço mais específico com a inauguração da primeira maternidade na Bahia⁽¹⁾. Na metade do século XX, o processo de hospitalização do parto já era uma realidade em quase todo o Brasil⁽⁸⁾. Esse processo teve o apoio político, ao atender a interesses de diferentes grupos dentro e fora da obstetrícia, além do apoio da Igreja Católica, que se posicionara contrária à prática liberal de médicos e parteiras, temendo que esses profissionais colaborassem com a realização do aborto⁽⁹⁾.

No Estado de Santa Catarina, a realidade era a mesma até o início do século XX, quando a assistência à mulher em trabalho de parto também era conduzida pelas parteiras, nas residências. Elas eram “tidas como verdadeiras sacerdotisas em defesa da vida”, gozavam de aceitação e credibilidade da comunidade, porém a mortalidade materna e neonatal era elevada⁽¹⁰⁾. Em Florianópolis, capital catarinense, as mulheres sem recursos financeiros eram, também, as mais carentes de assistência médica. Diante dessa realidade, na primeira década do século XX teve início uma campanha de mobilização das elites e lideranças sociais, políticas e religiosas, para construir uma maternidade, objetivando o atendimento a essas mulheres. Foi então construída a Maternidade de Florianópolis^{††}, assim denominada pelo Decreto n. 1832, de 31 de janeiro de 1925, do Governo do Estado, sob a responsabilidade da Associação Irmão Joaquim. Em junho de 1926 começou a receber as primeiras parturientes, embora a data oficial de inauguração tenha sido 06 de fevereiro de 1927. Como consequência da crescente demanda de assistência a essas mulheres, foi criado por iniciativa do médico Carlos Corrêa, diretor do hospital à época, em 1930, o primeiro curso de parteiras em Florianópolis, que seria

†† Em 30 de maio de 1948 a maternidade receberia o nome do Dr. Carlos Corrêa, em homenagem ao seu diretor clínico, falecido em 29 de novembro de 1947.

oficializado em 1935 pelo Decreto Estadual n. 96, de 29 de novembro⁽¹⁰⁾.

Na década de 40, a população de Florianópolis era de 34.110 habitantes⁽¹¹⁾. Devido às políticas públicas sanitárias brasileiras, de cunho repressivo e excludente, foram construídos hospitais para o atendimento de pacientes com hanseníase, doenças mentais e doenças transmissíveis⁽¹²⁻¹³⁾. Nos anos 50, Florianópolis apresentava um coeficiente de mortalidade geral de 15,97 por 1000 habitantes, sendo que em Santa Catarina tal índice era de 7,03. Já a mortalidade infantil em Florianópolis era de 157,62 por 1000 nascidos vivos, enquanto em Santa Catarina era de 82,56. O coeficiente de natalidade em Florianópolis era de 34,61 por 1000 nascidos vivos e 29,97 em Santa Catarina⁽¹²⁾. Considerando esses dados e o crescimento da população urbana, que era de 48.264 habitantes⁽¹¹⁾, foi elaborado um projeto político para construir a segunda maternidade da cidade, que objetivava atender também a população indigente. A Maternidade Carmela Dutra (MCD) recebeu esse nome em homenagem a Carmela Leite Dutra, esposa do presidente do Brasil General Eurico Dutra (1946-1951). Foi inaugurada em 03 de julho de 1955, começando a atender as parturientes e os recém-nascidos somente em fevereiro de 1956, devido à carência de recursos humanos. Subordinada à Secretaria de Saúde e Assistência Social, sua administração e organização ficou sob responsabilidade das Irmãs da Divina Providência, sendo Irmã Hortênsia a Madre Superiora⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A história das maternidades e das pessoas responsáveis pelo cuidar sofreu mudanças que geraram inquietações e nos instigaram a estudá-la. Neste artigo nos propomos a analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras à mulher na MCD no período de 1956 a 2000. A escolha do marcador do tempo contemplou o período inicial de 1956 com o ingresso da primeira enfermeira na MCD, a Irmã Cacilda^{‡‡}, (seu nome de nascimento é Ottilie Hammes), e o período final de 2000 com a posse da primeira enfermeira diretora da MCD, a Doutora Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica. O método de pesquisa histórica apresenta uma sistematização

^{‡‡} No decorrer do estudo, Ottilie Hammes será nominada Irmã Cacilda, pois este era o nome que utilizava à época, devido ao fato de ser religiosa na Congregação das Irmãs da Divina Providência.

para compreender o passado por meio de coleta, organização e avaliação crítica de fatos. O uso dessa metodologia possibilita iluminar o passado para que ele possa orientar o presente na direção do futuro⁽¹⁶⁾.

Para a coleta de dados utilizamos a técnica da história oral temática por falta de informações referentes à participação das enfermeiras nas práticas de cuidado na MCD. As falas das enfermeiras foram necessárias para revelar os eventos e práticas de cuidado no período histórico estudado. História oral temática é um gênero da história que tem como objetivo abordar assuntos específicos e previamente estabelecidos⁽¹⁷⁾. Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiras que trabalharam na MCD no período entre 1956 e 2001, as quais foram entrevistadas de fevereiro a julho de 2009, pela técnica bola de neve⁽¹⁸⁾, até a saturação dos dados. O tempo médio das entrevistas foi de três horas, em locais de escolha das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas com gravador digital, posteriormente transcritas e validada pelos sujeitos de julho a setembro de 2009. Também utilizamos fontes documentais: jornais, livros de passagem de plantão, livros de ocorrências e fotos. Os dados foram analisados pela Análise de Conteúdo Temática de Minayo⁽¹⁹⁾. Com esse método extraiu-se a síntese das mensagens, aprofundando a compreensão e a interpretação das enfermeiras que participaram do estudo. O referencial teórico-filosófico de Michel Foucault estabeleceu um diálogo com as bases filosóficas e históricas contemporâneas ao pensar os acontecimentos do passado, na perspectiva de encontrar luz para interpretar a história do presente e vislumbrar neste estudo o poder-saber das enfermeiras em suas práticas de cuidado dispensado à mulher⁽²⁰⁾. A análise dos dados revelou quatro categorias: O contexto da Maternidade Carmela Dutra; As práticas de cuidado à mulher na admissão; As práticas de cuidado à mulher no parto e As práticas de cuidado à mulher no puerpério. O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sendo aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob o nº 003/09. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Carta de Cessão da entrevista e o uso de imagens fotográficas, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e a discussão dos dados são abordadas em quatro categorias referentes ao contexto e às práticas aplicadas pelas enfermeiras no cuidado dispensado à mulher na MCD. Em tal sentido, tentaremos apresentar a evolução histórica dessas práticas, sem realizar

uma história linear, mas uma crítica apontando as rupturas que ocasionaram as transformações.

O contexto da Maternidade Carmela Dutra

A organização do cuidado de enfermagem na MCD de fevereiro de 1956 até 1968 ficou sob a responsabilidade das Irmãs da Divina Providência que organizavam os serviços administrativos e as práticas de enfermagem da forma como os realizavam em outros hospitais. Elas eram a autoridade que detinha o poder-saber “fabricando” pessoas regidas pelo poder disciplinar⁽²¹⁾. A partir de abril de 1956, com a inserção da primeira enfermeira, Irmã Cacilda, houve a possibilidade de melhorar a qualidade das práticas de cuidado de enfermagem, como se percebe em seu depoimento: “*Formar enfermeira foi uma proposta da congregação das Irmãs da Divina Providência influenciadas pelo então Cardeal do Rio de Janeiro, Dom Jaime de Barros Câmara. E também por exigência da Secretaria da Saúde, porque até então quem exercia a enfermagem eram as práticas de enfermagem, parteiras e as atendentes (1956)*” (Irmã Cacilda).

A qualificação dos trabalhadores da saúde era uma Política de Estado que visava à qualidade da assistência e a manutenção dos hospitais, porém a MCD continuou com apenas uma enfermeira no quadro funcional até 1972, pois o Estado de SC na década de 50 era pouco atrativo, devido aos baixos salários. O enfermeiro recebia apenas um salário mínimo mensal⁽²²⁾. Os dados estatísticos demonstram que em 1956 havia no Brasil 4.517 enfermeiros e apenas 39 escolas de enfermagem⁽²³⁾. Essa realidade se refletia na MCD na dificuldade de ter enfermeiras no seu quadro funcional, pois no Estado não havia escola de formação dessas profissionais. Foi na gestão da Enfermeira Irmã Cacilda na ABEN- SC que tal cenário começou a modificar-se. A ABEN-SC foi criada em março de 1962, quando havia no Estado apenas 11 enfermeiras. Irmã Cacilda foi diretora na primeira gestão, reivindicando a reclassificação do enfermeiro para o nível técnico-científico. Após um ano foi aprovada a Lei 3.175/63, que tornava realidade essa reivindicação^(22,24). A aprovação dessa lei foi um marco para a enfermagem de Santa Catarina, motivando a vinda de enfermeiras formadas no Rio Grande do Sul para trabalhar nos hospitais de Florianópolis e, conseqüentemente, melhorar a qualificação dos profissionais, como podemos observar: “*Em 1963 deu pra negociar e vieram 5 enfermeiras para o Hospital Infantil: a Eloíta Pereira Neves, a Irmgard, a Nelcy Terezinha, a Nilza Paim e a Eleonor Caon*” (Irmã Cacilda).

Irmã Cacilda destacou-se na organização e na estruturação da enfermagem na MCD, inaugurando uma trajetória no cuidado de enfermagem à mulher parturiente e puérpera, de maneira diferenciada e apoiada em princípios científicos e legais, o que não era comum à época (1956). *“Quem tomava decisão era a madre superiora e o médico (diretor) [...] “Nós nos incomodávamos muito quando queríamos mudar alguma coisa” [...] “A Madre Superiora exigia que tratássemos bem o Diretor, porque, para ela, ele era a pessoa mais importante, aí teve muitas brigas porque eu não me submetia (1956)”* (Irmã Cacilda).

A história das práticas de cuidado na MCD foi construída a partir das lutas dessa religiosa, tendo como pano de fundo o poder-saber institucionalizado. Mas a enfermeira não deixava prevalecer o discurso de verdade histórico-político veiculado na instituição. A enfermeira utilizava as armas do discurso crítico de cunho científico visando à qualidade das práticas de cuidado à mulher parturiente e puérpera. Essa história construída pela enfermeira Irmã Cacilda pode ser interpretada como movimento de luta e resistência ao poder-saber médico institucionalizado, que não reconhecia o saber-poder da enfermeira.

Em 1968 a Congregação das Irmãs da Divina Providência deixou a MCD em razão do término do contrato com o Estado. Naquela ocasião, a enfermeira Nilsa Borges Paim havia pedido transferência do Hospital Infantil (HI) para compor o quadro da enfermagem na MCD, permanecendo como única enfermeira após a saída da Irmã Cacilda. Sua inserção no quadro funcional naquele momento histórico produz uma mudança na organização do cuidado: a enfermagem organizada por enfermeira religiosa é substituída pela enfermagem organizada por enfermeira leiga.

Em relação à estrutura física, na sua inauguração a MCD foi divulgada pelos jornais da época como um grande e ousado estabelecimento hospitalar que viria atender a especialidade da obstetrícia⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. *“Naquele tempo só havia enfermaria e sala de parto. As gestantes ficavam na enfermaria. Fazia a internação e ficava no leito e lá eram acompanhadas pela parteira que as levava pra sala de parto quando tava pra ganhar (1956)”* (Irmã Cacilda).

No entanto, a estrutura ficou deficitária, motivada pela grande demanda e por ser a única maternidade em Florianópolis que atendia parturientes indigentes e da previdência social. Na internação, as mulheres eram recebidas e acompanhadas pelas parteiras.

“Só havia duas maternidades na cidade, e num determinado tempo uma delas parou de atender e só ficou a Carmela Dutra. Tinha dias que chegávamos de manhã e tinha paciente deitada em sofá,

ganhando neném na cama, e as mesas de parto ocupadas. Chegamos ao ponto de encontrar pela manhã duas pacientes na mesma cama, de tanta gente que ganhava, não tinha mais onde colocar (1979)” (Sônia).

Esse depoimento mostra a dimensão do problema que a enfermeira enfrentava por causa da estrutura física insuficiente para atender a grande demanda de parturientes. Assim, para melhor acolher a mulher, a sala de parto foi reestruturada ao longo do tempo, passando a ter outras salas para acolhimento.

“Era a sala de admissão, o pré-parto e a sala de parto (1968)” (Nilsa).

“Então não tinha leito de recuperação pós-parto, as parturientes saíam da mesa de parto e iam direto para o alojamento conjunto, elas não ficavam o período de Greenberg ali no centro obstétrico (1985)” (Odaléa).

“Foi em 1996, quando conseguimos o título de hospital amigo da criança, que acabou o berçário. Então essa área, que era grande, transformou-se em pré-parto e o antigo pré-parto ficou pós-parto. Eu nem consigo imaginar como é que era isso, porque hoje a estrutura do setor de admissão, pré-parto e berçário, tudo isso, hoje é centro obstétrico (1987)” (Odete).

As reformas da MCD centravam-se principalmente na área física, porém não havia modificação significativa nos procedimentos realizados, o que só foi possível com a implementação das políticas públicas que provocaram, além de alterações profundas na área física, mudanças nas práticas de cuidado à mulher. Para acompanhar as políticas de saúde visando à humanização da assistência, a enfermeira necessitou treinar e remanejar os funcionários do berçário para outras unidades, reavaliando a forma de cuidar.

“[...] para a enfermagem foi um momento difícil, a extinção do setor, foi muito traumatizante para as pessoas que trabalhavam nesse setor. Acabou o que elas faziam uma vida inteira. [...]. Foi muito boa essa mudança, foi muito visível, claro que houve dificuldades com o funcionário. Foi necessário todo um trabalho de treinamento [...] para cuidar da mãe e do filho juntos (1987)” (Odete).

Observa-se que os profissionais estavam preocupados em melhorar a qualidade da assistência, e para isso a enfermagem teve de incorporar novos saberes. No ano de 1996, com o apoio do Ministério da Saúde (MS), foi implementada na MCD a Iniciativa Hospital Amigo da Criança com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno⁽²⁵⁾. Após esta breve discussão sobre a organização de pessoal e estrutura física da MCD, passamos a apresentar as práticas de cuidados à

mulher no momento de sua admissão na maternidade

As práticas de cuidado à mulher na admissão

A admissão era o local onde a mulher era recebida e se submetia aos procedimentos formais para a sua internação, sendo que alguns deles permaneceram inalterados por todo o período estudado. As rotinas estabelecidas para as práticas de cuidado aconteciam em espaços setorizados, e como consequência eram fragmentadas e realizadas por diferentes profissionais, dependendo do espaço em que a parturiente se encontrasse. Os hábitos de higiene e alimentação da maioria das mulheres atendidas na MCD, durante algumas décadas, refletiam a sua situação econômica, como podemos ver na fala abaixo:

“A maioria das pacientes não pagantes, ditas indigentes, vinham em estado lastimável. Sujas, com mau cheiro, sem dentes ou com dentição muito prejudicada, desnutridas; algumas com piolhos e com bicho de pé. A primeira coisa após o exame era mandá-las para o banho. Recebiam uma toalha e camisola (1973)” (Ana Maria).

Percebe-se que na hospitalização as mulheres se submetiam a rotinas que na ótica dos profissionais visava a seu bem-estar e acolhimento afetuoso. Por várias décadas, essas rotinas foram realizadas pela parteira com o auxílio da atendente, pois não havia médico de plantão, apenas de sobreaviso, e era chamado somente quando necessário. Em vista disso, a parteira assume um papel essencial para o cuidado à mulher, como fica evidente nos depoimentos abaixo:

“A parteira examinava e definia se ficava internada ou não. Se internava, fazia os preparativos, como tricotomia na região pubiana, lavagem intestinal. [...] mas era feito com muito carinho (1956)” (Irmã Cacilda).

“A admissão era feita pelas parteiras, naquele tempo não tinha os residentes, não tinha médicos dentro da sala de parto, até muitas vezes era difícil encontrar um médico pra ir lá atender a paciente quando era um caso mais grave. Eles ficavam em casa, não tinha plantão na maternidade (1976)” (Doraci).

“[...] só que nesse momento também já tinha os residentes e as parteiras pararam de atuar na admissão (1987)” (Odete).

Com o passar do tempo, os médicos se apropriaram do saber-fazer da parteira e ampliaram seu espaço. Houve, portanto, a transição quanto aos profissionais que realizavam a admissão, passando das parteiras para o médico assistente e o médico residente. Alguns procedimentos para internação da parturiente permaneceram, como, por exemplo, a tricotomia da região pubiana e perineal e a lavagem

intestinal. Cabe ressaltar que esses procedimentos, quando foram implementados na MCD, estavam apoiados em recomendações dos tratados de obstetrícia⁽²⁶⁻²⁷⁾. Mas também não podemos deixar de observar que a manutenção dessas rotinas contraria a evolução dos conhecimentos na área, negligenciando as evidências científicas.

Podemos observar correlação de forças entre políticas de saúde baseadas em evidências científicas e outras condutas inapropriadas e tecnologias impróprias na assistência a partos⁽²⁸⁻²⁹⁾.

Durante o período de estudo nota-se que apenas a forma de realizar tais procedimentos sofreu modificações com a inserção das enfermeiras e enfermeiras obstétricas na sala de parto. Com o seu saber formal, elas questionaram as práticas de cuidado instituídas na admissão e provocaram mudanças para melhorar a qualidade da assistência, como se vê no depoimento das enfermeiras obstetras:

“Em relação às técnicas de enfermagem, a que nos deixou realmente chocadas foi a do enema. Na época, era feito com aquele caneco de dois litros de água morna, mais a adição de sabão de coco líquido, preso ao suporte de soro. O problema maior residia no uso da sonda retal: era apenas uma sonda, usada para todas as pacientes admitidas naquele dia. Para receber o material necessário para modificá-las, as enfermeiras da maternidade se dispuseram a dar uma aula sobre o assunto para o chefe do almoxarifado, que finalmente liberou o pedido (1973)” (Ana Maria).

“A tricotomia, eu lembro quando eu cheguei lá (1985), eram giletes, aqueles aparelhos antigos de barba, [...] deixavam de molho no germikil e usavam um aparelho para todas as parturientes, até acabar o fio da gilete (risos). E aí eu comecei a organizar, vamos esterilizar o aparelho em autoclave separadamente, pedir mais aparelhos de gilete e usar uma lâmina nova (1985)” (Odaléa).

Os problemas relacionados ao controle de infecção eram os que mais chamavam a atenção das enfermeiras e enfermeiras obstetras. Elas precisavam evitar os efeitos nocivos das práticas instituídas. Para evitar infecções, as enfermeiras propunham modificações, mas não era fácil. Elas precisavam mostrar um saber que justificasse tais mudanças. Para isso, utilizaram uma das estratégias do poder-saber, a disciplina⁽²¹⁾, para organizar as práticas de cuidado desenvolvidas na MCD. Outro aspecto a ser discutido e que se percebe na falas dos sujeitos do estudo é a incessante busca para implementar novos cuidados/tecnologias, voltados para a humanização.

“[...] não tinha uma avaliação, não se estabeleciam cuidados específicos de enfermagem..., não, eu via que era uma coisa bem

rotineira. E a demanda de serviço era muito grande. Então era a preocupação em conseguir dar conta daquele volume de atendimento (1985)” (Odaléa)

“A gente queria imprimir esses princípios da humanização, das práticas recomendadas pela OMS. Já durante minha gestão como diretora, em 2001, comecei a trabalhar isso, para o Prêmio Galba de Araújo [...]. Mas ali esbarrava com esse poder médico. Em relação à tricotomia, por exemplo, não havia necessidade, de acordo com as evidências científicas, de realizar em todas as gestantes. Fiz um decreto (risos). Mas eles reagiram, fizeram abaixo-assinado, trouxeram uma justificativa absurda. Daí a gente batia de frente também com os obstetras nessas políticas (1976)” (Evangelua)

O Prêmio Galba de Araújo, instituído pelo Ministério da Saúde brasileiro em 1999, tem como objetivo reconhecer instituições públicas e privadas integrantes da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), que se destacavam pelas inovações voltadas à humanização do atendimento obstétrico e neonatal e incentivo ao parto normal⁽³⁰⁾.

Com o crescente número de mulheres que procuravam a MCD, para organizar os serviços a enfermagem dependia de rotinas que gerassem eficiência. Porém, não conseguia instituir práticas de cuidado personalizadas ou as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde⁽³¹⁾ que recomendava as tecnologias para atenção ao parto e no nascimento, classificando as práticas com base em evidências científicas em quatro grupos: Grupo A, práticas benéficas a serem incentivadas; Grupo B, práticas danosas ou ineficazes a serem abandonadas; Grupo C, práticas com evidências insuficientes, que demandam mais pesquisas; e Grupo D, práticas que têm sido utilizadas de maneira inadequada. Algumas vezes as enfermeiras se defrontavam com resistências que obstavam a implementação de estratégias para a humanização das práticas de cuidado à mulher na MCD, como por exemplo, quanto à retirada de determinadas rotinas do grupo B, para a admissão da mulher.

Questiona-se: por que é “simples” a exclusão dessas rotinas para as enfermeiras e tão difícil para os médicos? Uma possibilidade apontada é que implicaria perda de poder e controle do processo de parturição, modificando as referências do papel do médico na maternidade⁽³²⁾.

Ao longo do período histórico estudado, as rotinas para admissão da mulher defendidas pelos obstetras da MCD permaneceram inalteradas, identificando um poder-saber dominado pela hegemonia médica, embora as enfermeiras tenham conseguido modificar algumas dessas práticas.

As práticas de cuidado à mulher no parto

Na sala de parto, assim como na admissão, os poderes se confrontavam: o poder pelo fazer da parteira, o poder pelo saber da enfermeira e o poder médico hegemônico. Assim, as práticas de cuidado à mulher aconteciam conforme o movimento de forças que prevaleciam naquele espaço. O atendimento às mulheres na sala de parto antes da inserção do residente era realizado em sua maioria pelas parteiras, em escala de serviço nas 24 horas, enquanto os médicos, por serem em reduzido número, só eram chamados quando as parteiras julgavam necessário.

“Mas a maioria dos partos era feito pelas parteiras. Tanto o particular como o de caso social, considerado indigente (1968)” (Nilsa).

“As parteiras faziam todo o preparo, e elas usavam ocitocina para indução do parto. O médico prescrevia depois. Olha, às vezes eram partos difíceis, então elas paravam e iam depressa chamar o médico. [...],mas tinha bastante dificuldade, porque havia poucos médicos e eles não faziam plantão, às vezes até pra uma cesárea era procurado um, procurado outro, e não se encontrava ninguém.[...] Anestesista pra fazer a cesariana tinha. Ele morava ali perto, aí ele vinha (1976)” (Doraci).

Os médicos definiam o fazer das parteiras. Esse saber-fazer das parteiras aos poucos começou a ser incorporado pelos médicos e pelas enfermeiras obstétricas, cujo poder-saber levou-as a ocupar os espaços na sala de parto. Assim, as práticas de cuidado realizadas pelas parteiras de maneira informal foram incorporadas por outros profissionais da instituição, adquirindo um caráter dito “científico”. No entanto, esse discurso veiculado como “científico” nem sempre acompanhava o desenvolvimento da prática obstétrica baseada em princípios humanísticos, apoiada política e tecnicamente pela OMS e MS⁽³¹⁾. A mulher deveria aceitar a ordem disciplinar das práticas de cuidado estabelecidas pela instituição, como no momento da internação, que ela deixava fora da sala de parto os seus pertences, seus familiares, sua cultura e sua identidade.

“Na sala de parto não era permitido acompanhante, pelo menos na minha época, e ninguém nos solicitava pra ficar junto, pra assistir o parto (1968)” (Nilsa).

As mulheres sofreram por muito tempo com a ausência de integração da família aos cuidados. Essa realidade na sala de parto da MCD só foi modificada com a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garantia o direito à presença de um acompanhante de escolha da mulher

durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato⁽³³⁾.

No início dos anos 70, a enfermeira chefe da unidade de internação também era responsável pela chefia da sala de parto. Com a contratação de mais enfermeiras na década de 80 para a MCD, a enfermeira pôde ficar responsável por apenas um setor. Convém salientar que a primeira enfermeira obstétrica a atuar na sala de parto da MCD foi Ana Maria Westphal Batista da Silva, em 1973, e após doze anos, em 1995 assume a segunda enfermeira obstétrica, Odaléa Maria Brüggemann. Outras enfermeiras generalistas assumiram a chefia da sala de parto durante esse período, como, por exemplo, Evanguelia Atherino Kotzias dos Santos, Sônia Maria de Castilhos e Ercília Rosa Machado. Mesmo com muitas responsabilidades, a enfermeira não ficava restrita à administração dos setores. Realizava cuidados voltados para a humanização da assistência à mulher e à equipe de saúde, como podemos observar nestes depoimentos:

“Ainda em relação às parturientes, iniciamos uma campanha pela preservação da sua privacidade. Trouxemos biombos, reintroduzimos a duras penas o ato de cobri-las durante o exame ginecológico (1973)” (Ana Maria).

“Não fazia partos, mas dentro do possível cobrava se não estavam fazendo toque demais. Além de supervisionar o cumprimento das rotinas de medicação, limpeza etc., ficava ao lado das pacientes, conversando, tranquilizando, monitorando batimentos cardíacos e apoiando na hora do parto. Quando o neném precisava ser levado para o berçário de alto risco, eu subia para trazer notícias (1979)” (Sonia).

Na sala de parto a enfermeira realizava práticas de cuidado para além da técnica e das suas atividades administrativas, indo ao encontro do que posteriormente foi preconizado pelo MS e pela OMS⁽³⁴⁾ para a atenção obstétrica e neonatal, realizando assistência humanizada à mulher como condição para o adequado acompanhamento do parto. No entanto, o cotidiano da enfermeira na sala de parto acontecia com muita dificuldade, em razão de problemas na estrutura física da maternidade e falta de material e pessoal, como atestam os depoimentos a seguir:

“Recebíamos mãe ganhando neném lá na recepção, mãe tendo convulsão na sala de parto, crianças nascendo na cama com circular de cordão (1973)” (Ana Maria).

“Uma ou duas camas viravam sofá para 3 ou 4 mães sentarem até a família vir buscar (1979)” (Sônia).

“Era um trabalho desgastante e que não tinha condições adequadas. Nós tínhamos uma média de setecentos partos por mês (1985). Então eu chegava de manhã na sala de parto, tinha duas

parturientes em cada leito. Pacote de parto tinha que dividir para três partos. [...] e inclusive eu me lembro que nessa época até foi a única vez que eu fiquei doente (risos), que eu tive pneumonia, pelo excesso de trabalho (1985)” (Odaléa).

Trabalhar na sala de parto exigia da enfermeira conhecimento de administração do tempo, do material e dos profissionais de enfermagem para atender todas as mulheres que procuravam os serviços da MCD, proporcionando a melhor assistência possível nesse contexto. Deixava transparecer o ato de doação, atendendo as necessidades da parturiente em detrimento da sua própria saúde.

Podemos observar a concentração de trabalho na sala de parto, a produção de trabalho em grande escala, utilizando-se ao máximo dos espaços e dos corpos, “tornando-os dóceis” e resultando em uma racionalidade econômica ou técnica, reproduzindo a ordem social capitalista^(35:119). Além de se preocupar em cuidar da mulher em trabalho de parto, a enfermeira proporcionava treinamentos para os profissionais de enfermagem, atentando para os riscos de contaminação em defesa da saúde do trabalhador.

*“Havia apenas uma pia no pré-parto. Ali era lavado o material, as luvas, era despejada a solução onde eram colocados os espelhos. A limpeza das duas mesas de parto e camas também deixava a desejar. Estava se iniciando o uso de esterilizantes químicos e também detectamos problemas com relação ao seu uso. Assim, dividimos os funcionários em pequenos grupos e fizemos treinamentos curtos e repetidos abordando esses aspectos. Os resultados foram positivos. Era necessário colocar avental e pro - pé para entrar na sala de pré-parto; trocar a roupa de cama mais vezes; **controle** cerrado da limpeza, esterilização e armazenamento de material da sala de parto; cuidado especial com as comadres, que eram usadas por diversas parturientes e ficavam expostas a contaminação (1973)”* (Ana Maria).

Ao priorizar o trabalho de administração, a enfermeira fortalecia o seu papel de trabalhadora intelectual da enfermagem. Na sala de parto havia a preocupação com o ambiente, e ela utilizava do seu saber-poder para identificar os problemas e realizar as mudanças possíveis e necessárias, procurando proporcionar um espaço seguro para a mulher e para a equipe de enfermagem.

A palavra controle traz embutida a relação de saber-poder⁽³⁶⁾. As enfermeiras promoviam relação harmoniosa, técnica e ética para proteger a saúde da mulher e da equipe de enfermagem. A infecção hospitalar constitui um problema de saúde pública, mostra-se como um desafio constante para as enfermeiras e uma ameaça para a mulher

hospitalizada. Nesse contexto, o saber sobre a infecção hospitalar e as ações para preveni-las conferem à enfermeira poder para melhorar as práticas de cuidado, tanto para a mulher quanto para os profissionais de enfermagem.

As práticas de cuidado à mulher no puerpério

Na MCD, até 1996 a mulher após o parto era levada para a unidade de internação, onde continuava separada de sua família e de seu filho recém-nascido; o contato só era permitido em horários pré-determinados. As práticas de cuidado eram realizadas por atendentes de enfermagem treinadas pelas irmãs da Divina Providência, principalmente pela Irmã Cacilda. Essas unidades eram enfermarias com 11 leitos cada uma, totalizando 44 leitos.

“Eu treinei tudo que era preciso, os cuidados de enfermagem e sinais vitais. Elas chegavam sem saber nada. A gente morava lá, não tinha horário pra nada (1956)” (Irmã Cacilda).

As atendentes seguiam uma disciplina estabelecida pelas Irmãs da Divina Providência. O treinamento a que eram submetidas visava não somente a aumentar as habilidades, mas torná-las úteis para a instituição, formando “uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos”^(21, 35). Ao serem inseridas na maternidade, as enfermeiras assumem a função de administrar e supervisionar o trabalho daquelas atendentes.

“Eram registradas no prontuário pelas atendentes: as ocorrências mais graves, sinais vitais e medicação que era administrada. Os prontuários individuais ficavam no posto de enfermagem. A enfermeira, quando passava visita com o médico, levava os prontuários (1956)” (Irmã Cacilda).

Podemos observar nas ações da enfermagem e da enfermeira que estas eram regidas pelo poder disciplinar, com registro contínuo detalhando os acontecimentos para fornecer elementos ao poder-saber médico. As enfermeiras também tomavam para si a responsabilidade de determinadas práticas que eram próprias do profissional médico, como se nota na fala a seguir:

“Algumas vezes as puérperas pediam remédio pra dormir, daí tinha que ligar pro médico que tava de plantão. [...] falava por telefone, ele dizia qual remédio dar, daí no outro dia tinha que lembrar pra ele prescrever (1968)” (Nilsa).

Ao avaliarmos essa conduta, percebemos que a enfermeira se submetia ao poder-saber dos médicos em relação de docilidade-

utilidade. Essa “mecânica do poder”⁽³⁵⁾ define a ação da enfermeira e a orienta sobre como agir. Observamos também uma submissão dos profissionais de enfermagem ao saber-poder das enfermeiras que organizavam as práticas de cuidado.

“A atendente que cuidava da enfermaria tinha obrigação de 15 em 15 minutos verificar o forro e ver a pressão. Isso nós tínhamos muito cuidado. Tinha mais movimento de manhã porque era realizada a higiene corporal. A higiene perineal era feita com uma pinça, com gaze, colocava a comadre e derramava água e limpava. E depois elas iam pro chuveiro no segundo dia. E banho de leito só no primeiro dia da cesariana (1968)” (Nilsa).

“O curativo da episiorrafia era feito com mercúrio. A demanda de pacientes era muito grande, não dava tempo pra uma limpeza da cama (1976)” (Doraci).

“Uma mudança significativa foi os cuidados com anestesia raque. Eram 24 horas deitada sem travesseiro [...] não tinha como se ajeitar de uma forma confortável para a amamentação. A evolução de 24 para 12 horas e agora para 8 horas. [...] A cesárea tinha um curativo fechado que não podia abrir antes do dia da alta. Só podia abrir depois, com 72 horas. Então, em determinado momento também se abriu o curativo após 24 horas, ela tomava o banho normal e só se fazia o curativo novo. Depois de um tempo não se fazia mais o curativo. [...] agora após 24 horas retira e não se coloca nada, fica a incisão exposta, tudo são evoluções. [...] então, com o Hospital Amigo da Criança a permanência passou para 48 horas tanto o parto quanto a cesárea (1987)” (Odete).

Havia normas estabelecidas para realizar os cuidados à mulher no puerpério, como também vigilância constante, e esses são alguns dos mecanismos disciplinares que ocorriam no contexto da MCD. Essa disciplina podia ter como objetivo evitar infecção hospitalar e organizar os serviços para melhor aproveitamento da força de trabalho da enfermagem. Tal realidade reflete a ordem estabelecida na instituição. A incorporação de novos saberes na área da saúde confere aos profissionais poder para modificar a assistência à mulher puérpera.

Os depoimentos revelam modificações de algumas práticas de cuidado realizadas no período estudado. Rotinas estabelecidas como verdades foram questionadas, mas só foram modificadas por meio de um poder-saber: algumas respaldadas por políticas públicas, outras pelas evidências científicas que visavam à qualidade das práticas de cuidado oferecidas às mulheres. A enfermeira demonstra um pensamento crítico reflexivo, percebe a mulher como sujeito do cuidado. Modificar a forma

de cuidar foi difícil na MCD: as mudanças foram lentas. Normas e rotinas conhecidas se traduzem em poder, e a mudança leva o profissional para fora da sua área de conforto, desprovedo-o do saber e interferindo no seu poder. Mas nem sempre o saber da enfermeira possibilitou romper com verdades estabelecidas pelo poder médico, como indicam estes depoimentos:

“Uma rotina desnecessária, mas que continua até hoje, é uso da sonda vesical na cesariana. A paciente fica com a sonda que é retirada após 8 horas, no momento em que vai para o banho. Só que para a cesárea seria desnecessário o uso da sonda. A enfermagem acha cômodo, mais fácil esvaziar uma bolsa do que estar colocando a comadre várias vezes. Se formos fazer uma enquete com a enfermagem para saber o que ela acha, com certeza dirá que é ótimo, mas nós temos que analisar se é benéfico ou não para a paciente (1987)” (Odete).

Observa-se que, nesse período histórico, as ordens estabelecidas para as práticas de cuidado construíram discursos de verdade. As enfermeiras algumas vezes demonstraram resistência e lutaram contra essa ordem, fundamentando-se no saber científico e humanizado, amparadas principalmente pelas recomendações do MS e da OMS; outras vezes se submeteram ao poder médico como fundamento de verdade, sem questionar.

A noção do poder-saber é apontada como relação de força e movimento. O referencial foucaultiano mostra outro modo de perceber o poder sob a ótica da positividade. Não é resultante de uma conquista, mas de uma luta contínua e difusa; não apresenta uma configuração fixa, permitindo inversões nas suas relações⁽²¹⁾. Para as enfermeiras, essas lutas resultaram em modificações nas práticas de cuidado focando a atenção à mulher como sujeito de cuidado, em todo o processo da admissão, parto e puerpério vividos na MCD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer o cotidiano das práticas exercidas pelas enfermeiras no cuidado dispensado à mulher na MCD no período de 1956 a 2001. Também iluminou os bastidores, revelando como se constituíram essas práticas e as relações de saber-poder. A história destas práticas foi construída a partir da Irmã Cacilda e pode ser interpretada como movimento de luta e resistência ao poder-saber institucionalizado.

Estas lutas foram evidenciadas ao longo do período estudado, sendo que as enfermeiras questionaram verdades estabelecidas que foram modificadas por meio do poder-saber respaldado tanto pelas

políticas públicas quanto pelas evidências científicas que visavam a qualidade das práticas de cuidados às mulheres. Paralelamente visualizou o fortalecimento da identidade das enfermeiras e sua contribuição para a construção da profissão, demonstrando a sua participação ativa no processo sócio-histórico, político e cultural na MCD.

Nesse contexto da prática de cuidado as relações de saber-poder ocorreram nos microssistemas, mostrando como o poder é flexível e maleável, dependendo de suas forças. As enfermeiras tanto exerceram o poder como também sofreram sua ação.

As relações de saber-poder exercidas entre enfermeiras e médicos ou entre enfermeiras e profissionais de enfermagem no espaço da MCD possibilitaram rupturas e transformações na prática do cuidado à mulher. Julga-se importante que a profissão conheça e revele os diferentes modos de ser e fazer do passado, tanto quanto as continuidades e descontinuidades, suas resistências e lutas e as redes do saber-poder que permeavam esse contexto. Essas práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras expressavam uma nova ordem e disciplina do cuidado e do desenvolvimento da Enfermagem como uma profissão de cuidado à saúde nos diferentes espaços e tempos históricos.

REFERÊNCIAS

- 1 Brenes AC. História da parturição no Brasil. Cad. Saúde Pública. 1991 abr/jun.; 7(2):135-149.
- 2 Ehrenreich B, English D. Brujas, comadronas y enfermeras - historia de las sanadoras. Barcelona: Lasal, 1984.
- 3 Kleba ME. A enfermagem na Alemanha: algumas reflexões sobre sua constituição histórica e o processo atual de profissionalização. Rev. latino-Am. Enferm. 1996 dec.; 4(3):117-133.
- 4 Martins APV. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. Rev. Estud. Fem. 2005 sep/dec.; 13(3): 645-666.
- 5 Padilha MICS. A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL, 1998.
- 6 Jorge DR. Evolução da legislação Federal do Ensino e do Exercício profissional da Obstetrix (parteira) no Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Ana Néri; 1975.

- 7 Mott ML. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? Cad. Pesqui. 1999 nov.; 108:133-160.
- 8 Diniz CS. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Rev. Ciência Saúde Coletiva. 2005; 10(3):627-637.
- 9 Progianti JM. Modelos de assistência ao parto e a participação feminina. Rev. Bras Enferm. 2004 mai/jun.; 57(3):303-305.
- 10 Pereira NV. Associação Irmão Joaquim, 100 anos de Amor ao próximo: histórico da Associação Irmão Joaquim por ocasião do seu centenário 1902-2002. Nereu do Vale Pereira. Florianópolis: Associação Irmão Joaquim; 2002.
- 11 Teixeira LEF. Arquitetura e cidade: a modernidade (possível) em Florianópolis, santa Catarina- 1930-1960 [tese]. São Paulo: Escola de Engenharia de São Carlos; 2009.
- 12 Coelho AR. O urbano e o sanitário na globalização: estudo das questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis-SC [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1998.
- 13 Borenstein MS. Hospitais da Grande Florianópolis: fragmentos de memórias coletivas (1940-1960). Florianópolis: Assembléia Legislativa; 2004.
- 14 A Gazeta. Ano XX. N. 5.003. Florianópolis. 3 de julho de 1955.
- 15 Diário da Tarde. Ano XX. N. 10117. Florianópolis. 4 de junho de 1955.
- 16 Lobiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001.
- 17 Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 2002.
- 18 Fink A. How to sample in surveys. The Survey Kit (6). Thousand Oaks: Sage; 1995.
- 19 MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. HUCITEC-ABRASCO: São Paulo. 2004.
- 20 Foucault M. Arqueologia do saber. 6a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.
- 21 Foucault M. Microfísica do poder . Rio de Janeiro: Edições Graal; 2006.
- 22 Cacilda (Irmã da Divina Providencia). Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório. Florianópolis, 29 de julho de 2009. Gravação

digital. Aprox. 120 min. 2009.

23 Associação Brasileira de Enfermagem. Levantamento dos recursos humanos e necessidades de enfermagem no Brasil. 1956-1958. Brasília: ABEn; 1980.

24 Borenstein MS, Padilha MI, Maia AR, Costa E, Gregório VRP, Espíndola AMK. Otille Hammes: pioneira da enfermagem catarinense. *Rev Bras. Enferm.* 2009 mar-abril;62(2): 240-5.

24 Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Visa promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno. Geneva: WHO; 1989.

26 Delascio D, Guariento A. *Obstetrícia normal Briquet*. 3 ed. São Paulo: Sarvier; 1981.

27 Rezende J. *Rezende Obstetrícia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991.

28 Enkin MW, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley L, Hodnett E *et al.* Rotinas hospitalares. In: Enkin MW, Keirse MJC, Neilson JP, organizadores. *Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.137-143.

29 Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*. 2001; 28(3):202-7.

30 Ministério da Saúde (BR). Portaria n.2.883/GM de 04 de junho de 1998. Instituiu o Premio Nacional Professor Galba de Araújo. Brasília; 2004. [citado em: 12 jun 2009]. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-238.htm>

31 Organização Mundial da Saúde. *Maternidade segura: atenção ao parto normal: guia prático*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1996.

32 Dias MAB, Domingues RMSM. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(3):699-705.

33 Ministério da Saúde (BR). Lei n.11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8.080, introduzindo o direito ao acompanhante de escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato. *Diário Oficial [da] União*. Brasília; .67. 8 abr. 2005. Seção 1. p.1

34 Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n.569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] União. Brasília. 18 ago. 2000. p.112.

35 Foucault M. Vigiar e punir : nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 2006.

36 Aguiar BGC. Enfermeiras e o paradoxo das relações saber-poder no programa de controle de infecções hospitalares: uma contribuição para a acreditação hospitalar [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.

4.2 ARTIGO 2: HISTÓRIA DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANÓPOLIS-SC/BRASIL (1956-2001)



Fonte: Acervo de Rita de Cássia Curcio. Data: década de 1970

**HISTÓRIA DO CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO NA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS-
SC/BRASIL (1956-2001)⁸**

**HISTORY OF THE CARE OF NEWBORNS AT MATERNITY
CARMELA DUTRA – FLORIANÓPOLIS – SC / BRAZIL (1956-
2001)**

**HISTORIA DEL CUIDADO AL RECIÉN NACIDO EN LA
MATERNIDAD CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS-
SC/BRASIL (1956-2001)**

Vitória Regina Petters Gregório⁹
Maria Itayra Padilha¹⁰

RESUMO: Pesquisa qualitativa de abordagem sócio-histórica com o objetivo de analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras ao recém-nascido na Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis-SC, no período de 1956 a 2001. Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiras que trabalharam na Maternidade no período demarcado. Os dados foram categorizados utilizando-se análise de conteúdo com base no referencial foucaultiano. Emergiram três categorias: O bebê nascia e passava por uma janelinha para o berçário; As mães não eram donas dos filhos; O prematuro era bem

⁸ Este manuscrito contém os resultados da tese de doutorado intitulada “A historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra (1956-2001)”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em fevereiro de 2011.

⁹ Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Depto de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento em enfermagem e Saúde (GEHCES). E-mail: vitoria@nfr.ufsc.br

Correspondência: Vitória Regina Petters Gregório. Rua João Pio Duarte Silva nº 1070 apt. 504 Bl D. Córrego Grande. Florianópolis- Santa Catarina- CEP- 88037001.

¹⁰ Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery (UFRJ). Pós-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto. Canadá. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPq. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br

embrulhadinho e levado da sala de parto para o berçário de alto risco. Os resultados mostraram que às práticas de cuidados prestadas aos recém-nascidos passou por muitas transformações importantes e desafiantes para as enfermeiras. Possibilitou conhecer o cotidiano do trabalho das enfermeiras, iluminando o interior das práticas de cuidado e as relações de poder-saber, fortalecendo sua identidade e colaborando para a construção profissional.

Palavras-chave: Enfermagem Obstétrica; Enfermagem Neonatal; História da Enfermagem; Saúde da criança.

ABSTRACT: A qualitative study of socio-historical approach aiming to analyze the practices developed by nurses with newborns in the Maternity Carmela Dutra, Florianópolis – SC, from 1956 to 2001. The study subject were nine nurses who worked in the Maternity in the period demarcated. The data were categorized using thematic content analysis based on Foucaultian referential. Three categories emerged: The baby was born and passed through a window to the nursery; the mothers were not owners of their children; the premature was very well wrapped up and taken from the delivery room for the high-risk nursery. The results showed that the practices of care provided to newborns have gone through many major and challenging transformations for nurses. Helped understand nurses' daily work, illuminating the interior of care practices and the relations of power-knowledge, strengthening their identity and contributing to the professional construction.

Keywords: Obstetrical Nursing; Neonatal Nursing; History of Nursing; Child Health

RESUMEN: Investigación cualitativa con abordaje socio-histórico que tiene el objetivo de analizar las prácticas de cuidado desarrolladas por las enfermeras al recién nacido en la Maternidad Carmela Dutra, Florianópolis-SC, durante el período de 1956 a 2001. Los sujetos de la investigación fueron nueve enfermeras que trabajaron en la Maternidad durante el período demarcado. Los datos fueron categorizados utilizando el análisis de contenido temático con base en el referencial foucaultiano. Emergieron tres categorías: El bebé nacía y pasaba por una ventanita a la sala cuna; Las madres no eran las dueñas de los hijos; El prematuro era conducido de la sala de parto a la sala cuna de alto riesgo bien envuelto. Los resultados mostraron que las prácticas de cuidados prestadas a los recién nacidos pasó por muchas transformaciones importantes y desafiantes para las enfermeras. Posibilitó conocer el cotidiano del trabajo de las enfermeras, iluminando el interior de las

práticas de cuidado y las relaciones de poder-saber, fortaleciendo su identidad y colaborando para la construcción profesional.

Palabras clave: Enfermería Obstétrica; Enfermería Neonatal; Historia de la Enfermería; Salud del Niño

INTRODUÇÃO

A história do cuidado prestado pela enfermeira na maternidade vem sendo recontada e reavaliada ao longo dos anos, seja por mudanças sociais e culturais, mudanças nas rotinas das instituições, avanços tecnológicos ou avanços em termos de evidências científicas. O foco do cuidado durante muitos anos foi a mulher e as práticas obstétricas, não havendo significativa preocupação com o cuidado ao recém-nascido.

Tal situação começa a mudar na Europa entre 1870 e 1920, devido às altas taxas de mortalidade e queda nas taxas de natalidade. Foi nesse período que surgiu o Movimento para a Saúde da Criança, que buscava preservar a vida das crianças, incluindo aí os recém-nascidos prematuros, considerado um marco na história do cuidado neonatal⁽¹⁾. O obstetra francês Pierre Budin foi o primeiro a estender sua preocupação com os recém-nascidos além da sala de parto, iniciando com ambulatório de puericultura em Paris no ano de 1892 e introduzindo princípios e métodos que formaram a base da medicina neonatal⁽²⁾. Os recém-nascidos atendidos por Budin eram examinados e pesados semanalmente, enquanto as mães eram orientadas e estimuladas para o aleitamento materno e para o contato precoce com os recém-nascidos doentes ou prematuros⁽³⁾.

No Brasil, até a segunda metade do Século XX, os bebês nasciam em casa, atendidos geralmente por parteiras. O parto no hospital não fazia parte do cotidiano das famílias, e os hospitais que atendiam ao parto não contavam com unidades específicas para cuidar do recém-nascido. Com a medicalização do nascimento, houve um aumento nas intervenções, tanto sobre a mulher quanto sobre o recém-nascido, principalmente sobre a relação estabelecida entre ambos e a sua família. Os avanços tecnológicos que se instalaram contribuíram para desenvolver a indústria médico-hospitalar, impulsionando as investigações sobre os mecanismos fisiopatológicos da gestação, do feto e do recém-nascido e contribuindo para reduzir a morbi-mortalidade peri e neonatal⁽⁴⁾. Assim, o hospital começou a ser visto de outra forma, e o parto hospitalar foi considerado mais seguro, tanto para as mães como para os bebês⁽³⁾.

O parto hospitalar melhorou as condições de cuidado, possibilitando identificar fatores de risco, ampliar os índices de

sobrevivência materna e fetal e reduzir a mortalidade neonatal. No entanto, devido à preocupação com as infecções, separou o bebê da mãe e da sua família^(1,5). Os recém-nascidos a termo e sem complicações eram encaminhados a uma unidade denominada berçário, onde permaneciam até a alta hospitalar, saindo apenas para serem amamentados. Já os prematuros ou nascidos com complicações eram mantidos em isolamento rigoroso, onde as visitas eram proibidas e os pais só podiam ver seus filhos de longe, por meio de visores⁽⁶⁾.

Em Florianópolis, o cuidado às mulheres e aos recém-nascidos no âmbito hospitalar teve seu início em junho de 1926 com a criação da Maternidade de Florianópolis, a qual teve seu nome modificado em 30 de maio de 1948. A maternidade receberia o nome do Dr. Carlos Corrêa, em homenagem ao seu diretor clínico, falecido em 29 de novembro de 1947⁽⁷⁾.

Na década de 50, em razão do aumento crescente no índice de natalidade e mortalidade infantil em Florianópolis, foi construída a segunda maternidade da cidade, a MCD, que recebeu esse nome em homenagem a Carmela Leite Dutra, esposa do então presidente do Brasil General Eurico Dutra (1946-1951). Tinha como objetivo atender mulheres e recém-nascidos de classes menos favorecidas. Ali se prestava cuidado ao recém-nascido a termo na unidade de berçário e ao recém-nascido prematuro na unidade de berçário de risco. Inaugurada em 03 de julho de 1955, começou a atender as parturientes e os recém-nascidos somente em fevereiro de 1956, quando as Irmãs da Divina Providência assumiram a administração e a organização dos serviços⁽⁸⁻⁹⁾. Como parte dessa renovação, em abril do mesmo ano foi inserida a figura da enfermeira no cuidado à mulher e ao recém-nascido nessa maternidade, fato novo no cuidado hospitalar até então desenvolvido por médicos e parteiras.

Por compreender tal evento como um marco para a profissional enfermeira, temos como objetivo analisar as práticas de cuidado ao recém-nascido desenvolvidas pelas enfermeiras na MCD no período de 1956 a 2001. A escolha do marcador do tempo histórico contemplou o período inicial de 1956 com o ingresso da primeira enfermeira na MCD, a Irmã Cacilda¹¹, (nascida Otille Hammes) e período final de 2001 com a posse da primeira enfermeira na direção da MCD, a Doutora Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

¹¹ No decorrer do estudo, Otille Hammes será nominada Irmã Cacilda, pois este era o nome que utilizava à época, devido ao fato de ser religiosa na Congregação das Irmãs da Divina Providência.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica. A contribuição da pesquisa histórica para este trabalho está na possibilidade de um repensar, dando visibilidade às práticas de cuidado prestadas ao recém-nascido pelas enfermeiras da MCD participantes deste estudo.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de História oral temática por falta de informações referentes à participação das enfermeiras nas práticas de cuidado na MCD. As falas das enfermeiras foram necessárias para revelar os eventos e práticas de cuidado no período histórico estudado. História oral temática é um gênero da história que tem como objetivo abordar assuntos específicos e previamente estabelecidos⁽¹⁰⁾.

Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiras que trabalharam na MCD entre 1956 e 2001, as quais foram entrevistadas de fevereiro a julho de 2009 usando a técnica bola de neve⁽¹¹⁾, até a saturação dos dados. O tempo médio das entrevistas foi de três horas, em locais de escolha das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas com gravador digital e transcritas, sendo validadas pelos sujeitos, de julho a setembro de 2009. Também foram utilizadas fontes documentais: jornais, livros de passagem de plantão, livros de ocorrências e fotos. Os dados foram analisados pela técnica de Análise de Conteúdo Temática de Minayo⁽¹²⁾. Esse método permitiu extrair a síntese das mensagens, aprofundando a compreensão e a interpretação das enfermeiras que participaram do estudo. O referencial teórico-filosófico de Michel Foucault estabeleceu um diálogo com as bases filosóficas e históricas contemporâneas ao pensar os acontecimentos do passado na perspectiva de encontrar luz para interpretar a história do presente⁽¹³⁾.

A análise dos dados revelou três categorias: O bebê nascia e passava por uma janelinha para o berçário; As mães não eram donas dos filhos; O prematuro era bem embrulhadinho e levado da sala de parto para o berçário de alto risco.

O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado com parecer exarado no protocolo nº 003/09. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Carta de Cessão da entrevista e o uso de imagens fotográficas, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 1956 a 2001 a MCD passou por várias

transformações importantes, não apenas em sua estrutura física, mas também com relação a material, pessoal, comunicação e ambiente. Na sua inauguração, em 1956, sua estrutura física era dotada de 30 leitos no berçário, 30 leitos no berçário de alto risco e 04 enfermarias com 11 leitos cada uma⁽⁸⁻⁹⁾. Em 2001 havia 10 leitos de UTI neonatal e 10 leitos de berçário de alto risco, além do Alojamento Conjunto com 31 leitos para puérpera e 31 leitos para recém-nascidos, criado em 1996.

As enfermeiras da MCD nesse período prestaram cuidados em todos os espaços para as mães e os filhos de mulheres indigentes ou conveniadas pela previdência social. As enfermeiras que participaram deste estudo demonstraram preocupação constante com a prevenção de infecções. Na década de 50 quase não havia material descartável, sendo a maioria reutilizada. Luvas, agulhas e seringas eram lavadas e preparadas nos setores, indo para o Centro de Material somente para esterilização, que na época era realizada em estufa e posteriormente em autoclave. As entrevistadas revelaram que fazer pedido de material era difícil, e muitas vezes não o recebiam nas especificações solicitadas ou não funcionavam adequadamente, e tinham que ser jogadas fora. “*O barato saía caro*” referiu a enfermeira Sônia. As enfermeiras afirmaram que mudar a cultura de esterilização em estufa e autoclave para material descartável foi muito difícil. Para tanto, precisaram realizar um amplo trabalho de conscientização e provar que a utilização de material descartável era mais econômico para a instituição.

No início da maternidade, a falta de energia elétrica era frequente, precisando recorrer à utilização das velas. Com o advento do gerador a situação foi contornada, proporcionando melhorias significativas. Como referiu a enfermeira Sônia (1979), “*além de passar o plantão do paciente, as enfermeiras passavam o plantão das velas, porque se faltasse luz, as velas tinham que estar no lugar certo, para não ter problemas*”.

Na unidade de internação, para os profissionais de saúde lavar as mãos era difícil, porque só havia pia no posto de enfermagem, e como refere a enfermeira Doraci (1976): “*a enfermeira não podia estar vigiando o posto de enfermagem toda hora [...] não dava para controlar tudo*”.

Percebe-se que as enfermeiras ansiavam por exercer um controle sobre o ambiente, o material e as ações da equipe, tanto em relação ao cuidado prestado ao recém-nascido, quanto com iluminação, limpeza, e antissepsia. As enfermeiras estavam sempre atentas para suprir as necessidades desse contexto e desenvolver as atividades necessárias ao cuidado com qualidade. A questão do controle tem como consequência

o poder, que, ao estilo de uma rede, permeia todo o corpo social e se constitui numa relação de força que classifica, observa, registra e controla tudo e todos⁽¹⁴⁾.

No que diz respeito à comunicação entre os setores ocorriam muitos problemas, pois os profissionais se comunicavam uns com os outros através da telefonista diretamente, tudo era feito por meio da telefonista. Quando a comunicação utilizava diversos interlocutores, como no caso da MCD, a mensagem final às vezes chegava alterada, gerando dúvidas e causando problemas. O processo de comunicação verbal, de forma direta, permite que os fatos sejam transmitidos de forma clara, sem vieses, além de promover a interação entre os profissionais da equipe de saúde. Acreditando no poder do conhecimento técnico-científico, as enfermeiras da MCD tentaram buscar soluções para os problemas que se apresentavam no cotidiano profissional e introduziram algumas mudanças no cuidado ao recém-nascido e a família, como se apresenta a seguir.

O bebê nascia e passava por uma janelinha para o berçário

Na MCD, o nascimento dos bebês ocorria na sala de parto, podendo ser atendido pelo pediatra ou pelo acadêmico de medicina do último ano do Hospital Infantil (HI). Na ausência destes, os cuidados eram realizados pela enfermeira ou atendente de enfermagem. Em seguida, os neonatos eram encaminhados para o berçário, ou seja, havia uma janela de ligação entre a sala de parto e o berçário, onde o recém-nascido era entregue para a funcionária do setor.

“Chamava o pediatra ou o doutorando do Hospital Infantil que ficava anexo à MCD ou era feito por nós mesmos, a aspiração, limpeza, identificação e levava pro berçário (1968)” (Nilsa).

“Quando o bebê nascia passava por uma janelinha para o berçário de normal e daí o pediatra examinava se tivesse algum problema, porque senão, tinha horário deles passar a visita. Na verdade quem recebia o recém-nascido eram as funcionárias (1979)” (Sônia).

Podemos observar que havia uma hierarquia para os primeiros cuidados ao recém-nascido. Na falta de um profissional o outro assumia, porém a enfermeira estava sempre atenta para que o RN não ficasse sem atendimento. Nesse período observa-se que não havia a preocupação com aproximar a mãe do bebê, mas com encaminhá-lo para o berçário para realizar exame físico e cuidados de higienização.

O passo seguinte era encaminhar o recém-nascido em horário estabelecido para ser amamentado pela mãe na unidade de internação, em novo ritual, descrito nas falas a seguir:

“Tinha horário certo das mamadas. As funcionárias trocavam e pesavam os RNs, e de 3 em 3 horas levavam para mamar, com o intervalo da noite. Era um carrinho comprido, cheio de RNs, mas todos com identificação. A identificação era com uma pulseira feita de esparadrapo, o nome escrito com caneta esferográfica e a identificação da plantinha do pé(1968)” (Nilsa).

“... mas assim não tinha uma regra, terminou de dar o banho vou levar o recém-nascido para a mãe. Levava naqueles momentos que era rotina levar. Então às vezes a mãe levava 12 horas para ver o filho. E esse neném ficava afastado sem a mínima necessidade (1987)” (Odete).

Com relação a esses procedimentos percebe-se uma normatização que deveria ser seguida para que todos os bebês recebessem cuidados e que não houvesse troca. Por isto a identificação era importante. Além disso, infere-se que na época havia pouca preocupação com o estreitamento da relação mãe e filho. Observa-se também na literatura que a preocupação nos berçários era com o isolamento e manipulação mínima do recém-nascido. As mães só viam seus filhos na sala de parto, e posteriormente, quando eram levados para a unidade de internação para serem amamentados⁽¹⁵⁾.

No Brasil, os primeiros berçários foram instalados em 1945⁽¹⁶⁾, e somente com a implementação da Portaria GM/MS nº. 1016 em 1993, que tornava obrigatória a implantação do Sistema de Alojamento Conjunto, *“sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento permanece com a mãe, 24 horas por dia, no mesmo ambiente, até a alta hospitalar”*, esses berçários voltados para o atendimento do recém-nascido sem necessidade de cuidados especiais foram desaparecendo⁽¹⁷⁾, e os bebês começaram a sair da sala de parto direto com suas mães para a unidade de internação. Surge então a preocupação com a interação mãe-bebê já na sala de parto, promovendo-se o vínculo afetivo e o aleitamento materno precoce⁽¹⁸⁾.

Buscando adaptar-se às novas determinações do Ministério da Saúde, em 1996 a MCD implantou o Sistema Alojamento Conjunto, que pode ser considerado importante momento de ruptura na assistência à mulher e recém-nascido:

“Em 1996, criou-se o espaço para os berços ao lado do leito da mãe e toda assistência foi modificada. Em termos de funcionários foi aumentado o número porque como acabou o berçário, os funcionários de lá foram aproveitados no alojamento. Então se aumentou o número para que a assistência fosse melhor nas 24 horas, que é aquela assistência integral à mãe e ao RN. Foi muito boa, essa mudança

(1987)” (Odete).

O Sistema de Alojamento Conjunto propiciou mudanças significativas na assistência de enfermagem e possibilitou uma redistribuição positiva dos profissionais de Enfermagem, segundo as enfermeiras entrevistadas. Essa redistribuição contribuiu para elevar o número de profissionais no Alojamento Conjunto, permitindo melhor assistência a ambos, mãe e filho.

Em 1989 a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) definiram os dez passos para o sucesso da amamentação, com o objetivo de proteger, promover e apoiar o aleitamento materno⁽¹⁹⁾. O quarto passo implica ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento. Anteriormente, era comum no berçário da MCD a utilização de bicos (chupetas), água ou chá como complemento da amamentação, principalmente no período noturno para os bebês que apresentassem dificuldade na amamentação.

“Era observado o cuidado com a higiene, cada um com seu xuxuca pra não ter sapinho, era tudo precário porque inclusive em termos de funcionários eram poucos e pra contratar não era fácil, tinha que ser autorizado tudo pela Secretaria de Saúde (1956)” (Irmã Cacilda).

“O chá não era prescrito, as funcionárias achavam que era bom [...] Tinha aquela xuquinha [...] se tinha alguma criança no berçário que não mamasse, aí era prescrito pelo médico a mamadeira, e a mamadeira era feita no lactário, com toda a assepsia, tudo direitinho (1976)” (Doraci).

Baseadas nos seus valores e crenças, as profissionais de Enfermagem utilizavam chás ou água para os recém-nascidos como complemento alimentar, principalmente no período noturno. Esta prática era considerada necessária, devido ao longo tempo que os bebês ficavam longe de suas mães, retardando o início da amamentação. Nesse contexto com poucos profissionais de enfermagem, grande número de RNs e rotinas institucionalizadas, as enfermeiras tinham a preocupação de oferecer cuidado de enfermagem, minimizando o risco de infecção.

Essa realidade está descrita na literatura, porque com a rotina de separação prolongada mãe-filho, era comum o uso inadequado de água e soro glicosado nos berçários, tanto nos intervalos das mamadas quanto no período noturno⁽²⁰⁾.

O sexto passo para o sucesso da amamentação reforça a importância de não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, salvo por indicação médica. Dessa forma, seguindo as determinações da OMS e do UNICEF, e objetivando o

recebimento do Prêmio Hospital Amigo da Criança, com o qual foi contemplada em 1996, a MCD mudou sua prática no que diz respeito ao aleitamento materno. Outras práticas também foram sendo modificadas ao longo dos anos:

“O cuidado com o umbigo, naquele tempo se fazia um curativinho. Não se usavam as faixas, era só gaze que se colocava no umbigo e mercúrio (1956)” (Irmã Cacilda).

“No berçário o banho era dado com uma luvinha, lavava primeiro a cabecinha, depois o corpo, procurava não molhar o umbiguinho, era só com uma luvinha e fazia o curativo também, colocava uma gaze no coto e despejava mercúrio. Depois eles eram trocados na hora das mamadas e nunca tivemos problema de afogamento, de regurgitar e assustar. A maioria mamava no seio (1968)” (Nilsa).

“Fizemos mudanças também em relação ao recém-nascido. Todos os bebês tomavam banho quando nasciam; saíam da sala de parto e iam direto para o berçário, onde havia uns tanques com uns torneirões e todos eles tomavam banho. Era uma loucura e graças a Deus, e devido aos congressos e aos novos ensinamentos, conseguimos abolir essas práticas (1973)” (Ana Maria).

As mudanças nas práticas de cuidado ao recém-nascido, principalmente com o coto umbilical, higiene corporal e controle de infecção do ambiente e dos equipamentos foram sendo implementadas pelas enfermeiras ao longo dos anos. Nas suas falas, as enfermeiras demonstram que os avanços e os conhecimentos técnico-científicos aprendidos tanto na literatura quanto nos eventos contribuíram para essas mudanças.

De acordo com a literatura, no final da década de 30 o recém-nascido era banhado diariamente com água fervida até a cicatrização umbilical. O curativo do coto umbilical passou por várias alterações: inicialmente era realizado com gaze umedecida em álcool, após o banho e trocado apenas se a gaze se apresentasse contaminada por urina ou mecônio. Posteriormente, usou-se gaze umedecida com água oxigenada. Utilizava-se também a faixa umbilical com o coto voltado para cima. Já na década de 60, a literatura traz novas tendências no cuidado com o recém-nascido, apresentando o banho com adição de solução asséptica na água e uso de sabão de hexaclorofeno, mesmo antes da queda do coto umbilical. O curativo do coto era trocado em dias alternados, não se recomendando mais o uso da faixa umbilical⁽¹⁾. Atualmente recomenda-se o banho de imersão ou de ducha, diariamente, mesmo antes da queda do coto umbilical, e o curativo do coto umbilical com álcool a 70% sem

cobri-lo com gaze, devendo ser trocado após o banho e a cada troca de fraldas⁽²¹⁾.

Percebemos que as enfermeiras da MCD reconheciam, valorizavam e colocavam em ação o conhecimento técnico-científico que dominavam. Seu saber permitia-lhes realizar algumas mudanças nas rotinas institucionalizadas, porém sem ultrapassar os limites permitidos pelo poder institucionalizado.

As mães não eram donas dos filhos

Como os recém-nascidos só eram levados para as unidades de internação no horário da amamentação, de três em três horas, permanecendo na unidade de berçário por longo tempo sob os cuidados da enfermagem, essas profissionais consideravam que deveriam determinar regras para as mães quando os bebês se encontrassem com elas, tanto em relação à amamentação quanto à vestimenta. Assim, as mães não se sentiam responsáveis pelos cuidados que deveriam ser prestados aos seus filhos, ou seja, “não se sentiam donas de seus filhos”.

“... eram unidades com 11 leitos e o bebê quando ia mamar ficava com a mãe na cama. Na hora de recolher os nenéns, recolhia tudo, independente se já tinha conseguido pegar no peito. Então era uma assistência muito prejudicada, digamos, em termos de aleitamento materno era tudo errado, não tinha livre demanda, tinha horário imposto e aquele horário que ele chegava era obrigado a mamar (1987)” (Odete).

Nesta época não tinha surgido a Aids. A mãe que tinha pouco leite pedia para outra amamentar seu filho (1979)” (Sônia).

“Na época, as mães que recebiam alta iam para a salinha de estudo do berçário, e lá o residente ou a enfermeira dava orientação sobre cuidados com a criança. Essa orientação começou com a nova estrutura do berçário. Era comum o uso da mamadeira e eu orientava como deveriam ser os cuidados de limpeza e preparo. O aleitamento materno passou a ser incentivado pouco a pouco (1972)” (Coleta).

As falas dos sujeitos do estudo revelam que no início da maternidade não havia uma preocupação com a prática da amamentação, o que importava era seguir os horários estabelecidos para saída e retorno do recém-nascido ao berçário. Era comum a utilização do leite de outra mulher, conhecido como aleitamento cruzado, assim como o uso de mamadeira, caso a mãe referisse não ter condições para amamentar. Essas práticas começaram a ser questionadas a partir da implantação do AC.

Até 1970 a corporação médica valorizava o leite industrializado

como solução nos casos de hipogalactia, pois o índice de aleitamento materno era muito pequeno, daí o marketing dos leites artificiais ser bastante comum e inclusive utilizar profissionais de saúde para vender seus produtos ao público em geral⁽²²⁾.

“[...] eu sei da história que a Nestlé precisou fortalecer a empresa, ela promoveu o desmame para ter consumidores do leite e aí foi tudo pro berçário (1956)” (Irmã Cacilda).

A indústria do leite artificial tinha poder de interferir no modo de cuidar e alimentar os recém-nascidos. Afastando o bebê de sua mãe e dificultando esse contato, o recurso seria o leite artificial. Essa cultura permaneceu por longo período no Brasil.

Nos anos 80, devido à reivindicação de organizações não governamentais e organizações governamentais, iniciaram-se confrontos com a indústria de leite artificial, surgindo diversas estratégias com objetivo de aumentar a prevalência da amamentação no Brasil. A partir daí, a importância da amamentação exclusiva ficou claramente estabelecida⁽²²⁾ e a supressão do aleitamento cruzado foi recomendada para evitar a transmissão de doenças⁽²³⁾.

Foi possível modificar o cenário do cuidado ao RN quando a enfermeira Evangelina liderou movimento com os profissionais da MCD para conquistar o título Hospital Amigo da Criança em 1996. Porém, as mudanças nas práticas de cuidado para melhorar a relação mãe/recém-nascido provocavam inquietação e ansiedade nas enfermeiras:

“Depois graças a Deus a gente foi mudando, foi trabalhando com as funcionárias, pra mãe ter o direito de ver o neném, isso de abrir na unidade, no inverno, à noite a gente pedia para as mães não abrirem muito, só espiar, porque era por causa do frio. Tinham funcionárias que pensavam que eram donas do neném (risos) [...]. Eu sempre achei importante essa coisa do toque [...] (1979)” (Sônia).

“A figura do neném já existia dentro da unidade, mas o funcionário que cuidava da mãe não enxergava aquele neném, porque não era dele, era do berçário. E a partir do momento em que passou a ser responsabilidade da funcionária do AC foi necessário todo um trabalho de treinamento para entender que aquele neném sempre esteve ali e nada ia modificar, só que ia ter mais condições de cuidar da mãe e do filho juntos. Mas foi uma resistência da enfermagem, esse pavor foi bem nítido naquele momento(1987)” (Odete).

Na modalidade de berçário da época, o poder institucional dificultava a relação mãe-filho, subestimando a necessidade que os pais tinham de cuidar, tocar, observar [...] enfim, conhecer seu filho.

O controle e a sujeição objetivando tornar o indivíduo dócil e útil era uma política de coerção estabelecida pelos profissionais de enfermagem, ensinando os pais e as mães a fazer o que os profissionais queriam e a operar como eles queriam⁽²⁴⁾. Ao ser instalado o Alojamento Conjunto, os profissionais perdem esse controle, pois esse sistema coloca o recém-nascido ao lado da sua mãe, favorecendo o relacionamento materno-infantil e obrigando os profissionais de saúde a reverem suas práticas, porquanto o ato de cuidar passa a incluir a coparticipação dos familiares do recém-nascido.

As entrevistadas referem ainda que essa nova modalidade de cuidado mostrou-se como um desafio para as profissionais de enfermagem, gerando a necessidade de adaptar-se às novas exigências. O ser humano apresenta dificuldade em aceitar o novo e enfrentar o que lhe parece desconhecido, mesmo que ele já vivencie tal situação sob outra perspectiva. No nosso entendimento, isso ocorre pelo temor do insucesso, por falta de vivência, ou, muitas vezes, por falta de conhecimento.

O prematuro era bem embrulhadinho e levado da sala de parto para o berçário de alto risco

A Sala de Parto da MCD fica localizada no térreo e o Berçário de Alto Risco (BAR) no primeiro andar. Havia normas para a transferência dos recém-nascidos prematuros. No entanto, como nos partos prematuros os bebês podiam nascer deprimidos, as enfermeiras tinham muita preocupação com a maneira como eram levados para o Berçário de Alto Risco:

“O prematuro era bem embrulhadinho e levado da Sala de Parto para o Berçário de Alto Risco. Era uma norma (1976)” (Doraci).

“Nos partos prematuros, os recém-nascidos nasciam deprimidos, na época o neonatologista não ia atender na sala de parto, não tinha residência médica em neonatologia, então a gente tinha que sair com aquele recém-nascido prematuro, correndo da sala de parto, subir as escadarias para levá-lo para o berçário de alto risco para o neonatologista atender. Conversei com o chefe da neonatologia, que era inadmissível, que a gente tinha que transferir essas parturientes, bem próximo ao período expulsivo, para dar condições de elas parirem no centro cirúrgico e, para o recém-nascido já ser atendido ali, e transferido para o berçário de alto risco ao lado do centro cirúrgico. Eu tinha uma preocupação muito séria que de repente a técnica de enfermagem ou a atendente ou a parteira enfim, pudesse cair na escada com o recém-nascido(1985)” (Odaléa).

As enfermeiras da MCD demonstram preocupação tanto com o aquecimento do recém-nascido prematuro, quanto com a sua segurança, quando eram transferidos da sala de parto para o Berçário de Alto Risco. Com o seu saber-poder buscaram, em consonância com o poder-saber do médico, mudanças na prática estabelecida, ou seja, reformular o ambiente previsto para o nascimento do neonato prematuro. Ao mesmo tempo em que se constituem como instrumento para a organização, as normas também são indispensáveis para o bom atendimento ao recém-nascido. Por essa razão, devem ser refletidas, discutidas e reformuladas, sempre que necessário, como podemos ver também em outras falas:

“Os estudantes do hospital infantil, que era anexo, vinham atender as nossas crianças, os nossos prematuros. E começaram a aparecer diarreia e piodermite nas minhas crianças, e eu fiquei muito preocupada. Então estava exigindo que eles não trouxessem mais estetoscópio do HI, que eles lavassem muito bem as mãos, coloquei pro - pé, touca e avental. [...]. Até numa aula o pediatra me convidou pra participar, pra falar sobre os cuidados do prematuro e dos recém-nascidos. Ele falou em tom de brincadeira, a enfermeira Nilsa andou benzendo o berçário, acabou com as diarreias e com as piodermites (1968)” (Nilsa).

“Pessoas estranhas ao serviço não entravam no berçário de alto risco, como medida de prevenção de infecções. Quando necessário, as pessoas eram recebidas na sala ao lado (1972)” (Coleta).

“Nosso grande problema era fazer desinfecção. Fazia-se com um produto líquido. Era colocado num recipiente e acoplado a um aspirador de pó, mas no sentido oposto para que pudesse ser vaporizado nas paredes e em todo o ambiente. Esse líquido tinha um cheiro fortíssimo. Usávamos máscara, mas mesmo assim o cheiro era terrível. Depois fechávamos a porta, de oito a doze horas, e passávamos fita adesiva nas portas para vedar. No Berçário de Alto Risco fazia-se isso somente na sala de isolamento, que era separada das outras salas. No restante das salas era feita limpeza uma por uma e de tudo o que continha nela (1979)” (Sônia).

A causa mais comum da incidência dos processos infecciosos nos recém-nascidos era o despreparo do pessoal de saúde. O papel da equipe de enfermagem é primordial na proteção do recém-nascido, realizando medidas de higiene, desinfecção do ambiente e cuidados com o material utilizado.

As práticas de antissepsia e prevenção de infecções eram preocupação constante das enfermeiras da MCD. Por essa razão, introduziram no berçário medidas profiláticas que eram preconizadas,

como a lavagem de mãos, a utilização de pro - pé, touca e avental e estetoscópios de uso individual, conseguindo diminuir a incidência de infecções, como diarreias e piodermites. A circulação de pessoas dentro do berçário também foi limitada na instituição, objetivando reduzir de infecções. Um dos problemas vivenciados, como relatado, era com a desinfecção. O material utilizado em cuidados de enfermagem não era descartável e não havia equipamentos apropriados para realizar a desinfecção do ambiente. Com seu conhecimento técnico-científico, intuição e tato, as enfermeiras utilizavam-se de artifícios que contribuíam para a proteção dos recém-nascidos.

A literatura faz referência à entrada de pessoas no Berçário de Alto Risco, que durante muito tempo foi limitada. O uso de pro-pé, touca, avental e máscara era uma recomendação necessária, e os aventais deveriam ser de manga curta e cobrir toda a roupa usada pelo profissional, até a altura dos joelhos. As máscaras deveriam cobrir o nariz e a boca, e depois de colocadas, não podiam ser manipuladas. Sua troca deveria ser frequente, e o tempo não deveria exceder uma hora. A touca deveria cobrir todos os cabelos dos profissionais. O pro - pé era recomendado para diminuir a entrada de poeira e outras sujidades na unidade de internação. A escovação de mãos, unhas e antebraços também era exigência para o pessoal que trabalhava nas unidades de risco, além da lavagem das mãos entre o manuseio de uma criança e outra⁽²⁵⁾. Havia também preocupação com o barulho na unidade de berçário.

“Dentro do BAR tinha muito barulho, até música alta se colocava. Um dia cheguei para uma funcionária de zeladoria que estava limpando o vidro do berçário e disse pra ela que ali dentro tinham crianças que estavam quiétiinhas dormindo e também tinham mães ali por perto, se podia falar mais baixo, aí ela respondeu: olha, a senhora que chegou ontem quer me mandar? Eu já estou aqui há vinte anos, e sempre falo dessa maneira, ninguém me mandou calar a boca, daí eu saí, e também não disse nada (1976)” (Doraci).

A fala da enfermeira Doraci denota que os funcionários relutavam em aceitar que um profissional recém-admitido viesse desestabilizar o seu modo de trabalhar. Os depoimentos revelam que a adequação do ambiente e a individualização do cuidado tinham o objetivo de promover maior estabilização e organização do recém-nascido, cuidados esses que também reduziam o estresse e favoreciam a conservação de energia necessária ao seu desenvolvimento.

A influência do ambiente das unidades de internação neonatal no desenvolvimento do recém-nascido vem sendo evidenciada ao longo dos

anos. Nessa unidade o recém-nascido fica exposto a níveis de ruído elevados que podem levar a perda auditiva por dano coclear⁽²⁶⁾.

A satisfação e o bem-estar do recém-nascido, assim como do trabalhador da saúde, principalmente em locais de estresse e ansiedade, como o berçário de risco, são imprescindíveis para a qualidade e a sensibilidade nas práticas de cuidado. Compreendendo o desgaste físico e mental das profissionais de enfermagem neste ambiente, as enfermeiras da MCD demonstram também que buscavam estratégias defensivas que tinham como objetivo modificar, transformar ou minimizar tal situação.

“Sempre que estava calmo no BAR, íamos arrumar o material, fazer torundas, bolinhas de algodão, coisas assim. Enquanto as funcionárias trabalhavam, eu tinha sempre um livro para ler para elas,, assim sobre pensamentos positivos, ou livros de auto-ajuda. [...] fazíamos também algumas brincadeiras não só conosco, mas com alguns pediatras. Isto ocorria principalmente quando não tinha nenhum neném no respirador, e o número dos pacientes era pequeno (1979)” (Sônia).

As profissionais de saúde das unidades de internação neonatal se confrontam diariamente com situações estressantes. Por isso, a utilização de mecanismos de defesa como os utilizados pelas enfermeiras da MCD é importante. Embora a MCD não contasse com uma filosofia de humanização específica, observa-se que as enfermeiras tentavam valorizar e motivar os profissionais de saúde, buscando estabelecer relações interpessoais saudáveis e prazerosas.

Um dos estressores enfrentados pelos profissionais de saúde nas unidades de risco, na grande maioria das vezes, é a falta de coleguismo e de compromisso da equipe, daí a importância do papel dos líderes da equipe, avaliando as atitudes dos profissionais e propondo alternativas saudáveis. O diálogo construtivo, valorizando a amizade e o respeito mútuo, e o estabelecimento de mecanismos de adaptação que tornem o ambiente mais acolhedor e agradável são fundamentais para que a equipe se sinta acolhida e acolha da melhor forma possível as mulheres, famílias e recém-nascidos⁽²⁷⁾.

A equipe de enfermagem pode encorajar ou desencorajar as famílias a se aproximarem ou se afastarem de seus filhos. As atitudes dos profissionais de saúde demonstrando apoio e solidariedade contribui para o bem-estar psicossocial e facilita a adaptação da família à nova realidade⁽²⁸⁾.

Entendemos que, em se tratando de unidades de risco, a capacidade técnica é fundamental, mas a compreensão e a interação com

as questões relacionadas às necessidades psicoafetivas também devem ser respeitadas e valorizadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No tocante às práticas de cuidados prestadas aos recém-nascidos a história mostra que a MCD passou por muitas transformações importantes e desafiantes para as enfermeiras. Se em dado momento o recém-nascido permaneceu isolado, em outro passou a ser cuidado com a sua mãe, na unidade de Alojamento Conjunto. Essa mudança mostrou-se como uma situação causadora de conflitos, resistências e tensões, pois nessa nova modalidade de cuidar, tanto a mãe quanto o profissional de saúde buscam exercer o seu poder.

Assim, foi necessário estabelecer relações que possibilitaram a mobilidade do poder, do saber e do fazer da mãe e dos profissionais de enfermagem. Essas relações propiciaram melhor interação mãe/recém-nascido/profissional de enfermagem e desencadearam mudanças significativas nas práticas de cuidado, principalmente as relativas à prevenção de infecções do ambiente e dos equipamentos, cuidados com o curativo umbilical, banho do recém-nascido, aleitamento materno e vínculo precoce, entre outras.

Acreditamos que este estudo possibilitou conhecer o cotidiano do trabalho das enfermeiras, iluminando o interior das práticas de cuidado ao recém-nascido e as relações de poder-saber, fortalecendo sua identidade e colaborando para a construção profissional, mostrando assim que a enfermagem faz parte de um processo que está interligado ao contexto sócio-histórico, político e cultural.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira ICS, Rodrigues RG. Assistência ao recém-nascido: perspectivas para o saber de enfermagem em neonatologia (1973-1979). Texto contexto - enferm. 2005 out-dez; 14(4):498-505.
- 2 Lussy RC. A century of neonatal medicine. Minnesota Med Assoc [serial online] 1999 dec [cited 2010 Jun 30]; 82. Disponível em: <http://www.nmed.org/publications/MnMed>.
- 3 Scochi CGS. A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro: bases teóricas para o cuidado de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2000.
- 4 Scochi CGS, Costa IAR, Yamanaka NMA. Evolução histórica da assistência ao recém-nascido: um panorama geral. Acta Paul Enferm. 1996; 9(esp):91-101.

- 5 Mott ML. Bibliografia comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). *Rev. Estud. Fem.* 2002; 10(2):493-507.
- 6 Reis CSC. Ensino de enfermagem neonatal no curso de graduação [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro; 1997.
- 7 Pereira NV. Associação Irmão Joaquim, 100 anos de Amor ao Próximo: histórico da Associação Irmão Joaquim por ocasião do seu centenário, 1902-2002. Nereu do Vale Perreira. Florianópolis: Associação Irmão Joaquim; 2002.
- 8 A Gazeta. Ano XX. N. 5.003. Florianópolis. 3 de julho de 1955..
- 9 Diário da Tarde. Ano XX. N. 10117. Florianópolis. 4 de junho de 1955.
- 10 Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 2002.
- 11 Fink A. How to sample in surveys. The Survey Kit (6). Thousand Oaks: Sage; 1995.
- 12 MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. HUCITEC-ABRASCO: São Paulo. 2004.
- 13 Foucault M. Arqueologia do saber. 6a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.
- 14 Foucault M. Microfísica do poder . Rio de Janeiro: Edições Graal; 2006.
- 16 Scochi CGS, Mello, DB, Javorski M, Menossi MJ. O alojamento conjunto em hospitais-maternidades do município de Ribeirão Preto: análise da assistência. *Acta Paulista Enf.* 1996; 9(3):15-23.
- 16 Valman HB. O primeiro ano de vida. São Paulo: Manole; 1987.
- 17 Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.016, de 26 de agosto de 1993. Normas Básicas de Alojamento Conjunto. Brasília: MS; 1993.
- 18 Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância. Visa promover, proteger e apoiar a prática do aleitamento materno. Geneva: WHO; 1989.
- 19 UNICEF/OMS/OPAS. Dez passos para sucesso do aleitamento materno. Brasília: Ministério da Saúde – Grupo de Defesa da Saúde da Criança; 1993
- 20 Toma TS, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do município de São Paulo. *Rev. Saúde Pública.* 2001; 35(5): 409-14.
- 21 Monticelli M. Enfermagem no alojamento conjunto e aleitamento materno. Assistência ao recém-nascido no alojamento conjunto. In:

Oliveira ME, Monticelli M, Bruggemann OM, organizadores. *Enfermagem obstétrica e neonatológica: textos fundamentais*. 2 ed. rev. Florianópolis: Cidade Futura; 2002.

22 Juruena GS, Malfatti CRM. A história do aleitamento materno: dos povos primitivos até a atualidade. *Rev Digital Buenos Aires [serial online]* 2009 [citado 2010 Jun 29]; 13. Disponível em <http://www.efdeportes.com>

23 Del Ciampo LA, Ricco RG. Aids e aleitamento natural. *J. Pediatr.* 1989; 65(1/2):46-48.

24 Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes; 2006.

24 Pizzato MG, Da Poian VR. *Enfermagem neonatológica*. 2 ed. Porto Alegre: Luzzatto Editores; 1985.

26 Ministério da Saúde (BR). *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso/Secretaria de Políticas de Saúde, Área de Saúde da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

27 Leite MA, Vila VSC. Dificuldades vivenciadas pela equipe multiprofissional na unidade de terapia intensiva, *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2005; 13(2):145-50.

28 Fraga TF, Amante LN, Anders JC, Padilha MICS, Henckemaier L, Costa R *et al.* Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev. Eletr. Enf [Internet]* 2009 cited 2010 Jun 30]; 11(3): 612-9. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a19.htm>.

4.3 ARTIGO 3: AS ESTRATÉGIAS DO PODER NO CONTEXTO DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA, FLORIANÓPOLIS-SC (1956-2001)



Fonte: Acervo da MCD. Data: década de 1970

**AS ESTRATÉGIAS DO PODER NO CONTEXTO DA
MATERNIDADE CARMELA DUTRA-FLORIANÓPOLIS-SC
(1956-2001)***

**STRATEGIES OF POWER IN THE CONTEXT OF MATERNITY
CARMELA DUTRA-FLORIANÓPOLIS-SC (1956-2001)**

**LAS ESTRATEGIAS DE PODER EN EL CONTEXTO DE LA
MATERNIDAD CARMELA DUTRA-FLORIANÓPOLIS-SC
(1956-2001)**

****Gregório, VRP, *** Maria Itayra Padilha**

* Este manuscrito contém os resultados da tese de doutorado intitulada “A historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra (1956-2001)”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina em fevereiro de 2011. ** Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Depto de Enfermagem da UFSC. Membro do Grupo de Estudos da História do Conhecimento em enfermagem e Saúde (GEHCES). E-mail: vitoria@nfr.ufsc.br Correspondência: Vitória Regina Petters Gregório. Rua João Pio Duarte Silva nº 1070 apt. 504 Bl D. Córrego Grande. Florianópolis- Santa Catarina- CEP- 88037001. *** Professora Associada do Departamento de Enfermagem da UFSC. Doutora em Enfermagem pela Escola Anna Nery (UFRJ). Pós-Doutora pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto, Canadá. Líder do GEHCES. Pesquisadora do CNPq. E-mail: padilha@nfr.ufsc.br

RESUMO

Este estudo objetivou analisar as estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis – Santa Catarina, no período de 1956 a 2001. Pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica. Foram entrevistadas nove enfermeiras, utilizando a técnica de História Oral Temática. Os dados foram categorizados utilizando-se Análise de Conteúdo Temática e com base no referencial foucaultiano. Emergiram cinco categorias: o poder no espaço de parir; o uso do uniforme como estratégia de poder; refeitório: espaço de sociabilidade e poder; registro: a convergência e divergência dos olhares e saberes; visita médica: espaço de poder-saber. Os resultados indicam que a atuação da enfermeira na Maternidade foi consolidando sua profissionalização e ascensão na hierarquia da instituição e na sociedade. A evolução resultou numa emancipação da figura profissional da enfermeira, evidenciando o movimento e a flexibilidade do poder. A enfermeira

convive no cotidiano da instituição com disputas, interesses e repressões enraizados nos contextos sociais, culturais e políticos revelados no interior das práticas de cuidado.

Descritores: Enfermagem Obstétrica; História da Enfermagem; cuidado.

ABSTRACT

This study examines the strategies of power in the context of Maternity Carmela Dutra, Florianópolis - Santa Catarina, in the period 1956 to 2001. Qualitative research with socio-historical approach. Nine nurses were interviewed using the technique of thematic oral history. The data were categorized using qualitative analysis and based on Foucaultian referential. Five categories emerged: the power to give birth in space, the use of uniforms as a strategy of power, refectory, space for sociability and power, records: the convergence and divergence of views and knowledge; medical visit: a place of power-knowledge. The results indicate that the role of the nurse in the maternity was consolidating its professionalism and the rise in the hierarchy of the institution and society showing the movement and flexibility of power. The nurse in the daily lives in the institution with disputes, interests and repressions embedded in social, cultural and political contexts revealed within the health care practices.

Keywords: Obstetrical Nursing. Nursing History. Care.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo analizar las estrategias de poder en el contexto de la Maternidad Carmela Dutra, Florianópolis – Santa Catarina, durante el período de 1956 a 2001. Investigación cualitativa con abordaje socio-histórico. Fueron entrevistadas nueve enfermeras, utilizando la técnica de Historia Oral Temática. Los datos fueron categorizados utilizando Análisis de Contenido Temático, con base en el referencial foucaultiano. Emergieron cinco categorías: el poder en el espacio de parir; el uso del uniforme como estrategia de poder; comedor: espacio de sociabilidad y poder; registro: la convergencia y divergencia de las miradas y saberes; visita médica: espacio de poder-saber. Los resultados indican que la actuación de la enfermera en la Maternidad fue consolidando su profesionalización y ascensión en la jerarquía de la institución y en la sociedad evidenciando el movimiento y la flexibilidad del poder. La enfermera convive en el cotidiano de la institución con disputas, intereses y represiones arraigados en los contextos sociales, culturales y políticos revelados en el interior de las

práticas de cuidado.

Descritores: Enfermeria Obstétrica; Historia de la Enfermeria; cuidado.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Analisar as estratégias de poder construídas nas relações instituídas no contexto hospitalar configura-se como uma alternativa para desvelar o cotidiano das práticas de cuidado desenvolvidas na Maternidade Carmela Dutra (MCD). As relações de poder estabelecidas no contexto das instituições de saúde entre as diversas disciplinas que ali desempenham suas atividades vêm sendo historicamente discutidas por vários autores.¹⁻³ As diferentes profissões ou especializações da saúde produzem, por meio de seus saberes e práticas, territórios específicos onde circulam certos ordenamentos ligados a saberes mesclados por estratégias e jogos de poder.

Por estratégias de poder segundo a perspectiva foucaultiana entende-se o “conjunto de meios utilizados para fazer funcionar ou para manter um dispositivo de poder. Também se pode falar da estratégia própria das relações de poder na medida em que elas constituem modos de ação sobre a ação possível, eventual, suposta dos outros”.⁴⁻⁵

Esse movimento pode servir para otimizar a capacidade produtiva dos profissionais da instituição e controlar seu comportamento, intensificando a relação docilidade-utilidade, promovendo a gestão do indivíduo e tornando-o disciplinado.

A disciplina é uma técnica do exercício do poder. Se revisitarmos a história, encontraremos a disciplina já na antiguidade, porém no século XVIII esse exercício foi aperfeiçoado em seus princípios fundamentais como uma nova técnica de gerir os homens. A disciplina é a análise do espaço, a inserção dos corpos em espaços individualizados e classificatórios, exerce controle minucioso da atividade, implica vigilância constante do indivíduo e envolve o registro contínuo das atividades. Portanto, a disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder têm por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental.⁴

O contexto objeto de análise neste estudo é a MCD, inaugurada em 03 de julho de 1955. Porém, devido à carência de recursos humanos, só começaria a oferecer seus serviços a parturiente e o recém-nascido em fevereiro de 1956. A MCD foi construída com o objetivo de atender a população indigente. Recebeu esse nome em homenagem a Carmela Leite Dutra, esposa do então presidente do Brasil General Eurico Dutra

(1946- 1951). Subordinada à Secretaria de Saúde e Assistência Social, sua administração e organização ficou sob responsabilidade das religiosas da Divina Providência, sendo Irmã Hortênsia a Madre Superiora, e o diretor geral o médico Biase Agnesino Faraco.⁶⁻⁷

Em fevereiro 1956, os primeiros profissionais que ocuparam os espaços no cenário da MCD foram as Irmãs da Divina Providência, médicos, parteiras e profissionais treinados na instituição. Em abril do mesmo ano acontece a inserção da primeira enfermeira freira Irmã Cacilda¹² (nome de batismo Otille Hammes), surgindo conflito e resistência ao poder institucionalizado. Sucederam-na outras enfermeiras freiras na Maternidade, como, por exemplo: Irmã Lúcia Böing, Irmã Alice Rigo, Irmã Áurea, após as quais retorna a Irmã Cacilda. Esse esquadrinamento de enfermeiras religiosas foi modificado quando em 1968 termina o contrato das irmãs com o Governo de Estado e elas se retiraram da instituição. O serviço de enfermagem passa a ser coordenado por enfermeiras leigas, mas na Sala de Parto as práticas de cuidado continuam sendo organizados por parteiras e médicos. Em 1973, com o ingresso da primeira enfermeira obstétrica na Sala de Parto, fica mais evidente a disputa por espaços e estratégias de poder, notando-se a mobilidade na rede do poder-saber. Na década de 1970 também surgem outros personagens no contexto da MCD, como os alunos de medicina, de enfermagem e médicos residentes. Em 1974, com a saída da enfermeira obstétrica, outras enfermeiras generalistas foram chefes do serviço da Sala de Parto, mas sem ingerência sobre as parteiras, que, em maior número, organizavam o serviço com o aval dos médicos obstetras. Em 1985, outra enfermeira obstetra é inserida na Sala de Parto e nova organização fica evidenciada, com novas forças atuando na rede de poder-saber. Em 1986, com a regulamentação do exercício profissional de enfermagem, houve restrição na atuação da parteira, surgindo novo esquadrinamento no contexto da Sala de Parto, contribuindo para a flexibilização na rede poder-saber. Desde então, muitos acontecimentos e rupturas passaram a ocorrer no contexto da Maternidade, mas para a enfermagem da MCD um ponto de ruptura maior acontece no ano 2001, quando o Governo do Estado nomeia a enfermeira Evangelia Kotzias Atherino dos Santos para sua Direção Geral.

Como podemos observar, a história da MCD e das pessoas

¹² No decorrer do estudo, Otille Hammes será nominada Irmã Cacilda, pois este era o nome que utilizava à época, devido ao fato de ser religiosa na Congregação das Irmãs da Divina Providência.

responsáveis pelo cuidar foi alvo de mudanças no percurso do tempo estudado, e estratégias foram utilizadas para modificá-las. Essas observações nos instigaram a estudar o tema, razão pela qual aqui nos propomos analisar as estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis - Santa Catarina, no período de 1956 a 2001. Portanto, o marcador do tempo contemplou o período inicial de 1956, com o ingresso da primeira enfermeira na MCD, a Irmã Cacilda, e o período final de 2001, com a posse da primeira diretora geral enfermeira da MCD, Doutora Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da História Oral Temática, gênero da história que tem como objetivo abordar assuntos específicos e previamente estabelecidos.⁸ Os sujeitos da pesquisa foram nove enfermeiras que trabalharam na MCD no período entre 1956 e 2001, as quais foram entrevistadas de fevereiro a julho de 2009, com o recurso da técnica bola de neve⁹, até a saturação dos dados. O tempo médio das entrevistas foi de aproximadamente três horas, em locais de escolha das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas com gravador digital e posteriormente transcritas, sendo validadas pelos sujeitos de julho a setembro de 2009. Também foram utilizadas outras fontes documentais, como: jornais, livros de passagem de plantão, livros de ocorrências e fotos. Os dados foram organizados pela técnica de Análise de Conteúdo Temática de Minayo (2004).¹⁰ A análise dos dados foi fundamentada no referencial teórico-filosófico de Michel Foucault, autor que estabelece um diálogo com as bases filosóficas e históricas contemporâneas ao pensar os acontecimentos do passado, na perspectiva de iluminar a história para interpretá-la.¹¹ Suas obras “Vigiar e Punir” e “Microfísica do Poder”, que trabalham o poder disciplinar, foram as referências fundamentais para a análise dos dados.

A análise dos dados revelou cinco categorias: o poder no espaço de parir; o uso do uniforme como estratégia de poder; refeitório: espaço de sociabilidade e poder; registro: a convergência e divergência de olhares e saberes; visita médica: espaço de poder-saber. O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob o nº 003/09. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Carta de Cessão da entrevista e o uso de imagens fotográficas, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. As enfermeiras sujeitos do

estudo serão identificadas pelo seu primeiro nome.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise das entrevistas realizadas com as enfermeiras emergiram cinco categorias referentes a estratégias de poder no contexto da MCD, como se discrimina a seguir.

O poder no espaço de parir

Nessa categoria focalizamos a Sala de Parto, ambiente onde profissionais médicos, enfermeiras e parteiras desenvolviam atividades que mais denotavam relações de poder-saber, lutas e resistências visando à garantia do espaço profissional e a hegemonia do poder de uns sobre outros.

Com base na perspectiva foucaultiana, entendemos que o poder não é propriedade ou privilégio de ninguém nem de nenhuma classe social. O poder é relacional e está presente no corpo social. O poder não resulta de uma conquista, mas de uma luta contínua e difusa; não apresenta uma configuração fixa, permitindo inversão nas suas relações. Novos sujeitos surgem com novos poderes e saberes, mostrando que as relações de força estão em constante movimento. O poder é algo que se propaga, que só funciona em rede.^{4,12}

Sob essa perspectiva buscamos analisar as estratégias de poder que ocorreram na Sala de Parto da MCD, partindo do pressuposto que ali circulavam condutas, procedimentos, normas e controle das ações entre os profissionais. Foi possível observar como emergiu o poder no interior das práticas de cuidado, onde ele circulou, se manifestou e se concretizou. Os discursos das enfermeiras evidenciaram algumas das estratégias de poder que ocorriam naquele contexto.

Marli Amon ficou como enfermeira-chefe e responsável pela unidade de internação de quartos e apartamentos. Coleta Rinaldi, com a chefia dos berçários de normais e prematuros e eu na chefia da sala de parto e responsável pelo setor de internação da obstetria e ginecologia das pacientes não pagantes [...]. Até nossa chegada, não havia enfermeira responsável pelo centro obstétrico, o médico plantonista e o médico residente eram as principais referências, mas as parteiras tinham grande ingerência nesse setor. Assim, quando assumimos, tivemos o prazer de sentir que éramos respeitadas, mas também o desprazer de enfrentar a resistência por parte das parteiras [...]. Como já disse, havia apenas três médicos residentes e eu sempre recorria a eles para sanar minhas dúvidas, [...]. Eles (os residentes), especialmente meu noivo, me alertaram: as parteiras sabem muito da

prática, mas não têm embasamento científico. Você é muito jovem e está começando; se perguntar a elas, talvez não entendam isso e pensarão que você não sabe nada (1973) (Ana Maria).

Eu evitava às vezes entrar com as parteiras, geralmente entrava nos partos com os residentes, porque eu observava que apesar da competência que elas tinham da atuação prática, em termos de conhecimento teórico [...] era um pouco limitadas [...]. Às vezes lembro-me de situações assim de que a parteira deixava a parturiente em posição ginecológica e ia atender a porta, e eu, como enfermeira que me sentia responsável pelo serviço, chegava lá e dizia “olha, você não pode fazer isso, e se o parto evoluir e o recém-nascido cair? [...] Aí às vezes elas diziam pra mim, na cara dura: Sim, mas por que você que é enfermeira e chefe do setor, não entra no parto? [...] [...] então muita coisa não se questionava, porque não tinha inclusive o conhecimento produzido sobre isso. Era uma prática que o tratado de obstetrícia inclusive dizia, o Neme e Rezende, fazer tricotomia e enema em todas as mulheres, a gente não tinha publicações científicas, ou pelo menos não tinha acesso porque era uma literatura internacional, dizendo que aquilo não era benéfico (1985) (Odaléa).

[...] os residentes davam muita vez para a parteira, eles não criticavam muito não. Diminuiu o trabalho das parteiras porque eles vinham, faziam o parto, mas elas sabiam bem mais que eles. Elas ensinavam pra eles (1976) (Doraci).

Esses depoimentos falam da relação das enfermeiras com as parteiras, do poder das parteiras na sala de parto pelo seu saber-fazer e disputa pelo espaço e pelo poder-saber quando da inserção da enfermeira obstétrica.

As enfermeiras reconhecem a importância do conhecimento científico para o desenvolvimento de suas atividades, assim como para a obtenção do respeito por parte dos outros membros da equipe de saúde. Percebe-se que na MCD, antes da inserção das enfermeiras no Centro Obstétrico, as decisões em relação à assistência eram divididas entre parteiras e médicos. O médico residente reconhecia o saber-fazer das parteiras, embora comentasse com a enfermeira sobre a carência de conhecimento científico. No entanto, a enfermeira refere que muitas vezes eram as parteiras que ensinavam os médicos, por sua maior vivência prática, o que lhes conferia certo poder na Sala de Parto. Isso demonstra que o poder-saber na Sala de Parto naquele momento

histórico não estava centrado nem na figura do médico, nem da enfermeira, nem dos residentes, mas circulava entre eles, tangenciado pelo saber-fazer das parteiras.

Como chefe da Sala de Parto a enfermeira sanava suas dúvidas sobre a área obstétrica com os médicos, que, com passar do tempo, apropriaram-se do saber-fazer da parteira, expandindo seu espaço de poder. O discurso “de verdade” que circulava na Sala de Parto, ou seja, “tipos de discurso que os profissionais acolhem e fazem funcionar como verdadeiros”,¹³ não eram passíveis de questionamento, eram seguidos por todos os profissionais médicos, enfermeiras e parteiras. O enunciado de verdade da época era o discurso fundamentado no saber médico.

Mas as enfermeiras começaram a inquietar-se com algumas práticas de assistência à mulher contrapondo-se a seus objetivos de realizar um cuidado de enfermagem com segurança. Como estratégia de poder-saber, foram em busca da atualização do conhecimento por meio de cursos de especialização como forma de ampliar seu saber na área obstétrica e ter respaldo legal para sua prática, o que vai ao encontro da visão foucaultiana⁴ de que os sujeitos têm a possibilidade de alterar as relações de poder, ou de reagir a elas.

Em 1986, através da Lei Nº 7.498, foi regulamentado o exercício profissional de enfermagem, inclusive o da enfermeira obstétrica.¹⁴ Naquela época, em Santa Catarina não havia oferta de cursos de especialização regular, acontecendo em intervalos de até de cinco anos. Somente em 1999, com apoio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Ministério da Saúde (MS), o Departamento de Enfermagem da UFSC iniciou uma série de quatro Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica, ocorrendo o último em 2005, com patrocínio também da Organização Panamericana de Saúde (OPS). No entanto, apesar dos esforços empreendidos no sentido de formar especialistas, existiam dificuldades relacionadas à liberdade de atuação dessas profissionais,² o que nos leva a perceber que no espaço de parir circulam relações de poder cristalizadas, enraizadas na crescente centralidade da figura do médico.

A estratégia de fortalecimento do poder médico na MCD se deu com a incorporação do saber-fazer das parteiras e da veiculação de um discurso de verdade científico também assimilado por todos os profissionais médicos, enfermeiras e parteiras.

O uso do uniforme como estratégia de poder

No discurso das enfermeiras, o uso do uniforme era obrigatório e seguia uma determinação baseada na função exercida pelo profissional:

as atendentes usavam vestido azul, e as auxiliares de enfermagem, vestido branco. As enfermeiras e os médicos vestiam de roupa branca. Os profissionais de outras áreas, como zeladoria, nutrição e lavanderia usavam uniforme de cor creme. As irmãs da Divina Providência usavam hábito branco, vestimenta longa, simples e sem adereços.

A respeito dos uniformes, era fornecido pela maternidade. As atendentes usavam vestido azul, abotoado na frente, e as auxiliares de enfermagem, vestido branco. As enfermeiras, eu, por exemplo, usava branco”. [...] depois requisitei os uniformes, pensei em calça comprida para ter mais liberdade de movimento. Porque a gente se agachava, e tinha umas funcionárias e uma enfermeira que usavam vestido muito curto. Então eram: as atendentes de calça comprida azul clara com um jaleco azul, e as auxiliares e enfermeiras, calça comprida branca e um jaleco branco. Introduzi assim. [...] solicitei para direção, eles aceitaram (1968) (Nilsa).

Em relação aos uniformes no cotidiano da prática, a enfermeira Nilsa percebeu que vestido dificultava os movimentos das profissionais, além de muitas vezes deixar o corpo descoberto, daí haver pensado em padronizar uniformes mais práticos e mais adequados aos preceitos morais da época. O depoimento expressa a necessidade de implementar o uniforme para identificar as diferentes categorias profissionais, além de proporcionar apresentação estética adequada que refletisse os padrões de comportamento e atitudes então vigentes.

O uniforme também expressava uma posição de poder e saber de cada um na Instituição. A normalização de uma postura pelo uso do uniforme pode ser vista como estratégia de fortalecimento da presença invisível do poder disciplinar permeando as relações de poder-saber na MCD.

A padronização da vestimenta determinaria, além da hierarquização, bem-estar e conforto das profissionais de enfermagem e de respeito à moral. Assim, o uniforme representaria a decência das profissionais de enfermagem, vestidas adequadamente para realizar as práticas de cuidado.¹⁵ Também é possível assegurar o fortalecimento da hierarquia e especificar as funções de cada um no cotidiano da prática do cuidado.¹⁶

Se viesse sem o uniforme a gente tinha que conversar, quer dizer, eu nunca mandei embora, eu sempre só conversava e mostrava que precisava vir trabalhar de uniforme. [...] uma coisa assim que eu sempre lutei foi que ninguém trabalhasse de sandália de dedo, mas sempre de calçado, de preferência fechado (1979) (Doraci).

O calçado fechado também era recomendado como barreira de proteção para os profissionais de saúde. Dessa forma, com seu poder-saber a enfermeira procurou orientar as profissionais de enfermagem no sentido de proteger o corpo contra acidentes e infecções, evitando tomar medidas punitivas. Nesse caso, a medida foi essencialmente corretiva, privilegiando o aprendizado intensificado, muitas vezes repetido. Mas, em outras ocasiões, as enfermeiras aplicaram punição, impedindo as funcionárias de trabalhar, caso não estivessem uniformizadas.

Tínhamos que andar uniformizadas. [...] a gente tinha que andar de sapato branco e roupa branca. [...] e os atendentes, uniformes azuis e sapatos pretos. Não trabalhavam sem uniforme, voltavam para casa (risos) [...]. O que mais esqueciam era o sapato. [...] mas esse passou a ser menos exigido porque não eram dados sapatos aos funcionários (1979) (Sônia).

A exigência do uso dos sapatos confrontava-se com o poder aquisitivo dos funcionários para comprar o tipo adequado à instituição. Aos poucos a regra foi mudando, muito mais pela questão financeira do que pelas preocupações com a higiene ou proteção do profissional. As entrevistadas viam a punição como estratégia para corrigir a conduta dos profissionais que não respeitassem as normas. Como estratégia de poder disciplinar, a punição tem a função de avaliar uns em relação aos outros. Aos poucos, as profissionais de enfermagem foram assimilando, além dos deveres, os seus direitos na instituição, pois o que acontecia é que com seu poder-saber, as funcionárias algumas vezes resistiam às normas impostas pelo poder institucional.

Na instituição de saúde, o uso do branco para médicos e enfermeiras configura-se como “posição de poder em relação aos outros profissionais. Julga-se que o indivíduo que usa roupa branca como uniforme de trabalho, dentro do hospital, é detentor de um saber diferenciado”.¹⁷ O branco e o azul evidenciam uma distinção entre as funções exercidas na enfermagem. Assim, considerando as estratégias de poder descritas por Foucault⁴, infere-se que o detentor do saber é quem exerce o poder. Saber e poder se implicam mutuamente, e não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e também todo saber constitui novas relações de poder.

Além disso, percebemos que também era exigido das funcionárias de enfermagem que não usassem adereços e mantivessem cabelos presos e unhas cortadas. Essas normas de comportamento representavam o ‘dever ser’ da enfermeira, ou seja, a profissional honesta, disciplinada e submissa, papéis estes construídos

historicamente.¹⁵

Quem tinha cabelo comprido deveria trazer preso, unhas curtas e pintado [com esmalte] claro. Algumas vezes apareciam com as unhas mais escuras, daí a gente solicitava que tirasse. Daí elas misturavam, não sei se era benzina com álcool, e tiravam (1968) (Nilsa).

No contexto da MCD a disciplina era utilizada para moldar e controlar o comportamento das profissionais por meio de regras e normas estabelecidas, construindo um perfil observado desde a época de Florence Nightingale, que fixava normas de conduta associadas à ideia de limpeza e higienização dos corpos.

Havia por parte das enfermeiras uma vigilância constante com relação ao uso do uniforme, além do comportamento e da conduta das trabalhadoras da enfermagem. Através da técnica do exame, o poder disciplinar permitia visualizar cada um dos indivíduos para diferenciá-los e aplicar sanções quando necessárias. Para tanto, o exame combinava as técnicas de hierarquia, possibilitando o exercício da autoridade e do treinamento.

Refeitório: espaço de sociabilidade e poder

Refeitório, espaço de alimentação, de conversas informais, de socialização, mas também espaço de clarificação das relações de poder dentro da Maternidade. Em tal sentido, a padronização não se limitava ao uniforme: os horários e espaços de refeição também seguiam essa norma, configurando-se o refeitório, neste caso, também como um local de inclusão e de exclusão social. O refeitório da MCD mostra-se como um local muito interessante quando se trata da espacialização, ou seja, um lugar para cada um e cada um em seu lugar.¹⁸

Quando conseguíamos (as enfermeiras) o intervalo para o almoço, fazíamos as refeições com os residentes numa sala separada do refeitório. O almoço era até uma hora da tarde e se não conseguisse sair até esse horário, ficava sem almoço. Os funcionários almoçavam no refeitório em regime de revezamento, isto é, enquanto uns almoçavam, outros ficavam atendendo nas unidades (1972) (Coleta).

Quanto à alimentação, a enfermeira, os médicos, tinham um refeitório separado, era um refeitóriozinho pequeno, do lado do refeitório dos funcionários, mas éramos bem servidos e não pagávamos (1976). Doraci.

Tinha um refeitório que era das enfermeiras e dos médicos, e os

residentes se incluíam nos médicos, e o outro refeitório grande que era servido de bandeja, que era dos funcionários de maneira geral. Então esse refeitório tinha uma divisão, tinha uma mesa grande, [...] a gente comia de mesa posta, com prato, talher, a gente se servia, as travessas eram colocadas no meio da mesa [...] enfim, sobremesa. [...] (1985) (Odaléa).

No discurso das enfermeiras, destacam-se inicialmente lembranças como “todos eram bem servidos e não pagavam”, não havendo uma preocupação com a espacialidade, mas com o espírito caritativo. Posteriormente esse esquadrinamento passa a ser percebido: “tinha um refeitório para as enfermeiras [...] e outro [...] que era dos funcionários [...]”, hierarquizando qualidades e competências.

Ao determinar lugares específicos por categoria, evidencia-se mais uma vez a hierarquização que privilegia os que detêm o saber e conseqüentemente o poder. Essa espacialidade se configura na posição que cada um ocupa na estratificação profissional, disciplinando o conjunto dos profissionais.

“Na disciplina [...] cada um se define pelo lugar que ocupa na série, e pela distância que o separa dos outros. [...] ela individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações”.¹⁸

Como espaço social, o refeitório não cumpria seu objetivo de convívio, partilha, manutenção do equilíbrio social e lugar de comunicação e trocas afetivas, mas se caracterizava como espaço de poder, onde cada um deveria respeitar seu lugar e horário das refeições. Em 1987 o refeitório foi fechado para reforma, e para otimizar o espaço se estruturou um refeitório único, inaugurado em 1988, permanecendo com essa estrutura física até os dias atuais.

Mas a enfermeira Evangelia observa que no ano 2001, quando assumiu a diretoria da Maternidade, o refeitório novamente estava necessitando de melhorias. Então, reconhecendo a importância do refeitório como local para a sociabilidade entre os funcionários, a enfermeira diretora utilizou o poder do cargo que exercia e introduziu reformas que visavam “ao bem estar de todos”.

Pude fazer (como diretora) melhorias importantes na área física da maternidade. Uma delas foi a reforma do refeitório, que era um lugar horrível [...]. Todos os servidores almoçavam naquele ambiente [...]. Porque isso é importante para o bem-estar de todos nós (2001) (Evangelia).

O refeitório inicialmente representava a disciplina no seu

princípio básico da espacialização, separando os profissionais e privilegiando a hierarquização. Mas ao longo do tempo a vigilância hierárquica do esquadramento foi se desfazendo. A visão de bem-estar do conjunto prevaleceu. Esse movimento na MCD é um acontecimento importante porque mostra a flexibilidade invisível do poder, num contexto que sofreu rigorosa estratificação social.

Registro: convergência e divergência de olhares e saberes

Acumulando e transmitindo informações, os registros constituem um campo documental no interior do hospital que passa a constituir não só um local de cura, mas de construção de saber. Nesse sentido, a Clínica como dispositivo do hospital contemporâneo pode ser vista como momento histórico de disciplinarização do espaço hospitalar que permite curar, registrar, formar e acumular saber.⁴

Na MCD os registros de Enfermagem eram pontuais, limitando-se a ocorrências mais graves, sinais vitais e medicação ministrada, mas com o tempo foram discutidos e reformulados, levando às vezes para convergência, outras vezes para divergência dos olhares e saberes.

Eram registrados no prontuário pelas atendentes as ocorrências mais graves, sinais vitais e medicação que era administrada (1956). (Irmã Cacilda).

Tinha o livro só das enfermeiras pra fazerem o relatório [...] e deixar informações para a funcionária da noite. Além de passar verbalmente, ainda eram notificadas as ocorrências que mereciam destaque e o censo diário. (1968) (Nilsa).

No serviço noturno, a técnica de enfermagem fazia o registro do plantão no livro, que ficava na chefia de enfermagem, [...] e cada unidade passava o serviço pra outra que vinha [...], mas aí, todas juntas, iam passar aquele plantão. Cada uma no seu posto de enfermagem. Elas só escreviam se tivesse alguma alteração da paciente, [...], ou visita médica se aquela paciente não foi visitada aquele dia; era tudo colocado no prontuário de enfermagem (1976) (Doraci).

Os discursos mostram como eram realizados os registros na MCD. As atendentes responsáveis pelos cuidados de enfermagem realizavam os registros das ocorrências essenciais, ou seja, fatos importantes que merecessem conhecimento de outros profissionais, como a enfermeira e o médico. A enfermeira fazia seu relatório em livro próprio para comunicar as ocorrências também essenciais somente para as enfermeiras e para as funcionárias designadas para auxiliarem na

supervisão dos serviços, construindo a estratificação do conhecimento. Os registros evidenciam que o trabalho da enfermeira era administrativo, sem possibilidade de realizar assistência direta, por ser única na instituição, ficando para as atendentes o cuidado à mulher parturiente-puerpera e ao recém-nascido.

No entanto percebe-se que o discurso sobre o registro se modifica quando são inseridas na MCD enfermeiras formadas pela UFSC na década 1970:

Havia, porém, no curso de enfermagem, a insistência para que se introduzisse o processo de enfermagem na prática. Então nos reunimos muitas vezes para pensar como íamos introduzir o processo de enfermagem na MCD. Mas como introduzir um processo com três enfermeiras? Era simplesmente impossível. Então resolvemos que se não podíamos fazer tudo, podíamos fazer alguma coisa. [...] para paciente de UTI, nós aplicávamos o processo de enfermagem com o planejamento de tudo que se deveria fazer, checando todos os cuidados, fazendo uma evolução detalhada (1973) (Ana Maria)¹³.

Embora houvesse um esforço no sentido de discutir essa prática e implementar algumas mudanças, o número de enfermeiras era pequeno, e a alternativa encontrada era estabelecer prioridades. Assim, uma tentativa do planejamento da assistência era utilizada somente para pacientes em Unidade de Terapia Intensiva. Mas esse esforço não teve eco na profissão. Percebe-se que essas tentativas nem sempre atingem o resultado esperado porque encontram barreiras, desestimulando o processo de implantação e muitas vezes frustrando as tentativas de realizá-lo:

Então os registros eram mínimos, sempre foram mínimos, a gente preenchia os dados da folha de identificação do recém-nascido, preenchia os dados do parto que também faziam parte de uma folhinha de recém-nascido, mas não tinha nenhuma metodologia na assistência, nada, até porque era muito complicado, porque na época, eu era a única enfermeira na Sala de Parto, não tinha continuidade do trabalho e os impressos eram padrão pra todas as maternidades do Estado [...]. E também, na época, se tivesse um impresso um pouco maior, eu nem sei como seria registrado, porque tinha tanta demanda de trabalho braçal mesmo, tipo de ações de assistência direta, de instalar soro, tirar

¹³ Ana Maria Westphal Batista da Silva graduou-se na primeira turma do Curso de Enfermagem da UFSC em 1971, época em que as faculdades começaram a introduzir no currículo as teorias de enfermagem para fortalecê-la como profissão.¹⁹

parturiente da mesa, [...] que a gente dava graças a Deus quando conseguia registrar o mínimo [...]. Então eu não sei se isso era uma coisa boa ou ruim na época, porque eu não sei se tivessem [...] instituído o histórico de enfermagem ia realmente ter que ter um maior número de enfermeiros, porque a gente não ia dar conta de fazer registro: ou a gente registrava ou a gente prestava cuidados (1985) (Odaléa).

Gostaria [como diretora] de ter implantado de uma vez por todas a metodologia da assistência, não me conformo que até hoje isso não ocorreu (2001) (Evanguelia).

As enfermeiras da MCD reconhecem que, devido ao ritmo acelerado das atividades cotidianas, os registros diários muitas vezes ficavam em segundo plano. Algumas dificuldades encontradas na instituição foram: reduzido número de enfermeiras, não havendo continuidade do seu trabalho; impressos padrão para as maternidades do Estado, com reduzido espaço para as anotações de enfermagem; número de profissionais de enfermagem insuficiente para realizarem os cuidados, exigindo atuação da enfermeira na assistência direta à parturiente-puérpera e ao recém-nascido.

Todos esses obstáculos continuaram inalterados, como se nota no discurso da enfermeira Evanguelia, porque no ano 2001 continuava sendo uma meta da enfermagem que ela não conseguiu concretizar durante sua gestão enquanto diretora da MCD. Esse espaço ainda é dominado pelos médicos da maternidade.

Por seguir o modelo biomédico, a enfermagem algumas vezes segue as tendências do imediatismo e das ações não sistematizadas, ficando dependendo de o que e como fazer em vez de por que e quando fazer.²⁰ Construir uma metodologia de assistência de enfermagem pode conferir ao enfermeiro conquista de poder e de saber.

No presente estudo, emprega-se o termo “saber” no sentido que lhe foi atribuído por Michel Foucault¹¹ “saber é o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso (neste sentido, o saber da medicina clínica é o conjunto das funções de observação, interrogação, decifração, registro, decisão, que podem ser exercidas pelo sujeito do discurso médico)”.

Os poucos registros realizados pelas enfermeiras no prontuário revelam o discurso de poder-saber da época, refletem a posição de poder na escrita pelo médico demarcando os atos, as práticas de cuidado e as formas de conduta profissional durante o período do estudo. Para as

enfermeiras, a importância de garantir e realizar os registros implicava, portanto, um destaque como profissionais de cuidado na MCD, marcando seu espaço de fazer, de saber e sua posição de poder na instituição. No entanto, essa luta para conquistar o espaço continua, ainda não é uma realidade nesse contexto.

Os registros no prontuário na MCD expressam, no seu texto, um conjunto de discursos pronunciados e assimilados em determinado tempo. Permitem compreender quais eram as regras, as condutas e como acontecia a dinâmica de organização das práticas de cuidado.

Desses depoimentos se infere que desde o início da inserção das enfermeiras houve muitas lutas e resistências que dificultaram implementar uma metodologia de assistência de enfermagem. Entretanto, nas entrelinhas desses discursos percebe-se que no decorrer do tempo elas não se organizaram para construir uma proposta metodológica para a assistência de enfermagem.

Outros trabalhos também discutem essa realidade e apontam alguns fatores que dificultam a implementação da assistência, como, por exemplo, falta de tempo, excesso de trabalho, rotatividade dos pacientes na unidade e a reduzida equipe de enfermagem, além de a instituição não cobrar a aplicação do processo e a organização das práticas de cuidados centrada em tarefas.²¹⁻²²

Mas o enfermeiro não deve ficar passivo diante das dificuldades encontradas no contexto das práticas de cuidado na instituição, deve constantemente buscar a valorização da profissão e expandir seus espaços, buscando no conhecimento científico o mérito de suas conquistas.

Sendo assim, a valorização da enfermagem enquanto profissão depende também da postura do profissional frente aos problemas que emergem da sua prática.²³ A Resolução COFEN nº 272/2002²⁴ serve como subsidio legal para implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras. O Art. 1º trata da função privativa do enfermeiro de implantar, planejar, organizar, executar e avaliar o Processo de Enfermagem, o qual compreende: histórico, exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem.

Observa-se que diferentes espaços na MCD apresentam diferentes relações de poder-saber, e que também diferentes comportamentos ocorrem frente às dificuldades do cotidiano em que os profissionais buscam conquistar espaços com seu conhecimento científico:

Para a prescrição os médicos (pediatras) sempre liam os

relatórios de enfermagem. Valorizavam muito o que a enfermagem escrevia. O chefe médico pediatra sempre dizia: podem escrever até com erros de português mas escrevam, porque quem sabe tudo do neném são vocês, que ficam com eles 24 horas (1979) (Sônia).

Fica evidente que no berçário de alto risco o pediatra estimula a prática dos registros de enfermagem. Permanecendo na unidade 24 horas, os profissionais de enfermagem têm melhor parâmetro para verificar eventuais alterações com o recém-nascido nesse período.

Por sua característica e dinâmica de trabalho, a enfermagem encontra-se permanentemente com os pacientes, 24 horas por dia. É o enfermeiro que avalia em primeira instância o paciente, que tem a iniciativa de tomar a decisão de comunicar as eventuais anormalidades.²⁵

No seu cotidiano de trabalho no berçário de alto risco a enfermeira produz saber. Quando esse saber é registrado e socializado, alimenta a rede do poder-saber da enfermeira e do médico pediatra, produzindo, conseqüentemente, outros saberes. Assim, todos os componentes dos microespaços estão inseridos na rede, construindo as relações de poder-saber.

É importante conhecer a realidade dos serviços de enfermagem na instituição e suas dificuldades, considerando que a implementação de uma metodologia de assistência é um caminho para valorizar a profissão e conquistar espaço. As enfermeiras devem discutir sobre esses obstáculos para tentar superá-los, objetivando como meta o estabelecimento do saber-poder através do registro para produção de conhecimento.

Visita médica: espaço de poder-saber

A MCD traz em sua origem características do hospital terapêutico concebido como instrumento de cura, onde o médico é o principal responsável pela sua organização.⁴ Assim, a comunidade religiosa foi se retirando desse contexto, enquanto a presença do médico se afirmava e se fortalecia. Essa inversão das relações hierárquicas se revela no ritual das visitas, em que o médico, à frente, percorre o leito de cada paciente, seguido de todos os comandados.

Já no século XVIII o regulamento do hospital especificava onde cada pessoa deveria estar. A enfermeira, por exemplo, deveria estar na porta da enfermaria e acompanhar o médico, assim como fazer todos os registros do cotidiano de suas práticas, constituindo-se um campo documental. A disciplina no espaço hospitalar faz emergir o indivíduo

como objeto do saber e alvo de intervenção, que deve ser vigiado, treinado, utilizado e eventualmente punido, enquanto o hospital era lugar de cura e formação de saber.⁴

Na MCD a enfermeira também acompanhava principalmente os médicos obstetras nas visitas às puérperas nas unidades de internação e também os médicos pediatras nas visitas aos recém-nascidos no Berçário de Alto Risco. A hospitalização, tanto da parturiente quanto do recém-nascido, foi fundamental para constituir saberes, porque possibilita minucioso exame sobre seus corpos por meio do procedimento da visita.

Os prontuários individuais ficavam no posto de enfermagem. A enfermeira, quando passava visita com o médico, levava os prontuários [...]. A gente acompanhava a visita médica e ele ficava perguntando para as pacientes, perto da gente: a senhora tomou duas injeções ontem, uma escurinha aqui no braço e a outra na veia? Quer dizer, desconfiando. Aí eu passei a não acompanhar mais as visitas com ele (1956) (Irmã Cacilda).

A enfermeira era recém-formada quando iniciou suas atividades na MCD, e os médicos não tinham experiência de trabalhar com alguém da enfermagem com formação universitária. Os médicos haviam trabalhado com religiosas, parteiras e profissionais de enfermagem treinadas no cotidiano do trabalho, porém sem formação. As religiosas e as parteiras não questionavam, apenas cumpriam as determinações dadas pelos médicos.

Na época da enfermeira Irmã Cacilda, o médico obstetra verificava com as pacientes se elas haviam tomado os remédios prescritos. A enfermeira, observando a atitude de desconfiança do médico, deixou de passar visita com ele. Essa atitude foi um modo de demonstrar a sua desaprovação ao comportamento do médico, resistência ao poder hegemônico do mesmo.

Na MCD os prontuários ficavam centralizados no posto de enfermagem, e quando da visita médica nas unidades de internação a enfermeira deveria levá-los. A desconfiança do médico em relação às atividades de enfermagem poderia ser compreensível porque em 1956 o serviço estava iniciando. Mas percebemos que em 1973 conflitos continuavam existindo no momento da visita do obstetra na unidade, evidenciando a persistência do médico obstetra em demarcar espaços permitidos e proibidos às enfermeiras e gerando resistência por parte delas:

Certa manhã, estando na unidade para visita, fui abordada pelo

médico obstetra sobre possibilidade de alta para suas pacientes. Fui relatando como se encontravam, o que já estava escrito nos seus prontuários: Dona fulana está se recuperando bem [...]. Dona Sicrana está se sentindo muito fraca, está pálida e hoje desmaiou na hora do banho. E ele perguntou: E o que a senhora sugere? Eu pensei “está me testando” e respondi: Sugiro um hematócrito. Não, a senhora não sugere nada, me disse ele, porque a senhora não pode sugerir nada. Respondi: desculpe-me, mas eu aprendi que posso. Aprendi na minha escola, não me leve a mal, o senhor me perguntou o que eu sugeria; se não tivesse me perguntado, não teria dito, mas o senhor perguntou. Ele continuou: onde já se viu um treinador de um time receber sugestão de um jogador? Respondi: olha, se for para o bem do time, não vejo nenhum problema. Aprendi que devo ser advogada do meu paciente. Ele continuou: pois aprenda agora que você não pode sugerir nada, você é apenas uma enfermeira [...], de dedo em riste (1973) (Ana Maria).

Podemos perceber que o médico obstetra durante a visita não lê os registros de enfermagem no prontuário, mas pede informações verbalmente. O prontuário é um canal formal de comunicação do quadro clínico da parturiente-puérpera que está internada. Nessa situação, o médico não mostrou interesse nos registros de enfermagem, subestimando o trabalho da Enfermagem e indicando que a forma escrita é destinada aos detentores de um saber central, enquanto a transmissão oral é destinada a um saber periférico. É uma forma de reduzir o trabalho de enfermagem a cumprimento de ordens e de minimizar sua importância na equipe de saúde.¹⁶

Com a enfermeira Ana Maria, primeira enfermeira obstétrica na MCD, observou-se a dificuldade na relação poder-saber, porque o médico obstetra não se permitia discutir os casos com a enfermeira, apenas prescrever. No momento em que a enfermeira mostra cientificidade no cuidado à puérpera, o médico sente-se afrontado, não aceitando outro saber que não fosse o dele. Para o médico obstetra a enfermeira nesse caso apresenta desvio de comportamento à regra da instituição, onde o médico controla o cotidiano, esperando dos demais profissionais, principalmente da enfermagem, um comportamento submisso e acrítico. Mas nesse caso a enfermeira apresenta resistência e surgem conflitos nas relações de poder-saber. As dificuldades nas relações médico obstetra e enfermeira obstétrica no contexto do cuidado à parturiente e puérpera vêm sendo discutidas por vários autores¹⁻³, no sentido de apontar caminhos para diminuir ou neutralizar esses conflitos.

O progresso no conhecimento científico do enfermeiro tem gerado insatisfação dos médicos que veem a profissão de Enfermeiro como subordinada no processo de trabalho. As relações entre médico e enfermeiro construídas ao longo do tempo em termos de legitimação de seu corpo de conhecimento técnico-científico parecem não ter evoluído, pois reproduzem, no interior das práticas de cuidado, a mesma assimetria de poder-saber.²⁵

A enfermeira convive no cotidiano da instituição com disputas, interesses e repressões enraizados nos contextos sociais, culturais e políticos revelados nas relações de poder-saber, mas luta pelo reconhecimento do seu saber-poder que se fundamenta na prática de cuidado. Percebe-se que a relação médico-enfermeira nos espaços da MCD nem sempre foi conflituosa. Com relação ao médico pediatra observa-se comportamento diferente, de diálogo com a enfermagem, onde há construção do saber expresso em vários olhares:

Aí o médico (pediatra) passava, fazia a sua avaliação e a prescrição. Ele lia o meu relatório e pedia informações, quando precisava. Eu o acompanhava durante a visita e a seguir eu voltava e replanejava os cuidados (1972) (Coleta).

Na verdade, o que eu tive mais dificuldade foi nas visitas diárias pela manhã, porque na época todos os pediatras passavam visita juntos num horário no final da manhã para que todos se inteirassem e discutissem o tratamento dos pacientes (RN). Como recém-formada, eram muitas informações novas. Nos primeiros meses pouco discutia os casos e o tratamento. Aos poucos, com muito estudo e dedicação, passei a participar ativamente tanto na visita médica como na administração do setor e gerenciamento dos funcionários de enfermagem (1979) (Sônia).

A visita mostra-se como um campo de construção do saber no qual médico e enfermeira contribuem para construção de estratégia para fortalecer as redes do poder-saber.

Constata-se uma mudança de paradigma em que diferentes disciplinas passam a atuar conjuntamente com o objetivo de melhorar as práticas de cuidado oferecidas à parturiente-puerpera e ao recém-nascido.

A disciplina é um exemplo do caráter positivo da analítica foucaultiana: ela colabora para compreendê-lo em sua positividade, compreendê-lo naquilo que ele é capaz de produzir, em termos de efeitos. Nessa perspectiva, a disciplina funciona como um pano de

fundo que permite a comunicação e a convivência na instituição hospitalar.^{4,26}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nos permitiu desvelar o cotidiano das práticas de cuidado por meio de análise das estratégias e jogos de poder construídos nas relações instituídas no contexto da MCD. A atuação das enfermeiras foi sedimentando sua profissionalização e ascensão na hierarquia da instituição e da sociedade. A evolução resultou numa emancipação da figura profissional da enfermeira, evidenciando o movimento e a flexibilidade do poder.

Esta evolução ao longo do período estudado denota relações de poder saber, lutas e resistências que tinham como objetivo garantia do espaço profissional e hegemonia do poder. É a microfísica do poder, construída no cotidiano das relações, com as linhas do poder surgindo de diferentes pontos, mas cada uma delas dependente das demais, co-existindo e sustentando-se mutuamente, construindo um profissional produtivo, disciplinado e normatizado. O poder disciplinar no período estudado parece ter definido as práticas de cuidados às parturientes-puerperas e aos recém-nascidos, submetendo os profissionais de enfermagem a dispositivos de poder-saber baseados na vigilância constante e na normatização do comportamento, modelando o sujeito.

No entanto, as enfermeiras demonstraram no cotidiano das práticas desenvolvidas na instituição, que valorizaram a profissão e expandiram seus espaços tanto quando discutiam e buscavam implementar a metodologia da assistência nos registros diários, como quando se posicionaram no momento da visita médica, na padronização do uniforme e na melhoria dos espaços para a sociabilidade dos profissionais.

Assim a história destas enfermeiras, baseada na perspectiva foucaultiana demonstrou que o poder resultou de luta contínua e difusa que se propagou no cotidiano das relações de poder-saber no contexto da instituição.

REFERÊNCIAS

1. Rocha TA, Bonilha ALL. Formação das enfermeiras para a parturição: implantação de um hospital universitário na década de 80. Esc. Anna Nery Enferm 2008 dez; 12 (4): 651-57.
2. Monticelli M, Brüggemann OM, Santos EKA, Oliveira ME, Zampieri MFMota, Gregório VRP. Especialização em enfermagem obstétrica:

percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. Texto contexto – Enferm. 2008; 17(3): 482-491.

3. Bonadio IC, Koiffman MD, Minakawa MM. *et al.* Da Relação Conflituosa ao Respeito Mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto. In: 8 SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM. [online] [acesso em 2008 Mar 03]. Anais... São Paulo, 2002. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci-_arttex&pid=MSC000000052002000100039&Ing=en&nrm=van.

4. Foucault M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2006.

5. Castro E. Vocabulário de Foucault. Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores; tradução Ingrid Müller Xavier; Belo Horizonte: Autentica Editora, 2009.

6. A Gazeta. Ano XX. N. 5.003. Florianópolis. 3 de julho de 1955..

7. Diário da Tarde. Ano XX. N. 10117. Florianópolis. 4 de junho de 1955.

8. Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 2002.

9. Fink A. How to sample in surveys. The Survey Kit (6). Thousand Oaks: Sage; 1995.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. HUCITEC-ABRASCO: São Paulo- Rio de Janeiro. 2004.

11. Foucault M. Arqueologia do saber. 6a. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.

12. Farhi Neto L. Biopolítica em Foucault [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2007.

13. Revel J. Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Clara Luz; 2005.

14. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 26 Jun 1986 [acesso 2008 abr 10]. Seção 1. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>.

15. Padilha MICS. A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL; 1998.

16. Carapinheiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento; 2005.
17. Rezende MCC. Processos de subjetivação na experiência de uma equipe de enfermagem em oncologia [dissertação]. Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; 2010.
18. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 2006.
19. Ângelo M, Forcella HT, Fukuda IMK. Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. Rev. Escola Enferm USP. 1995 ago; 29(2):211-23.
20. Tannure MC, Gonçalves AMP. Sistematização da Assistência de Enfermagem - guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
21. Rossi LA, Casagrande LDR. Processo de enfermagem: a ideologia da rotina e a utopia do cuidado individualizado. In: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, Anabuki MH, organizadores. Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências. São Paulo: Ícone; 2001. p. 41-62.
22. Freitas MC, Queiroz TA, Souza JAV. O Processo de Enfermagem sob a ótica das enfermeiras de uma maternidade. Rev. bras. enferm. 2007; 60(2):207-212.
23. Hermida PMV. Desvelando a implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev. bras. enferm. 2004; 57(6).
24. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 272/2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras [online] 2002 [citado em 2009 Mai 20]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>
25. Florentino FRA, Florentino JA. As relações profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde. [on-line] [citado em 2010 Dez 10]. Disponível em http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed_006/CULTURA/PDF/As%20rela%20E7%F5es%20sociais%20PRONTO.pdf
26. Veiga-Neto A. Foucault e a educação. Belo Horizonte: Autêntica; 2003.

TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho responde alguns questionamentos que me inquietaram quando procurei conhecer a historicidade das práticas de cuidado das enfermeiras no espaço da MCD, no período de 1956 a 2001, permitindo novo olhar sobre a profissão, novas versões da história ao ouvir vários e diferentes narradores, contribuindo para a compreensão da identidade da enfermeira. Também possibilitou conhecer a trajetória profissional das enfermeiras quanto à posição hierárquica, iniciando como subordinadas à Congregação das Irmãs da Divina Providência até chegar à direção da MCD. Isso demonstra que a enfermagem vem modificando-se ao longo do tempo, num processo de ação e reflexão, buscando seu desenvolvimento e sua autonomia, influenciando e sendo influenciadas pelas mudanças econômicas, políticas, sociais, culturais, num jogo de relações entre sujeitos em que alguns exercem poder sobre outros.

O papel social da MCD enquanto instituição pública, em um primeiro momento era principalmente responder as demandas da população carente ou sem recursos financeiros, mas no decorrer do tempo passou a ser referência no atendimento e cuidado à saúde da mulher e do recém-nascido, exigindo a ampliação do seu espaço físico e de seus recursos humanos e materiais, como também de novos modos de cuidar, revendo e atualizando suas práticas de cuidados. Na atualidade a MCD é espaço de cuidado e de construção do saber, utilizando-se da clínica como instrumento de formação de novos profissionais de enfermagem, de medicina e de outras áreas da saúde.

As transformações que ocorreram nas práticas de cuidado na MCD foram influenciadas pelas políticas públicas determinantes em cada período histórico. Entre essas destacamos, na década de noventa, a iniciativa “Hospital Amigo da Criança”, pelo seu significado, a qual exigiu uma reestruturação na área física e na organização do processo de trabalho, mas a tônica principal concentrou-se na filosofia de atendimento e cuidado às mulheres e recém-nascido, de estímulo à amamentação e ao vínculo precoce do binômio mãe - RN, concebido em novo modelo de humanização do cuidado.

Nos modos de fazer e de cuidar das mulheres parturientes percebe-se que no período de 1956 a 2001 poucas rotinas e técnicas se modificaram, o que denota uma convivência paradoxal entre técnicas antigas e as novas evidências científicas e tecnológicas, o que exigiu das

enfermeiras flexibilidade para conseguir readequar um novo olhar e uma nova forma de ser e cuidar, no âmbito das práticas do cuidado.

A MCD foi palco onde se abriram possibilidades para diversas condutas e comportamentos entre enfermeiras, parteiras e médicos, mostrando que não existe um lugar definido de resistência, mas pontos flutuantes e transitórios que se distribuem por todo o contexto da instituição. Às vezes a trama do poder se apresentava imperceptível, ora com equilíbrio de forças, ora em desequilíbrio. No entanto, as enfermeiras se mantiveram em luta para reconhecer a força que estava embutida nas relações de poder.

A história do cuidado prestado à mulher na MCD sofreu transformações ao longo de sua história: foi exercido por religiosas e parteiras, por enfermeiras leigas e por enfermeiras obstétricas, numa trajetória que vai do cuidado laico ao profissional, entrelaçado por relações de saber-poder demarcadas por lutas e resistências ao poder médico hegemônico da época. A trajetória do cuidado, em um primeiro momento foi exercido por Irmãs da Divina Providência e por cuidadores treinados por elas, de forma laica, sem abordagem fundamentada numa educação formal de enfermagem. Os valores que fundamentavam a prática do cuidado eram baseados em uma filosofia vocacionada e religiosa e no poder disciplinar da Congregação. A organização do cuidado e a tomada de decisão centralizavam-se no poder religioso da Madre Superiora e no poder médico.

Em outro momento, a inserção de uma religiosa com educação formal de enfermeira provoca a ruptura de uma prática de cuidado laica para a tentativa de uma prática profissional, colocando em jogo o poder religioso, o poder-saber da enfermeira e o poder-saber médico, com lutas e resistências na busca de uma nova organização e ordem do cuidado na MCD. Isto evidenciou que no processo para garantir um cuidado fundamentado em bases científicas se sobressaía a todo momento o poder-saber médico defrontando-se com o poder-saber da enfermeira. Outro dado evidenciado é que o saber-poder médico ditava os limites do saber e do poder dos outros profissionais na instituição, principalmente os relacionados aos cuidados com a mulher, denunciando que as resistências a uma nova prática de cuidado partiam mais dos médicos obstetras do que dos médicos pediatras.

Por outro lado, a história do cuidado à mulher na maternidade Carmela Dutra de 1956 a 2001 demonstra que algumas práticas de cuidado desenvolvidas acompanharam a evolução científica e tecnológica da área, não impedindo que as enfermeiras lutassem por melhores condições de trabalho e para garantir cuidado de enfermagem

à parturiente-puérpera e ao recém-nascido.

A história do cuidado ao recém-nascido na MCD possibilitou conhecer o cotidiano do trabalho das enfermeiras, iluminando o interior das práticas de cuidado e as relações de poder-saber, fortalecendo sua identidade e colaborando para a construção profissional, mostrando que a enfermagem faz parte de um processo que está interligado ao contexto socioeconômico, histórico, político e cultural.

Em relação às estratégias do poder no contexto da MCD, os resultados indicam que a atuação da enfermeira conquistou a sua profissionalização e ascendeu na hierarquia da instituição e da sociedade. Essa evolução resultou numa emancipação da figura profissional da enfermeira, evidenciando o movimento e a flexibilidade do poder. A enfermeira conviveu no cotidiano da instituição com disputas, interesses e opressões enraizadas nos contextos econômicos, sociais, culturais e políticos revelados no interior das práticas de cuidado. O poder disciplinar em todas as suas nuances definiu as práticas de cuidado às parturientes-puérperas e aos recém-nascidos, submetendo os profissionais de enfermagem a dispositivos de poder-saber baseados na vigilância constante e na normatização do comportamento e de atitudes modelando os sujeitos.

Essa versão do passado apreendido e interpretado com o objetivo de responder às questões do estudo possibilitou, através das lembranças, encontrar os fios da história de uma prática de cuidado à mulher e ao recém-nascido envolta numa rede de poder-saber. O processo de rememorar variou entre os sujeitos do estudo conforme a importância que eles atribuíram aos acontecimentos no momento em que ocorreram e nos momentos em que foram rememorados. A maioria das enfermeiras encontra-se aposentada do serviço da MCD. Apenas uma continua trabalhando na instituição, mas mesmo assim percebe-se nos discursos que alguns acontecimentos rememorados são significativos para todas as entrevistadas.

A tese proposta para este estudo foi comprovada, pois a história das práticas de cuidado na MCD revelou uma disputa de espaço e de poder-saber entre os sujeitos que exerciam a prática do cuidado, evidenciando-se de maneira mais pontual em três momentos distintos: com a inserção da primeira enfermeira, com admissão da primeira enfermeira obstétrica e com a posse de uma enfermeira no cargo de Diretora Geral.

Em relação à enfermagem enquanto profissão de cuidar, esta tese comprova que o saber das enfermeiras contribuiu significativamente para nova ordem ao cuidado, fortalecendo a identidade do profissional

enfermeiro, como também demonstra que as práticas construídas na MCD por diferentes sujeitos influenciados por uma rede de poder-saber refletiam em cada momento histórico o contexto institucional e político da época.

O uso da técnica da História Oral permitiu reconstruir a história do cuidado na MCD que não se encontrava registrada nem documentada. Através das entrevistas realizadas e de um diálogo informal e sincero, aconteceu a cumplicidade entre a pesquisadora e as entrevistadas onde ambas se engajaram refletindo e interpretando o passado. Isso possibilitou repensar o cotidiano das práticas de cuidado e dar visibilidade aos acontecimentos significativos para as enfermeiras da MCD.

Essa volta ao passado também proporcionou à pesquisadora repensar sua própria história profissional, elucidando algumas questões e fazendo emergir outras, ao compreender que no processo de trabalhos com a mulher e com o recém-nascido houve alguns ganhos e às vezes perda de espaço. Por isso é importante que continuemos revisitando a história da MCD com outros estudos relacionados ao cuidado à mulher e ao recém-nascido no contexto hospitalar ou em outros ambientes comparativamente. O presente estudo também fortalece a linha de pesquisa História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação da UFSC.

As perspectivas projetadas para a MCD apontam para a educação do cuidado de enfermagem, para a construção de um acervo histórico, para o fortalecimento de espaços para formar profissionais de enfermagem e de outras áreas de conhecimento; em relação à educação para o cuidado de enfermagem, que esta seja modelo para construir uma prática de cuidado à mulher e ao recém-nascido humanizada e alicerçada nos novos paradigmas da ciência e plenas de valores éticos. Com relação à construção de um acervo documental e fotográfico, é importante formalizar que os registros dos acontecimentos sejam preservados em tempo real e em local adequado. Em relação à MCD como espaço de formação, que se fortaleça perante o Poder Público para que a Instituição sirva aos órgãos formadores de profissionais de saúde como campo para a realização de cursos de graduação, pós-graduação e residência para enfermagem e outras áreas da saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBERTI V. **Manual de história oral**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.
- ALTHOFF, C.R. **Entrevista**. Florianópolis, 09 ago. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.
- ALVES, VH; VIEIRA, BDG; TYRRELL, MAR. **Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiros Obstetras- ABENFO**. In: PORTO, F; ARAUJO, LA; LEMOS, A; CARDOSO, TC. *Atenção à saúde da mulher: História, Aspectos Legais e Cuidado*. Rio de Janeiro:Água Dourada, 2011.
- ANDRADE AC. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 60, n.1 Brasília jan./fev. 2007.
- AMADO JÁ. A culpa nossa de cada dia: ética e história oral. **Projeto História**, São Paulo, n.15, p.145-155, abr.1997.
- AMEZCUA M, TORO AG. Los modos de análise en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. **Rev Esp Salud Pública**, v. 76, n. 5, p. 423-436, sept-oct. 2002.
- ASSMANN S. Introdução. In: FOUCAULT M. **Omnes et Singulatim** [para uma crítica da razão política]. Florianópolis: Edições Nephelibata-Desterro- Brasil, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: 70, 2004.
- BARREIRA I de A. Memória e História para uma Nova Visão da Enfermagem no Brasil. **Rev Latino-am. enferm.**, Ribeirão Preto, v. 7, n.3, p.87-93, jul.1999.
- BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. Análise de conteúdo e a compreensão das ações do enfermeiro. In: _____. (org.). **Para além das colunas de Hércules – Filosofia e ações de enfermagem**. Sobral: UVA, 2004.
- BONADIO, I. C.; KOIFFMAN, M. D.; MINAKAWA, M. M. *et al*. Da Relação Conflituosa ao Respeito Mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto. In: 8 SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM. [online] **Anais...** São Paulo, 2002. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci-arttex&pid=MSC000000052002000100039&Ing=en&nrm=van>.

Acesso em: 03 março 2008.

BORENSTEIN, M. S. **Hospitais da Grande Florianópolis**: fragmentos de memórias coletivas (1940-1960). Florianópolis: Assembleia Legislativa, 2004.

BORENSTEIN, M. S.; ALTHOFF, C. R.; SOUZA, M. L. **Enfermagem da UFSC**: recortes de caminhos e memórias, 1969-1999. Florianópolis: Insular, 1999.

BRASIL. Lei 7.498/86, de 25/06/1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial, 26/06/1986. Seção I – fls 9.273 a 9.275.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 1016, de 26 de agosto de 1993. **Normas básicas para a implantação do sistema alojamento conjunto alojamento conjunto**. Diário Oficial da União de 01 de setembro de 1993. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Relatório de gestão 2003-2006. Versão preliminar. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n°. 985. Implementa e regulamenta o funcionamento dos Centros de Parto Normal em âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 6 ago. 1999. Disponível: http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/985_99.htm
Acesso em: 15 março 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria/GM n°. 569, de 1/06/2000. **Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 693 GM/MS, de 5 de julho de 2000. **Implementação do método canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

BRENES AC. **História da parturição no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, p.135-149, abr./jun. 1991.

BRÜGGEMANN, O.M. **Entrevista**. Florianópolis, 30 jul. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.

BRÜGGEMANN, O.M.; OLIVEIRA, M.E.; SANTOS, E.K.A. **Enfermagem na Atenção Obstétrica e Neonatal**. Curitiba: progressiva, 2011. (No prelo)

BURKE P. A **Escrita da história**: novas perspectivas. São Paulo: UNESP, 1992.

CACILDA. (Irmã da Divina Providência). **Entrevista**. Florianópolis, 29 jul. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.

CANASSA NSA. **Memória de parteiras**: a trajetória profissional na Maternidade Carmela Dutra (1967-1994). Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

CARDOSO, C. F. S. **Uma introdução à história**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

CASTILHOS, S.M. **Entrevista**. Florianópolis, 16 set. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.

CORBELLINI, V. L. Fragmentos da história de enfermagem: um saber que se cria na teia do processo da submissão teórica. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 172-7. 2007.

COSTA, L. H. R. **Memórias de parteiras**: entrelaçando gênero e história de uma prática feminina do cuidar. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

DINIZ, C. S. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

EHRENREICH, B.; ENGLISH, D. **Brujas, comadronas y enfermeras** - historia de las sanadoras. Barcelona: Lasal, 1984.

EIZIRIK, M. F. **Michel Foucault**: um pensador do presente. Ijuí: Unijuí, 2005.

FARHI NETO, L. **Biopolítica em Foucault**. 2007. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Programa de Pós-Graduação em Filosofia,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006a.

_____. **Omnes Et Singulatim** [para uma crítica da razão política]. Tradução de Selvino J. Assmann. Florianópolis: Edições Nephelibata-Desterro- Brasil, 2006b.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

GARDENAL, C.L.C.; PARREIRA, I.; ALMEIDA, J.M. *et al.* Perfil das enfermeiras que atuam na assistência à gestante e puérpera, em instituições de Sorocaba/São Paulo (1999). **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 487-484, 2002..

GEOVANINI, T.; MOREIRA, A.; SCHOELLER, S. D. *et al.* **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

GOMES, O.B. **Entrevista**. Florianópolis, 17 ago. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.

HAMMES, O. **Memórias de Irmã Cacilda**. Florianópolis 02/02/94, 25/06/96, 25/09/97 e 30/09/98. Entrevista concedida a Miriam S. Borenstein. Florianópolis: GEHCE; 1998.

JORGE, D.R. **Evolução da legislação federal do ensino e do exercício profissional da obstetriz (parteira) no Brasil**. Tese (Livre-Docência) Escola de Enfermagem Ana Néri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1975.

KLEBA, M. E. A enfermagem na Alemanha: algumas reflexões sobre sua constituição histórica e o processo atual de profissionalização. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 4 n.3, dec. 1996.

LEITE, ACNMT; PAES, NA. Direitos femininos no Brasil: um enfoque na saúde materna. **História, Ciências, Saúde**. V.16, n.3, jul.-set. 2009, 705-714.

LIMA, J. B. M. C. A humanização da assistência ao parto e o papel das enfermeiras obstetras. **Humanização da Saúde**, Boletim do Instituto de Saúde, n. 30, ago. 2003.

- LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- LUNARDI, V. L. Por que Foucault? In: CAPONI, S.; SOUZA, M. I. C. (Org). **A saúde em questão: um espaço para a reflexão**. Florianópolis: dos Autores, 1999. p. 53-82.
- MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006.
- MARTINS, A. P. V. A ciência dos partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX. **Rev. Estud. Fem.**, v. 13, n. 3, sept./dec. 2005.
- MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 2002.
- MERIGHI, M. A. B. Trajetória profissional das enfermeiras obstétricas egressas da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: um enfoque da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 10, n. 5, sept/oct. 2002.
- MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. HUCITEC-ABRASCO: São Paulo. 2004.
- MONTICELLI, M. *et al.* Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. **Rev Texto e Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, jul/set. 2008.
- MOTT, M. L. O curso de partos: deve ou não haver parteiras? **Cad. Pesqui. N.108**, nov. 1999.
- MUNHOZ, D. E. N. **O desafio do cotidiano: o enfrentamento da contradição**. Tese (Doutorado em Serviço Social) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1996.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Rev. Ciência e saúde coletiva**, v.10, n. 3, jul/set. 2005.
- NUNES, I. M.; FERREIRA, S. L.; PAIVA, S. P. Características do trabalho da enfermeira obstetra. **Revista Texto Contexto Enferm**, v. 12, n. 4, p. 504-9, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração conjunta: proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno**. Genebra:

OMS/UNICEF, 1989

_____. **Assistência ao parto normal:** um guia prático. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde reprodutiva e da Família. Genebra: OMS, 1996.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr. 1997.

OSAVA, R. H.; MAMEDE, M. V. A assistência ao parto ontem e hoje: a representação social do parto. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v. 105, n. 1/2, p.3-9, 1995.

OSAVA, R. H. **Assistência ao parto no Brasil:** o lugar do não médico. 160f. Tese (Doutorado em Saúde pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

OSAVA, R. H.; RIESCO, M. L.; TSUNECHIRO, M. A. Parteiras-enfermeiras e Enfermeiras-parteiras: a interfase de problemas afins, porém distintas. **Rev. Bras. de Enf.**, v. 59, sept/oct. 2006.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Revista Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 4, p. 575-584, 2005.

PADILHA, M. I. C. S. **A mística do silêncio:** a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no Século XIX. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel, 1998.

PAIM, N.B. **Entrevista.** Florianópolis, 10 ago. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.

PEREIRA, N. V. **Associação Irmão Joaquim, 100 anos de Amor ao próximo:** histórico da Associação Irmão Joaquim por ocasião do seu centenário 1902-2002. Nereu do Vale Perreira. Florianópolis: Associação Irmão Joaquim, 2002.

PORTELLI, A. O que faz a história oral diferente. **Revista do programa de Estudos Pós-Graduação em História**, n.14, 1997.

PROGIANTI, J. M. Modelos de assistência ao parto e a participação feminina. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.3, p. 303-5, 2004.

PROGIANTI, J. M.; BARREIRA, I. A. Parteiras, médicos e enfermeiras: a aquisição de habilidades profissionais na assistência à parturiente (Rio de Janeiro 1934/ 1949). Escolas Anna Nery. **Rev. de enferm.**, v.5, n. 3, dez 2001.

RÉCHIA, K. C. **Lembranças íntimas de minha avó: partos, parteiras e outras histórias em Treze de Maio- SC.** 161f. Dissertação (Mestrado em História) Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

RIESCO, M. L. G. Enfermeira obstetra: herança de parteira e herança de enfermeira. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 6, n. 2, abr. 1998.

RIESCO, M. L. G.; TSUNECHIRO, M. A. Formação profissional de obstetrias e enfermeiras obstétricas: velhos problemas ou novas possibilidades? **Revista Estudos Feministas**, v.10, n. 2, p. 449-457, fev. 2002.

SANTOS, E.K.A. **Entrevista.** Florianópolis, 30 ago. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.

SANTOS FILHO, L. **História geral da medicina brasileira.** São Paulo: Hucitec, 1991.

SILVA, A.M.W.B. **Entrevista.** Florianópolis, 03 set. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.

SILVA, D.M. **Entrevista.** Florianópolis, 12 ago. 2009. Gravação digital. Entrevista concedida a Vitória Regina Petters Gregório.

SILVA T.M.A. **Curiosas, obstetrias, enfermeiras obstétricas: a presença das parteiras na Saúde Pública Brasileira (1930-1972).** Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa Osvaldo Cruz - FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2010.

SILVEIRA, R. A. **Michel Foucault: poder e análise das organizações.** Rio de Janeiro: FGV, 2005.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral.** São Paulo: Paz e Terra, 1992.

THÉBAUD, F. A medicalização do parto e suas conseqüências: o exemplo da França no período entre as duas guerras. **Rev. Est. Fem.**, v. 10, n.2, p.415-426, jul./dez. 2002.

TYRRELL, MAR; SOUZA, MHN; SOUZA, KV. **Políticas de Saúde à mulher no Brasil: marcos evolutivos e implicações para o exercício profissional do enfermeiro.** In:PROENF: Saúde Materna e Neonatal. Programa de Atualização em Enfermagem/Associação Brasileira de Enfermagem; Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras; coordenadora geral: Isilia Aparecida Silva; diretoras

acadêmicas: Kleyde Ventura de Souza, Ivis Emilia de Oliveira Souza. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2009.

TORNQUIST, C. **História das mulheres de Santa Catarina.** A mão e a luva: o processo de medicalização do parto e o corpo feminino em Florianópolis. Chapecó: Argos, 2001.

_____. **Parto e poder:** o movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese (Doutorado em Antropologia Social) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

APÊNDICES

APENDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA

PERFIL

- 1 Nome
- 2 Local e hora da entrevista
- 3 Data/local de nascimento
- 4 Procedência
- 5 Estado civil
- 6 Escolaridade
- 7 Onde foi sua formação?
- 8 Qual foi a motivação para trabalhar na MCD?
- 9 Qual o tipo de formação que possuía ao ingressar na MCD?
- 10 Após seu ingresso na MCD recebeu algum tipo de treinamento, ou realizou algum curso? Como e quando?
- 11 Em que unidade trabalhou após seu ingresso na MCD?

CONTEXTO

- 1 Quem era o profissional que dirigia a MCD nesta época ? Sobre a hierarquia profissional, como funcionava?
- 2 Como eram as condições físicas e estruturais da MCD (estrutura das enfermarias, e demais serviços, mobiliário, materiais e equipamentos) quando você ingressou na MCD?
- 3 Quem eram os trabalhadores de enfermagem da MCD? Quais eram os outros profissionais que trabalhavam na MCD?
- 4 Como eram as condições de trabalho (moradia/alojamento, salário, carga horária, folgas, férias, licença prêmio, fornecimento de uniforme, alimentação, insalubridade, gratificação, entre outros)?
- 5 Qual era a política governamental /programa de atendimento ao parto e nascimento?

PRÁTICAS (ADMINISTRATIVAS, EDUCAÇÃO E CUIDADO)

- 1 Como se caracterizavam as parturientes que internavam com relação a: condições econômicas? Escolaridade? Cultura?
- 2 Qual era a rotina de cuidado durante a internação da parturiente e do recém-nascido na MCD? (triagem obstétrica, pré-parto, sala de parto e pós-parto).
- 3 Com relação a essas rotinas, quais as atribuições dos profissionais de saúde?
- 4 Sobre morte materna, você lembra de alguma situação?
- 5 Como era o processo decisório da enfermeira no período em que você trabalhou na MCD? Detalhe.

- 6 As enfermeiras participavam de algum órgão colegiado na MCD?
- 7 De que modo acontecia a autonomia da enfermeira à época? Por favor, conte algum fato relacionado (em termos de pessoal, decisão sobre o uniforme, distribuição e atribuição de pessoal).
- 8 Que registros a enfermagem realizava com relação às suas ações?
- 9 Como eram as relações das enfermeiras com os demais profissionais de saúde e equipe técnica?
- 10 Você percebia se havia alguma desaprovação devido a alguma tomada de atitude? Por parte de quem? Quando isto ocorria normalmente? Como se expressavam comportamentos e atitudes de resistência ao profissional enfermeiro? Que tipo de intervenção/atitude/posicionamento costumava adotar nessas situações?
- 11 Existia alguma postura relacionada à postura vocacional religiosa do cuidado naquela época?
- 12 Você lembra de mais algum fato daquela época que julga importante contar?
- 13 Em termos de autonomia do trabalho de enfermagem na atividade obstétrica você acha que houve uma ampliação ou redução com o passar do tempo? Por quê?
- 14 Existiam reuniões de confraternização entre os trabalhadores de enfermagem e outros profissionais? Quando acontecia? Quem organizava?

APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de meu conhecimento que a enfermeira Vitória Regina Petters Gregório, aluna do Curso de Doutorado da UFSC, orientada pela Prof. Dra. Maria Itayra de Souza Padilha, está desenvolvendo uma pesquisa que tem como objetivo historicizar as relações de saber-poder presentes nas práticas das enfermeiras no espaço da Maternidade Carmela Dutra, no período de 1956 a 1986.

Concordo em participar de forma livre e espontânea da proposta da pesquisa, podendo desistir a qualquer momento. O nome da entrevistada será de conhecimento do público, assim como o uso de imagens fotográficas que possam enriquecer a pesquisa. Autorizo, ainda, que os dados obtidos sejam utilizados na referida pesquisa.

Estou de acordo que as entrevistas sejam gravadas. Compreendo que poderei ser entrevistado (a) mais de uma vez, no local e nos horários que forem mais compatíveis.

Em caso de dúvida, posso encontrar a pesquisadora, por telefone, através dos números (48) 3234 4642 (48) 99607514 ou e-mail vitória@nfr.ufsc.br

Data

Assinatura

APÊNDICE C - TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA

Eu, _____
_____estado
civil, _____portador da
carteira de identidade nº. _____, declaro, para os devidos fins e
efeitos legais, que cedo os direitos de minha entrevista gravada,
transcrita e autorizada, para leitura e inclusão no trabalho de tese de
Doutorado de Vitória Regina Petters Gregório, podendo ser utilizada
integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data.
Da mesma forma, autorizo o uso de gravador, ficando vinculado o
controle à autora da pesquisa.

Abdico dos meus direitos, abdicação que alcança meus
descendentes. Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente
documento.

Florianópolis, ____/____/____.

ANEXOS

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

Nº 001

O Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º0584/GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 003/09 FR- 238053

TÍTULO: O saber-poder das enfermeiras da Maternidade Carmela Dutra (1956-1986).

AUTOR: Miriam Süsskind Borenstein e Vitória Regina Petters Gregório.

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 16 de fevereiro de 2009.

Coordenador do CEPSH/UFSC - Prof.º Washington Portela de Souza