

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EDUCAÇÃO E TRABALHO EM
SAÚDE E ENFERMAGEM**

FÁBILA FERNANDA DOS PASSOS DA ROSA

**HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE
FLORIANÓPOLIS (SC): O PODER DAS ENFERMEIRAS NA
ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE
ENFERMAGEM (1977 – 1991)**

**FLORIANÓPOLIS
2013**

FÁBILA FERNANDA DOS PASSOS DA ROSA

**HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE
FLORIANÓPOLIS (SC): O PODER DAS ENFERMEIRAS NA
ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE
ENFERMAGEM (1977 – 1991)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Dra. Miriam Susskind Borenstein

**FLORIANÓPOLIS
2013**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Rosa, Fábila Fernanda dos Passos da
Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC):
: o poder das enfermeiras na organização e implementação do
serviço de enfermagem (1977 ? 1991) / Fábila Fernanda dos
Passos da Rosa ; orientadora, Miriam Susskind Borenstein
- Florianópolis, SC, 2013.
214 p.

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

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Enfermagem. 3. História da Enfermagem.
4. Hospitais Pediátricos. 5. Serviço Hospitalar de
Enfermagem. I. Borenstein, Miriam Susskind . II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

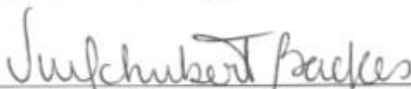
FÁBILA FERNANDA DOS PASSOS DA ROSA

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC): O PODER DAS ENFERMEIRAS NA ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM (1977-1991).

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

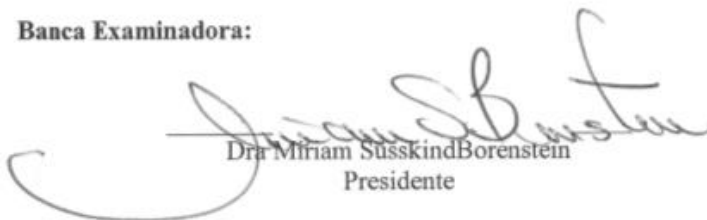
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 05 de dezembro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Área de Concentração: **Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.**



Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

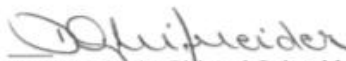
Banca Examinadora:



Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Presidente



Dra. Roberta Costa
Membro



Dra. Dulcineia Ghizoni Schneider
Membro



Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Membro

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente aos meus queridos amigos que permaneceram firmes ao meu lado em toda a trajetória do Mestrado, me orientando e transmitindo boas vibrações. E também, às enfermeiras que participaram deste estudo, sempre tão dispostas a contribuir com seu precioso conhecimento. Minha sincera gratidão pela confiança e por me permitirem ser a interlocutora da história da enfermagem do HIJG.

AGRADECIMENTOS

Esse é o momento onde resgatamos e lembramos de todas as pessoas que fizeram parte da construção deste estudo, daquelas que conviveram comigo todas as horas de sofrimentos e alegrias, porque concluí-lo foi um grande desafio particular. Porém, uma batalha vencida, que só foi possível com a minha insistente perseverança e ajuda daqueles que se fizeram presentes em minha vida nessa caminhada. Por isso agradeço a:

DEUS, que se fez presente em todos os momentos de minha vida, força maior, inexplicável, alicerce espiritual. Tenho certeza que, mesmo quando eu me sentia só, o senhor pai estava ao meu lado me amparando, nas horas em que sentia aquele alívio no coração. Era você pai, me segurando em seus braços, acredito que muitas vezes o senhor me carregou no colo, amenizando o meu cansaço. A você pai o meu sincero muito obrigado.

AMIGOS DA ESPIRITUALIDADE, muito eu tenho a agradecer a vocês, primeiro pelo apoio constante e segundo por nunca, nem por um instante vocês desistirem de mim. Com certeza tive toda a ajuda que necessitava, e vocês toda a paciência comigo. Muitas vezes deixei a desejar, obrigado por me tranquilizar, por auxiliarem nos momentos em que eu escrevia, mais do que tudo, obrigado por se manterem ao meu lado, pois eu sentia a sua presença, e a isso sou verdadeiramente grata, e anseio que continuem me acompanhando ao longo da minha jornada.

MÃE, você com certeza é meu exemplo, minha fortaleza, guerreira, obrigada por ser minha mãe, outra não caberia, sempre disposta, me apoiando, confortando, chorando comigo, rezando por mim, e a todo o momento torcendo por mim. Nunca vou esquecer quando você pedia que todos fizessem silêncio em casa, pois eu estava estudando. A você mulher poderosa e mais uma vez repito guerreira para sempre vou ser grata, pois foi graças a ti que eu vim ao mundo e estou aqui agora, eu te amo.

PAI, homem forte, decidido, sempre me apoiou em meus estudos, aliás, tudo começou com ele quando me incentivou a fazer o Técnico em Enfermagem há 14 anos. A sua maneira sempre se fez presente, e tenho certeza que posso contar com o senhor a qualquer hora, pois o temos como nosso alicerce, sempre com os pés no chão, e nos incentivando a construir o nosso futuro, para sermos felizes. Obrigado por acreditar em mim, por depositar sua confiança mais uma vez nessa pessoinha que sou eu.

MINHA IRMÃ, minha fã número um, sempre orgulhosa de mim, me dando forças e acreditando que eu ia chegar até o fim. Muitas vezes se ofereceu para me ajudar, mesmo não precisando disso e isso eu não esqueci, me emprestou até o seu computador, seu xodó, apesar de tudo nós somos as melhores irmãs, pois nos momentos de dificuldades permanecemos unidas e isso é o que importa, valeu maninha.

QUERIDA PROFESSORA MIRIAM, não caberia aqui eu dizer que você foi somente minha orientadora, não seria correto, você foi minha conselheira, a pessoa que algumas vezes me deu o ombro para chorar, foi firme comigo, sobretudo, acreditou no meu potencial. Também foi a pessoa iluminada que me incentivou a mergulhar cada vez mais profundamente na busca pelo conhecimento, então só poderia ser você a pessoa que de mãos dadas comigo iria terminar mais essa jornada da minha vida, que foi concluir o Mestrado. Muito obrigado por me ajudar em todas as horas em que precisei. Esse estudo também tem o seu toque pessoal, que o fez se tornar tão especial. O meu muito obrigado de coração, minha mestra, doutora Miriam.

À PROF^a. Dr^a. MARIA ITAYRA PADILHA, pelo carinho, incentivo e pela confiança que sempre depositou em mim.

À PROF^a. Dr^a. ANA ROSETE MAIA, que se revelou uma grande amiga e parceira, obrigada por me receber tão carinhosamente, e me fazer compreender através de seu saber o enigmático mundo de Michel Foucault.

Aos membros da Banca de Qualificação do Projeto de Dissertação, Prof^a.. Dr^a. Maria Itayra Padilha, Prof^a. Dr^a. Laura Cristina Lisboa de Souza, Prof^a. Dr^a. Mara Ambrosina Vargas, Ddo Djailson Delgado pelas contribuições para a construção desta dissertação.

Aos membros da Banca Examinadora Prof^a. Dr^a. Maria Itayra Padilha, Prof^a. Dr^a. Dulcinéia Guizoni Schneider, Prof^a. Dr^a. Roberta Costa, Prof^a., Dr^a. Mara Ambrosina Vargas, Ddo Djailson Delgado, pelo aceite do convite para compor a banca, avaliar este estudo e participar deste momento de construção do conhecimento.

Aos participantes do estudo, por aceitarem o desafio de construir esta história juntos comigo, pela confiança e carinho depositados. A enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão não teria tanta visibilidade, se não fosse por vocês. Desde já, o meu muito obrigado.

Aos amigos Adriana Eich, Jaime Caravaca, Juliana Bonetti e Djailson Delgado, pelas muitas risadas que demos, pelo apoio e carinho de vocês, por sempre estarem dispostos a me ouvir.

Aos amigos da turma do Mestrado Ana Paula, Lívia, Elaine, Daniela Maísa, Daniela Dafner, Karla, Juliana, Joice, Kelly e Murielk pelos bons momentos que passamos juntos, e foram muitos!!

Ao Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde - GEHCES e seus membros, pela oportunidade e pela constante doação de conhecimento, estes dois anos que estou no grupo foram de muito aprendizado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, pela sua dedicação e empenho depositados na formação profissional dos pós-graduandos.

Enfim, a todos que estiveram presentes e contribuíram para a construção desta dissertação. Muito Obrigada.

ROSA, Fábila Fernanda dos Passos da. **Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC): o poder das enfermeiras na organização e implementação do Serviço de Enfermagem (1977 – 1991)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 214p.

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Linha de Pesquisa: História em Enfermagem e Saúde

RESUMO

Pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica, com objetivo de historicizar o poder que as enfermeiras exerceram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1977 a 1991. Foi utilizada a técnica da História Oral Temática. Os sujeitos do estudo foram dez enfermeiras e um médico. A coleta de dados foi realizada através das fontes orais (entrevistas semiestruturadas) e fontes documentais (fotografias, jornais entre outros). A análise e interpretação dos dados foram realizadas através da Análise de Conteúdo Temática de Minayo e com base no referencial teórico de Michel Foucault. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HIJG sob o parecer consubstanciado número 243.006, relatado dia 08/04/2013 e norteado também pela Portaria 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os resultados obtidos são apresentados na forma de dois artigos. O primeiro artigo, “Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC): Os fazeres das enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem a partir dos seus saberes (1979-1991)”, teve como objetivo historicizar os fazeres das enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem do HIJG a partir de seus saberes (1979-1991). Os depoimentos dos entrevistados desvelam o desafio enfrentado por estas enfermeiras para organizar e implantar um Serviço de Enfermagem de qualidade no HIJG e revelam as estratégias de saber-fazer utilizadas para alcançar seus objetivos. Conclui-se que a organização e implementação do Serviço de Enfermagem foi permeado por lutas e resistências. As enfermeiras através do exercício do seu poder garantiram seu espaço dentro do hospital, desencadeando muitas conquistas, em virtude de seus saberes. Pode-se inferir que a

organização do Serviço de Enfermagem do HIJG, trouxe grandes transformações para a saúde da criança catarinense. Os seus depoimentos expressam a todo o momento a busca pela autonomia da profissão e da especificidade da enfermagem, e ao final deste estudo, verificamos que estas enfermeiras alcançaram a sua autonomia, o seu poder, através da implantação de uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada. E o segundo artigo, “As relações de poder e suas repercussões no cotidiano da enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC) (1979-1991)”, objetivou historicizar o poder que as enfermeiras exerceram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão (1979-1991). Este estudo possibilitou identificar as lutas e as resistências enfrentadas por estas profissionais para organizar o Serviço de Enfermagem no HIJG e revelam o poder exercido pelas enfermeiras no processo disciplinar da assistência de enfermagem. Os resultados expressam que as enfermeiras do HIJG reinventaram a sua prática assistencial, demonstraram que as resistências encontradas no processo de organização do Serviço de Enfermagem, serviram de aprendizado e desconstrução de conceitos relacionados à profissão. Ficou claro que as relações de poder existem em qualquer instância, independente do nível de conhecimento dos profissionais e do lugar que ocupam na instituição, mas que este poder circula em rede e é dinâmico, e pode ser exercido por qualquer indivíduo. Os resultados apontam que além de respeito e reconhecimento profissional, estas enfermeiras desenvolveram através de seus saberes uma rede poder e as questões emergidas referentes à resolução de problemas, tiveram relação direta com a liderança e esta característica importante, permitiu a visibilidade delas no cumprimento de seu papel no cotidiano do trabalho.

Descritores: Enfermagem; História da Enfermagem; Hospitais Pediátricos; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Poder.

ROSA, Fábila Fernanda dos Passos da. **Children`s Hospital Joana of Gusmão Florianópolis: (SC):** the power of the nurses in the organization and implementation of the Nursing Service (1977-1991). Thesis (Master's in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 214p.

Mastermind: Profa. Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Research Line: History of Nursing and Health

ABSTRACT

Qualitative research of socio- historical approach, in order to historicize the power that nurses exerted on the organization and implementation of the Nursing Service at Hospital Infantil Joana de Gusmão process in the period 1977-1991. The technique of thematic oral history was used. The subjects were ten nurses and a doctor. Data collection was conducted through oral sources (structured interviews) and documentary sources (photographs, newspapers etc.). The analysis and interpretation of the data was performed using the qualitative analysis of Minayo and based on the theoretical framework of Michel Foucault. This study was approved by the Ethics Committee in Research of the opinion embodied HIJG under number 243 006, reported on 08/04/2013 , and also guided by Ministerial Order 466/12 of the National Health Council The results are presented in the form of two articles. The first article, "Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC): The doings of the nurses in the organization of the Nursing Service from their knowledge (1979-1991) process,"aimed to historicize the doings of the nurses in the process organization of the Nursing Service of HIJG from their knowledge (1979-1991). The interviewees' statements unveil the challenge faced by these nurses to organize and implement a quality nursing service in HIJG reveal the strategies and know-how used to achieve their goals. We conclude that the organization and implementation of the Nursing Service was permeated by struggles and resistances. Nurses through the exercise of its secured her place in the hospital, triggering many achievements, by virtue of their knowledge. It can be inferred that the organization of the Nursing Service of HIJG brought major changes to the health of Santa Catarina child. Their statements express all the time to search for autonomy and specificity of the profession of nursing, and by the end of this study, we found that these nurses have achieved its autonomy, its power through the deployment of a skilled nursing care and humane. And the second article,

"Power relations and their impact on the practice of nursing in the Hospital Infantil Joana de Gusmão Florianópolis (SC) (1979-1991)", aimed to historicize the power that nurses exerted on the organization and implementation of the process Nursing Service Hospital Infantil Joana de Gusmão (1979-1991). This study identified the struggles and resistances faced by these professionals to organize the Nursing Service in HIJG and reveal the power exercised by nurses in the disciplinary process of nursing care. The results show that nurses HIJG reinvented their care practice showed that the resistance encountered in the organization of the Nursing Service of process served learning and deconstructing concepts related to the profession. It was clear that power relations exist in any instance, regardless of the level of knowledge among professionals and the place they occupy in the institution, but that this power flows and network is dynamic, and may be exercised by any individual. The results indicate that in addition to respect and professional recognition , these nurses have developed their knowledge through a network and power issues emerged related to problem solving, were directly related to the leadership and this important feature, enabled the visibility of them in fulfilling their role in daily work .

Descriptors: Nursing; History of Nursing; Pediatric hospitals; Nursing Service Hospital; Power.

ROSA, Fábila Fernanda dos Passos da. Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC): el poder de las enfermeras en la organización e implementación del Servicio de Enfermería (1977-1991). Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013. 214p.

Orientación: Profa. Dra. Miriam Süsskind Borenstein
Linea de pesquisa: Historia de la Enfermería y la Salud

RESUMEN

La investigación cualitativa del enfoque socio- histórico, con el fin de historizar el poder que las enfermeras que se ejercen sobre la organización y la ejecución del Servicio de Enfermería en el Hospital Infantil Joana de Gusmão proceso en el período 1977-1991. Se utilizó la técnica de la historia oral temática. Los sujetos fueron diez enfermeras y un doctor. La recolección de datos se realizó a través de fuentes orales (entrevistas estructuradas) y fuentes documentales (fotografías, periódicos, etc.). Se realizó el análisis e interpretación de los datos mediante el análisis cualitativo de Minayo y con base en el marco teórico de Michel Foucault. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la opinión encarnada HIJG con el número 243 006, informó el 08/04/2013, y también guió por la Orden Ministerial 466/12 del Consejo Nacional de Salud Los resultados se presentan en forma de dos artículos. El primer artículo, "Hospital Infantil Joana Florianópolis (SC): Los hechos de los enfermeros en la organización del Servicio de Enfermería de su conocimiento (1979-1991) proceso", dirigido a historizar los hechos de los enfermeros en el proceso organización del Servicio de Enfermería de HIJG de su conocimiento (1979-1991). Las declaraciones de los entrevistados revelan el desafío que enfrentan estas enfermeras para organizar e implementar un servicio de enfermería de calidad en HIJG revelar las estrategias y los conocimientos técnicos utilizados para lograr sus objetivos . Llegamos a la conclusión de que la organización y la ejecución del Servicio de Enfermería fue impregnado por las luchas y resistencias . Las enfermeras a través del ejercicio de su asegurado su lugar en el hospital , lo que provocó muchos logros , en virtud de sus conocimientos. Se puede inferir que la organización del Servicio de Enfermería de HIJG trajo cambios importantes para la salud de Santa Catarina niño. Sus declaraciones expresan todo el tiempo para buscar la

autonomía y la especificidad de la profesión de enfermería , y para el final de este estudio , se encontró que estas enfermeras han logrado su autonomía , su poder a través de la implementación de un centro de enfermería especializada y humana . Y el segundo artículo, " Las relaciones de poder y su impacto en la práctica de enfermería en el Hospital Infantil Joana de Gusmão Florianópolis (SC) (1979-1991)", dirigido por historizar el poder que las enfermeras que se ejercen sobre la organización y ejecución del proceso de enfermería servicio hospital Infantil Joana de Gusmão (1979-1991). Este estudio identificó las luchas y resistencias que se enfrentan estos profesionales para organizar el Servicio de Enfermería en HIJG y revelar el poder ejercido por los enfermeros en el proceso disciplinario de los cuidados de enfermería . Los resultados muestran que las enfermeras HIJG reinventó su práctica asistencial mostró que la resistencia encontrada en la organización del Servicio de Enfermería del proceso sirvió de aprendizaje y la deconstrucción de los conceptos relacionados con la profesión. Era evidente que existen relaciones de poder, en cualquier caso, e independientemente del nivel de conocimiento entre los profesionales y el lugar que ocupan en la institución, sino que fluye esta energía y la red es dinâmica, y pueden ser ejercidos por cualquier persona. Los resultados indican que, además de respetar y reconocimiento profesional, estas enfermeras han desarrollado su conocimiento a través de una red y los problemas de energía surgieron en relación con la resolución de problemas, estaban directamente relacionados con el liderazgo y esta importante función, activada la visibilidad de ellos en el cumplimiento de su papel en el trabajo diario.

Descriptores: Enfermería; Historia de la Enfermería; Hospitales pediátricos; Servicio de Enfermería del Hospital; Poder.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMB	Associação Médica Brasileira
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
EEPA	Escola de Enfermagem de Porto Alegre
FHSC	Fundação Hospitalar de Santa Catarina
GEHCES	Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde
HIEGR	Hospital Infantil Edith Gama Ramos
HIJG	Hospital Infantil Joana de Gusmão
HGCR	Hospital Governador Celso Ramos
HRSJ	Hospital Regional Homero de Miranda Gomes de São José
MCD	Maternidade Carmela Dutra
PEN	Programa de Pós – Graduação em Enfermagem
SES/SC	Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UNISUL	Universidade do Sul de Santa Catarina
UNIVALI	Universidade do Vale de Itajaí
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
RN	Recém – Nascido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
DSP	Departamento de Saúde Pública
HEMOSC	Hemocentro de Santa Catarina
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DO TEMA, JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA	25
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	35
2.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UMA INFÂNCIA QUE ADOECE.....	35
2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE O CUIDADO PRESTADO ÀS CRIANÇAS NA ÁREA HOSPITALAR.....	41
2.3 A CRIAÇÃO DOS HOSPITAIS PEDIÁTRICOS	47
2.4 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO PODER DAS ENFERMEIRAS NOS HOSPITAIS PEDIÁTRICOS AO LONGO DA HISTÓRIA.....	57
2.5 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O PODER DA ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS PEDIÁTRICOS	62
3 REFERENCIAL TEÓRICO – FILOSÓFICO	69
3.1 MICHEL FOUCAULT – UM BREVE RELATO BIOGRÁFICO .	69
3.2 A ESCOLHA DO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO	70
3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A NOÇÃO DE PODER EM FOUCAULT	73
3.4 RELAÇÕES DE SABER – PODER NO ESPAÇO HOSPITALAR.....	77
4 PROPOSTA METODOLÓGICA	81
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	81
4.2 CONTEXTO DO ESTUDO	82
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	83
4.4 COLETA DOS DADOS	96
4.4.1 História Oral.....	96
4.4.2 Fonte Oral - Entrevista	98
4.4.3 Fonte Documental	99
4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	99
4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	101
5 RESULTADOS	105
5.1 CONTEXTUALIZANDO A HISTÓRIA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO À LUZ DE ALGUNS DEPOIMENTOS.....	105
5.2 ARTIGO 1 – HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC): OS FAZERES DAS ENFERMEIRAS NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM A PARTIR DOS SEUS SABERES (1979-1991)...	121

5.3 ARTIGO 2 – AS RELAÇÕES DE PODER E SUAS REPERCUSSÕES NO COTIDIANO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC) (1979-1991).....	151
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
REFERÊNCIAS.....	183
APÊNDICES	199
ANEXOS.....	211

1 APRESENTAÇÃO DO TEMA, JUSTIFICATIVA E PROBLEMA DE PESQUISA

O interesse por conhecer a história da Enfermagem, sua trajetória, seus marcos, tem despertado novos olhares para os acontecimentos que evidenciaram e fundamentaram a Enfermagem como ciência, profissão e disciplina ao longo das últimas décadas.

Este reconhecimento histórico de fatos, memórias e registros passados, não deve estar restrito apenas a uma compreensão da História atual, um passado que já se tornou parte do vivido e esquecido, mas também, uma compreensão deste passado, que se torna objeto de investigação para acrescentar conhecimento, permitindo documentar acontecimentos e revelar fatos e principalmente compreender o presente (CAMPOS; FREITAS, 2008). Afirmativa esta que motivou a investigação sobre as relações de poder das enfermeiras na organização e implementação do Serviço de Enfermagem, entre as décadas de 1970 a 1990, no Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis - SC.

A história da enfermagem está intimamente relacionada com a história dos hospitais, visto que a origem dos hospitais gerou uma necessidade de pessoas que pudessem prestar um cuidado aos doentes que neles buscavam tratamento, mesmo que ainda de forma mais incipiente. A palavra hospital, de raiz latina, (*Hospitalis*) vem de *hospes* – hóspedes. Antigamente, eram vistos como casas de atendimento onde também eram tratados e alimentados peregrinos, pobres e enfermos, aproximando tal ambiente da concepção atual dos hospitais. O termo “hospital” tem hoje a mesma conotação de *nosocomium*, de origem grega, cujo significado é tratar e receber os doentes (o último, em grego, *nosodochium*). Além disso, outros termos formaram-se para ampliar o conceito de assistência, tais como: *ptochodochium*, *ptochotrophium*, asilo para os pobres; *poedotrophium*, asilo para as crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; *arginaria*, para os incuráveis (CAMPOS, 1965; BASTIANI et al, 2011).

Com a ascensão dos hospitais, a Igreja tomou para sua responsabilidade o dever do cuidado, dever esse representado pela caridade e abnegação, sendo praticado pelas irmãs de caridade. E, no decorrer da evolução cultural e econômica, também foi representado por mulheres leigas e excluídas socialmente. Tal fato marcou historicamente

o cuidado com uma imagem feminina, submissa e caritativa, caracterizando na época uma desvalorização social e um consequente empoderamento médico, que para a sociedade e para a Igreja, era quem detinha o saber (CARDOSO, 2004; BASTIANI et al, 2011).

Apesar de ser questionável¹, o hospital tem sua origem em uma época anterior à era cristã. Não há dúvida de que o Cristianismo impulsionou os serviços de assistência de diversas maneiras. Até meados do século IV, os doentes, inclusive crianças, eram vistos como seres excluídos da sociedade e eram expostos em praças públicas para quem desejasse ofertar a assistência ao mesmo. E, essa assistência acontecia por injunção, ou seja, era obrigatório que todos que passassem pelo enfermo determinassem uma possível causa da doença. Essas atitudes apresentavam como as pessoas do senso comum se apropriavam do saber, pois nesta época, a medicina ainda era empírica. Este fato é relatado com clareza por Heródoto no período anterior ao Cristianismo:

Os doentes eram conduzidos ao mercado, porque não existiam médicos. Os que passavam pelo doente interpelavam-no com o intuito de verificar se eles próprios tinham sofrido o mesmo mal ou sabiam de outros que tivessem tido. Podiam assim propor o tratamento que lhes fora eficaz ou na cura de pessoas de suas relações. E não era permitido passar pelo doente em silêncio. Todos deviam indagar a causa da sua moléstia (HERÓDOTO apud CAMPOS, 1965, p. 9).

Ao longo do século V até meados do século XVII, este hospital oriundo de épocas remotas a partir do cristianismo, e desenvolvido por iniciativa de organizações religiosas, tem sua a visão modificada perante a sociedade. Não é mais considerado um local para depósitos de doentes e incapacitados e transforma-se em um ambiente indicado para o cuidado e tratamento dos doentes que nele instalavam-se por curtos ou longos períodos.

A partir do século XIX, com a Revolução Industrial, o hospital converteu-se em uma instituição social e, tornou-se obrigação do Estado fundá-lo e mantê-lo, para a manutenção da saúde da sociedade trabalhista (CAMPOS, 1965).

A administração pública tomou a seu cargo a assistência médica,

¹ Para uma posição que nega a tese da origem dos hospitais antes da era cristã (ROUBAUD; 1996).

em estabelecimentos hospitalares de frequência gratuita. A assistência privada não desapareceu, mas acompanhou o desenvolvimento da obra dos governos que, reconhecendo-lhes os méritos, passou a auxiliá-la por meio de subvenções (BRAVO, 2001).

No que se refere à história da Pediatria, melhor dizendo, da história da criança e sua família na sociedade, durante muitos séculos, esta não possuía valor social e por essa razão ocupavam uma posição insignificante no contexto familiar. Somente em meados do século XVII, é que ocorreu a dicotomia entre crianças e adultos, e esta separação deu origem a dois mundos sociais: o “mundo dos adultos” e o “mundo das crianças”, limitando a convivência da criança no ambiente destinado a adultos. Os médicos da época não se sentiam confortáveis em prestar atendimento à população infantil e, por isso, a mulher tornou-se a responsável pelo cuidado das crianças doentes (ARIÈS, 2006).

No século XVIII, em virtude das grandes transformações políticas, sociais e econômicas que passaram a ocorrer na Europa, o contexto familiar é modificado, a família passa a se organizar em torno da criança, tirando-lhe do anonimato. Neste momento, a criança é reconhecida como um ser constituído por etapas distintas de crescimento e com características próprias do desenvolvimento humano, passando então a ocupar um espaço como ser integrante na sociedade (ARIÈS, 2006, COSTA et al., 2011). E se consolidou no século XIX, reafirmando o sentido de dignidade, e minimizando a prática dominante da criança – adulta, aliada a uma ampliação da educação que imperou neste século.

Ressalta-se ainda que no Brasil, a história do hospital começa com o empoderamento social das Santas Casas de Misericórdia, que eram coordenadas por mulheres cuidadoras de crianças e adultos. Estas Santas Casas eram supervisionadas pela Igreja. Sendo que, a primeira, fundada em 1543, em Santos, tinha como missão assistir os desamparados (BRAVO, 2001).

Todavia, as transformações no âmbito da saúde, referenciando o aspecto social no país, ocorrem apenas com o início da intervenção estatal na primeira metade do século XX, mais precisamente em 1920, no governo de Getúlio Vargas, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde (BRAVO, 2001).

Vale salientar que, no ano de 1940, com a efetivação das especialidades médicas, houve a preocupação do Governo Federal com a saúde materno-infantil, quando nasceu o Departamento Nacional da Criança, que era responsável por gerenciar tanto o cuidado à criança como também às mulheres, durante o processo de gestação e

amamentação. Esta mobilização estatal ocorreu no período do Estado Novo e tinha como objetivo central a produção de cidadãos saudáveis para servir o país, que seguia o modelo alemão (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em Santa Catarina, particularmente em Florianópolis, na primeira metade do século XX, tínhamos em evidência a figura do médico da família, e não existia a Pediatria como especialidade médica. Em 1956 foi fundado o primeiro serviço especializado para prematuros na Maternidade Carmela Dutra (MCD), e, em 28 de fevereiro de 1964 foi inaugurado o primeiro hospital infantil em Florianópolis, batizado como Hospital Infantil Edith Gama Ramos (HIEGR) que passou a atender toda a população do Estado (COSTA et al., 2011).

Embora desenvolvido dentro de um modelo estrutural moderno, a grande demanda de atendimentos e a necessidade de uma área física maior originaram problemas para manter a qualidade do serviço. Estas questões exigiram um novo espaço hospitalar, para atender a grande demanda de crianças e adolescentes procedentes de Florianópolis e outras cidades do Estado. Com a necessidade de ampliação do serviço, foi inaugurado em 1979 o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), que passou a ser um serviço de assistência, ensino e pesquisa, principalmente para o aperfeiçoamento de profissionais da área da saúde, além de campo de ensino para as disciplinas de Medicina, Farmácia, Bioquímica e Enfermagem (COSTA; OLIVEIRA, 2006).

Dentro deste contexto e considerando o interesse de desenvolver uma pesquisa histórica sobre o poder que as enfermeiras exerceram na organização e implementação do Serviço de Enfermagem no HIJG é de extrema importância contextualizar a minha participação e aproximação com a temática em foco e também discutir o papel das enfermeiras nesta Instituição.

Minha história com o HIJG teve início em 2005, após ter sido aprovada em um concurso público, quando assumi o cargo de Técnica de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), área hospitalar que remete para uma visão de cuidado complexo e interdisciplinar.

A UTI caracteriza-se por ser um ambiente fechado, tenso, um espaço físico limitado, cercado de casos graves e que exige do profissional de saúde atendimento constante. A equipe multiprofissional convive constantemente com a dor, sofrimento, estresse emocional, tensão do cuidado intensivo e, por muitas vezes, com a morte (PINHO; SANTOS, 2007).

Foi neste cenário da UTI e outras unidades como clínica médica,

cirúrgica e emergência, que realizei meus estágios do Curso de Graduação em Enfermagem, pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Gradativamente, fui observando a atuação da equipe de enfermagem e senti o desejo de acompanhar o trabalho realizado pelas enfermeiras. Minha visão se ampliava a cada momento, a cada olhar desprendido ao seu fazer enquanto profissional fundamentada em conhecimento científico, disciplina e ética. E, por muitas vezes, deparava-me com situações que iam de encontro ao que eu concebia como a essência da profissão.

Por vezes, pude perceber que a enfermeira, enquanto profissional integrante da equipe de saúde, e com uma bagagem teórica e prática consistente, tinha seu poder e liderança vetados. Neste momento, me questionava se estávamos vivendo ainda sob um modelo biomédico, se nos mantínhamos submissas à hegemonia médica, no qual as ações da enfermeira facilmente seriam traduzidas como destituídas de poder e liderança.

Então, para me certificar desta experiência, ainda que relativamente curta vivida durante o meu trajeto profissional, optei por realizar meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) no HIJG em 2009. Este teve como objetivo conhecer a percepção e o grau de participação do enfermeiro e da equipe de saúde da UTI ao comunicar a morte da criança à família. Também me interessava saber o quanto a equipe de saúde estava preparada para trabalhar e respeitar o conhecimento e a atuação de cada membro da equipe no âmbito da UTI. Comprovei, através dos resultados encontrados, que o enfermeiro e a equipe de saúde não se encontravam preparados suficientemente e muito menos alicerçados em bases teóricas consistentes para atender a esta necessidade de comunicação, o que limitava seu potencial de cuidado aos familiares.

Percebi como os enfermeiros estavam despreparados emocionalmente para se aproximar da família durante o processo de morte. Recordo-me de como foi difícil constatar que, em pleno século XXI, com todo o conhecimento científico construído ao longo da história da Enfermagem moderna, ainda estava me deparando com uma profissão pouco resolutiva em determinados momentos importantes.

A partir desta experiência, passei a me questionar sobre os inúmeros aspectos relacionados ao meu cotidiano de trabalho: Quem eram essas enfermeiras do HIJG? Como se deu, historicamente, a chegada destas enfermeiras ao HIJG? Como iniciaram sua atuação no HIJG? Que saberes possuíam? Quais decisões tomavam acerca do

Serviço de Enfermagem? Qual o papel que desenvolveram dentro do HIJG? Qual o poder exercido por estas enfermeiras? Afinal, de que modo as enfermeiras exerciam poder naquele contexto de cuidado? No momento em que fora organizado e implementado o Serviço de Enfermagem do HIJG, quem foi ou qual foi o grupo de enfermeiras que estiveram à frente desse processo?

Essas inquietações instigaram-me a querer realizar um estudo investigativo e a participar em 2011 da seleção para o curso de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Após alguns encontros com a professora orientadora, Dra. Miriam Susskind Borenstein, passei a considerar a possibilidade de desenvolver tal estudo na perspectiva histórica, que me possibilitasse compreender essas questões. Após ter sido aprovada na seleção do Mestrado, fui convidada a ingressar no Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES). Durante os encontros no grupo, tive contato com diversos estudos de abordagem histórica e iniciei a elaboração do meu projeto com a mesma abordagem, pois entendo que, ao estudar o passado, podemos compreender melhor o presente e vislumbrar um novo horizonte no futuro.

Dessa forma, busquei embasamento na Nova História de Le Goff na qual descreve que através da História, podemos compreender que toda sociedade tem algo para contar, onde passado e presente são permeados pela inovação e discussão e pela análise de forças permanentes que atuam sobre as vontades humanas. Isso possibilita que se conheça quais forças eram atuantes em um dado período histórico, qual sua situação, como estavam pós-acontecimento, se disso brotou fortalecimento, enfraquecimento, ou se isso não provocou nenhuma mudança (LE GOFF, 1998).

Para construir esta história-problema a respeito do exercício do poder das enfermeiras na organização e implementação do Serviço de Enfermagem do HIJG, escolhi o referencial teórico de Michel Foucault.

O autor faz um convite estimulante ao direcionar um olhar crítico ao nosso cotidiano, ou seja, olhar para as banalidades do dia-a-dia, aquilo que parece ser natural, corriqueiro e simplista na tentativa de visualizar os problemas *a priori* embutidos nestas banalidades, pois são estes que dão vida e alicerçam a nossa própria história. Foucault enfatiza em seu discurso o seguinte:

Nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo o momento existe uma verdade a ser dita e a

ser vista, uma verdade talvez adormecida, mas que, no entanto, está somente à espera do nosso olhar para aparecer, à espera da nossa mão para ser desvelada. A nós, cabe a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em qualquer lugar (FOUCAULT, 2011a, p.113).

Após esta escolha, parti em busca de leituras acerca do cuidado da criança hospitalizada e do poder das enfermeiras nos hospitais pediátricos no Brasil e em Santa Catarina para sustentação da temática. Na literatura disponível, há uma lacuna histórica no que se refere à atuação das enfermeiras ao longo do tempo no HIJG. O conhecimento exposto é embasado apenas em relatos e pouco aparece em registros documentais. Pretende-se estabelecer novos olhares mediante a obtenção do conhecimento destas (ex) profissionais à época estudada.

Considerando o exposto acima, definiu-se como **questão norteadora de pesquisa**: Que poderes a partir dos seus saberes as enfermeiras desempenharam no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão no período de 1977 a 1991?

A escolha do ano de 1977 como período inicial da investigação, se justifica por ser o ano do início da construção do hospital, com a participação efetiva da enfermagem na comissão de planejamento, criação e implantação do mesmo. E também por se tratar do início do Serviço de Enfermagem nesta Instituição. E 1991 como período final, conforme cita Magajewski (2009), justifica-se pela transição da Fundação Hospitalar para Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, que ocorreu no início do governo estadual de Wilson Kleinübing. Como governador, sua primeira iniciativa político-administrativa foi a extinção da Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC) e do Departamento de Saúde Pública (DSP), retirando as instâncias regionais e centralizando a gestão setorial com repercussões²

² Referente às repercussões no setor saúde temos que, a ampliação do direito à saúde garantida na Constituição Federal, tolhida pelos interesses neoliberais que conduziram o poder público nas esferas federal e estadual, só se concretizou quase uma década mais tarde, com a implementação de recursos de gestão e competência mais descentralizadas. Como por exemplo, “a explicitação de mecanismos e responsabilidades de financiamento crescentes e a expansão do

importantes no processo gestor e para o HIJG.

Visando encontrar respostas à questão investigativa do estudo, definiu-se como **objetivo geral**:

- Historicizar o poder que as enfermeiras exerceram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1977 a 1991, à luz do referencial teórico de Michel Foucault.

Como **objetivos específicos** foram delineados:

- Conhecer os profissionais da área de enfermagem que atuaram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1977 a 1991.

- Identificar os saberes e os fazeres das enfermeiras no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1977 a 1991.

- Analisar as relações de saber/poder entre os diferentes profissionais de saúde e as enfermeiras que atuaram na organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1977 a 1991.

A relevância deste estudo fundamentou-se na importância do HIJG ao longo de sua trajetória, ou seja, desde a sua criação como prestador de serviços especializados, para a assistência, ensino, pesquisa e extensão, e principalmente, como colaborador na formação de recursos humanos para área da saúde, contribuindo com a história de saúde de Santa Catarina.

De acordo com Padilha e Borenstein (2005), a história da Enfermagem deve ser registrada sistematicamente nos seus diversos momentos, seja como reconhecimento de sua identidade individual ou de grupo, ou como reconhecimento social da profissão.

Além disso, o Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES) vem, há quase duas décadas (1995 – 2013), desempenhando um importante papel na construção da história da Enfermagem catarinense, direcionado especialmente à Enfermagem hospitalar. Pesquisadores como Borenstein (2000a), Canassa (2005), Guedes (2007), Koerich (2008), Maia (2009), Costa (2009), Costa (2010a) e, Gregório (2011), realizaram seus estudos sobre a Enfermagem nos hospitais especializados vinculados à Secretaria

Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC) com uma perspectiva histórica na sua trajetória através dos acontecimentos.

Esta pesquisa teve como intuito colaborar para a construção da história da Enfermagem catarinense, em especial, a da grande Florianópolis, restaurando as lembranças do passado, dando a oportunidade de recriá-la no presente, visando desta forma, dar visibilidade às enfermeiras que fizeram parte da construção histórica do HIJG. O estudo visou ainda, contribuir para a redução da lacuna historiográfica acerca do serviço de Enfermagem no HIJG desde sua organização e implementação, somando aos questionamentos previamente realizados, além de contribuir para o fortalecimento da linha de pesquisa em história da Enfermagem em Santa Catarina, passando a integrar o acervo documental do GEHCES/PEN e possibilitando a continuidade da pesquisa na área em questão com pesquisadores de outras áreas.

Este estudo faz parte do macroprojeto³ intitulado “O poder e o papel das enfermeiras no espaço hospitalar na grande Florianópolis – SC (1953 – 2003)” de autoria da Professora Dra. Miriam Susskind Borenstein, orientadora deste estudo, vice-líder do GEHCES/UFSC e financiado pelo Conselho de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

³ O presente projeto tem como finalidade dar continuidade ao Projeto anterior intitulado: "O poder e papel das enfermeiras no espaço hospitalar da Grande Florianópolis/SC (1953-2003)", que finalizou em fevereiro de 2011. A sua implementação permitiu visualizar a importância das enfermeiras, o poder e o papel desenvolvido por estas nos principais hospitais especializados (psiquiátrico, hanseníase, doenças transmissíveis e maternidade), os três primeiros ditos de exclusão, criados na década de 1940 e 1950 em Santa Catarina. O atual projeto (Etapa 3) busca continuar ainda pesquisando sobre as enfermeiras, no entanto, agora com uma nova perspectiva, o de visualizar como estas organizaram os serviços de enfermagem de instituições mais modernas, vinculadas à instituições de ensino, de pesquisa, entre outros. Como por exemplo, o Hospital Universitário da UFSC, Hospital Infantil e Unidade de Transplante de Medula Óssea da Secretária de Saúde do Estado de Santa Catarina. Instituições estas destinadas à assistência, ensino e pesquisa. O Projeto tem como objetivo geral: Historicizar o poder e o papel das enfermeiras nas instituições de saúde de Florianópolis/SC no período de 1953 a 2003. Situação: Em andamento; Natureza: Pesquisa (<http://buscatextual.cnpq.br>).

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DE UMA INFÂNCIA QUE ADOECE

O objetivo deste subcapítulo é discutir a relação do papel da criança dentro do contexto histórico social ao longo dos séculos e sua inserção no ambiente hospitalar, enquanto um ser valorizado e necessitado de cuidado. Não só descrito por um corpo em crescimento e desenvolvimento, mas sim um corpo com necessidades fisiológicas e psicossociais afetadas.

A criança, no decorrer do século X, era considerada um mini adulto, ou seja, para a sociedade da época esta possuía um lugar na família com responsabilidades e exigências desproporcionais para a idade. Às mulheres era atribuído o papel de donas do lar, dominadas pelo marido, no modelo patriarcal, sendo a educação das crianças a função de maior impacto para as mesmas. A infância reduzida, ou suprimida por esta relação de inadequação das características do ser criança, e do modelo patriarcal perdeu por muitos anos e corroborou para a formação familiar rígida e sem laços de afeto necessários para um crescer saudável na perspectiva da criança (ARIÈS, 2006). “Por volta do século XII era provável que não houvesse lugar para a infância, uma vez que a arte medieval a desconhecia” (BARBOSA; MAGALHÃES, 2008, p. 3).

A discussão que se segue reconstrói como esta concepção da infância associada ao estado de enfermidade que se transformou historicamente.

Os escritos relacionados à Medicina no contexto europeu, datados do século XVII são preenchidos por documentos que evidenciam fatos que demonstram uma associação do período da infância com um estado de doença:

Na Europa setecentista, não se pode desconsiderar o peso de concepções que atrelavam a infância a um tempo de disposição particular para a doença e em que doenças eram comumente consideradas formas de um processo de regeneração (BALLABRIGA, 1989 apud PEREIRA, 2006, p. 75).

Ainda no século XVII, a Medicina, em seus estudos, considerava que muitas das doenças diagnosticadas em crianças eram transmitidas pela mãe durante a gestação. Este conceito de doença infantil perdurou ainda até os últimos anos do mesmo século (ARIÈS, 2006).

Neste momento, já se difundia a ideia de que o corpo infantil apresentava etapas de desenvolvimento físico e cognitivo, diferente da fase adulta. A infância é o período que vai desde o nascimento até, aproximadamente, o décimo primeiro ano de vida de uma pessoa, ou seja, é um período de grande desenvolvimento físico, marcado pelo gradual crescimento da altura e do peso da criança, especialmente nos três primeiros anos de vida e durante a puberdade.

Ainda permeando o tema, pode-se dizer que, além disso, é um período onde o ser humano se desenvolve psicologicamente, ocorrendo mudanças gradativas no comportamento e na aquisição das bases de sua personalidade.

Já, o desenvolvimento cognitivo é um processo interno, mas pode ser observado e “compreendido” através das ações e verbalização da criança.

No século XVII, no Brasil, a ideia que difundia a pediatria era de que doenças em crianças poderiam ter um efeito generalizado e, por muitas vezes, dada a generalização, não era possível conhecer o problema original. Após realizar uma busca documental, foi possível encontrar registros da época, como jornais, que comprovaram, na época, que tal crença acerca do mecanismo de funcionamento do corpo infantil era concebido como corpo em formação, assim, apenas o corpo adulto era visto como completo:

No adulto, a estrutura do corpo é completa, e suas funções são as mesmas hoje que eram ontem; porém, a criança aprende sucessivamente a respirar, a sentir e a pensar; e seu corpo experimenta diariamente modificações que o apropriam às novas funções, assim como diariamente cresce em força e tamanho (*Gazeta Médica da Bahia*, 1868, apud PEREIRA p. 76).

Dessa forma, a criança é vista como um ser frágil, em formação, e que pode ser acometida por doenças que venham a causar sérias consequências nocivas ao seu organismo, de forma a alterar o seu desenvolvimento devido às constantes transformações que ocorrem

diariamente por seu crescimento e maturamento. Esta é uma afirmação que por vezes, ainda se percebe nos tempos atuais (SOUZA, 2008).

A falta de adaptação equilibrada ao meio, nas etapas sucessivas do seu desenvolvimento e a não melhoria das condições ambientais para a promoção de saúde infantil, justificam uma infância doente (HOCKENBERRY; WILSON; WONG, 2011). Porém, também traz consigo o enigma do diagnóstico. Por se tratar de uma transformação corporal e comportamental em pequenas escalas, não se via importância em estudar a criança, porém esta junção de novas e diferentes informações sobre este “pequeno ser” levou à necessidade de se considerar a importância e relevância de se estudar e cuidar do ser criança. Cuidados esses ainda inespecíficos na Pediatria, por se tratar de um novo cuidado, um novo olhar voltado para a criança em toda sua complexidade.

Junto desta concepção de corpo infantil que adoce e que necessita de cuidados (enquanto um corpo em formação), a família e responsáveis desempenham um papel acerca do tratamento a ser adotado, tornando-se a maior responsável pelo cuidado da criança doente:

Pais e responsáveis seriam, nessa perspectiva, os primeiros e imediatos responsáveis pela criança, a quem cabe decidir cuidar (ou não) da saúde infantil. A afirmação da autoridade médico-pediátrica teria sido submetida, desde o momento de sua institucionalização, ao crivo de familiares e responsáveis pela criança, muitas vezes aqueles que descreveriam os sintomas *pela* criança ao médico e decidiriam ou não seguir as recomendações prescritas. A condição enferma em crianças trazia, então, um elemento diferenciado: os doentes seriam considerados incapazes de usar a razão em situação de consulta e tratamento, sendo, portanto, tutelados por seus pais e responsáveis que, ao fim e ao cabo, decidiriam seguir ou negligenciar as recomendações médicas (PEREIRA, 2006, p. 76).

A autora supracitada descreve ainda que “a pediatria nascente difundiu um ideário de desqualificação dos saberes e práticas maternas [...] concentrando no médico a potencialidade e a capacidade para dizer

o que fazer e o que não fazer na educação e cuidado com a prole” (PEREIRA, 2006, p. 77).

No século XX, por se tratar de um momento histórico de transformações no discurso da medicina pediátrica e de sua apropriação dos cuidados à criança, consolidou-se como foco a mãe, como principal cuidadora da criança enferma, porém submissa às ordens médicas. Essa mãe traduzida na imagem feminina, que historicamente, traz a marca da doçura, abnegação, caridade, entrega e desvelo, acabou moldando-a como a personagem do cuidado maternal (GONZÁLEZ; RUIZ, 2011).

O movimento de responsabilizar a mãe para o cuidado da criança era para a medicina pediátrica um processo que acompanhava a liderança no comando das ações, ditadas pelo médico e também uma autonomização para a especialidade, conferindo a eles respeito e visibilidade. Neste mesmo sentido, instaurava, indiretamente, um corte social com o mundo profano dos leigos, ao requerer para dentro de seu contexto profissional a reinvidicação legítima para cuidar da criança (BOURDIEU, 2004).

O pediatra, então, tem sua atenção voltada para a mãe que é responsável por reportar suas dúvidas em casos de doenças, episódios de dor, ou mesmo em busca de conselhos em situações de problema (BOURDIEU, 2004).

Dessa forma, os primórdios da pediatria desqualificaria os saberes sociais, ou seja, todo o conhecimento traduzido em cuidado, porém firmado no senso comum, não teria mais valor, seria alocado em patamares inferiores. Essa ideia difundida contribuiu para a afirmação de que a mulher (nesse caso, reduzida à condição de mãe), era uma pessoa incapaz de promover o cuidado ao seu filho sem receber uma orientação do profissional médico, conferindo a esse profissional o poder de tutela, de conselheiro, e exigindo o policiamento do cuidado realizado pela mãe. Com o decorrer da inserção da especialidade no meio social, o saber médico também foi difundido na educação escolar, na época foi considerada por eles outra forma de explanar os pressupostos da pediatria às mulheres (PEREIRA, 2006). A autora complementa essa afirmação, quando fala que:

A difusão de saberes a respeito da saúde infantil e da prevenção de doenças, especialmente pela via da escolarização e da educação de mães (determinadas mães, particularmente aquelas “senhoras do lar”), teria sido uma via de contenção da automedicação e do autocuidado que a própria

difusão do saber médico poderia causar em um contexto de institucionalização social dos cuidados médicos com a infância. A medicina pediátrica teria estabelecido filtros para a difusão dos conhecimentos a respeito dos cuidados com a infância, concentrando nos círculos médicos os cuidados com doenças e moléstias da infância e levando às famílias preceitos a respeito dos cuidados com a alimentação, o vestuário, o banho e outros cuidados, estes, considerados necessários à manutenção da saúde e da vida da criança (PEREIRA, 2006, p. 86).

A condição da criança, tal como exposta até aqui, era descrita em uma terminologia usada para referir as doenças no corpo adulto. Por esta razão, o discurso médico era soberano no que concerne à prática do cuidado da doença infantil. Essa nova perspectiva, onde a criança tomou seu espaço no que se refere ao seu valor enquanto ser que necessita de cuidado contribui para o pensar sobre a construção social da doença infantil pela pediatria e sobre os argumentos apresentados para validação de seus conhecimentos e pressupostos, trazendo a tona também uma possibilidade de especialidade para o cuidado em enfermagem (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

A mudança no conjunto de crenças da sociedade acerca das necessidades e cuidados à criança tornaria possível a garantia de novas práticas sociais:

Ao ser descrita como a medicina das **moléstias da infância**, o hospital pediátrico traria, como marco fundador, um padrão que pretendia responder ao ideal de civilidade então difundido. A criança doente seria mais uma face da menorização do tempo da infância como tempo distinto do adulto e reforçaria a necessidade de cuidados e atenções de seus pais, dos profissionais de saúde e dos adultos em geral – sujeitos considerados capazes de prolongar-lhe a vida, garantindo-lhe a longevidade anunciada (PEREIRA, 2006 p. 78. Grifo do autor).

Neste momento de mudança no conjunto de crenças que envolvem um olhar para a doença e não para a saúde, surge, no Brasil, a

pediatria como especialidade em um contexto que visava não somente atender a necessidade do corpo doente, mas também, institucionaliza formas de cuidar que vem a atender a uma demanda social pela redução da mortalidade infantil. Tais formas de cuidar não mais incorporavam as ideias ligadas a suposta autoridade moral dos pais em relação à criança ou a suposta superioridade genética das crianças saudáveis (SOUZA, 2008).

Nos anos 40 do século XX, o Governo Getúlio Vargas viria a publicar legislação eugenista voltada às famílias brasileiras em que se previa a concessão de um pecúlio a nubentes. Nos termos da lei, o casal que tivesse filhos saudáveis e que permanecessem vivos até um ano de idade, ao completarem quatro filhos teria sua dívida quitada com o Estado (PEREIRA, 1999, p. 42).

Ao se consolidar como um ambiente instituído para cuidar de crianças doentes, o hospital pediátrico realizaria seu principal objetivo, qual seja preservar o crescimento e desenvolvimento da criança de forma saudável. A especialidade pediátrica desenvolveria critérios para demarcar a faixa etária de cuidado que salvaguardavam as singularidades de cada momento do desenvolvimento das crianças (PEREIRA 2006).

Como vemos a seleção de padrões de normalidade e condutas médicas para promoção de médias de crescimento e desenvolvimento da infância obedeceram a critérios escolhidos em um contexto que visava à ascensão infantil à civilização adulta pretendida. É notório que, ainda na década de 1940, o cuidado à criança estava centralizado na doença, no problema físico, cabendo aos pais, o restante do cuidado.

Algo não muito distante da atualidade, Souza (2008)⁴ ainda encontrou em sua tese de doutorado na área materno- infantil, o cuidado centrado na doença e não focado na criança e na família. Portanto, pode-se dizer que a seleção de padrões e práticas médicas desenvolveu papel central na construção histórico-social do tratamento da criança no ambiente hospitalar como um ser de valor social e com necessidade de cuidados.

⁴ Souza (2008) em sua tese defende que ao longo da trajetória histórica hospitalar, a família foi considerada mão de obra. A Enfermagem transferiu seus fazeres para a família ao invés de cuidar desta, e ainda utiliza um determinado “poder” sobre a mesma em nome das normas institucionais.

2.2 CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA SOBRE O CUIDADO PRESTADO ÀS CRIANÇAS NA ÁREA HOSPITALAR

O cuidado está sob a tutela da Enfermagem e deve ser entendido tanto em seu enquadramento científico como em sua técnica (WALDOW, 2001). Embora objeto da Enfermagem como ciência e profissão, é presente a dificuldade de conceitualizar o cuidado em sua essência. Desta forma, o termo cuidado revela-se como termo polissêmico, cujas significações podem apontar diferentes compreensões do que é cuidar.

O cuidado humano não tem como base apenas o conhecimento teórico, mas também, um conhecimento prático constituído por uma dimensão tácita que não pode ser ensinada ou transmitida, mas antes, é apreendida na experiência e no exercício das atividades de cuidado (FUNGHETTO, 2004), envolvendo também considerações éticas, sensibilidade ao contexto da doença e ao doente (BOFF, 2001). Conhecimento este que pode “interferir tanto na atitude de quem cuida quanto de quem é cuidado” (FUNGHETTO, 2004, p. 32).

O cuidado integra, nesta relação entre o ser que cuida e aquele que é cuidado, uma dimensão ontológica, indissociável do modo de ser da espécie humana – “nós somos cuidado” (BOFF, 2005, p 28). O cuidado é necessário para a compreensão do que é *ser* humano.

A partir do momento que a existência de algo tem importância para outro surge o cuidado, expressa na relação sujeito-sujeito (BOFF, 2005). Esta afirmação parece ter uma conotação valorativa, onde a atenção, solícita, zelosa e responsável para com o outro e com o mundo, define o que é o cuidado:

Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar a existir e a viver: uma planta, um animal, uma criança, um idoso, o planeta Terra. O cuidado é mais fundamental do que a razão e a vontade. A ótica do cuidado fundamenta uma ética do compreensível, e a todos inspira valores e atitudes fundamentais para a humanidade! (BOFF, 1999, p, 97)

O cuidado, deste modo, é parte integrante da vida humana, desde seu início, estando relacionado a tudo que faz parte da vivência do ser humano, “ao longo de sua existência, o ser humano desenvolve o potencial pelo cuidado que, normalmente, se constrói de acordo com a cultura, as crenças e os valores advindos do contexto ambiental em que

cada ser está inserido” (DIAS; MOTTA 2004, p. 23-24).

Assim, a ação do cuidado, o *cuidar*, significa “aprofundar o sentido da experiência humana e saber interpretar o tempo vivido pelo ser doente” (FUNGHETTO, 2004, p. 33). O cuidar é intrínseco ao humano e é experienciado em todos os momentos de sua vida, gerando transformações e crescimento nos participantes desse cuidado e possibilitando a autorrealização daqueles que cuidam através da capacidade de expressar seus sentimentos com os outros (DIAS; MOTTA, 2004, GOMES; ERDMANN, 2005).

Embora o cuidado seja inerente ao ser humano, a combinação entre trabalho e cuidado parece distanciar o homem do que o define como *ser*. Esta afirmação é ainda mais conflituosa quando inserimos o cuidado no contexto da Enfermagem, que tem no cuidado seu objeto de estudo e trabalho. Boff (1999), todavia, esclarece que trabalho e cuidado não se opõem, mas sim se completam, pois juntos integram a experiência humana, material e espiritual.

A Enfermagem e o processo de cuidar sofreram transformações ao longo da História. No século XII as instituições religiosas desempenharam importante papel no exercício do cuidado. As mulheres religiosas se dedicavam ao cuidado de pobres e doentes em nome de Deus, e a prática do cuidado estava ligada a uma ideia de vida religiosa que perdurou durante toda a Idade Média (BACKES, 1999).

Foi somente no final do século XVII que o cuidado passa a ser exercido fora da esfera religiosa. Mas até metade do século XIX, o cuidado prestado, embora reconhecido como cuidado de Enfermagem era exercido por mulheres incapacitadas, imorais e analfabetas, que atuavam como enfermeiras nos hospitais (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Os avanços nas áreas da Física e da Química do fim do século XIX na medicina contribuíram para a profissionalização do cuidado e da Enfermagem. Esta mudança acompanha uma transformação paradigmática, onde o cuidado pré-profissional de enfermagem é substituído pelo cuidado embasado no pensamento positivo, tecnológico, científico e profissional. Ao mesmo tempo, o modo de pensar o cuidado e fazer enfermagem também passou a preocupar-se com a melhoria das condições de saúde e a reforma social (BACKES, 1999, GONZÁLEZ; RUIZ, 2011).

O cuidar então é modificado em suas dimensões mais abstratas devido a esse aperfeiçoamento humano para torná-lo palpável e fundamentado cientificamente, no que concerne a especificação da profissão Enfermagem, que nesse período busca por espaço e

valorização.

A história do cuidado à criança no contexto hospitalar está intimamente relacionada à história da infância, levando ao reconhecimento das especificidades deste período de desenvolvimento nas práticas de cuidado.

Dias e Motta (2004) contam que até o século XIX este cuidado era baseado na patologia, onde a doença isolava a criança de seu meio de convívio. Esta conduta desconsiderava as características, potencialidades e singularidades da criança. Com o decorrer dos anos, aumentou o número de estudos que considerassem as necessidades da criança e reconhecessem sua dependência da figura materna e a importância da mãe para seu crescimento e desenvolvimento. Assim, afastá-la da mãe durante a hospitalização poderia prejudicar seriamente sua saúde, dificultando sua recuperação. Aos poucos, o cuidado passou a considerar, mesmo que embrionariamente, as especificidades deste período do ciclo de vida.

Passa-se, então, a considerar a possibilidade de incluir a família no ambiente hospitalar, ensaiando-se um cuidado autêntico, com uma abordagem mais voltada para a criança inserida na unidade familiar (DIAS;MOTTA 2004, p. 31)⁵.

Desde o seu nascimento, em suas relações com o outro e com o mundo, a criança evolui de objeto para, posteriormente, sujeito do cuidado. Historicamente a criança reclamou um olhar acerca do cuidado prestado pelo outro. O empobrecimento de ações puramente técnicas, fragmentadas, prescritivas e pontuais, deu lugar às ampliações mais ricas do cuidado à criança e sua família, estabelecendo uma relação simétrica entre o ser cuidado e o cuidador (PIAGET, 1973). “Reconhecer a criança e a família como centro organizador da atenção em saúde revela o avanço na produção do cuidado compartilhado, em que a família e a criança são interlocutores e coparticipes, têm algo a dizer e a fazer, que não se restringe a queixas” (COLLET, 2012, p. 8)

O ser humano procura o cuidado por razões de sobrevivência dado às suas necessidades advindas de múltiplos fatores (ERDMANN, 1998). Nesse ínterim, a criança precisa e passa a exigir um cuidado com um olhar mais próximo. De sensibilidade, de compreensão e de um

⁵ Acerca deste mesmo ponto Silva et al. (2006) consideram que a permanência da família durante a hospitalização da criança é parte essencial do cuidado e reflete positivamente na recuperação da criança.

ambiente, o menos hostil possível, pensado de modo sensível e criativo. O cuidado, para que seja efetivo, deve munir-se de afetividade e sensibilidade do ser cuidador, além da articulação do conhecimento empírico e científico, tão importante para a prática do cuidar.

Souza (2008) reforça a ideia de que o cuidado exige sensibilidade e o estabelecimento de uma relação autêntica entre cuidador e ser cuidado. Esta relação é que determina a qualidade do cuidado à criança hospitalizada. Considerando-se que, na hospitalização, o cuidado deve estar focado em ações que contemplem a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento, também se faz necessário repensar o fazer, atuando junto à criança e sua família, compartilhando conhecimentos para atingir uma relação de cuidado, autêntica, preocupado com a singularidade do ser criança.

O cuidado à criança hospitalizada e sua família é embasado no conhecimento adquirido e construído no decorrer da formação das enfermeiras, tanto o conhecimento tácito, adquirido por meio das suas relações e inter-relações, quanto conhecimento teórico e profissional, adquirido em sua formação acadêmica (DIAS; MOTTA, 2004). Então, saber cuidar da criança e família se vincula ao somatório de um saber intuitivo, expressivo e científico (COLLET, 2012).

A metodologia do cuidado das unidades pediátricas também considera a família um ser integrante da equipe que cuida da criança. O método assistencial empregado pelo Serviço de Enfermagem Pediátrica é o marco do cuidado à criança e família, tendo como subsídios: um cuidado pautado em conceitos humanizados; a integração entre o cuidador e o ser cuidado, com a participação ativa da família (DIAS; MOTTA, 2004).

Com o advento desse novo modelo de cuidar da criança, considerando a família como uma extensão do cuidado e conseqüentemente como membro integrante da assistência, também despertou o interesse de alguns autores como Elsen et al (1994), Althoff, Elsen e Nitschke (2004) e Elsen, Marcon e Silva (2004) de pesquisar a família como uma entidade distinta. Essas autoras afirmam que no Brasil, alguns processos da assistência estão relativamente atrasados, no sentido de aplicação de métodos e modelos de cuidado que tragam a família para o centro do plano terapêutico, é possível encontrar ainda alguns modelos de assistência onde a família é excluída do círculo do cuidado..

Os resultados de seus estudos apontam que as relações entre a equipe de enfermagem, a enfermeira e as famílias, bem como as

referências metodológicas e científicas que tais sujeitos utilizam para cuidar, mostram-se complexas e permeadas pelo exercício de poderes e uma diversidade de conhecimentos autoritativos que ora beneficiam e ora enfraquecem os participantes do cuidado (ELSEN; MARCON; SILVA, 2004).

O reconhecimento por parte dos pesquisadores dos limites e fortalezas relacionadas ao cuidado da criança hospitalizada e suas famílias segue uma forte tendência na atualidade. Estudos como de Murakami e Campos (2011), Mello, Furtado, Fonseca e Pina (2012), Collet (2012) constataam que se a criança puder contar com a presença e assistência do familiar, poderá ser capaz de suportar os sofrimentos e ansiedades surgidos durante o processo de doença e hospitalização. Por sua vez, vem fortalecer a manutenção e constante avaliação deste método.

Todavia, mesmo com os avanços nas pesquisas científicas a respeito da importância de considerar a família como elemento do cuidado, fortalecendo o fazer da enfermagem, comprovado no campo teórico - prático, ainda nos deparamos com a existência de uma realidade tecnicista e reducionista do cuidado centrada no modelo médico, biologicista. Um cuidado que não permite a família e a criança o momento de *troca*, de aflorar suas angústias, nem mesmo compartilhar seus sentimentos no processo de cuidar, refletindo em um relacionamento de causa-efeito entre família e a equipe de saúde. As autoras como Nascimento e Trentini (2004) abordam essa problemática com muita clareza:

O cuidado ainda é orientado pelo modelo médico, biologicista, cuja atenção está voltada principalmente para o órgão doente, para a patologia e para os procedimentos técnicos em detrimento dos sentimentos, dos receios do sujeito e seus familiares e da forma como vivenciam a situação saúde-doença. Enfim, um modelo guiado pelo paradigma positivista. Esse paradigma, dentre outras características, assume que existe uma realidade que pode ser apreendida por meio de leis e mecanismos naturais imutáveis. A postura básica é reducionista e determinista. O todo é a soma das duas partes; visa ao relacionamento de causa-efeito, sem que seja valorizado o diálogo, a presença (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004, p. 253).

O cuidado humano à criança em situação de internação hospitalar é uma ação a ser propiciada por todos os profissionais da saúde comprometidos com a qualidade do cuidado que propiciam. A característica de ser humano manifesta-se na sua interação com os outros e nas suas relações de cuidado. Estudos atuais como de Schultz (2007), Souza (2008), Waldow e Borges (2008), Pimenta, Collet (2009) e Collet (2012) desvelam esse cuidado e também reconhecem a importância da permanência dos pais no hospital. Reconhecem, ainda, a fragilidade do ser “família” na contextualização da internação hospitalar.

O envolvimento dos pais no cuidado à criança hospitalizada trouxe muitas mudanças na organização do processo de cuidar nas unidades pediátricas. Esta reorganização do ambiente hospitalar tem requerido uma mudança no foco do cuidado, passando de centrado na criança, para centrado, também, na família. (GOMES; ERDMANN, 2005).

As autoras enfatizam que o hospital,

ainda ocupa uma posição central, responsabilizando-se por tarefas complexas, mas é, também, um local de tensões, conflitos, disputas e negociações. Assim, a enfermagem caminha na busca de referenciais que a instrumentalize para o trabalho com as crianças em uma perspectiva de cuidado mais coletiva que inclua também as famílias. O destaque ao cuidado humano parece refletir a revalorização de uma prática social e política mais comprometida e com maior impacto na vida em sociedade. Ao cuidar, o ser que cuida e o que é cuidado se expressam. Cuidar de famílias de forma humanizada em uma situação de internação hospitalar da criança apresenta-se como uma importante estratégia de instrumentalização desta para o seu papel de cuidadora (GOMES; ERDMANN, 2005, p. 28).

Como os profissionais de saúde são os responsáveis pela organização do ambiente de cuidado no hospital, e a família encontra-se fragilizada, pela internação hospitalar de seus filhos, esta, na maioria das vezes, necessita da compreensão e apoio dos profissionais. Esse fato reforça a ideia da inter-relação para verificar a qualidade deste cuidado. Compete, então, aos profissionais, tomar a iniciativa de integrá-las ao

processo de cuidar da criança na unidade de internação hospitalar. Torna-se necessária a busca por relações mais efetivas, no sentido de se propiciar um cuidado mais qualificado, sensível e humano.

O cuidado humano é a melhor estratégia de que enfermagem e as famílias dispõem para auxiliar as crianças durante o processo de hospitalização. Compartilhar o cuidado à criança no hospital, entre famílias e profissionais da saúde, é um processo em construção. Esta é uma estratégia que se apresenta como possibilidade para um cuidado efetivo, singular e prazeroso tanto às famílias como para profissionais para que estes possam sentir-se valorizados, competentes e plenos (GOMES; ERDMANN, 2005).

A personalização das relações entre enfermeiro, criança e família, é o comprovante que a enfermagem começa a buscar uma independência do modelo biomédico, construindo sua própria identidade como área de conhecimento. Paralelo a esse movimento comprova-se a importância das teorias de enfermagem que fundamentam não somente o cuidado, mas o processo de trabalho, permitindo olhar o cuidado em seus diferentes paradigmas (LEOPARDI, 2006).

Portanto, o cuidado, no contexto hospitalar no que diz respeito a criança envolve o conhecimento teórico e profissional, mas também envolve o conhecimento compartilhado das mais variadas experiências surgidas das práticas do cuidado, advindas da relação entre o cuidador, o ser criança e a família. Todos formando uma rede integrada de cuidado, compartilhando constantemente seus saberes, e conseqüentemente fortalecendo os laços entre os sujeitos, refletindo de forma genuína no fazer da enfermagem.

2.3 A CRIAÇÃO DOS HOSPITAIS PEDIÁTRICOS

Autores como Evans (1995), Miquelin (1995), Gomes (2000) e Silva et al. (2006), concordam que a criação dos hospitais pediátricos ocorreu concomitantemente à inauguração dos hospitais gerais ao redor do mundo. Nos estudos citados é possível verificar a rapidez com que estes hospitais gerais se desenvolveram entre os anos 1860 a 1930, refletindo as transformações tecnológicas, econômicas e profissionais no âmbito social, e ao longo do tempo tornando-se cada vez mais especializados no que se refere ao cuidado pediátrico.

A criação dos hospitais pediátricos revela a percepção da

sociedade em relação à existência do ser criança, bem como as mudanças do papel da Medicina nesse novo campo de conhecimento. “Além de apelar para motivos beneficentes e religiosos, o movimento para estabelecer hospitais infantis foi uma reação às mudanças fundamentais que ocorreram em cidades americanas” (EVANS, 1995, p. 1).

Estudos apontam que o primeiro hospital pediátrico foi inaugurado em Paris em 1802. Em seguida, o segundo foi inaugurado em Londres, e o terceiro, foi criado na segunda metade do século XIX, nos Estados Unidos. Alguns países, nessa época, dependiam de hospitais pediátricos como centros de cuidado para os serviços de internação e também para o atendimento ambulatorial (SILVA et al., 2006).

A forte e crescente economia da época projetou uma enorme urbanização, com grande êxodo rural, trazendo as famílias do campo para a cidade industrializada. Este fato forçou as mães pobres que precisavam trabalhar a deixar em casa suas crianças, por vezes, muito doentes. Para muitas dessas famílias, o hospital pediátrico era o local que prestava cuidados e também era uma opção para deixar os filhos enquanto trabalhavam (EVANS, 1995; MIQUELIN, 1995). Os hospitais pediátricos foram projetados especificamente para cuidar dos filhos dos "pobres dignos".

Na realidade, a criança doente era considerada contagiosa ou incurável (ARIÈS, 2006). Como tradição social advinda desde o século XV, as famílias que detinham o maior poder econômico recebiam a visita médica e seus cuidados em seu domicílio.

De acordo com o historiador Evans, o hospital não era simplesmente uma resposta às mudanças sociais,

Durante o século XIX, a medicina foi se tornando cada vez mais consciente das necessidades específicas de saúde das crianças. Médicos com um interesse particular em doenças infantis argumentaram que as crianças doentes mereciam cuidados médicos separados dos adultos. As crianças não são adultos pequenos, esses médicos argumentavam. Não só as crianças reagem de forma diferente para doenças comuns, mas que sofria de doenças distintas e apresentou únicos desafios diagnósticos e terapêuticos. As taxas terríveis de mortalidade infantil foram testemunhadas em cidades americanas no final do século XIX, os médicos emprestaram um senso de urgência para a questão dos cuidados de saúde da

criança. Culpar essa atrocidade em uma combinação de frouxidão moral entre os pobres, os recursos da cidade inadequados, e a relativa incapacidade dos bebês para resistirem à doença, os médicos e reformadores igualmente sentiram-se chamados para atacar esse grave problema (EVANS, 1995, p. 2).

Essa nova preocupação com o cuidado à criança trouxe novos olhares para os estudos voltados à saúde infantil. Isto se confirma com a criação da *American Medical Association* em 1880, que se preocupava com as doenças da infância e da sociedade de pediatria americana em 1888 que se ocupava também com os cuidados da criança (GOMES, 2000).

Esses primeiros pediatras testemunharam em primeira mão os benefícios da assistência hospitalar centrada nas crianças em um ambiente específico para esse cuidado. Seus esforços de profissionalização legitimaram o campo jovem de pediatria. Criaram uma associação médica que ajudou a elaborar uma justificativa científica para o campo, divulgando as vantagens do atendimento especializado para crianças. A concentração de crianças doentes em hospitais pediátricos também proporcionou um terreno fértil para a formação de jovens médicos interessados em pediatria. Ao trabalhar em enfermarias de hospitais pediátricos, médicos ambiciosos refinaram as técnicas cirúrgicas, testaram novas terapias e realizaram pesquisas sobre doenças de infância (EVANS, 1995, p. 2).

Apesar dos hospitais pediátricos visarem, em suas atribuições, o cuidado à criança diferente do concedido ao adulto, ou em hospitais de atendimento geral, esse variava de acordo com os ideais de inauguração do local e o tipo de serviço que prestavam anteriormente. Isto justificado pelo fato de que os hospitais pediátricos evoluíram de pequenas instituições, já existentes na época, que mantiveram o mesmo modo de cuidado, como por exemplo, nos orfanatos e lares para crianças abandonadas, em que o cuidado era focado na alimentação e conforto. Outro exemplo eram as instituições chamadas “hospitais bebês” que atendiam apenas as necessidades e problemas apresentados na primeira

infância (MIQUELIN, 1995). Evans enfatiza que,

A missão médica e cuidado era focada no fornecimento de fórmula infantil nutritiva e tratamento da diarreia, a doença predominantemente responsável pela taxa excessiva de mortalidade infantil. A medicina era limitada para combater a mortalidade infantil nos hospitais pediátricos mais antigos, pois sua clientela só poderia abranger crianças com mais de dois anos (EVANS, 1995, p. 3).

Refletindo historicamente em relação à origem do hospital pediátrico e fazendo uma ligação com os acontecimentos econômicos e sociais que se sucederam no mundo, neste período, é forçoso pensar que, no mínimo, os recursos financeiros oferecidos para tais hospitais eram escassos. Pois ainda se sustentava a ideia de que uma criança ou adulto doente eram desnecessários e até nocivos à sociedade. Levando estes fatos em consideração, os idealizadores (ou fundadores) dos hospitais pediátricos reforçavam essa ideia em sua filosofia, conforme destaca Evans:

Os fundadores normalmente adquiriam uma pequena casa, a atribuição de alas separadas para pacientes do sexo feminino e masculino. Os espaços permitidos para os pacientes foram divididos em enfermarias cirúrgicas e médicas. Porque o contágio poderia fechar um hospital e ameaçar a vida das crianças já fracas, uma sala de isolamento era comumente incluída. A matrona hospitalar viveu no hospital e supervisionou o cuidado diário dos pacientes. Neste ambiente acolhedor, os administradores acreditavam que os doentes, as crianças pobres receberiam o calor, nutrir e conforto de um lar cristão. Perto do final do século XIX, como os médicos começaram a desempenhar papéis influentes na gestão hospitalar, um modelo mais médico de atendimento pediátrico emergiu, e os hospitais de muitas crianças foi expandido para edifícios com projetos autônomos *up-to-date* de higiene. (EVANS, 1995, p. 4)

O autor ainda afirma que, a permanência da criança no hospital, poderia se estender de semana a meses. “Apesar de uma tentativa de

barrar doenças crônicas e contagiosas, muitas alas hospitalares precoces estavam cheias de crianças com estas queixas. Um grande número de crianças, vítimas de tuberculose, um grande assassino e indolente do século XIX” (EVANS, 1995, p. 4). O esclarecimento em relação às condições sanitárias e epidemiológicas era recente no mundo, que seriam posteriormente melhoradas com a atuação da enfermeira sanitarista (GOMES, 2000).

Os Serviços de Enfermagem oferecidos inicialmente nos hospitais pediátricos eram realizados pelas irmãs das Irmandades Religiosas, que antecederam as enfermeiras no ato de cuidar. E, por sua vocação, cuidavam de forma fervorosa, conseguindo a recuperação de crianças internadas com quadros graves de desnutrição ou muito próximas da morte. No ano de 1890, enfermeiras formadas substituíram, em parte, as irmãs voluntárias (GOMES, 2000).

Com a vinda dessas enfermeiras formadas, para o cuidado da criança, o hospital designou assistentes sociais para que juntas realizassem visitas ao domicílio das crianças em recuperação após estas terem alta e passarem por casas de convalescência e cuidados ambulatoriais. Tais visitas tinham como objetivo informar às famílias como estas cuidariam dos seus filhos em casa (GOMES, 2000).

No ano de 1900 o hospital pediátrico já oferecia em seus serviços os cuidados de enfermagem, cuidados nutricionais, técnicas como a troca de curativos e medidas de higiene em geral.

Como a pediatria tornou-se mais profissional e científica em sua abordagem, os hospitais infantis passaram a ter sua imagem como prestadores de cuidados de apoio e começaram a enfatizar os serviços médicos e cirúrgicos agudos que poderiam desempenhar, bem como a pesquisa médica que realizavam. Como resultado, esses hospitais evoluíram para instituições com ótimos benefícios para as crianças ricas e pobres. Durante os anos 1920 e 1930 esses hospitais começaram a cortejar os pacientes pagantes, especialmente para procedimentos cirúrgicos. (EVANS, 1995, p. 5).

Quando nos reportamos à saúde pediátrica no Brasil, não encontramos uma realidade muito distante daquela do resto do mundo, mais especificamente na Europa e Estados Unidos apresentados nesse estudo. Em uma visão geral, até o ano de 1700 no Brasil, não havia

atenção especial à criança. O primeiro cuidado institucional se formou e se caracterizou em 1738 pela Roda dos Expostos. A roda era parecida com uma pequena porta, que continha um aparador de madeira, onde as mães deixavam seus bebês, dos quais não podiam ou queriam cuidar, então a porta girava e o bebê era pego no outro lado da porta, consequentemente, a mãe não via a pessoa que pegava o bebê e vice-versa (NOGUEIRA, 2008).

Então, foi a partir das Santas Casas que se criaram os primeiros serviços de pediatria. Datada em 1881, a inauguração da primeira Policlínica Infantil do Brasil, que teve como fundador o médico Dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, que a instalou em sua própria casa que comportava espaço físico para organização de consultórios. Por se tornar uma Instituição de referência, cedeu espaço para o funcionamento da cátedra de Pediatria oferecida pelas primeiras faculdades do Brasil, respectivamente, Faculdade de Medicina da Bahia, e Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (WADSWORTH, 1999).

Já, no final da década de 1930, no Brasil, o crescente número de Instituições hospitalares pediátricas tinha atingido um formato de atenção unificado no que tange à assistência hospitalar pediátrica, garantindo assim, o acesso das crianças de todas as camadas sociais, e estas possuíam o direito a assistência médica e cirúrgica (OLIVEIRA, 1999).

Conforme Wadsworth (1999), ainda em 1939, foi criado o Instituto de Puericultura, cujo Diretor e professor era o médico Joaquim Matargão. Entretanto, a preocupação do Estado com a saúde infantil remonta aos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, que era responsável pelo cuidado às crianças e mulheres, associada à gestação e amamentação.

Essa atenção com a saúde da criança atingiu todas as esferas do governo, e foi em 1947, no âmbito da prefeitura de São Paulo, que foram construídos três hospitais pediátricos, o primeiro, intitulado apenas como Hospital Infantil. O segundo, inaugurado em 1948 recebeu o nome de Hospital Barata Ribeiro, este abrigou os pacientes e funcionários do Hospital Souza Aguiar em 1949. E o terceiro a ser inaugurado, foi o Hospital Salles Netto em 1965. Em meio às inaugurações de novos hospitais pediátricos, a prefeitura, em 1963, em parceria com o Ministério da Aeronáutica, construiu o Centro Pedagógico Nossa Senhora do Loreto, que tinha como uma de suas funções, acompanhar as crianças durante a hospitalização, auxiliando em atividades pedagógicas (OLIVEIRA, 1999).

Segundo Wadsworth (1999), o movimento de fundação/criação de Instituições infantis de cuidado aconteceu também no estado do Rio de Janeiro, no final da década de 1970.

O autor faz referência também, à instalação de hospitais e postos de puericultura, a ação dos Departamentos da Criança Nacional e Estaduais, às leis que se ocuparam das questões da infância no Brasil, às modernas técnicas de prevenção e tratamento, aos serviços de atendimento a crianças portadoras de deficiências e aos aspectos mais expressivos das ações da pediatria contemporânea – as campanhas de imunização, de aleitamento materno, do soro caseiro e de prevenção de acidentes e violência (WADSWORTH, 1999)

Concomitante a esses acontecimentos, no final da década de 1970 houve uma predominância da assistência curativa individualizada, favorecendo a expansão da rede de assistência médico-hospitalar privada. Os hospitais adquiriram uma posição central na prestação de serviços em saúde, dando ênfase para a dicotomia entre as ações curativa e preventiva, o que favoreceu o surgimento de diversas especialidades médicas (COSTA; OLIVEIRA, 2006).

A partir da década de 1990, com o desenvolvimento científico e tecnológico, o hospital configura-se como um espaço terapêutico, revelando-se como um *locus* onde a produção de saber e intervenção sobre o corpo e a doença dos indivíduos estão intimamente ligadas. O saber científico se estrutura e organiza o espaço, as relações e o fazer no hospital, orientando e predispondo-o para a intervenção sobre o corpo do doente. Funciona também, ao mesmo tempo, como rede de produção de saber e de formação profissional e transmissão desse saber (DAGMAR, 2006).

Já, em Florianópolis,

[...] as décadas de 1940 a 1960 foram caracterizadas pelo início da pediatria geral em Santa Catarina. Em 1956 foi fundado o primeiro serviço especializado para prematuros na Maternidade Carmela Dutra (MCD), pelo médico Miguel Salles Cavalcanti que foi também responsável pela instalação da Cadeira de Pediatria e Puericultura no curso de medicina criado em 1960 na Universidade Federal de Santa Catarina. E em 28 de fevereiro de 1964 foi inaugurado o primeiro hospital infantil de Florianópolis – o Hospital Infantil Edith Gama Ramos (HIEGR). Este hospital fundado anexo à

Maternidade Carmela Dutra teve uma importância vital no tratamento das crianças da capital e interior do Estado, e têm-se poucos relatos a respeito, devido a reduzida produção científica publicada. Foi o pioneiro no Estado em organização, infra-estrutura e equipamentos. Contava com 60 leitos, 6 apartamentos, 5 box de re-hidratação, serviço de emergência e lactário (JORNAL “O ESTADO”, 1964 apud COSTA et al., 2011, p. 242).

Para impulsionar o processo de organização e implementação do Serviço da Enfermagem e auxiliar na construção das normas e rotinas do Hospital otimizando o planejamento das funções, em 1963 foram convidadas a Irmã Cacilda (Oillie Hammes), na época, Diretora da Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta, e a enfermeira Ursula Engel, da Fundação Especial de Saúde Pública (FESP). Esta última era proveniente do Rio de Janeiro, mas estava trabalhando, temporariamente em Florianópolis (NEVES, 2012; COSTA et al., 2011; BORENSTEIN; ALTHOFF, 1999).

No final de 1963, o Dr. Miguel Salles Cavalcanti resolveu prover a instituição com uma equipe técnica de nível superior (enfermeiras e médicos) para atuar no processo de trabalho do hospital, inclusive, beneficiando a equipe com escalas de plantão. Este grupo de enfermeiras do HIEGR começou a realizar um trabalho de planejamento e organização, principalmente no treinamento de pessoal. Elas tinham um sonho: o de implantar em Santa Catarina o primeiro Serviço de Enfermagem organizado, que foi por muitos anos, um “modelo”, recebendo inúmeros visitantes e estagiários (BORENSTEIN; ALTHOFF, 1999).

Segundo Costa e Oliveira, acerca da qualidade dos serviços prestados, pode-se dizer que:

A qualidade dos serviços prestados pelos profissionais do HIEGR fez com que a demanda de pequenos pacientes fosse aumentando a cada passo após a sua fundação, originando um problema identificado nas palavras do Dr. Murilo Ronald Capella, quando afirma que “a cada dia o volume de pacientes aumentava e aquela área física de 2200m² já não conseguia mais suportar a demanda por melhor que fosse a relação médico-paciente e funcionários”. A necessidade

acalentaria o sonho de um novo espaço mais adequado para cuidar das crianças e adolescentes da cidade e do Estado (COSTA; OLIVEIRA, 2006, p. 83).

Chega o momento de concretizar o sonho idealizado. Em 13 de março de 1979, o novo Hospital Infantil foi inaugurado sendo denominado “Hospital Infantil Joana de Gusmão”. Em homenagem a Joana de Gusmão⁶, peregrina que na época estava em Florianópolis, morava nas proximidades da Lagoa da Conceição e dedicava sua vida a abrigar crianças e em construção de capelas (COSTA et al., 2011).

Costa et al. (2011) discorrem que a infraestrutura do HIJG foi projetada de forma interessante, a ser constituído em dois pavimentos em três níveis, interligado por rampas. Tinha, portanto, um desenvolvimento horizontal:

Como características de infra-estrutura podem-se destacar: 2780m² destinados para o ambulatório, com capacidade para atendimento de aproximadamente 720 consultas por dia. A unidade de emergência foi planejada com uma característica especial, uma subunidade de observação onde as crianças poderiam permanecer até 48 horas, quando estas recebiam alta ou seriam transferidas para uma unidade de internação destinada aquela patologia (COSTA et al., 2011, p. 248).

⁶ Joana de Gusmão nasceu em Santos, em 1688. Pertencia à imponente família Gusmão, tinha dois irmãos que ocuparam lugares de destaque na sociedade. Um irmão, Alexandre de Gusmão, atuou como ministro de D. João V e foi responsável pelo Tratado de Madri (1750). Já o outro irmão, Bartolomeu de Gusmão, inventou o balão, daí ser conhecido como o “padre voador”. Após a morte do marido, Joana deixou sua casa e seus bens e entrou para a ordem Terceira da Penitência. No ano de 1746, mudou-se para então Vila Nossa Senhora do Desterro onde passou a dedicar-se à vida religiosa associada as atividades de assistência social. Com a colaboração das outras mulheres da comunidade abriu uma escola para leitura e costura para as meninas. Tinha como preocupação a propagação da oração e o atendimento religioso à população. Tal anseio a levou a construir capelas, a primeira na freguesia da Lagoa da Conceição, local onde expandiu suas ações, provendo-lhe o reconhecimento que a outorgou com o codinome “Beata da Lagoa”. Faleceu em 1780, aos 92 anos de idade (FONTES, 1997).

Na estrutura, destacava-se ainda, no andar térreo, uma área ampla que, comportava as seguintes unidades: Emergência geral, descrita acima; Unidade semi-intensiva; uma Unidade de isolamento para internar crianças acometidas por doenças infecto-contagiosas; Unidade de queimados, altamente equipada e servindo como referência estadual para todo o tipo de cuidado complexo. Serviço ambulatorial amplo e contava também com o funcionamento de um setor que hoje, recebe o nome de Hospital Dia, para crianças que necessitavam receber medicações específicas e poderiam ser liberadas no mesmo dia da administração da droga.

Serviço de radiodiagnóstico, que evoluiu com salas equipadas com aparelhos de Ultrassonografia e Tomografia 24 horas; laboratório de análise clínica com fluxo de serviço constituindo alta capacidade de produção, serviço de hemoterapia composto apenas de áreas para realização de provas de compatibilidade sanguínea e área para estoque de sangue e derivados; localizado centralmente à estrutura do hospital. Existia o centro cirúrgico com oito salas de cirurgia, sala de recuperação pós-anestésica e unidade de tratamento intensivo com áreas de apoio integradas permitindo a redução de pessoal e a economia de equipamentos diferenciados. Dentro desta logística, conta ainda com o centro de material e esterilização (COSTA et al., 2011).

Ainda compondo essa grande estrutura, o HIJG contava com,

Uma unidade de administração integrada, permitindo uma melhor supervisão e controle de suas atividades, além de salas de aula/auditório e biblioteca; serviço de anatomia patológica; lavanderia, serviço de costura, cozinha e lactário dimensionados para atender até 30% a mais de leitos; refeitório permitindo o atendimento máximo de todo o pessoal do hospital, incluindo os acompanhantes; almoxarifado em condições de atender ao estoque de todo o material necessário ao suprimento do Hospital; oficinas de manutenção; central telefônica; gerador próprio de energia elétrica e reservatório de água (COSTA et al., 2011, p. 248).

O HIJG era uma obra que se destinava à assistência médico - infantil, mas também serviria de campo de treinamento de recursos humanos em áreas de administração hospitalar e ensino para as áreas de

Medicina, Farmácia, Bioquímica e Enfermagem (COSTA et al., 2011).

Sua missão é: prestar, de acordo com princípios éticos e humanizados, atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, bem como formar e capacitar recursos humanos e incentivar a pesquisa clínica (LUZ et al., 2008).

O HIJG apresenta como ideal do serviço de enfermagem,

A busca da sabedoria que, segundo os antigos, era a capacidade de aplicar conhecimentos, coerente e oportunamente às situações vivenciadas no dia-a-dia. O ser criança: é um ser humano em processo de formação biopsicossocial e espiritual, influenciado por fatores genéticos, afetivos, psicológicos, culturais e sociais de sua família e de onde vivem que requer cuidados de enfermagem planejados de acordo com as suas necessidades. O ser enfermeiro: é um ser humano, com habilidades, conhecimento e sentimentos, a quem lhe foi outorgado o direito de cuidar de gente. Em outras palavras, o ser enfermeiro é gente que cuida de gente (WALTER; CARDOZO; SANTO, 2007, p. 53).

É interessante enfatizar que nesse contexto de hospital que tornou possível a prática médica ir adquirindo novas dimensões como tantas que conhecemos, e hoje as contemplamos em um avanço social, onde o hospital funciona como uma casa de tratamento da criança doente e sua família, também é possível perceber a atuação e respaldo da enfermeira. Mesmo com todos os percalços contemporâneos da Medicina e do sistema hospitalar, temos uma melhora significativa no tratamento e cura da doença das crianças, quando os profissionais: médico e enfermeiro atuam e caminham paralelamente no âmbito do cuidado.

2.4 A CONTEXTUALIZAÇÃO DO PODER DAS ENFERMEIRAS NOS HOSPITAIS PEDIÁTRICOS AO LONGO DA HISTÓRIA

Historicamente, na Europa, em meados do século XIII, as igrejas Católica e Protestante, juntamente com o Estado e, sobretudo, com o poderio da classe dominante, cortaram da vida pública as pessoas que se envolviam com a saúde da população, determinando claramente a

divisão socioeconômica da época.

Os atores principais que podemos chamar de cuidadores eram as mulheres. Estas tinham o papel de prestar cuidados básicos às crianças, principalmente, recém-nascidos, mulheres e idosos. Em um período posterior, marcado pelo afastamento da mulher do exercício do poder na saúde, tal poder foi transferido para os técnicos e especialistas. Nesse período, o hospital, já negligenciado, passa a ser um insalubre depósito de doentes, onde homens, mulheres e crianças utilizam as mesmas dependências, amontoados em leitos coletivos (COLLIÉRE, 1989).

No mesmo período, as crianças estiveram sob condições piores, devido à predominância de doenças infecto-contagiosas e à falta de pessoas preparadas para cuidar delas. Os ricos e seus filhos continuavam a ser tratados em suas próprias casas, enquanto os pobres, além de não terem esta alternativa, tornavam-se objeto de instrução e experiências que resultariam em um maior conhecimento sobre as doenças em benefício da classe abastada (GEOVANINI et al., 2002).

No final do século XIV, o avanço da Medicina favoreceu a reorganização dos hospitais. É na reorganização da instituição hospitalar e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplina e seus reflexos na Enfermagem, ao ressurgir da fase sombria em que esteve submersa até então. E foi nesse ínterim, que a Enfermagem começou a ter os primeiros contatos com o cuidado à criança, mesmo que ainda focado no recém-nascido (GEOVANINI et al., 2002).

A prática de Enfermagem, no século XVI, sob exploração deliberada, considerada um serviço doméstico pela queda dos padrões morais que a sustentava, tornou-se indigna e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada, que se detinham apenas a cuidar das crianças em seus lares. Esta fase, que significou uma grave crise para a Enfermagem, permaneceu por muito tempo. Apenas no limiar da Revolução Capitalista, é que alguns movimentos reformadores, que partiram principalmente de iniciativas religiosas e sociais, tentaram melhorar as condições dos profissionais a serviço dos hospitais (COLLIÉRE, 1989; QUITETE; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

Geovanini e colaboradores (2002) apontam que no Brasil, nesse mesmo período, os sistemas de assistência à saúde da criança ampliavam seus objetivos de modo a satisfazer uma necessidade social que desponta, ou seja, a de preservar a mão de obra treinada para os postos de trabalho então existentes.

Ainda no século XVI, nos estados como São Paulo, Rio de

Janeiro e Bahia, dentre os trabalhadores estavam as crianças que, pela mesma razão que dos adultos, eram motivo de preocupação quando estavam doentes, ou seja, a diminuição da produtividade e capacidade de trabalho. A mortalidade infantil era considerada alta e as causas das mortes eram, em geral, doenças como sarampo, varicela, febre amarela, difteria, coqueluche, doenças nutricionais e também acidentes. Não existia ainda uma preocupação com a longevidade da infância, na verdade, a criança era vista como adulto pequeno, simplesmente por não haver preocupação social e política com a saúde e bem-estar durante o período infantil (GEOVANINI et al., 2002).

As autoras comentam que no começo do século XX, um grande número de teses médicas, sobre higiene infantil e escolar foram apresentadas, demonstrando os resultados obtidos e abrindo horizontes à novas realizações. Esse progresso da medicina, entretanto, não teve influência imediata sobre a Enfermagem, por ainda estar comprometida com o cuidado generalista.

Na década de 1940, a partir dessas teses e uma nova organização hospitalar, incluindo a criança como paciente, iniciou-se um cuidado mais específico, realizado pelas enfermeiras, que, segundo os médicos, tinham um olhar mais sensível à criança, além da imagem maternal projetada, por se tratar de uma mulher. As crianças doentes ainda eram atendidas em hospitais gerais, porém, com um olhar diferenciado:

Foi apenas na década de 1940, porém, que a enfermagem pediátrica constituiu-se como especialidade. No Brasil, o cuidado com a criança na enfermagem remonta à criação do Departamento Materno Infantil na Escola Anna Néri, fundada em 1923, no Rio de Janeiro. No entanto, coube a Escola Paulista de Enfermagem, atual Departamento de Enfermagem da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), a criação, em 1973, do Departamento de Enfermagem Pediátrica, que possibilitou o surgimento do Curso de Especialização e Puericultura, primeiro do gênero do país – e que atualmente tem, o nome de Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal. A mesma escola criaria cursos de mestrado e doutorado na área, em 1978 e 1986 respectivamente. O enfermeiro pediatra deveria ter profundo conhecimento de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, as necessidades próprias de cada

faixa etária, as influências das doenças na vida da criança, do adolescente e da família, conhecer a legislação de proteção à criança e ao adolescente, saber e utilizar técnicas de comunicação apropriadas e ter competência e habilidades para realização de procedimentos e utilização de tecnologia entre outros conhecimentos (MARINHO, 2004, p. 8-9).

O Serviço de Enfermagem pediátrica em Florianópolis se deu de forma similar ao restante do Brasil. As primeiras enfermeiras do Hospital Infantil Edith Gama Ramos (HIEGR) eram generalistas, não tinham preferência por especialidades e nem por patologias. Elas tinham a consciência crítica desenvolvida, tinham capacidade de tomar decisões independentes e exercitavam o relacionamento interpessoal com funcionários e médicos, de uma forma construtiva e harmoniosa, gerenciando os conflitos, de uma forma direta, silenciosa e objetiva (COSTA et al., 2011).

Esses conflitos configuram-se relações de poder, que possibilitam o aperfeiçoamento do conhecimento científico e o desenvolvimento de novas práticas de cuidado à criança. O poder, aqui visto como um fenômeno relacional, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia, funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão (FOUCAULT, 2011a).

As enfermeiras conquistaram o respeito pelo cumprimento da sua responsabilidade e compromisso profissional. Elas defendiam o direito da criança de receber a melhor qualidade de atendimento possível. Eram capazes de lutar por uma causa e exercitavam senso de justiça na administração de pessoas sob suas responsabilidades. Também demonstravam coerência em seu trabalho aliando a teoria à prática (COSTA et al., 2011).

No cotidiano de trabalho, as propriedades práticas do processo de cuidar, permitem ao profissional conhecer o seu trabalho. “Sabendo quais são os elementos desse processo, o objeto poderá ser transformado no foco da atenção. Seus componentes, então, são os objetos, os agentes, os instrumentos, as finalidades e os produtos” (YAMAMOTO et al., 2009, p. 225).

Na Enfermagem, há mais de um processo de trabalho, que pode ser, ou não, desenvolvido de forma concomitante (SANNA, 2007). Estes

são: o processo de trabalho assistir, caracterizado pelo cuidado com o paciente; o processo de trabalho administrar, permeado pela execução do saber científico no que diz respeito ao processo gerencial; o processo de trabalho ensinar, entendido como a dimensão teórica da profissionalização e aplicabilidade do saber da Enfermagem; o processo de trabalho pesquisar está inserido no processo de ensinar, uma vez que, enquanto profissão e disciplina, a Enfermagem busca, incessantemente, o conhecimento; e o processo de trabalho participar politicamente, caracterizado por tratar dos assuntos éticos e políticos da profissão, desenvolvendo ações que promovem a regulamentação da profissão. Sendo que estes não são estanques, se relacionam constantemente e quase sempre simultaneamente.

Segundo autoras como Pires (1999), Lunardi e Leopardi (1999), cabe à enfermeira prestar os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões, bem como administrar, coordenar, supervisionar sua equipe, dentre outros. A Enfermagem se organiza utilizando, principalmente, três instrumentos de trabalho: a administração, para organizar o ambiente; as técnicas, para organizar o cuidado; e os mecanismos disciplinares, para organizar seus agentes.

E dando continuidade ao percurso histórico e organizacional da profissão estabelecido no início da seção, se destaca um fato relevante no trabalho das enfermeiras do HIEGR, foi que no organograma do Serviço de Enfermagem, desde o primeiro dia de funcionamento do HIEGR, constava e funcionou por vários anos (1964-1970) o Setor de Enfermagem de Saúde Pública Hospitalar (COSTA et al., 2011).

Outro fato importante foi o incentivo, na década de 1980 para a tentativa de implantação da sistematização da assistência de enfermagem no HIJG. As prescrições não conseguiram ganhar corpo, seja por falta de enfermeiras nas 24hs, seja pela rotina de trabalho, mas, principalmente, pelo poder médico hegemônico dentro do hospital, que foi contrário a este movimento, impossibilitando a enfermeira de exercer sua autonomia. O exercício da autonomia do profissional de enfermagem, só será possível quando este dominar o conhecimento de seu campo e da sua prática. No hospital, podemos afirmar que, quem detém o saber, é aquele que detém o poder (COSTA, 2009).

À luz da concepção de Foucault acerca das relações de saber/poder, conquista-se autonomia a partir de uma libertação que ocorre pelo exercício individual de práticas de liberdade e desenvolvimento de uma ética de um cuidado de si, o que torna

socialmente possível a libertação de relações de poder, que se caracterizam por exercerem um controle e uma dominação opressora dos indivíduos (FOUCAULT, 2011a).

Então, pode se afirmar que o papel das enfermeiras no que contempla o cuidado prestado às crianças foi construído através do saber instituído por tais profissionais ao longo do tempo. Desvelando, o poder da Enfermagem instaurado nos hospitais pediátricos tanto no Brasil quanto no mundo, estando esse poder intimamente ligado aos confrontos permanentes entre as categorias profissionais, em busca de espaço e afirmação da profissão, enquanto disciplina e ciência, fundamentada em saberes práticos e teóricos, pautada cientificamente, conferindo-lhe o direito e o merecimento da discussão no que se refere ao cuidado do *ser* criança.

2.5 A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O PODER DA ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS PEDIÁTRICOS

São poucos os estudos que contemplam o poder das enfermeiras nos hospitais pediátricos no Brasil. Apresentadas abaixo algumas pesquisas que direcionam para o tema em discussão.

Autores como Zagonel (1996) que realizou um estudo que teve como objetivo uma reflexão sobre o exercício do poder disciplinar no espaço hospitalar e de enfermagem, concluiu que a enfermagem luta para se firmar como ciência, tentando se desfazer de uma prática ligada ao fazer para tornar-se científica.

Lima e Binsfeld (2003) em sua pesquisa traçam como objetivo, o desvelar do poder da enfermeira na organização do trabalho no espaço hospitalar e afirmam que, o entendimento do funcionamento da estrutura organizacional hospitalar possa auxiliar os enfermeiros a compreenderem melhor o seu trabalho dentro do hospital, bem como as expectativas que a administração e os médicos tem com relação ao seu trabalho.

A autora Nóbrega – Therrien (2004) analisou a ambiguidade entre ser enfermeiro e o exercício do poder da profissão no espaço hospitalar, com base nas concepções teóricas de Foucault, constatou que o poder é definido ou compreendido como poder de curar, da autoridade do cargo, do tempo de permanência no trabalho, também como mecanismo a ser utilizado na luta, como uma capacidade de resistência organizada e articulada.

No mesmo contexto, as autoras Lunardi et al. (2007) fazem uma reflexão crítica acerca das relações entre a organização do trabalho da enfermagem, as relações de poder aí presentes e a sua dimensão ética. Concluem que, é necessário traçar estratégias para uma atuação ética das enfermeiras e demais profissionais da equipe de enfermagem. Na organização do trabalho nas instituições de saúde, apontam para a necessidade de exercício de poder dessas profissionais, moralmente fundamentadas.

Cruz et al. (2009) discutem a percepção do poder clínico das enfermeiras, confirmam que, estratégias implantadas no ambiente hospitalar para aumentar a capacidade das enfermeiras de participar conscientemente na natureza das mudanças podem contribuir para o seu empoderamento. Na prática clínica, o poder das enfermeiras é relacionado à participação consciente nas mudanças no estado de saúde dos pacientes.

Em seu estudo Costa (2009) objetivou conhecer como se deu o processo de implantação da UTIN em Florianópolis na década de 1980, bem como reconhecer a importância e poder dos profissionais que trabalharam neste processo. Concluiu que, esta unidade representou um marco no cuidado intensivo neonatal e que os profissionais que participaram da implantação e implementação do cuidado, foram fundamentais na instituição do saber teórico como das práticas de cuidado.

Ainda sob o mesmo enfoque temos a pesquisa de Gregório (2011) que teve como objetivo analisar as práticas de cuidado desenvolvidas pelas enfermeiras à mulher parturiente e puérpera e ao RN, constatou que, não existe um lugar definido de resistência, mas pontos flutuantes e transitórios que se distribuem por todo o contexto da instituição. As enfermeiras se mantiveram em luta para reconhecer a força que estava embutida nas relações de poder.

Bernardino, Felli e Peres (2010) apontam em seu estudo a modificação no perfil do enfermeiro em suas relações de poder no gerenciamento em enfermagem, e enfatizam que o enfermeiro tem a responsabilidade de proporcionar um ambiente de aprendizado onde os trabalhadores possam adquirir novas competências e exercê-las livremente.

Costa et al. (2011), Bernardino e Felli (2008)⁷ apresentam a reconstrução necessária nas relações de saber – poder na enfermagem com direcionamento para o espaço hospitalar, consideram que a enfermagem tem o seu próprio saber e é capaz de se organizar, significando, também, que a instituição deve assumir sua responsabilidade para criar ambiente institucional compatível com os pressupostos teóricos que agrega, com foco na valorização do cuidado.

Os estudos explanados acima delinham com mais clareza a atuação e o poder da Enfermagem em uma retrospectiva histórica. Mas hoje o que é passível de ser encontrado são estudos que discutem indiretamente esta relação de saber e poder, onde não é possível identificar o poder e o saber como objetos principais da pesquisa, essa relação aparece como coadjuvante do cenário estudado.

Os estudos, em sua maioria, relatam que o poder é a capacidade de exercer influência sobre uma pessoa ou grupo de forma que aceitem certas ideias, mesmo contra sua vontade; ou a capacidade de uma, ou mais pessoas de alcançar o que deseja por uma ação coletiva (FOUCAULT, 2011a).

Ao lado das visões de poder que o caracterizam como um relacionamento social, nas abordagens mais recentes, o poder tem sido descrito como fenômeno transformacional que promove o crescimento individual e coletivo pelo encorajamento da reciprocidade, estímulo ao pensamento criativo, expansão do conhecimento e favorecimento da conscientização (BARRET, 2003).

Pereira (1999) realizou um estudo no qual avaliou alguns relatórios de prática médica do início do século no Brasil e as primeiras fichas de saúde da criança e afirma que as enfermeiras, por serem sujeitos que conhecem bem as particularidades do espaço em que atuam, e os demais profissionais com os quais partilham o cotidiano, desenvolveram maneiras de se relacionar que podem ser qualificadas mais como femininas que masculinas. Maneiras estas que desenham formas diferenciadas de enfrentamento ao poder instituído, muito associado aos grupos dos profissionais médicos dentro das instituições hospitalares. Esses grupos constituem-se como um dos principais desafios para as enfermeiras que almejam instaurar uma prática assistencial diferenciada no local estudado; e os muitos recursos à que

⁷ Estes autores estudam as relações de saber/poder dentro do contexto hospitalar com base na reconstrução da atuação dos profissionais de enfermagem no processo gerencial.

essas profissionais recorrem para colocar suas ideias e práticas em ação no seu cotidiano de trabalho.

Estudos contemporâneos como o de Rivero e Erdmann (2007) apontam que as perspectivas que as enfermeiras têm, de poder, implicam tomadas de decisões e solução de problemas, assim como, está associado com autoridade, capacidade para comunicar-se, influência, domínio e dependência, o que exige grande capacidade das enfermeiras.

E muitas se mostraram tímidas ao cogitar o fato de assumir esse posto. Associam o poder com o cargo, porém, não com o cuidado que proporcionam. Crê-se que, de maneira inconsciente, que a enfermeira pratica, identifica a dimensão técnica do cuidado e, em menor grau, a dimensão afetiva, ética e estética, porém, dissociada do conhecimento consciente do imenso poder que emana da prática do cuidado humano.

As autoras Backes et al. (2008) realizaram uma pesquisa em uma instituição hospitalar filantrópica e traçaram como objetivo a contextualização do papel da enfermeira na equipe e nas organizações de saúde. Consideraram as crescentes conquistas e perspectivas e, ao mesmo tempo, as contradições do trabalho da enfermeira. Concluíram que a enfermeira atua interagindo com os demais trabalhadores inseridos no sistema de cuidados em saúde nas suas relações/interações/associações para o processo de cuidar da vida e da morte. Ainda referem que,

Há que se levar em conta, não obstante, que os profissionais de enfermagem podem produzir/reproduzir e/ou modificar a dinâmica e os modelos de assistência do cuidado nos diferentes espaços de atuação, a partir de referenciais que contemplem uma reflexão crítica do papel profissional. Essas reflexões nos reportam a outro aspecto, que diz respeito à determinação e organização de processos de cuidado em saúde, ou seja, que diz respeito ao sistema de cuidados enquanto espaço de construção coletiva, isto é, enquanto espaço compartilhado de saberes em saúde. O enfermeiro desempenha um papel preponderante na construção do sistema de cuidados, por ser capaz de interagir amplamente com todos os profissionais da saúde. Nesse sentido, o enfermeiro gerencia os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem e dispõe de autonomia para avaliar

necessidades assistenciais do paciente, decidindo sobre o cuidado (BACKES et al., 2008, p. 320).

Dando continuidade a discussão supracitada em relação ao processo de trabalho, as autoras Rivero e Erdmann (2007), destacam que existem três fatos que podem demonstrar a impessoalidade do Serviço de Enfermagem, interferindo diretamente na qualidade de cuidado, quais sejam: as Instituições de Saúde se privilegiam da destreza técnica; o Sistema de Saúde ainda permanece ancorado ao modelo burocrático, prevalecendo a destreza dos procedimentos, favorecendo, portanto, a impessoalidade e, com isso, relega-se a um segundo plano as ações afetivas, emotivas ou espirituais. Dessa forma, a atividade da Enfermagem fica à margem da nova visão de mundo, que se concentra na pessoa humana e exige da enfermeira uma prática de cuidado eminentemente humanista.

E, por último, obtém-se o terceiro fato, a orientação da gerência dos Estabelecimentos de Saúde continua sendo uma administração que busca produção quantitativa, execução de tarefas e o controle das pessoas, ao invés de praticar um cuidado humanista.

E mesmo com esses obstáculos, o enfermeiro briga por sua independência do poder médico e profissional, acredita que a Sistematização da Assistência (SAE), é um exemplo de conquista de espaço, e traduz o seu empoderamento no que se refere à assistência ao paciente. A SAE é considerada pelo enfermeiro a essência da prática da enfermagem, instrumento e metodologia da profissão, e como tal, ajuda na tomada de decisões, na prevenção e avaliação de consequências, relacionadas ao cuidado. A tomada de espaço institucional pelo enfermeiro amplia a sua capacidade ética e moral, descortinando a sua invisibilidade (RIBEIRO, et al, 2012). É imprescindível destacar a fala de Ramos, em relação a essa invisibilidade:

A ideia de um saber invisibilizado decorre, exatamente, da forma como o potencial de um discurso que se propõe questionador e crítico se vê reduzido a um conjunto de falas já dadas, formulações deslocadas de seu entorno de debate e sitiadas em espaços delimitados e fechados; muitas vezes pouco avançando ou inovando em relação a conteúdos e formas de ensino tradicionais. Tal potencial se torna invisível ao não se embrenhar no discurso do dia-a-dia, ao não se mostrar como possibilidade de construção

de outros discursos, ao não se implicar no que parece, à primeira vista, ‘não lhe dizer respeito’ (RAMOS, 2007, p. 68).

E com o intuito de fortalecer e dar visibilidade ao fazer da enfermagem como profissão, mas também destacar o poder e o saber destas enfermeiras dentro das instituições hospitalares do Estado de Santa Catarina (incluindo hospitais pediátricos), descartando essa impessoalidade do enfermeiro em relação ao poder exercido em suas ações do cotidiano profissional, foi que as autoras Borenstein e Padilha (2011) em um de seus importantes estudos, organizaram a construção de um livro, onde retratam através das experiências de algumas pesquisadoras como Maia (2011), Costa (2011a), Gregório (2011) e Costa (2011b) em diferentes cenários, o poder e o saber das enfermeiras nas instituições de saúde de Santa Catarina. Em seus resultados apontam que a enfermagem exerce forte poder dentro do contexto hospitalar, devido ao seu saber empregado diariamente ao seu fazer, visões que se ampliaram largamente ao longo da história da enfermagem.

3 REFERENCIAL TEÓRICO – FILOSÓFICO

Michel Foucault (1926-1984) foi um filósofo considerado por alguns estudiosos como autor pós-moderno, os seus estudos estão baseados e reconhecidos pela relação que estabelece entre saber e poder. Segundo Costa (2009, p. 32) é um teórico “enigmático, polêmico, problematizador, que, com sua leitura, nos desperta sentimentos antagônicos. Ler a obra de Foucault é extremamente desafiador, compreendê-lo, força-nos a ir e vir no cotidiano de nossas práticas e decisões”.

3.1 MICHEL FOUCAULT – UM BREVE RELATO BIOGRÁFICO

Dentro da vertente filosófica é possível encontrar autores como Veiga Neto (2004), Santana (2008), Machado (2011), Albuquerque Júnior (2012) entre outros que discursam e utilizam Foucault em seus estudos. E, em especial, Júnior faz um breve relato biográfico a respeito de Paul-Michel Foucault, que nasceu em Poitiers, no dia 15 de outubro de 1926 e faleceu em Paris, na França, em 1984.

Michel Foucault foi um filósofo Francês, um dos maiores pensadores contemporâneos. Possui grande influência junto ao meio intelectual no ocidente. Diplomou-se em psicologia e filosofia. Ensinou filosofia em Universidades francesas e obteve a cátedra com o tema "história dos sistemas de pensamento" no Collège de France. Aos 28 anos, publicou o seu primeiro livro, "Doença mental e personalidade", (1954). Mas o seu grande clássico foi “História da Loucura na Idade Média” (1961), escrito para a obtenção de seu doutorado na Sorbonne. Nessa última obra, Foucault analisou o desprezo que as pessoas tinham no século 19 pelos doentes mentais. Publicou ainda: “Nascimento da Clínica”, (1966), “As Palavras e as Coisas” e “Arqueologia do Saber” (1969). Ainda deixou inacabado o livro “História da Sexualidade”. Nos anos 60, Foucault estava incluso no rol dos pensadores estruturalistas, como Claude Lévi-Strauss, Roland Barthes e Jacques Derrida, embora alguns autores não o considerem parte daquela escola de

pensamento. Acreditava que a prisão, mesmo que fosse exercida por meios legais, era uma forma de controle, dominação burguesa no intuito de fragilizar os meios de cooperação e a solidariedade do proletariado. O filósofo ainda criticava a psiquiatria e psicanálise tradicionais, no seu modo de ver, instrumentos de controle e dominação ideológica. Foucault morreu vítima de AIDS, em Paris, no ano de 1984 (ALBUQUERQUE JUNIOR, 2012, p. 6-7).

3.2 A ESCOLHA DO REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

A escolha por Michel Foucault se deve aos aspectos da metodologia foucaultiana de análise, que permitirá investigar - no Hospital Infantil Joana de Gusmão (antes, HIJG), as relações de poder e saber das enfermeiras na organização e implementação do Serviço de Enfermagem à luz de seu referencial teórico. Pretendo compreender de que forma as relações de poder/saber vêm se configurando desde o início do Serviço de Enfermagem no HIJG, entendendo como um acontecimento relacional, que se dá no cotidiano da convivência humana, em todas as direções e espaços da vida social, pode refletir no discurso e na prática social.

Foucault nos faz um constante convite para olhar o que acontece a nossa volta, no dia-a-dia com diferentes formas e associações, aquilo que aparentemente não nos remete significância, parece usual, desinteressante, como nossos gestos, atitudes, o que escrevemos e como falamos, por vezes de forma obsoleta e ainda não analisada dentro do cotidiano no qual somos inseridos e transformados. Tudo em prol da identificação dos problemas específicos, em sua origem, arraigados nestas sucessões de acontecimentos do cotidiano, pois se refletirmos, são estes que constroem e sustentam a existência humana (COSTA 2009; AZEVEDO, 2005).

Além disso, Foucault propõe que o objetivo filosófico e análise crítica do ambiente em que vivemos têm de ser feito pela reconstrução histórica dos diversos meios que os homens desenvolvem um saber sobre si, dentro da cultura na qual estão inseridos, nas diferentes ciências, como na Medicina, na Psiquiatria, na Economia, analisando esses saberes para compreender a si mesmo (LUNARDI, 1997; COSTA, 2009).

Dessa forma, ao historicizar o poder que as enfermeiras desempenharam no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no HIJG, pretendo desvelar como este saber vem sendo produzido, procurando reproblematicar as práticas e relações estabelecidas no cotidiano hospitalar no período de 1977 a 1991.

O filósofo, no decorrer de suas obras, uma inquietação em relação aos meios e ações usados pelo poder para embasar o homem contemporâneo, e as relações deste poder com o saber e a verdade. O referencial foucaultiano nos impulsiona para o poder de construção de uma história do presente, permite lançar um olhar de profunda análise crítica possibilitando, uma reproblematicação dos dispositivos existentes no cotidiano (FOUCAULT, 2011a).

Quanto ao motivo que me impulsionou foi muito simples. Para alguns, espero, esse motivo poderá ser suficiente por ele mesmo. É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ela assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida em que a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar e refletir (FOUCAULT, 2011, p. 13).

Foucault (2011) discute que as relações de poder não acontecem, exclusivamente, nem no nível do correto, nem no nível da violência; tampouco são basicamente enfáticas ou unicamente repressivas. Ainda segundo o autor, na visão tradicionalista, a relação de poder é definida como algo unidirecional, limitador, na qual apenas um lado diz não, e é comum o castigo decorrente de uma postura imponente.

Ao oposto disto, o poder é algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas, os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder. São sempre centros de transmissão

(FOUCAULT, 2011a, p. 183).

Para o teórico a ideia de repressão é descartável, pois o poder é existente e mantido porque “[...] não pesa só como uma força que diz não, mas que [...] permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que permeia todo o corpo social” (FOUCAULT, 1995, p. 8). Essa visão produtiva de poder, defendida por Foucault, mantém o poder forte e idealizador. Por outro lado, se a atuação do poder estivesse firmada apenas em repressão e censura, como defendiam os tradicionalistas, este seria frágil.

Foucault “foi um pensador impelido pela curiosidade. Revisou e expandiu suas investigações através da autocrítica e da autorreflexão”. Estudou e confrontou formas novas e resolutivas para olhar a história, as práticas sociais, as relações de poder/saber, investindo sempre em modos para transformá-las (EIZIRIK, 2005, p. 21).

Apesar das produções de Michel Foucault estarem direcionadas para as relações de saber/poder/verdade, o foco de seus estudos sempre foi o sujeito. Foucault interessa-se pela essência e pelos fatos raros da existência humana que não são observáveis na iminência da razão. Existe sim, uma grande lacuna entre eles que não podemos conceber, pois o que está sob nossos olhos, nem sempre é o que vemos (VEYNE, 1995).

Foucault, não desenvolveu uma nova prática, apenas trouxe a tona o que a prática realmente representa. A sua maneira, expõe o modo como as pessoas se relacionam, a forma como fazem as coisas, faz isto de forma dinâmica e objetiva, sem reentrâncias. “Não há objetos naturais, não há coisas. As coisas, os objetos, não são senão os correlatos das práticas” (VEYNE, 1995, p. 160).

O método foucaultiano coloca o sujeito no espaço da experiência, não como norma constituinte, mas como forma constituída de maneira incompleta. Falar de sujeito, das suas experiências, é falar das complexas relações que os indivíduos mantêm consigo mesmos, com outros e com a verdade. O sujeito se constituiu na experiência e através de práticas e tecnologias (FOUCAULT, 2007).

Segundo Costa (2009, p. 33), Foucault aponta que “enquanto o sujeito é colocado em relações de produção e de significação é igualmente colocado em relações de poder muito complexas”. Como, por exemplo, o papel do enfermeiro na relação perante a equipe e paciente dentro de um contexto de cuidado, sendo visto como signatário

do cuidado. Costa (2009) também afirma que o poder dentro da perspectiva foucaultiana, é entendido como uma proposta conceitual que tenta compreender como as práticas sociais transitam e se constituem como condições de possibilidade, sem conotação histórica tradicionalista.

O indivíduo é uma produção do poder e do saber (...) temos antes que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil), que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (FOUCAULT, 2005, p. 27).

Saber e poder, portanto, para o autor não se confrontam, mas se articulam. E dentro da complexidade desta relação, temos um ir e vir constante das posições no interior das relações sociais instituídas e destituídas ao longo da trajetória histórica.

Enfim, ao utilizar Foucault, entendo que a análise do objeto de estudo toma novos rumos e novos olhares. Investigar como as relações de saber/poder das enfermeiras vem se construindo desde o início do Serviço de Enfermagem no HIJG, utilizando o referencial teórico de Foucault, permitir-nos-á usar seus conceitos para visualizar os diferentes modos de fazer e de se exercer poder por essas profissionais em sua época.

3.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A NOÇÃO DE PODER EM FOUCAULT

As relações saber/poder na sociedade são assuntos bastante estudados nas obras de Michel Foucault, e que, de uma forma ou de outra, esteve presente em quase todos os seus estudos (BORENSTEIN, 2000). Apesar de Foucault “insistir no fato de que seria o sujeito, o tema principal de sua pesquisa, parece ser o poder” (1995, p. 232). Para o filósofo francês, o poder na visão tradicional, ou visão jurídico-discursiva é visto como que instituído por pessoas ou por instituições.

Nesta visão, o indivíduo que detém o poder, pode fazer uso dele da forma como lhe convier, conduzindo seus efeitos. Esta concepção, de que o poder pode ser gerido como algo que é dado, dentro dos limites,

que reprime, proíbe e pode ter comando racional, para Foucault é a forma jurídico – discursiva, pois está centrada na lei (FOUCAULT, 2011a). De acordo ainda com esta concepção, o poder sempre é exercido em uma relação negativa, trazendo como significados a rejeição, ocultamento, exclusão; e o poder é exatamente o que dita a regra, a lei, reduzindo a ser legal-ilegal.

Porém, Foucault estuda e defende um poder dinâmico, relacional. Segundo Carvalho (2012, p. 20) “o termo poder designa relações entre parceiros, individuais, ou coletivos. Um conjunto de ações que se induzem e se respondem umas às outras. O poder é algo que se exerce em rede. Não existe uma entidade que centraliza o poder”.

A autora ainda ressalta que “o poder pode ser praticado tanto no nível macro quanto no micro. Para que haja relação de poder, o outro (aquele sobre qual o poder é exercido) deve ser inteiramente reconhecido e mantido até o fim como sujeito de ação” (CARVALHO, 2012, p. 20).

Foucault não desenvolveu uma teoria sobre o poder, ele rejeitava tal ideia. A palavra “Teoria” trazia consigo muito mais significado de poder do que de instrumento de conhecimento. Quando se reportava de maneira mais sistemática ao poder, utilizava termos como “precauções metodológicas”, “regras” entre outros, mas nunca a palavra teoria. O autor deixa claro em sua fala, a sua ânsia em estudar as questões de poder:

[...] Não vejo quem – na direita ou na esquerda – poderia ter colocado este problema do poder. Pela direita, estava somente colocado em termos de constituição, de soberania etc., portanto em termos jurídicos; e, pelo marxismo, em termos de aparelho do Estado. Ninguém se preocupava com a forma como ele se exercia concretamente e em detalhe, com sua especificidade, suas técnicas e suas táticas. Contentavam-se em denunciá-lo no “outro”, no adversário, de uma maneira ao mesmo tempo polêmica e global: o poder no socialismo soviético era chamado por seus adversários de totalitarismo; no capitalismo ocidental, era denunciado pelos marxistas como dominação de classe; mas a mecânica do poder nunca era analisada (FOUCAULT, 1981, p. 6).

O seu interesse não estava focado em construir mais um conceito de poder, mas sim em analisar tal poder como prática social,

consequentemente, entender as formas do exercício deste poder na sociedade. Conforme Machado (2011, p. X) [...] O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente”. Assim, mais do que simplesmente conceituar o poder, Foucault achou importante indagar a seu respeito:

[...] quais são, em sem seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, os diversos mecanismos de poder que se exercem a níveis diferentes da sociedade, em domínios e com extensões tão variados? [...] a análise do poder ou dos poderes podem ser, de uma maneira ou de outra, deduzida da economia? (FOUCAULT, 1981, p. 174).

O poder, para Foucault (1995, p. 227) “funciona com um conceito que tenta compreender como as práticas sociais operam, sem cair em uma teoria tradicional histórica”. O teórico ainda faz menção as relações poder/saber que estão implicadas no conceito de poder, que dão origem aos processos e as lutas que atravessam e constituem o campo de poder/saber, que determinam as formas e os campos possíveis de conhecimento (FOUCAULT, 2005). Apresenta um conceito de poder que é diferente dos tradicionais. Foucault reafirma isso, quando destaca dizendo que o poder pode ser:

A multiplicidade das correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, por meio de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte, os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolem entre si, enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais (FOUCAULT, 2007, p. 88-89).

Portanto, o poder se constitui em correlações sobre ações possíveis, uma relação que só existe como tal e opera sobre o campo de possibilidades em que se inscreve o comportamento dos sujeitos ativos.

Foucault ao longo de suas pesquisas evidenciou que as práticas de poder possuíam maneiras peculiares de aplicação, nos diferentes tempos históricos, como uso da tortura, da masmorra, da punição corporal

ostensiva e pública. Tais práticas perduraram por muito tempo, de modo que permaneceram quase constantes até o início da modernidade (MACHADO, 2005).

O autor supracitado ainda afirma que, entre os séculos XVII e XVIII, ocorreram transformações sociais, que alteraram a dinâmica do poder permanentemente, entre elas, “os sistemas disciplinares modernos e sua nova tecnologia política dos corpos” (MACHADO, 2005, p. 124).

Machado, em seu estudo a respeito do teórico Michel Foucault relata que o pensador se deparou com “o aparecimento de uma biopolítica na segunda metade do século XVIII, ou seja, o surgimento de uma série de “novos controles reguladores” que incidem não mais somente sobre corpos individualizados, mas sobre o conjunto complexo e heterogêneo de indivíduos que formam a população” (2005, p. 124). Em consequência dos fatos ocorridos na dinâmica do poder, ao longo dos séculos, Foucault aponta, em linhas gerais, três grandes modelos de exercício do poder: o soberano, o disciplinar e o biopoder.

As suposições políticas de soberania apresentavam o soberano como uma personalidade com enfoque jurídico de destaque, este se relacionava somente com uma classe social específica, deixando claro que “o poder se exercia essencialmente como instância de confisco, mecanismo de subtração, direito de se apropriar de uma parte das riquezas: extorsão de produtos, de bens, de serviços, de trabalho e de sangue, imposta aos súditos”. Portanto, o poder soberano tinha direito de legitimidade sobre os homens “apropriando-se de seus bens, tomando seus corpos, limitando suas liberdades ou, no limite, decidindo entre duas opções extremas: a de causar a morte ou de deixar viver” (FOUCAULT, 2007, p.148).

A soberania institui uma das maneiras de exercer poder, porém não é possível garantir que esta forma de poder possa contemplar o poder em toda a sua generalidade. Por conta disso, a partir do século XVIII, destaca-se uma nova proposta de economia de poder, passando a funcionar através de práticas disciplinares que visam à construção de uma sociedade útil, produtiva e obediente. Esta nova inflexão do poder tem como objetivo, disciplinar os indivíduos e incidir sobre eles uma série de normas e regras que inserem seus corpos em um espaço de conhecimento, de saber e, claro, de ação mais eficaz de poder (FOUCAULT, 2007).

No que tange ao poder disciplinar, partimos do objetivo de manipular os corpos, fazendo-os que sejam economicamente lucrativos, mantendo a sociedade industrial e capitalista da época (SANTOS,

2010). Segundo Machado, Foucault define disciplina como “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que assegurem a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (2011, p. XVII).

Em consonância com as novas transformações, mais precisamente no início do século XIX, Foucault aponta que o poder sofre novas modificações, tomando a forma de um poder que, similar ao poder soberano, toma para si a vida dos indivíduos, tendo autonomia para decidir seu destino. O que os diferencia é que a decisão não está mais focada entre “causar a morte ou deixar viver”, mas na escolha entre “causar a vida ou devolver à morte” os homens sob o poder do Estado. A nova estruturação do modelo político dá vida a um novo modo de poder, o biopoder. Cabe considerar que, apesar de tantas apresentações de poder, indiferente de suas formas, o mesmo se encontra enraizado na sociedade moderna, comprovando que mesmo com as transformações nestas relações nenhuma delas foi superada. Configurando-se, na vida, como preocupação de uma população como espécie viva (FOUCAULT, 2007).

É nesse sentido que Foucault pode afirmar que “a velha potência de morte em que se simboliza o poder soberano é, agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” (FOUCAULT, 2007, p. 152).

3.4 RELAÇÕES DE SABER – PODER NO ESPAÇO HOSPITALAR

Com o advento do hospital terapêutico, no final do século XVIII, a figura do médico passa a ocupar lugar de destaque no ambiente hospitalar. Este por sua vez, é visto como detentor do saber, passando a exercer poder sobre o paciente, seu corpo e mente como também começa a tomar decisões relacionadas aos trabalhadores do hospital.

Entretanto, de maneira implícita, sutil e aparentemente invisível, as religiosas da Enfermagem detinham um poder. Eram elas que permaneciam todo o tempo ao lado dos doentes e que sabiam do que eles realmente necessitavam. Eram elas que, muitas vezes, determinavam o que seria ou não prescrito para cada doente, a priorização dos cuidados, e a delegação das tarefas (BORENSTEIN, 2000a, p. 21).

Para se discutir as relações de saber - poder se faz necessário, frente aos conceitos até então, apresentados por alguns autores,

tematizar uma noção sobre o conceito de poder traduzido por Foucault. O teórico vê o poder como “relações de força, numa visão de possibilidade, processo, movimento com um permanente convite ao jogo, trazendo embutido o desvelamento de que podemos ser imensamente livres do que acreditamos ou do que nos fazem acreditar que somos” (LUNARDI, 1999, p. 54).

A instância do poder domina todo o processo relacional e funciona como um centro de transmissão, exercendo uma multiplicidade de relações de forças. Foucault aponta que:

O poder só se exerce sobre "sujeitos livres", enquanto "livres" – entendo por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Não há relação de poder onde as determinações estão saturadas – a escravidão não é uma relação de poder, pois o homem está acorrentado (trata-se de uma relação física de coação) _ mas quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Não há relação de poder sem resistência. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede de poder (FOUCAULT, 1995).

Foucault (1992) diz que o poder atinge a realidade mais concreta dos indivíduos e que se situa dentro do próprio corpo social penetrando na vida cotidiana de cada um. Este tipo de poder, Foucault denomina “micropoder”, ou seja, aquele que se exerce em níveis variados e pontos diferentes das relações sociais. Porém, para o surgimento desses micropoderes é necessário associá-los ao saber que transportam, pois cada poder está embasado em um tipo de saber. Assim, os saberes femininos, muito presentes no dia-a-dia das enfermeiras, também incorporam um determinado tipo de poder que, muitas vezes, é mais obscuro, mais implícito e pouco visível nas relações das quais participam essas profissionais.

O poder é visto de forma positiva, com ênfase em sua força produtiva. Que tem a produção do sujeito como um de seus principais resultados. Assim, o poder só se exerce em relação, situa-se na vida cotidiana de cada um e é imanente a todas as relações. Isso confere outras nuances às relações, inclusive àquelas sempre pensadas em termos de dominação, com um dos sujeitos colocado na posição de vítima, de submissão (FOUCAULT, 2011).

As relações de poder podem ser comparadas a uma teia que se expande por todo o corpo social. No interior dela se dão as lutas pela inversão de posições o que retira do poder as polaridades segundo as

quais alguém o manteria em suas mãos, enquanto outros, sem ele, submeter-se-iam (FOUCAULT, 2011).

A relação existente entre a Enfermeira e o médico, apresenta forte resistência e é ainda imperceptível aos olhos da sociedade. A Enfermagem evoluiu historicamente em relação a sua identidade, em relação a sua ética do eu, aumentou a sua resistência ao poder imposto, se encontra mais posicionada no que se refere à tomada de decisões no contexto institucional. Mas ainda tem pouca governabilidade sobre as questões que envolvem as relações de poder, que permeiam constantemente a sua identidade profissional.

Em outras palavras, consideramos a questão do poder, do poder político, situando-se na questão mais geral da governamentalidade – “entendida a governamentalidade como um campo estratégico de relações de poder, no sentido mais amplo do termo, e não meramente político” (FOUCAULT, 2011, p. 225).

Enquanto a teoria do poder político como instituição refere-se, ordinariamente, a uma concepção jurídica do sujeito de direito, parece-me que análise da governamentalidade – isto é, a análise do poder como um conjunto de relações reversíveis – deve referir-se a uma ética do sujeito definido pela relação de si para consigo. Isso significa muito simplesmente que, no tipo de análise que desde algum tempo busco lhes propor, devemos considerar que relações de poder/governamentalidade/governo de si e dos outros/relação de si para consigo compõem uma cadeia, uma trama e que é em torno dessas noções que se pode, a meu ver, articular a questão da política e a questão da ética (FOUCAULT, 2011, p. 225).

As relações de poder implicam força desigual e relativamente estabilizada, o que remete à existência simultânea de um movimento de cima para baixo e um de baixo para cima, que as sustenta, dando a ideia de dois pratos de uma balança que se equilibram, tendo sempre a possibilidade de inverter posições (LUNARDI, 1999).

Uma reflexão sobre relações de poder no Serviço de Enfermagem envolve aspectos das práticas cotidianas da equipe e da subjetividade dos sujeitos nelas envolvidos. O Serviço é muito mais do que uma prática em si. Assume a dimensão do significado atribuído pelos diferentes sujeitos (enfermeiros, médicos, pacientes, familiares, etc.) que interagem seus diversos cenários. Propõe-se, aqui, uma reflexão sobre as relações de poder na organização de um Serviço de Enfermagem, considerando sua complexidade, os múltiplos processos que o constitui e as circunstâncias que determinam as formas de se pensar e de se agir

em relação a ele. Para isso, é preciso pensar a subjetividade do sujeito, considerando como os limites profissionais são estabelecidos e mantidos e quais são os efeitos dessas relações para os sujeitos envolvidos, uma vez que relações de poder são definidas em transformações contínuas.

As relações de poder que se manifestam em nossa sociedade formam cadeias, nas quais o saber contribui para a instituição de uma relação dominador-dominado (FOUCAULT, 2007).

A questão passa a ser ‘quem pode dizer o que está sendo dito, que posição ocupa o sujeito que pode enunciá-la, de que lugar ele fala ou a que campos de saberes ele pertence, com que enunciados se relaciona’. Assim, o foco se dirige para os modos sob os quais se exerce o poder de definir verdades (RAMOS, 2007, p. 53).

Pensando nessa perspectiva de formular, moldar e ordenar a realidade dos sujeitos que produzem a verdade, o real, encontramos a constituição da subjetividade do ser enfermeiro que está inserido em um contexto emergente, com discurso específico – de práticas a ele relacionadas – e de uma forma em que o indivíduo não apenas “vê como deve ser, mas se vê e se descreve como deve ser visto e descrito” (RAMOS, 2007, p. 53).

Nesse contexto de discussão, Foucault (2011) afirma que o estudo genealógico é o levante dos saberes contra os efeitos de poder centralizados que estão ligados à Instituição, ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior de uma sociedade.

Michel Foucault foi um teórico que colocou como objetivo do pensamento fazer a arqueologia do tempo presente, e com isso nos intimou a fazer do presente o nosso problema, que conclamou a sermos capacitados de nos tornarmos diferentes de nós mesmos, e que nos motivou a realizarmos um diagnóstico do que estamos fazendo com nosso tempo (COSTA, 2009).

4 PROPOSTA METODOLÓGICA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica. De acordo com Minayo (2010, p. 25) a pesquisa qualitativa:

É um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos, e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular.

Este tipo de pesquisa pode ser utilizado quando os dados não exigem números, mas qualidade na informação coletada, e que possa desenhar o fenômeno pesquisado de modo a contribuir com a pesquisa (LEOPARDI, 2006). Vai além da descrição do objeto estudado, visando a conhecer melhor a realidade cultural e as experiências sociais, vivenciadas pelos participantes que compõem o estudo.

Os pesquisadores qualitativos podem influenciar as políticas sociais na medida em que isolam populações-alvo, mostram os efeitos imediatos de programas específicos sobre esses grupos e isolam as restrições que agem contra as mudanças das políticas nesses cenários (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Para Padilha e Borenstein (2005, p. 577), a pesquisa com enfoque histórico tem o “propósito de demonstrar os sucessos, fracassos, ocorrências em geral ou eventos no âmbito de interesse do historiador; e se entende por metodologia, o modo pelo qual são enfocados os problemas e se buscam as respostas”. A utilização dos estudos históricos nesta pesquisa possibilitaram o reconhecimento e a personificação de um determinado grupo social no seu espaço temporal, respeitando o contexto no qual se encontra inserido.

A pesquisa histórica tem como finalidade “lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras”. Um traço importante e que demonstra veracidade a esta investigação está relacionado às informações alcançadas pelo pesquisador com os participantes que vivenciaram o

evento que se investiga, no lugar e tempo específicos (PADILHA; BORENSTEIN, 2005, p. 577).

A pesquisa histórica, possibilitou o alcance do objetivo deste estudo que foi historicizar o poder que as enfermeiras desempenharam no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no HIJG, no período de 1977 a 1991, foi ainda possível perceber a trajetória histórica dessas profissionais, seus marcos, seus fazeres. Quais dificuldades que tiveram que enfrentar para construir sua história. Realmente de fato, conhecer a relação de saber/poder que as enfermeiras estabeleceram com outros profissionais de saúde naquele período histórico.

4.2 CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), situado em Florianópolis - Santa Catarina é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde. Tem como visão permanecer como centro de excelência e de referência para o Estado de Santa Catarina. Como missão acredita prestar, de acordo com princípios éticos e humanizados, atendimento preventivo, curativo e social a crianças e adolescentes, bem como formar e capacitar recursos humanos e incentivar a pesquisa clínica. Possui uma área de 22.000 m² e é dividido nas unidades de internação: A (Adolescente e Apartamento), B, C, D, E, HDC, Berçário, Emergência Interna, Isolamento, Oncologia, Ortopedia, Queimados, UTI Geral e UTI Neonatal.

As unidades são especializadas em: Cardiologia, Cirurgia (Pediátrica Geral, Bucomaxilofacial, Cardiovascular, Neurocirurgia, Plástica, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Urologia), Endocrinologia, Gastroenterologia, Hebeatria, Infectologia, Nefrologia, Neonatologia, Neurologia, Nutrologia, Oncohematologia, Queimadura, Pediatria Geral, Pneumologia, Psiquiatria e Terapia Intensiva.

O HIJG atua como polo de referência Estadual para as patologias de média e alta complexidade, sendo: 75,91% pacientes oriundos de Florianópolis e da Grande Florianópolis (São José, Palhoça, Biguaçu, Santo Amaro da Imperatriz) e 24,09% de outros municípios do Estado de Santa Catarina. Atualmente, conta com 116 leitos ativos, 816 funcionários e produziu no primeiro semestre de **2013**:

- 3.228 internações;
- 37.494 consultas ambulatoriais;

- 37.874 atendimentos emergenciais;
 - 2.949 cirurgias;
 - Índice de mortalidade geral 1,52%;
 - Taxa de doentes que apresentaram infecção 2,7%;
 - Taxa de infecção hospitalar 3,5%.
- (<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/instituicao.htm>).



Figura 1 – Foto atual do HIJG (Conserva a mesma estrutura desde a inauguração)

Fonte: Hospital Infantil Joana de Gusmão (2013).

Embora seja uma pesquisa sobre a atuação das enfermeiras no Hospital Infantil Joana de Gusmão, a coleta de dados foi realizada em diferentes locais. Estes foram determinados pelas próprias entrevistadas, acontecendo em suas residências, locais de trabalho ou no próprio HIJG, conforme as conveniências.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Além das enfermeiras, que ocuparam cargos de gerentes de Enfermagem e Assistenciais, também participou um médico⁸ – diretor

⁸ A escolha do médico justifica-se por se tratar do fundador do hospital e também por se manter na Direção Geral no período que compreende o recorte histórico da pesquisa.

geral do HIJG e as primeiras enfermeiras contratadas, pessoas que tiveram efetiva participação no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no HIJG no período de 1977 a 1991. Estes participantes foram selecionados a partir das informações do setor de Recursos Humanos do HIJG e de uma entrevista realizada com a primeira chefe do Serviço de Enfermagem do HIJG, a enfermeira Adélia Ramos da Silva, por entender que esta entrevista deveria ser o ponto de origem do estudo, ou seja, ponto zero. Para Thompson, “a melhor maneira de dar início ao trabalho pode ser mediante entrevistas exploratórias, mapeando o campo e colhendo ideias e informações” (1998, p. 254) (Apêndice A).

A escolha dos entrevistados foi guiada de acordo com os objetivos do estudo e foi subsidiada pela posição do entrevistado no grupo, da importância de sua experiência. É conveniente selecionar os entrevistados entre aqueles que participaram, viveram ou se inteiraram de ocorrências ou situações ligadas ao tema e que possam fornecer depoimentos significativos (ALBERTI, 2004).

O dimensionamento do número de entrevistas seguiu o critério de saturação dos dados. Segundo Minayo, “entende-se por critério de saturação, o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo” (2010, p. 197). No entanto, o pesquisador pode e deve ter projetado em mente o montante de entrevistas e serem realizadas em campo à medida que as informações necessárias ao estudo venham à tona.

A saída do campo ocorreu quando o pesquisador encontrou o ponto de saturação, momento em que o mesmo observou que nas entrevistas ocorria a repetição da informação de modo que as mesmas praticamente esgotaram o contexto abordado na pesquisa (FERREIRA, 1994).

Dessa forma, os sujeitos da pesquisa foram dez Enfermeiras Assistenciais e que também ocuparam cargos de Gerência de Enfermagem no HIJG e um médico que ocupa o cargo de Diretor Geral do HIJG. A seguir, apresenta-se um breve relato biográfico destes entrevistados em ordem alfabética.

ADÉLIA RAMOS DA SILVA – Enfermeira Assistencial - Chefe do Serviço de Enfermagem

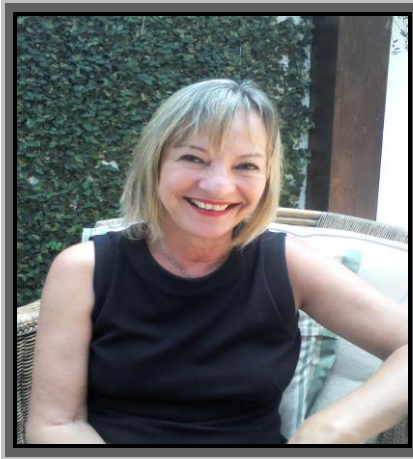


Fonte: Arquivo pessoal da entrevistada

Nasceu em 1953 no Município de São José – SC, filha de João Carlos Ramos e Alcina da Silva Ramos. Graduiu-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1975. Fez Curso de Especialização em Administração Hospitalar pela Fundação Hospitalar. Iniciou sua carreira profissional em 1976, no Hospital Infantil Edith Gama Ramos, como Chefe do Serviço de Enfermagem da Emergência. Em 1977, passou a exercer o cargo de Chefe do Serviço de Enfermagem da Instituição. Com a inauguração do Hospital Infantil Joana de Gusmão em 1979, foi convidada para dar continuidade na Chefia de Enfermagem nessa nova Instituição, onde se manteve até 1981. De 1981 até 1985, foi Chefe do Serviço de Emergência do HIJG, e posteriormente assumiu o cargo de Coordenadora do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, permanecendo até 1992. Nesse mesmo período atuou como Monitora do Centro de Treinamento em Controle de Infecção Hospitalar do Ministério da Saúde. Em 1992 foi transferida para a Secretaria de Estado da Saúde, para implantar o Programa de Controle de Infecções de Hospitais, atuando até 1994. Foi Docente

substituta na Unisul no curso de Enfermagem, na disciplina de Administração em Tubarão, durante aproximadamente dois anos. Foi responsável técnica de uma Central de Esterilização de Oxido Etileno, e implantou a Central de Esterilização em São José, a HOSPITEC. Após, retornou para a Secretaria do Estado da Saúde e atuou como gerente do Controle de Infecção de 1997 até o ano 2000. E finalmente foi transferida para a Vigilância Sanitária, onde se aposentou em 2007.

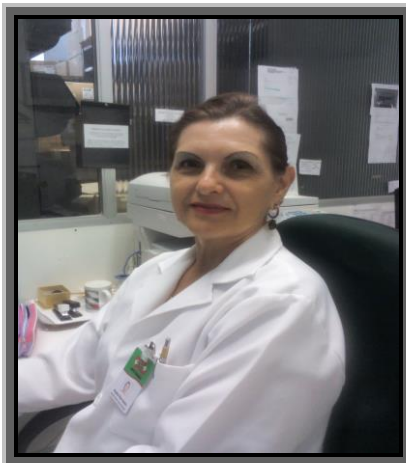
**ELEONORA CRISTINA LUZ STOCCO – Enfermeira Assistencial –
Chefia de Enfermagem**



Fonte: Arquivo digital do pesquisador

Nasceu em 1954, no Município de Florianópolis – SC, filha de Vílson Luz e Iete Maria Luz. Graduiu-se em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1975. E em 1979 graduou-se em Enfermagem pela mesma Universidade. Fez Especialização em Gestão de Serviço Público. Iniciou sua trajetória profissional como estagiária no HIEGR em 1979, logo foi contratada e passou a trabalhar como enfermeira assistencial no HIJG, passou por diversas unidades de cuidado, como o Berçário e inclusive na Chefia de Enfermagem, em 1980. Foi responsável por desenvolver a Divisão de Educação Continuada, que tinha como um de seus objetivos o treinamento para os novos servidores do hospital. Em 1989 foi convidada a assumir a Gerência de Descentralização Hospitalar na Fundação Hospitalar. Retornou ao HIJG em 2003 e se aposentou no ano de 2005.

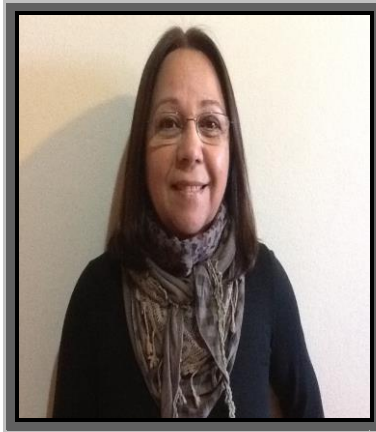
HAYDÉE ELLEN HOLETZ – Enfermeira Assistencial



Fonte: Arquivo digital do pesquisador

Nasceu em 1954, no Município de Blumenau – SC, filha de Heinz Holetz e Loure Elsa Holetz. Graduou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1979. Fez cinco Cursos de Especialização voltadas para a saúde. Iniciou sua trajetória profissional no Hospital São Sebastião em Florianópolis, e em seguida foi admitida no HIJG, onde participou ativamente da implantação da UTI pediátrica e do setor da CCIH. Foi responsável pelo setor de Desenvolvimentos Humanos. Atualmente trabalha na Divisão de Materiais da Instituição.

ISABEL BERRETA – Enfermeira Assistencial – Gerente de Enfermagem



Fonte: Arquivo pessoal da entrevistada

Nasceu em 1954, no Município de Florianópolis - SC, filha de Sílvio de Abreu e Adelina Alves de Abreu. Graduiu-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1979. Fez Curso de Mestrado em Saúde Coletiva pela UFSC. Iniciou sua trajetória profissional no HIJG, como supervisora do plantão noturno, logo após foi convidada para organizar e implantar a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde atuou como Chefe de Serviço. Em 1997, foi convidada a assumir a Gerência de Enfermagem, onde permaneceu por dois anos. Depois, foi transferida para a Escola de Formação em Saúde. Em 2002, assumiu no Setor de Educação Permanente da Secretaria Estadual de Saúde e atualmente trabalha no Setor de planejamento dessa Instituição.

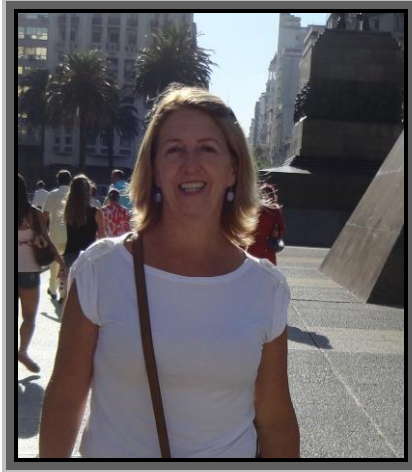
LÉLIA MESQUITA SANTANA – Enfermeira Assistencial – Gerente de Enfermagem



Fonte: Arquivo digital do pesquisador

Nasceu em 1956, no Município de Tubarão – SC, filha de Ewerton Prado Mesquita e Edna Damásio Mesquita. Formou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1979. Fez Curso de Especialização em Gestão Hospitalar. Toda a sua experiência profissional é voltada para a Pediatria. Trabalhou por aproximadamente cinco meses em Rio do Sul - SC, na Unidade Pediátrica do Hospital Cruzeiro. Logo após em 1979 veio para Florianópolis e passou a atuar no Hospital Edith Gama Ramos, por aproximadamente dois meses e em seguida foi transferida para o Hospital Infantil Joana de Gusmão, na sua inauguração em dezembro de 1979. Desde então, trabalhou durante quinze anos na Unidade de Emergência, e posteriormente sete anos na CCIH, e seis anos na Gerência de Enfermagem. Atualmente atua há quatro anos no Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HIJG.

LÍGIA MARIA VIEIRA PINHEIRO MARTINS – Enfermeira Assistencial – Gerente de Enfermagem



Fonte: Arquivo pessoal da entrevistada

Nasceu em 1957, no Município de Florianópolis – SC, filha de Laurindo Gonçalves Pinheiro e Normélia Vieira Pinheiro. Graduiu-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1979. Após sua Graduação trabalhou por três meses na Maternidade do Hospital Cruzeiro do Sul. No final de 1979, iniciou no HIJG como enfermeira assistencial do Setor de Infectologia, mas em seguida assumiu a Chefia de Serviço. Em 1991, foi convidada para o cargo de Gerente de Enfermagem. Após o seu mandato retornou a assistência até a sua aposentadoria em 2012.

MURILLO RONALD CAPELLA – Médico Cirurgião Pediátrico –
Diretor Geral



Fonte: Arquivo pessoal do entrevistado

Nasceu em 1936, no Município de Florianópolis – SC, filho de Celso Capella e Zilda Rita Capella. Graduou-se em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), em 1961. Foi professor titular doutor da UFSC. Dirigiu os Hospitais Edith Gama Ramos e Hospital Infantil Joana de Gusmão. Foi Superintendente da Fundação Hospitalar de Santa Catarina e Presidente da Associação Catarinense de Medicina, da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica, Academia Catarinense de Medicina e Vice-presidente da Associação Médica Brasileira. É membro emérito do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. É também o fundador da Unimed em Santa Catarina. É Diretor de Relações Internacionais da Associação Médica Brasileira (AMB). Em Florianópolis, foi vice-prefeito durante a segunda gestão de Ângela Amim, entre 2000 e 2004. Atualmente retornou ao cargo de Diretor Geral do HIJG.

RITA DE CÁSSIA HEINZEN DE ALMEIDA COELHO – Enfermeira Assistencial



Fonte: Arquivo pessoal da entrevistada

Nasceu em 1957, no Município de Indaial – SC, filha de Pedro João Heinzen e Pretonila Martha Schmitdt Heinzen. Gradou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1979. Fez Mestrado em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (PEN-UFSC). Foi admitida em agosto de 1979 no Hospital Governador Celso Ramos (HGCR), lotada como enfermeira assistencial no Setor de Internação de Clínica Médica Masculina. Em 1980, foi transferida para o HIJG, onde atuou como enfermeira assistencial na Emergência Pediátrica durante dois anos. Atualmente, trabalha como enfermeira no Setor de Alto Custo da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

ROSANA BEATRIZ REIS GANDIN – Enfermeira Chefe de Seção do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH



Fonte: Arquivo pessoal da entrevistada

Nasceu em 1956, no Município de Florianópolis – SC, filha de José Maria de Carvalho Reis e Maria Catarina Cardoso Reis. Graduou-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1977. Foi Docente na Unisul de Tubarão no ano de 1978 na área de Saúde Pública. Em 1979, trabalhou no Hospital Pediátrico de Itajaí. No final desse mesmo ano regressou à Florianópolis e ingressou no HJG. Trabalhou na UTI, teve uma participação importante na sua implantação e logo após assumiu a Chefia de Serviço do Berçário. Há dez anos atua como Chefe de Seção do Serviço de Comissão de Infecção Hospitalar (SCIH).

ROSANI RAMOS MACHADO - Enfermeira Assistencial – Gerente de Enfermagem



Fonte: Arquivo pessoal da entrevistada

Nasceu em 1957, no Município de Florianópolis – SC, filha Otávio Ramos e Jandira Maria da Silva Ramos. Graduiu-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1980. Fez Mestrado e Doutorado em Enfermagem pelo PEN-UFSC. Foi Docente por cinco anos na Univali. Trabalhou no período de 1980 a 1982 em vários hospitais (Hospital São José, em Joinville - SC, no Hospital São João Batista, em Criciúma). Em 1982, ingressou no HIJG, onde atuou na assistência e também como Chefe de Serviço da Unidade C e posteriormente assumiu a Gerência de Enfermagem permanecendo o período de 1989-1991. Atualmente trabalha no setor de planejamento da Secretaria Estadual de Saúde.

TEREZINHA DE AQUINO VIEIRA JUNCKES – Enfermeira Assistencial



Fonte: Arquivo pessoal da entrevistada

Nasceu em 1953, no Município de Florianópolis – SC, filha de Geraldino Luiz Vieira e Zilma de Aquino Vieira. Graduiu-se em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em 1978. Fez Curso de Especialização em Violência Doméstica contra crianças e adolescentes (2003), Avaliação de Serviços de Saúde (2007). Atuou como enfermeira assistencial no HIJG no período de 1979 a 1986. Após foi convidada para trabalhar na implantação do Hospital Regional Homero de Miranda Gomes (HRSJ), onde posteriormente trabalhou no Berçário, no Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e finalmente na Gerência de Enfermagem, até 1999. Trabalhou também como enfermeira no HEMOSC e logo após foi transferida para o Setor de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde, onde atuou até 2012, quando se aposentou.

4.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados desta pesquisa foi realizada através das fontes orais (entrevista semiestruturada – Apêndices B e C). As entrevistas e coleta de dados documentais foram realizadas no período de abril a maio de 2013.

4.4.1 História Oral

A história oral é um método de pesquisa que “centra-se na memória humana e sua capacidade de rememorar o passado enquanto testemunha do vivido” (MATOS; SENNA, 2011). Definir conceitos para história é um grande desafio, porém Alberti traça uma linha coerente para defini-la, a autora a compreende como “método de pesquisa histórica, antropológica e sociológica que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo” (ALBERTI, 2004, p. 18).

Os avanços na história oral comprovam que, mais que um modismo, ela é uma determinante do conhecimento dos fatos e, por isso seus resultados não podem passar despercebidos, como mera onda passageira. Ela responde à necessidade de “preenchimento de espaços capazes de dar sentido a uma cultura explicativa dos atos sociais vistos pelas pessoas que herdaram os dilemas e as benesses da vida no presente” (MEIHY, 2002, p. 18). Os resultados da investigação, porém, devem ser um legado de apropriação pública.

A história oral pode agregar uma dimensão viva, trazendo novas perspectivas aos estudos históricos, pois o historiador, por vezes, necessita dos mais diferentes tipos de documentos, não apenas os escritos (MATOS; SENNA, 2011). A fonte oral evoluiu enquanto método, compondo uma importante parte da historiografia contemporânea. De acordo com Alberti,

[...] a história oral apenas pode ser empregada em pesquisas sobre temas contemporâneos, ocorridos em um passado não muito remoto, isto é, que a memória dos seres humanos alcance, para que se possa entrevistar pessoas que dele participaram, seja como atores, seja como testemunhas. É claro que, com o passar do tempo, as entrevistas assim produzidas poderão

servir de fontes de consulta para pesquisas sobre temas não contemporâneos (ALBERTI, 2004, 17).

Desta forma o avanço tecnológico garantiu maior visibilidade para a história oral como alternativa de pesquisa, possibilitou uma maior facilidade para a utilização deste instrumento, favorecendo a gravação das entrevistas e a constatação da manipulação de documentos escritos (MEIHY, 2002).

Utilizar a história oral como método de pesquisa é, estar fundamentada na experiência vivida e em emoções profundamente sentidas, é descortinar acontecimentos relevantes por muitas vezes desconhecidos. É esse passado vivido, bem mais do que o passado apreendido pela história escrita que servirá de apoio mais tarde para a memória. De acordo com Thompson, “A evidência oral, transformando os “objetos” de estudo em “sujeitos”, contribui para uma história que não só é mais rica, mais viva e mais comovente, mas também mais verdadeira” (1998, p. 137).

Este método permite a construção da história a partir das próprias palavras daqueles que vivenciaram e que participaram de determinado período, mediante suas concepções e, também, seu imaginário. O enfoque da pesquisa com esta metodologia está na ênfase atribuída ao sujeito da história, construtor de seu destino, entre possibilidades e limites. E ainda mais: “A lição importante é aprender a estar atento àquilo que não está sendo dito, e a considerar o que significam os silêncios. Os significados mais simples são provavelmente os mais convincentes” (THOMPSON, 1998, p. 204-205).

A história oral foi escolhida para este como metodologia de pesquisa, utilizei todas as etapas que advém desta metodologia: escolha do tema, justificativa, objetivos, elaboração das hipóteses do trabalho, descrição da comunidade de destino, definição da colônia, formação da rede, realização da entrevista, utilizando perguntas norteadoras e caderno de campo, transcrição, conferência, termo de consentimento, carta de cessão, arquivamento e cuidados éticos que devem ser vivenciados ao longo de toda a pesquisa (ALBERTI, 2004; MEIHY, 2002).

Neste estudo foi utilizada a história oral temática, que utiliza o recurso de roteiros e questionários que delimitam os temas a serem abordados durante a entrevista. É importante salientar que, os detalhes da história pessoal do narrador apenas interessam na medida em que revelam aspectos úteis à informação do tema central (MEIHY, 2002).

4.4.2 Fonte Oral - Entrevista

Neste estudo, foi adotada a entrevista temática/semiestruturada por ser mais adequada à investigação. Para Alberti (2004), as entrevistas temáticas são aquelas que versam, prioritariamente, sobre a participação do entrevistado no tema escolhido, enquanto que as histórias de vida incluem as trajetórias do entrevistado desde a infância até o momento presente, passando por diversas conjunturas que vivenciou ou se inteirou.

A entrevista caracteriza-se como o procedimento mais comum em uma pesquisa. “Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. [...] suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva” (MINAYO, 2010, p. 57).

Para a autora supracitada a entrevista é “[...] é, acima de tudo, uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do investigador. Esta técnica tem o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa e abordagem do investigador”. As entrevistas podem se apresentar de vários tipos, os mais comuns são: a entrevista **aberta**, onde o informante fala livremente sobre o tema em questão, e o investigador só questiona quando tem a intenção de obter mais informações ou aumentar a profundidade da reflexão e a **semiestruturada** “que combinam perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (MINAYO 2010, p. 261).

Como procedimento metodológico, a história oral busca registrar, garantindo assim a perpetuação das impressões, vivências, lembranças dos atores que se dispõem a compartilhar sua memória “e dessa forma permitir um conhecimento do vivido muito mais rico, dinâmico, e colorido de situações que, de outra forma, não conheceríamos” (MATOS; SENNA, 2011, p. 97).

Para a realização das entrevistas foi realizado contato telefônico prévio, quando o entrevistado foi informado do objetivo do estudo, da importância de sua participação e da possibilidade de aceitar ou não o estudo. Depois de aceite dos participantes para a entrevista, foram acordados: local, dia e horário, de acordo com a disponibilidade do entrevistado, tiveram duração média de duas horas, direcionada por um roteiro previamente elaborado contendo informações sobre a formação

profissional; questões relacionadas ao papel que desempenharam no hospital; ao saber-fazer no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem; e relacionadas às relações de poder desencadeadas no decorrer do processo. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente validadas e arquivadas no acervo documental do Grupo de Pesquisa GEHCES.

4.4.3 Fonte Documental

Na pesquisa histórica, além da história oral, o uso de documentos deve ser valorizado e apreciado. Alguns documentos originais podem ser utilizados como fotografias, cartas, memorandos, processos judiciais, entre outros (BORENSTEIN, 2004). “A análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros” (CELLARD, 2008, p. 295). As fontes documentais como os jornais serviram como importantes subsídios para a fundamentação desta pesquisa, possibilitando uma análise e interpretação contextualizada dos dados.

A busca destes documentos foi realizada no arquivo da Biblioteca Pública de Santa Catarina. Para realizar esta busca, entrei em contato com a Instituição e reservei os exemplares da época estudada.

4.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A análise e interpretação dos dados deste estudo ocorreu através da Análise de Conteúdo Temática de Minayo, à luz do referencial teórico de Michel Foucault. “Através da análise de conteúdo, podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também podemos confirmar ou não as afirmações estabelecidas antes do trabalho de investigação (hipóteses)” (MINAYO, 2010, p. 74).

A análise de conteúdo deve ser objetiva, e de fácil compreensão, com o intuito de disponibilizar a autoduplicação dos procedimentos para a obtenção de resultados semelhantes; “e sistemática, de modo que o conteúdo seja ordenado e integrado nas categorias escolhidas em função dos objetivos e metas anteriormente estabelecidos” (MINAYO, 2010, p. 316).

A análise temática está focada “em descobrir os núcleos de

sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. [...] Para uma análise de significados, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”. (MINAYO, 2010, p. 316).

Para consolidar a análise aqui proposta, foram seguidas as três fases descritas por Minayo (2010, p. 316-317):

A pré-análise – consiste na escolha dos documentos a serem analisados; na retomada dos objetivos iniciados da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. Pode ser composta nas seguintes tarefas: **Leitura flutuante** – consiste em tomar contato exaustivo com os dados, deixando-se impregnar por seu conteúdo. **Constituição do corpus** – consiste na organização do material para que se possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (que contempla todos os aspectos levantados no roteiro); representatividade (que contenha a representação do universo pretendido); homogeneidade (que obedeça a critérios precisos de escolha em termos de temas, técnicas e interlocutores); pertinência (que os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho). **Formulação de hipóteses e objetivos** – consiste em estabelecer pressupostos iniciais flexíveis que permitam hipóteses emergentes a partir de procedimentos exploratórios. Nessa **fase pré-analítica**, determinam-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise. **Exploração do material** – consiste essencialmente na operação de codificação, realiza-se na transformação dos dados brutos, buscando alcançar um núcleo da compreensão do texto. **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação** – os resultados brutos são submetidos às operações estatísticas simples ou complexas que permitem colocar em relevo as informações obtidas. A partir

daí o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno das dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

Para dar início a categorização dos dados realizei primariamente a transcrição do material coletado nas entrevistas. Após esta etapa, foi realizada uma leitura de reconhecimento dos dados transcritos, onde já foram grifados os tópicos que necessitavam da realização da transcrição, atentando para manter o significado original da frase.

O conteúdo dos depoimentos foi apresentado aos entrevistados, que após a leitura e elucidação das questões éticas, me autorizaram a utilizar as informações. Então, parti para a próxima etapa, que podemos chamar de pré-análise, efetuei leituras exaustivas das falas transcritas buscando encontrar a semelhança dos dados. Feita a identificação das hipóteses e objetivos, foram criadas as palavras-chave, dando origem às macrocategorias. Feito isto, iniciei a codificação final dos dados, dando origem às pequenas categorias, esta ocorreu com uma profunda exploração do material, transformando os dados brutos em informações passíveis de compreensão e interpretação. A partir da exploração do material, da interpretação dos dados e de acordo com os objetivos propostos, foram elaborados dois artigos científicos: o primeiro artigo aborda os fazeres das enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem a partir dos seus saberes (1979-1991). E o segundo apresenta as relações de poder e suas repercussões no cotidiano da enfermagem no HIJG (1979-1991).

4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este projeto foi submetido à apreciação e avaliação do sistema PLATAFORMA BRASIL, que se configura em novo sistema de avaliação ética dos trabalhos científicos online, formado por um banco de dados com quatro fontes primárias: pesquisadores, CEPs, CONEP e o público em geral. Foi aprovado pelo CEP do HIJG sob o parecer consubstanciado número 243.006, relatado dia 08/04/2013 (APÊNDICE F). Foi norteado também pela Portaria 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos nos seus vários aspectos. (BRASIL, 2000). Para que a atuação do pesquisador alcance sua magnitude e seja realmente eficaz, é

necessário que o mesmo tenha suas práticas pautadas nos preceitos éticos, bioéticos e legais da profissão.

Todos os entrevistados do estudo foram orientados quanto: ao tipo de pesquisa; ao direito de participar ou não da pesquisa; ao sigilo de algumas de suas informações; ao uso de imagens fotográficas, vídeos e gravação de seu relato; a possibilidade de interromper a entrevista e pedir esclarecimentos, podendo desistir em qualquer fase do estudo.

Em respeito aos preceitos éticos todos os participantes após todos estes esclarecimentos e com o aceite para participar da pesquisa, foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice D). Além disso, em um segundo encontro, com a entrevista transcrita e transcrita em mãos, foi requisitada a leitura da mesma, com posterior aprovação do entrevistado, me autorizando a utilizar as informações. Para formalizar tal aceite foi solicitada a assinatura do Termo de Cessão do conteúdo do depoimento oral (Apêndice E). Este documento consiste em uma carta que contém os dados do entrevistado, dos entrevistadores e da própria entrevista (data de realização, local, etc) e tem por finalidade garantir os direitos de sua publicação (ALBERTI, 2004).

O referido TCLE é considerado um instrumento que preserva a autonomia dos sujeitos, pois fornece as informações relevantes para que eles possam escolher munidos dos esclarecimentos necessários, qual atitude tomar frente à pesquisa. É importante frisar que tal instrumento não é um mero meio burocrático de garantia da legalidade da pesquisa, mas antes, é um bom meio para que se revele a escolha autônoma dos sujeitos. Estas escolhas devem respeitadas pelo pesquisador e é vetada a este manipular informações, pressionar ou influenciar as escolhas dos participantes submetidos ao estudo. O respeito à autodeterminação (ou seja, às suas escolhas autônomas) é condição necessária para uma conduta ética na pesquisa.

A ética na história oral, deve primeiramente demonstrar respeito e parceria, estabelecendo uma relação de confiança entre o pesquisador e o entrevistado (AMADO, 1997).

Nesta relação, o pesquisador, em uma maior parcela, desempenha um papel de muita responsabilidade e compromisso, pois tudo aquilo que escrever ou disser não apenas lançará luz sobre os entrevistados, mas poderá trazer consequências imediatas para a existência destas pessoas e de seus círculos familiares, sociais e profissionais (CARVALHO, 2012, p. 72).

O pesquisador deve estar atento à correta aplicação das citações,

“a transparência dos conceitos, atribuição de créditos a quem é de direito”. Um aspecto não menos importante está relacionado ao posicionamento ético do pesquisador, durante o percurso da pesquisa, este deve conservar sua postura incondicionalmente. Ao término do estudo, é importante realizar o feedback aos participantes, uma vez que os mesmos “confiaram sua história de vida ao pesquisador, promovendo um compartilhar de conhecimentos que podem gerar importantes desdobramentos políticos e sociais para o grupo pesquisado” (AMADO, 1997, p. 146).

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados primeiramente em forma de relato que emergiram das entrevistas, apresentando uma contextualização do HIJG, e a seguir em forma de artigos, possibilitando compreender a importância das enfermeiras, tanto no processo de construção do hospital como na atuação na organização do Serviço de Enfermagem, refletindo historicamente que o exercício de seu poder garantiu um espaço de conquistas e vitórias em virtude de seu saber. Os artigos apresentam-se formatados de acordo com as normas do presente trabalho. Os dois artigos foram assim intitulados: “Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC): Os fazeres das enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem a partir dos seus saberes (1979-1991)” e “As relações de poder e suas repercussões no cotidiano da enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC) (1979-1991)”.

5.1 CONTEXTUALIZANDO A HISTÓRIA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO À LUZ DE ALGUNS DEPOIMENTOS

Ao longo da história o hospital sofreu inúmeras transformações e foi se remodelando e se adaptando, a partir das mudanças que passaram a ocorrer na sociedade. No final do século XVIII, este evoluiu para um campo de cura, lugar de registro, estudo e formação do saber (FOUCAULT, 2012).

A institucionalização do hospital terapêutico foi gradativamente promovida pelas visitas e pesquisas sistemáticas realizadas pelo inglês *John Howard* e pelo francês *Jacques Tenon*⁹, a diversos hospitais em toda a Europa. Estes estudiosos foram responsáveis por estabelecer um novo programa hospitalar no *Hôtel-Dieu*¹⁰ de Paris, que havia sido

⁹ Pesquisadores convidados pela Academia de Ciências da Europa, sendo que John Howard era um estudioso e filantropo com competência científica e Jacques Tenon era um médico renomado da academia. Estes protagonizaram a formulação de um novo programa para os hospitais da época (FOUCAULT, 2012).

¹⁰ Maior hospital de Paris do século XVIII, sua estrutura era similar a um hotel para hospedagem, e os doentes dividiam o mesmo leito, não existia divisão por patologias (FOUCAULT, 2012).

parcialmente destruído por um incêndio de grandes proporções. Com os dados da investigação foi possível realizar uma “brilhante” avaliação, e a partir deste momento iniciaram-se dois movimentos concomitantes e inter-relacionados. O primeiro foi a introdução de mecanismos de disciplinamento: do espaço, das relações institucionais e das formas de organização da instituição. O segundo estava relacionado com as questões econômicas; como o valor atribuído à vida humana, bem como a necessidade de evitar epidemias e sua propagação; e finalmente à transformação do saber e das práticas médicas (FOUCAULT, 2012).

Como consequência das transformações sociais, culturais, econômicas e políticas, que ocorreram após o processo de industrialização¹¹, do êxodo rural e dos ideais da Revolução Francesa (1789), no final do século XVIII, em alguns países europeus, o hospital converteu-se em uma instituição pública. Tornou-se obrigação do Estado criá-lo e mantê-lo, para a manutenção da saúde da classe operária que estava surgindo e crescendo rapidamente (CAMPOS, 1965).

Porém, somente em 1957, a Organização Mundial de Saúde (OMS), através de informe técnico de nº 122, declara as funções do hospital:

O hospital é parte integrante de um sistema coordenado de saúde, tanto curativa quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas bio-sociais.

Em reconhecimento ao que a OMS propôs, o processo de dar

¹¹ I Revolução Industrial – Inglaterra, 1789, século XVIII. A Revolução Industrial, para a sociedade, não significou somente um aprimoramento no modo de produção, mas uma guinada social. A sociedade até então rural pautada no artesanato passou a ser urbana, e o homem passou a ser um operário não mais detentor do que produzia. A retificação tratada por Marx faz alusão à situação do trabalhador como mercadoria, pois este passa a vender sua força de trabalho, e é subordinado ao modo de produção capitalista, em que há duas vertentes: O detentor do capital (burguesia, explorador), e o que vende sua mão de obra (proletário, explorado). A sociedade rompe com o feudalismo buscando a acumulação primitiva de capital (incentivada pelo Calvinismo), liberalismo econômico (Adam Smith), e posteriormente fomentaria o mercantilismo (TEIXEIRA, 1998).

visibilidade aos hospitais, foi se desenvolvendo expressivamente e este foi se especializando nas diferentes áreas da assistência, como é o caso da pediatria. Ocorre então, o movimento de implantação dos hospitais pediátricos que revela um novo olhar da sociedade em relação à especificidade do ser criança, bem como as mudanças do papel da Medicina nesse novo campo do saber (EVANS, 1995).

No Brasil, o primeiro cuidado institucional dirigido à criança se caracterizou em 1738 pela Roda dos Expostos¹². Foi a partir das Santas Casas que começaram a ser criados os primeiros serviços de pediatria. Em 1881, ainda no Brasil Império, se deu a inauguração da primeira Policlínica Infantil do país, que teve como fundador, o médico Dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, que a instalou em sua própria casa que comportava espaço físico para organização de consultórios, na cidade do Rio de Janeiro (WADSWORTH, 1999).

Nesse mesmo contexto, em consonância com as ações de melhorias no setor saúde no Brasil, no ano de 1940, o Governo Federal¹³, passa a preocupar-se com a saúde materno- infantil. É criado o Departamento Nacional da Criança e começam a se instituir políticas de atenção à saúde materno-infantil (COSTA; PADILHA, 2010).

A atenção com a saúde da criança atinge todas as esferas do governo, e foi em 1947, no âmbito da prefeitura de São Paulo, que foram construídos três hospitais pediátricos, o primeiro, intitulado apenas como Hospital Infantil. O segundo, inaugurado em 1948 recebeu o nome de Hospital Barata Ribeiro. E o terceiro, foi o Hospital Salles Netto criado em 1965 (OLIVEIRA, 1999).

Em Santa Catarina, havia também uma preocupação do Governo

¹²A roda era parecida com uma pequena porta, que continha um aparador de madeira, onde as mães deixavam seus bebês, dos quais não podiam ou queriam cuidar, então a porta girava e o bebê era pego no outro lado da porta, conseqüentemente, a mãe não via a pessoa que pegava o bebê e vice-versa (NOGUEIRA, 2008)

¹³ Nessa época o Brasil era governado por Getúlio Vargas, durante a “ditadura” do Estado Novo (1937 – 1945), e estava ocorrendo a II Guerra Mundial (1939-1945), gerando grandes transformações sócio-políticas e econômicas, refletindo positivamente no setor saúde brasileiro (CAMPOS; CLARO; DOLHNIKOFF, 2009).

Estadual com a saúde da criança. E em 1956¹⁴ foi criado o primeiro serviço especializado para prematuros na Maternidade Carmela Dutra (MCD). E, em 28 de fevereiro de 1964¹⁵ foi inaugurado o primeiro hospital infantil, com o nome de Hospital Infantil Edith Gama Ramos (HIEGR), que passou a atender toda a população do Estado (COSTA et al., 2011).

É nesse momento que o Estado estabelece uma relação de responsabilidade com sua população e passa a recrutar profissionais capacitados no cuidado à criança em seus diferentes níveis de atenção.

Em 1963, Dr. Miguel Salles Cavalcanti, futuro diretor do Hospital Infantil, resolveu prover a instituição com uma equipe técnica de nível superior, com enfermeiras e médicos. Por esse motivo fez contato com o político Renato Ramos da Silva, que tinha acesso a Escola de Enfermagem de Porto Alegre - UFRGS, fazendo o convite a cinco enfermeiras. Vem para o Estado, o primeiro grupo de enfermeiras constituído por Eloita Pereira Neves e Irmgard Brueckheimer, graduadas pela Escola de Enfermagem de Porto Alegre (EEPA) e Nelcy Terezinha Pacheco Coutinho, Leonor Caon e Nilza Borges Paim, graduadas na Escola de Enfermagem Madre Justina Inês de Caxias do Sul (BORENSTEIN; ALTHOFF, 1999).

Em janeiro de 1964, estas enfermeiras foram contratadas e imediatamente passaram a organizar o serviço de enfermagem, bem como participar na realocação da área física, da aquisição de materiais, da elaboração do organograma, do regimento das normas e rotinas e dos

¹⁴ O Brasil era governado nessa época por Juscelino Kubitschek. construtor de brasil. este apresentou em seu plano de metas, intitulado “50 anos em 5”. os tópicos principais do plano de metas era desenvolver a indústria de base, construir estradas e hidrelétricas, ampliar a extração de petróleo e entre outras iniciativas, fazer do brasil um país desenvolvido e industrializado (CAMPOS; CLARO; DOLHNIKOFF, 2009).

¹⁵ A Ditadura Militar no Brasil iniciou em 01 de abril de 1964 e trouxe inúmeras consequências econômicas e sociais para o país. Foi considerado o período em que o Brasil mais adquiriu dívidas externas. Durante os tempos de ditadura militar, ainda existia muito machismo e autoritarismo, e nesse período foi quando as mulheres começaram a lutar pelos seus direitos, sofriam muito preconceito, pois tinham uma carga horária maior e ganhavam menos do que os homens, mas talvez durante a ditadura foi que as mulheres avançaram na criação da moda e do estilo (CAMPOS; CLARO; DOLHNIKOFF, 2009).

manuais com as rotinas da Enfermagem do HIEGR (BORENSTEIN; ALTHOFF, 1999).

Embora desenvolvido dentro de um modelo estrutural moderno à época, o HIEGR recebia uma grande demanda de pacientes e passou a necessitar de uma área física maior. Havia necessidade de um novo espaço hospitalar, que oferecesse condições de cuidado e instalação ao número expressivo de crianças e adolescentes procedentes de Florianópolis e de outras cidades do interior do Estado (COSTA et al., 2011).

Dessa necessidade nascia um sonho, o desejo de expandir o espaço físico, dar visibilidade ao hospital pediátrico. Um sonho compartilhado pelo então Governador do Estado, Antônio Carlos Konder Reis, que em sua visita ao hospital, expressou, “a área física era precária e inadequada às suas funções, havendo necessidade premente de construção de um novo hospital” (KONDER REIS, 1976, p. 220).

Por esse motivo, que três profissionais expressivos do HIEGR, foram convidados pelo Governador, através de uma carta convite para constituir a comissão de planejamento, criação e implantação do novo hospital infantil. Esta comissão foi formada pelo médico Murillo Ronald Capella, o administrador Euclides Machado e pela enfermeira Adélia Ramos da Silva, os quais tinham atribuições bem definidas, conforme sua área de atuação.

A comissão se esmerou em organizar o hospital e o serviço de acordo com as necessidades de sua clientela, construindo uma estrutura física, administrativa e organizacional para atender as demandas da época. Desde a sua inauguração, o HIJG, demonstrou ser um excelente campo para os mais variados serviços. Logo no início de seu funcionamento já servia como campo de estágio para os cursos de medicina, enfermagem, farmácia entre outros, por se tratar de uma estrutura especializada e com condições para servir de campo de ensino. Teve seu destaque tanto na assistência de enfermagem, como na assistência médica qualificada e especializada.

No início da década de 1990 se afirmou como campo para a pesquisa nas diversas áreas da saúde. Por se caracterizar como centro de referência Estadual no que compete ao cuidado, e referência nacional, no que compete à moderna estrutura física, o hospital passou a sediar alguns eventos, como simpósios e encontros regionais. Atualmente caracteriza-se como polo de referência Estadual para as patologias de média e alta complexidade, para pacientes oriundos de Florianópolis e de outros municípios do Estado Catarinense. Bem como, possui um

serviço de excelência em oncologia, imunização e atendimento no Hospital Dia (HIJG, 2013).

Na sequência destacamos as etapas para melhor compreensão do processo de planejamento, criação e implantação do HIJG.

Vislumbrando um novo horizonte – da ideia ao planejamento do HIJG

O Brasil da década de 1970, se caracterizou como um país do futuro, de prosperidade, que promoveu transformações na estrutura da produção e da sociedade, nos comportamentos políticos e nas manifestações culturais. Fato confirmado pelo Milagre econômico, que deu origem ao sistema viário nacional, empresas multinacionais e automobilísticas e de bens de capital (LOHN, 2009).

Esta década também foi muito favorável para o Estado Catarinense, e mais especificamente para Florianópolis, em termos de economia e transformações no setor saúde. Apesar da persistência de alguns movimentos políticos contrários, a cidade vinha crescendo e se desenvolvendo magistralmente.

Iniciava-se a sistemática substituição de residências unifamiliares por prédios multifamiliares, comerciais e de serviços, tanto no centro urbano, quanto nos bairros da periferia. A cidade passava a abrigar sedes de empresas estatais como a Eletrosul, Celesc e Telesc. E as universidades públicas UFSC e UDESC passaram a oferecer mais cursos e com isso ocasionou grande migração de pessoas para a capital. Diante de tanto progresso relacionado à estrutura da cidade, se fez necessário a construção da nova ponte, que recebeu o nome de Colombo Salles (LOHN, 2009).

Tais acontecimentos eram citados diariamente nos importantes jornais da época, como por exemplo, no jornal “**O Estado**”, como pode-se observar abaixo:

As transformações que ultimamente se vêm operando, não somente na sua fisionomia urbanística, mas no processo de seu crescimento econômico, justificam as mais amplas esperanças de uma cidade que, quando lhe pareceu oportuno, armou e realizou o surpreendente salto que a todos surpreende no rumo do progresso. (Jornal “O Estado”, 09/03/1974, p. 4).

O índice de 16,9% registrado no crescimento da economia de Santa Catarina em 1973 não poderia ser mais propício. O Governador Colombo Salles deu uma injeção de otimismo e confiança no futuro que certamente ressoava em todos os quadrantes do Estado. Entretanto, apesar dos muitos avanços e conquistas, tanto no sistema viário como empresarial, em março de 1974, o Estado sofreu um grande impacto social e financeiro, com a ocorrência da enchente em Tubarão. Esta afetou e destruiu várias cidades do sul catarinense, descortinando uma situação de calamidade pública e que afetou diretamente o HIEGR, pois as crianças vinham transferidas para este, para serem assistidas, e devido ao seu porte limitado, começou a apresentar sérios problemas de acomodação e tratamento (Jornal “O Estado”, 09/03/1974).

O caos que se instalou e a necessidade do Departamento de Vigilância Epidemiológica em atender a um número crescente de demandas e novas epidemias que chegavam diariamente das cidades atingidas pela inundação. Foi então, que a pedido do Governador, o Secretário de Saúde do Estado, Dr. Henrique Manoel Prisco Paraíso, viajou a Brasília, expor a situação da saúde ao Presidente da República, o General Ernesto Geisel. Este, sensibilizado com a realidade vivenciada pelo Estado viabilizou uma verba de Cr\$ 3.496.000,00 para a ampliação da assistência à saúde catarinense (Jornal “O Estado”, 23/03/1974).

A atenção à Maternidade Carmela Dutra e à área infantil, também era uma das preocupações do Ministro da Saúde, que estabeleceu a destinação de recursos financeiros no valor de Cr\$ 1.582.380,00 a cada unidade da Federação para atendimento a este setor. A volta de Prisco Paraíso, foi festiva e com boas novas, dava-se o início do planejamento do novo Hospital Infantil de Florianópolis, com proporções de primeiro mundo (Jornal “O Estado”, 23/03/1974). As ideias de como seria desenvolvido o novo hospital, e qual seria o modelo adotado, perduraram por alguns anos, até seu efetivo planejamento.

O novo Governador do Estado, Antônio Carlos Konder Reis, acreditou ser uma injeção de ânimo para a cidade e também uma estratégia social em resposta aos tempos de repressão vividos. A construção de um novo hospital infantil por sua magnitude poderia servir de referência nacional. O Governador depositou no projeto a esperança de tempos melhores (CORREIA, 2011). E esse fato pode ser comprovado através da fala do então Diretor do Hospital Edith Gama Ramos (HIEGR) e posteriormente Diretor do novo hospital, Dr. Murillo Ronald Capella:

O que mais chamou a atenção com relação à ideia da construção deste hospital foi a geração de esperanças, principalmente de todo o pessoal de nível superior (CAPELLA, 2013).

O médico complementa sua fala, quando afirma que houve expectativa também para as enfermeiras da época.

Na mesma linha, na área da Enfermagem, foi gerada uma grande expectativa, principalmente para enfermeiras recém egressas do único curso superior de Enfermagem que havia até então, que era o curso da UFSC (CAPELLA, 2013).

Fato confirmado também pela, então, chefe de Enfermagem do HIEGR que deu continuidade de sua gestão no novo hospital, a Enfermeira Adélia Ramos da Silva:

Os Hospitais estavam deixando sua imagem religiosa, para se profissionalizar, pra enfrentar tudo o que estava vindo... e que veio, com tudo?! A inovação tecnológica, tudo isso. Então as pessoas tinham que se preparar e foi bem nessa época (RAMOS DA SILVA, 2013).

A partir da década de 1960, os avanços científicos e tecnológicos modificaram as feições dos profissionais de saúde, em especial, da enfermagem, no cenário hospitalar catarinense. Até esse momento a assistência era realizada por irmãs de caridade, consideradas práticas de enfermagem. Esta época também foi marcada por lutas em favor de melhorias na formação das enfermeiras. “Surgem as demandas para a educação continuada e das especializações, de modo a favorecer a competência em áreas específicas e/ou de interesse particular da enfermagem” (BORENSTEIN; PADILHA, 2011).

No Brasil, estas modificações na qualidade da assistência perduraram até a década de 1970. Esse momento de transformações no ensino e no planejamento em saúde incentivou o movimento de fundação / criação de Instituições infantis no Estado do Rio de Janeiro. Há referência à instalação de hospitais e postos de puericultura; a ação dos Departamentos da Criança Nacional e Estaduais. A criação das leis que se ocuparam das questões da infância no Brasil; as modernas técnicas de prevenção e tratamento; aos serviços de atendimento a crianças portadoras de deficiências, e aos aspectos mais expressivos das ações da pediatria contemporânea, as campanhas de imunização, de

aleitamento materno, do soro caseiro e de prevenção de acidentes e violência (WADSWORTH, 1999).

Acompanhando esses avanços, no ano de 1970, com a implantação da Reforma Universitária (Lei nº. 5.540/68), todos os currículos mínimos foram revistos (BORENSTEIN; PADILHA, 2011). Em Florianópolis, para a revisão do programa do curso de enfermagem, a Reitoria convidou a diretora da Escola de Enfermagem da Virgínia, Estados Unidos, Dra. Edna Treasure, para colaborar nos trabalhos relacionados ao novo currículo da Enfermagem (Jornal “O Estado”, 14/04/1974).

Envolto a essas promessas de novos horizontes e transformações no perfil estrutural da cidade, o governo resolve transformar a cidade em uma capital adaptada às necessidades de uma vida mais moderna, ao contrário da antiga Nossa Senhora do Desterro. “A intenção do Governo era produzir uma imagem de Santa Catarina como uma região propícia ao investimento capitalista” (MULLER, 2002, p. 97).

Com essa nova perspectiva, o Governador dá início em 1977 à comissão de construção do novo Hospital Infantil. O Dr. Murillo Ronald Capella, o Sr. Euclides Machado e a Enfermeira Adélia Ramos da Silva, que já haviam aceito o convite, relatam como ocorreu o evento:

Eu era diretor do Hospital Infantil Edith Gama Ramos. Nessa condição, eu chefei cinco comissões para a construção do Joana de Gusmão (CAPELLA, 2013).

Olha eu na época, realmente fui a condutora, porque me foi dada essa prerrogativa, não só pelo cargo em si, como também pela participação na Comissão de Implantação do Infantil. Uma prerrogativa que me foi dada através de uma carta convite do governador, como fazendo parte da equipe de implantação do Infantil. Isso me foi dado, o poder, por portaria. Pra exercer esse papel. Então realmente aconteceu como tinha que acontecer (RAMOS DA SILVA, 2013).

A enfermeira Adélia reforça em sua fala o apreço do governador pelo novo hospital, ficando nítida a confiança que depositou na equipe formada para organizar o hospital.

Ele tinha um destino a ser dado, tinha um objetivo, tinha uma equipe muito qualificada pra projetar e equipar o Hospital. Vamos dizer

que era como se fosse a menina dos olhos do governador na época. Tanto que o nome foi escolhido pelo governador. Então com isso, foi dado pra cada área o poder necessário, pra implantar um Hospital, dentro daqueles parâmetros estabelecidos (RAMOS DA SILVA, 2013).

E com essa missão, a comissão instituída, incorporou o renomado arquiteto gaúcho, Irineu Breitman, famoso por seus projetos de edifícios hospitalares, que passa a se encontrar com o grupo para pensar, discutir e planejar o novo hospital. Estabelecendo metas para a construção e inauguração do mesmo.

Com o projeto desenhado, a comissão senta em abril de 1977, com o Governador Konder Reis para acordar o início das obras. Após avaliação da planta e visualização do desenho gráfico da estrutura, todos acordaram que Florianópolis estava prestes a receber um hospital com design de primeiro mundo, com direito a uma ampla divulgação de sua criação, gerando expectativas em transformá-lo em um centro de referência para a assistência, ensino e pesquisa.

Do planejamento à criação do HIJG - a semente que germina

A criação de um hospital exige dos seus organizadores um planejamento com foco, disciplina e conhecimento com abordagem administrativa estratégica, com vistas à implementação de um serviço com propostas dinâmicas e operacionais (BRITO; MONTENEGRO; ALVES, 2010).

Para a implementação de um hospital, estratégias devem ser traçadas no processo de elaboração, construção e gestão. Estas estratégias “devem prever como a estrutura se comportará nas mais adversas situações” e o planejamento estratégico desde o início do projeto permite ao gestor alternativas futuras para lidar com os percalços administrativos (OLIVEIRA; SCHILLING, 2011, p. 228).

A comissão de planejamento e criação do HIJG se guiou pelos princípios apresentados acima. Foram disciplinados e mantiveram o foco nas metas a serem alcançadas, cientes do prazo que tinham a cumprir. A disciplina exerce seu controle sobre o indivíduo, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre o seu desenvolvimento (FOUCAULT, 2012).

Pensando em toda essa logística foi que, os membros da comissão de construção do novo hospital se dividiram em suas atribuições, respeitando a competência de cada um. Ideia que aparece claramente na

fala a seguir:

Eu fiz várias viagens a São Paulo para dialogar principalmente com os dirigentes do Hospital Darci Vargas, que era o único hospital infantil de São Paulo na época, para assimilar tudo aquilo que eles tinham. Serviço de estatística, o SAME, tinha que montar tudo. E tinha que montar uma área de ensino (CAPELLA, 2013).

A ideia de pensar um novo hospital com avanços significativos no tratamento terapêutico não é nova, no final do século XVIII, Foucault refere em seus escritos um novo modelo de hospital. Este tinha como grandes vertentes, a observação sistemática e ordenatória, a separação de leitos por doenças e um dimensionamento adequado ao cuidado da enfermidade (FOUCAULT, 2012).

A partir da idealização do hospital, a construção teve a sua aprovação com a lei Nº. 5.295 de abril de 1977, que tratava da liberação das obras em Santa Catarina. O diretor detalha esse processo:

Esse hospital foi totalmente planejado. Quem ganhou o concurso pra fazer todas as obras arquitetônicas do hospital, foi uma empresa de Porto Alegre, especializada em construção e administração hospitalar, que se chamava Hospitasa. Essa Hospitasa tinha um arquiteto e um médico. Os dois juntos faziam os hospitais. Faziam no Rio Grande do Sul, eles venceram a concorrência aqui, vieram pra cá. Olharam o terreno, fizeram o projeto, após várias reuniões conosco, da futura direção. A gente discordava de umas coisas, aceitava a maioria. Ele foi então todo planejado. Eles fizeram um programa de necessidades do hospital, antes de construir colocaram no papel tudo que seria necessário. Depois do projeto pronto eles fizeram o projeto de equipamentos de tudo o que deveria ter dentro do hospital. Tudo dimensionado de acordo com normas técnicas do Ministério da Saúde, tudo. Então foi um planejamento técnico. Isso era uma coisa inédita aqui no nosso Estado, porque não existia nada disso (CAPELLA, 2013).

Por estar participando ativa e diretamente da elaboração do HIJG, o Dr. Murillo Ronald Capella concentrava suas ações na parte da estrutura física do projeto, recebendo representantes, conversando com os engenheiros da Construtora Ceisa e cuidando da parte financeira da obra. A enfermeira Adélia Ramos e o senhor Euclides Machado ficaram responsáveis pela organização de toda a estrutura de recursos humanos,

logística, Serviço de Enfermagem e o Organograma. Esse fato é presente no relato dos entrevistados:

[...] nesse particular a enfermeira Adélia Ramos da Silva, que era enfermeira chefe do Edith Gama Ramos, junto comigo, montamos o hospital, com o apoio do diretor administrativo, Sr. Euclides Machado. Nós três juntos, começamos a trabalhar em tempo integral, só pensar no hospital. O Euclides fazia todas as prospecções administrativas, área de pessoal, todos os setores do hospital, levantamento de necessidades, etc. E a Adélia trabalhava na área da enfermagem, é que o nosso quantitativo numérico era muito pequeno no velho hospital. E aquilo tinha que ser realmente ampliado. Coube a ela então fazer um trabalho de entrevista, admissão, concurso, ver quem de fato poderia trabalhar, toda as necessidades para abertura do hospital, ela fez todo esse trabalho. Então se deve a Adélia a implantação da Enfermagem nesse hospital. Foi ela que mexeu com tudo (CAPELLA, 2013).

[...] a Adélia acho, se esforçou muito, porque foi quem estruturou todo o hospital, criou a área física, depois todo o equipamento (STOCCO, 2013).

O poder concedido à enfermeira Adélia foi assegurado pelo seu saber. Foucault (2012, p. 165) refere que é no coração do processo de disciplina, que ele manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos seus sujeitos. A superposição das relações de poder e saber assume no exame todo o seu brilho invisível.

Todo esse processo de atuação de uma enfermeira na organização hospitalar demonstra a ruptura de um paradigma de inferioridade e submissão das profissionais de enfermagem e favorece a visibilidade do profissional e sua reafirmação perante o núcleo de trabalho, destaca o seu saber e valoriza a Enfermagem enquanto ciência que tem um papel definido dentro da Instituição hospitalar.

Estudos de autores que trabalharam o papel e poder do enfermeiro na organização e gerenciamento hospitalar como Lima e Binsfeld (2003), Bernardino, Felli e Peres (2010), e Brito, Montenegro e Alves (2010) refletem sobre a tendência em instrumentalizar mais profundamente o enfermeiro, procurando definir a sua identidade profissional, que é construída de acordo com o contexto em que está inserido, e principalmente, prepará-lo para enfrentar as relações de resistência, inerentes ao espaço onde ocorre disputa pelo poder de

decisão.

A década de 1970, no Brasil, foi marcada por muitas conquistas para a enfermagem, destacamos a oficialização da profissão, como ponto mais expressivo. Em decorrência disso, as transformações que ocorreram nos currículos universitários do curso, determinaram qualificação no ensino da profissão. Surgem então, os cursos de especialização com enfoque em áreas específicas da assistência, como por exemplo, a pediatria. Na sequência, o curso de medicina divulga o início das residências em obstetrícia e pediatria, pelas características sociais da época (MARINHO, 2004).

E o primeiro Curso de especialização em enfermagem pediátrica, ficou sob a responsabilidade da Escola Paulista de Enfermagem, atual Departamento de Enfermagem da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo). Temos também a criação, em 1973, do Departamento de Enfermagem Pediátrica, que possibilitou o surgimento do Curso de Especialização e Puericultura, primeiro do gênero do país – e que atualmente tem o nome de Curso de Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal (MARINHO, 2004).

A comissão preocupou-se com a qualidade da assistência pediátrica que seria oferecida no novo hospital. Tanto que o próprio Dr. Murillo Ronald Capella estimulava os médicos a se especializarem, que buscassem a formação no exterior para que o resultado final fosse semelhante ao dos países desenvolvidos. Verificamos esse fato na fala a seguir:

Vários médicos começaram a ver que aqui estaria o seu futuro. Vários foram para o exterior: França, Estados Unidos, Inglaterra, Canadá, Argentina, Espanha e, aqui no Brasil, principalmente em São Paulo, para se aperfeiçoar, porque as especialidades começavam a nascer [...] foi uma conquista fantástica, porque o Hospital Infantil Joana de Gusmão veio dar um salto de qualidade na assistência pediátrica no Estado, sem igual (CAPELLA, 2013).

A enfermeira Eleonora Stocco reforça que foram dois anos de intenso trabalho e doação da comissão formada para a criação do hospital. Desde a construção da estrutura física, a contratação de recursos humanos, compra de materiais e equipamentos, e até mesmo, a organização da cozinha e lavanderia do HIJG.

O sonho tão almejado de se obter um ambiente maior e mais estruturado para o atendimento infantil estava rumo à concretização,

deixando em seus idealizadores a sensação de missão cumprida.

A Inauguração do Hospital Infantil Joana de Gusmão: o sonho que se concretiza

Após o empenho da comissão de construção, do Secretário de Estado da Saúde e do governador, é inaugurado em 13 de março de 1979, ano Internacional da Criança, o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG). Foi o próprio governador quem deu o nome da instituição. Foi uma homenagem à Joana de Gusmão. Beata, nascida em Santos, São Paulo, em 1688, e que viveu um período de sua vida em Santa Catarina, nas proximidades da Lagoa da Conceição. A beata dedicou-se à construção de capelas e atendimentos a crianças (COSTA; OLIVEIRA, 2006).

A inauguração do HIJG foi amplamente divulgada pelos órgãos de imprensa local, em especial pelos jornais “O Estado” e “A Gazeta”, destacando a sua importância para o atendimento à saúde da criança na Capital e no Estado. Na ocasião, o Governador Antônio Carlos Konder Reis disse, de sua alegria por poder encerrar a série de inaugurações que vinham antecedendo o fim de seu Governo, “com uma obra voltada para os pequeninos. Um ato de doação à infância catarinense” (Jornal “O Estado”, 13/03/1979, p.6).

O jornal “O Estado” dedicou uma página inteira para descrever toda a infraestrutura do hospital, suas alocações internas, número de leitos e os equipamentos que estavam sendo comprados para serem utilizados após a sua inauguração. Em nota, o diretor do hospital, Dr. Murillo Ronald Capella que acompanhou a inauguração, afirmou: “é o mais moderno e bem equipado hospital infantil do país” (Jornal “O Estado”, 13/03/1979, p.6).

E em 28 de dezembro de 1979, em uma cerimônia comandada pelo então Governador Jorge Bornhausen, o hospital abre as portas para o atendimento ao público. Esse passou a ser um serviço de assistência, ensino e pesquisa, principalmente para o aperfeiçoamento de profissionais da área da saúde, além de campo de ensino para os cursos de Medicina, Farmácia, Bioquímica e Enfermagem (COSTA; OLIVEIRA, 2006). Esse momento histórico é bem descrito pelo médico que abraçou e liderou a realização desse projeto:

O Hospital Infantil Joana de Gusmão é filho direto da Maternidade Carmela Dutra e do Hospital Infantil Edith Gama Ramos. Os dois se uniram e este nasceu [...] O hospital virou atração pela sua

diferente área arquitetônica. Muita gente no país, da área hospitalar, vinha visitar o Joana de Gusmão para saber como estava organizado. Nós chegamos a receber aqui o Ministro da Saúde do Paraguai, que veio a Florianópolis especialmente para conhecer o hospital. Ele era amigo do governador Jorge Bornhausen. Ele queria conhecer e fazer um hospital nesses moldes em Assunção (CAPELLA, 2013).

Esse rito de passagem, que significou o momento de deixar para trás, o bom e velho Hospital Edith Gama Ramos, e mudar-se para a nova casa, marcou profundamente quem participou da história do HIEGR. E em contrapartida deu início a uma nova caminhada, permitindo a ampliação de conhecimentos. A emoção na fala do diretor do hospital aponta o abandono do velho e adoção do novo.

Houve uma mudança do velho hospital para o novo, e no dia 28 de dezembro, foi quando eu fechei o velho hospital com a chave, chaveei, entreguei na Maternidade Carmela Dutra e viemos trabalhar aqui. E na noite de 28 de dezembro o paciente número 1, atendido aqui, foi um menino com fratura de braço e foi operado pelo Dr. Carlos Alberto Pierre, ortopedista, e quem fez a anestesia foi o Dr. Mario José Conceição (CAPELLA, 2013).

Mas, por justamente se tratar de um novo hospital, bem mais estruturado em área física e serviços, que começaram a surgir as dificuldades em relação à logística, materiais e recursos humanos.

E quando nós começamos aqui, o hospital não estava totalmente pronto. Ele estava em condições de dar um atendimento muito bom, superior ao anterior, mas nós passamos de uma área física de 2 mil m² para 22 mil m² [...] E a grande dificuldade nos nossos recursos humanos, dos funcionários, era inclusive se encontrar dentro do hospital. Porque o hospital era uma mega estrutura, era uma obra arquitetônica que não há no país nada igual, nem parecida. E que até hoje é considerado uma arquitetura super adiantada. E os funcionários tinham dificuldade não só de se encontrar, como inclusive de encontrar material, onde estava o termômetro, onde estava o estetoscópio... Então tudo isso mesmo tendo por um amplo treinamento prévio, antes da mudança, seis meses de treinamento de pessoal, nós encontramos essas dificuldades (CAPELLA, 2013).

A enfermeira Eleonora Stocco em sua entrevista lembra esse início no HIJG, e comenta da enorme distância entre as unidades de internação, dificultando o acesso dinâmico da enfermeira de plantão:

Nós saímos de um hospital minúsculo, que era o Edith Gama Ramos, que você circulava em 15 minutos, meia hora no máximo. No Joana de Gusmão, dependendo da situação você levava duas horas para percorrer o hospital inteiro. Você estava em uma unidade distante, aparecia ‘um pepino’ pra resolver, você já ficava, até que você desse conta de fazer a supervisão inteira, era horas (STOCCO, 2013).

A imprevisibilidade é uma característica do hospital, onde continuamente se depara com situações que requerem rápida tomada de decisões, refletindo na sobrevivência da equipe de saúde e da organização. Estas resultam invariavelmente em aprendizado “para os gestores da saúde, os quais aprenderam a trabalhar com estratégias emergentes sem modificar completamente o rumo da empresa” (OLIVEIRA; SCHILLING, 2011, p. 228).

O novo hospital trouxe em sua estrutura desafios para a equipe de trabalho. Estes se tornaram fios condutores para a união não só dos seus idealizadores, mas também dos profissionais que lá já estavam instalados para pensar e dar vida a um novo processo de trabalho que fosse favorável às condições específicas da área que iriam atuar. E foram dadas as “condições” necessárias e para o momento, suficientes para o cumprimento de suas tarefas laborais.

É imprescindível pensar que a construção do Hospital Infantil Joana de Gusmão foi um marco importante na história da saúde catarinense, não só pela sua resolutividade no tratamento dos problemas de saúde da criança, mas pelo empenho e envolvimento dos personagens em sua criação e implantação. A doação de energia para que todas as peças se encaixassem nos devidos lugares, a dedicação total e preocupação destes profissionais em entregar um serviço de excelência que teria o intuito de suprir as necessidades de uma sociedade que ansiava por melhores condições de atendimento à saúde e à criança. Ter uma enfermeira participando ativamente do processo de elaboração e construção do novo Hospital Infantil de Florianópolis confirmou a visibilidade da enfermagem catarinense. Reforça a competência e excelência da profissão no Estado e demonstra a sua evolução,

ocupando seu espaço social, e demonstrando o poder da enfermagem no âmbito da gestão hospitalar.

5.2 ARTIGO 1 – HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC): OS FAZERES DAS ENFERMEIRAS NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM A PARTIR DOS SEUS SABERES (1979-1991)

HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC): OS FAZERES DAS ENFERMEIRAS NO PROCESSO DE ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM A PARTIR DOS SEUS SABERES (1979-1991)¹⁶

Fábila Fernanda dos Passos da Rosa¹⁷

Miriam Susskind Borenstein¹⁸

RESUMO: O objetivo deste estudo foi historicizar os fazeres das enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem do HIJG a partir de seus saberes (1979-1991). É um estudo qualitativo, com abordagem sócio histórica que utiliza a história oral temática. Foram realizadas entrevistas com 10 enfermeiras e um médico. Os dados foram categorizados utilizando-se análise de conteúdo temática e com base no referencial foucaultiano. Os depoimentos dos entrevistados expressaram três categorias: Chegada das enfermeiras no HIJG-Transformações do

¹⁶Trata-se de um recorte da dissertação da 1ª autora, defendida no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em dezembro de 2013.

¹⁷ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Especialista em Terapia Intensiva. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES). E-mail: fabilapassos@yahoo.com.br

¹⁸Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, atuando no Programa de Pós Graduação em Enfermagem. É vice - líder do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES) e Pesquisadora do CNPq. E-mail: miriam.borenstein@ufsc.br

cenário através de seus saberes; Os fazeres das enfermeiras no processo de trabalho da enfermagem; O saber-fazer das enfermeiras como estratégia na educação em serviço. Os resultados demonstram que a organização e implementação do Serviço de Enfermagem foi permeado por lutas e resistências. As enfermeiras através do exercício do seu poder garantiram seu espaço dentro do hospital, desencadeando muitas conquistas, em virtude de seus saberes. Pode-se inferir que a organização do Serviço de Enfermagem do HIJG, trouxe grandes transformações para a saúde da criança catarinense. Os seus depoimentos expressam a todo o momento a busca pela autonomia da profissão e da especificidade da enfermagem, e ao final deste estudo, verificamos que estas enfermeiras alcançaram a sua autonomia, o seu poder, através da implantação de uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada.

DESCRITORES: Enfermagem; História da Enfermagem; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Hospitais Pediátricos.

CHILDREN'S HOSPITAL OF JOAN GUSMÃO FLORIANÓPOLIS (SC): DOINGS NURSES IN THE PROCESS OF ORGANIZATION OF NURSING SERVICE FROM THEIR KNOWLEDGE (1979-1991)

ABSTRACT: The aim of this study was to historicize the doings of the nurses in the process of organizing the Nursing Service of the HIJG from their knowledge (1979-1991). It is a qualitative study with historical social approach that uses oral history. Interviews were conducted with 10 nurses and a doctor. The data were categorized using thematic content analysis and based on Foucaultian. The testimonies of respondents expressed three categories: Arrival of nurses in HIJG - Transformations scenario through their knowledge; doings The nurses in the nursing process, the know-how nurses as a strategy in the education service. The results demonstrate that the organization and implementation of the Nursing Service was permeated by struggles and resistances. Nurses through the exercise of its power ensured her place in the hospital, triggering many achievements, by virtue of their knowledge. It can be inferred that the organization of the Nursing Service of the HIJG brought great changes to the child's health Catarina. Their statements express all the time searching for the autonomy of the

profession and the specificity of nursing, and by the end of this study, we found that these nurses have achieved their independence, their power through the deployment of a skilled nursing care and humane.

DESCRIPTORS: Nursing; History of Nursing; Nursing Service; Hospital. Pediatric hospitals.

HOSPITAL INFANTIL DE JOAN GUSMÃO FLORIANÓPOLIS (SC): OBRAS ENFERMERAS EM EL PROCESO DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA DE SU CONOCIMIENTO (1979-1991)

RESUMEN: El objetivo de este estudio fue historizar los hechos de los enfermeros en el proceso de organización del Servicio de Enfermería de la HIJG de su conocimiento (1979-1991). Se trata de un estudio cualitativo con enfoque histórico social que utiliza la historia oral. Se realizaron entrevistas con 10 enfermeras y un médico. Los datos fueron categorizados utilizando análisis de contenido temático y en base a Foucault. Los testimonios de los entrevistados expresaron tres categorías: la llegada de las enfermeras en el escenario HIJG - transformaciones a través de su conocimiento, obras de los enfermeros en el proceso de enfermería, el know -how enfermeras como una estrategia en el servicio de educación. Los resultados demuestran que la organización y ejecución del servicio de enfermería estaba impregnado por las luchas y resistencias. Las enfermeras a través del ejercicio de su facultad aseguraron su lugar en el hospital, lo que provocó muchos logros, en virtud de su conocimiento. Se puede inferir que la organización del Servicio de Enfermería de la HIJG trajo grandes cambios en la salud Catarina del niño. Sus declaraciones expresan todo el tiempo en busca de la autonomía de la profesión y la especificidad de la enfermería, y para el final de este estudio, se encontró que estas enfermeras han logrado su independencia, su poder a través de la implementación de un centro de enfermería especializada y humana.

DESCRIPTORES: Enfermería; Historia de la Enfermería; Servicio de Enfermería del Hospital; Hospitales pediátricos.

INTRODUÇÃO

A prática da enfermagem sofreu inúmeras transformações ao longo do tempo, que refletiram positivamente em sua identidade profissional. Estas determinaram algumas rupturas como, o abandono de sua imagem laica no que se refere aos seus saberes-fazer, submissa ao poder da Igreja, o seu posicionamento frente ao poder incitado pelo modelo biomédico da assistência e a construção epistemológica de seu saber no cotidiano de trabalho.

Em um breve recorte histórico, destacamos como se deu este processo de construção profissional da enfermagem de Santa Catarina. Em estudo realizado por Borenstein e Padilha (2011), as autoras descrevem que nos anos de 1900 à 1945 a assistência era predominantemente prestada pela enfermagem prática (pré-profissional). Os relatos indicam que as primeiras informações relacionadas ao pessoal de enfermagem, que atuava na área hospitalar, se referem às irmãs de Caridade, da Congregação Divina Providência, que chegaram à Florianópolis/SC, em maio de 1897. “Estas primeiras irmãs, ditas “enfermeiras”, chegaram ao Hospital de Caridade, em 1897, provenientes de Münster – Alemanha” (p. 61). As mesmas passaram a atuar nos hospitais catarinenses (1895-1953), “foram as principais responsáveis pela assistência de enfermagem prestada aos doentes no Estado, porém não se sabe claramente que conhecimentos possuíam, que formação haviam recebido na Europa, antes da vinda para o Brasil” (p. 63).

O período de 1945-1969 foi marcado pela enfermagem profissional mista. No ambiente hospitalar era possível encontrar as religiosas que realizaram Curso de Graduação em Enfermagem em Escolas do Rio de Janeiro, como Luisa de Marillac, supervisionando os práticos de enfermagem, que eram pessoas sem formação profissional, treinados pelas irmãs graduadas para a realização do serviço.

A partir de 1969, é criado em Florianópolis, o 1º Curso de Graduação em Enfermagem do Estado, impulsionando a enfermagem profissional. Este avanço científico foi resultado de muitas lutas por melhorias na formação das enfermeiras, e alterou “as feições das profissionais, mormente nos cenários hospitalares” (BORENSTEIN; PADILHA, 2011, p. 69).

Estas melhorias conquistadas pela profissão expressou à época, o excelente nível de competência e autoridade da enfermeira para o Serviço de Enfermagem, no ambiente hospitalar. Estas enfermeiras se

encontravam a frente do seu tempo, eram comprometidas, tinham vontade e necessidade de aperfeiçoar a sua prática, souberam impor o seu saber, através de suas práticas.

Na década de 1970, a assistência de enfermagem às crianças nos hospitais pediátricos de Florianópolis, já contava com enfermeiras formadas, porém submetidas ao poder médico. As primeiras enfermeiras do Hospital Infantil Edith Gama Ramos (HIEGR) eram generalistas, não tinham preferência por especialidades e nem por patologias. Elas tinham a consciência crítica desenvolvida, tinham capacidade de tomar decisões independentes e exercitavam o relacionamento interpessoal com funcionários e médicos, de uma forma construtiva e harmoniosa, gerenciando os conflitos, de uma forma direta, silenciosa e objetiva (COSTA et al., 2011).

Estas enfermeiras conquistaram o respeito pelo cumprimento da sua responsabilidade e compromisso profissional. Elas defendiam o direito da criança de receber a melhor qualidade de atendimento possível. Eram capazes de lutar por uma causa e exercitavam senso de justiça na administração de pessoas sob sua responsabilidade. Também demonstravam coerência em seu trabalho aliando a teoria à prática (COSTA et al., 2011).

Com a inauguração do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), em dezembro de 1979, estas enfermeiras que atuavam no HIEGR foram transferidas para o novo hospital. E se deparam com desafios que modificariam sua prática permanentemente. O primeiro obstáculo encontrado estava relacionado ao tamanho do hospital, uma área física de 22.000 m², para um pequeno contingente de pessoal, o acesso às unidades do hospital era penoso para a enfermeira. A complexidade da assistência se tornou maior, os serviços que passaram a ser oferecidos pela instituição, como cirurgias cardíacas, exigiram da equipe treinamento e atenção redobrada.

Estas se apoiaram em seus conhecimentos e sua experiência profissional proveniente do HIEGR, para organizar o processo de trabalho. Contavam também com a contratação de novas enfermeiras, muitas recém-formadas, todas graduadas na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. O fato de serem inexperientes, contando apenas com o estágio curricular, denotou o segundo obstáculo, pois precisariam trabalhar unidas para garantir o fortalecimento da enfermagem em todos os níveis, tanto administrativo como na assistência.

A experiência de organizar um Serviço de Enfermagem para a nova a estrutura, demandou das enfermeiras muito empenho e

dedicação, estas tiveram que debruçar-se sobre os problemas relacionados à pessoal, espaço físico, dimensionamento de materiais, capacitação da equipe para a assistência de enfermagem, e até mesmo, assumir responsabilidades inerentes a outros serviços, como por exemplo, serviço de manutenção, portaria, lactário e nutrição.

Levando em consideração a relevância da atuação dessas enfermeiras no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem do HIJG, passamos a nos questionar: Quem eram essas enfermeiras? Como se deu, historicamente, a chegada destas enfermeiras ao HIJG? Como iniciaram sua atuação no hospital? Que saberes possuíam? Quais decisões tomavam acerca do serviço de enfermagem? Qual o papel que desenvolveram dentro da instituição?

Essas inquietações instigaram-nos a realizar um estudo investigativo, com enfoque sócio-histórico, a respeito dos fazeres das enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem do HIJG a partir de seus saberes. Para construir esta história-problema utilizou-se a História Oral temática e o referencial teórico de Michel Foucault. O método foucaultiano consiste em compreender que as coisas não são mais que objetivações de práticas já determinadas, e estas devem ser expostas à luz, uma vez que a consciência não as concebe. Faz-se necessário expor essas verdades, trazê-las à tona (VEYNE, 1995).

Considerando o exposto acima, definiu-se como questão norteadora do estudo: Que fazeres foram realizados pelas enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem do HIJG a partir de seus saberes (1979-1991)?

Considerando a importância e necessidade de dar visibilidade a estas profissionais e às transformações desencadeadas com o seu ingresso na instituição, este estudo, portanto, tem como objetivo historicizar os fazeres das enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem do HIJG a partir de seus saberes (1979-1991).

A escolha do ano de 1979 como período inicial da investigação se justifica por ser o ano da inauguração do hospital (também Ano Internacional da Criança) e o início do Serviço de Enfermagem nesta Instituição. E como período final 1991, que marca a transição da Fundação Hospitalar para Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, que ocorreu no início do governo estadual de Wilson Kleinübing. Como governador, sua primeira iniciativa político-administrativa foi a extinção da Fundação Hospitalar de Santa Catarina

(FHSC) e do Departamento de Saúde Pública (DSP), retirando as instâncias regionais e centralizando a gestão setorial com repercussões importantes no processo gestor e também para o HIJG (MAGAJEWSKI, 2009).

A importância desse estudo está justamente em desvelar a riqueza dos detalhes fornecidos através dos depoimentos das enfermeiras que lá desenvolveram suas atividades e da importância do papel desempenhado na organização do Serviço de Enfermagem no HIJG, acrescentado ao vazio historiográfico desse período acerca dos saberes e fazeres destas enfermeiras. Fundamenta-se também, na importância do HIJG ao longo de sua trajetória, como referência na construção e transformação de saberes no que se refere à assistência em pediatria no ensino, pesquisa e extensão.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio histórica que utilizou a história oral temática. A investigação histórica objetiva “lançar luzes sobre o passado para que este possa clarear o presente, inclusive fazer perceber algumas questões futuras” (PADILHA; BORENSTEIN, 2005, p. 577).

Para coleta de dados, utilizou-se a história oral, através de entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de março a maio de 2013. A história oral é um “método de pesquisa histórica, antropológica e sociológica que privilegia a realização de entrevistas” e gera como resultado fonte de consulta para outros estudos (ALBERTI, 2004, p.18). Além das entrevistas, foram utilizadas fontes documentais como: jornais, portarias, leis, fotografias, que subsidiaram a fundamentação da pesquisa, possibilitando a análise e interpretação dos dados.

Os participantes da pesquisa foram 10 enfermeiras e um médico, que trabalharam no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem do HIJG no período de 1979 – 1991. Cabe ressaltar que estes profissionais foram selecionados por preencherem os critérios de inclusão, ou seja, terem trabalhado na organização do Serviço do HIJG, possuírem boa memória, terem referido disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo. Os primeiros participantes foram selecionados a partir de uma entrevista realizada com a enfermeira Adélia Ramos da Silva, primeira Chefia de Enfermagem do HIEGR, por entender que esta entrevista deveria ser o ponto de origem do estudo, ou seja, ponto zero.

Para localizar estes sujeitos foi realizada uma busca ativa dos telefones com a própria entrevistada e também com a parceria do Departamento de Recursos Humanos da Instituição. Inicialmente, foi realizado o contato telefônico e posteriormente o agendamento do dia e local mais apropriado para cada entrevistado. As entrevistas foram realizadas em locais definidos pelos próprios participantes do estudo e tiveram duração média de uma hora e cinquenta minutos, direcionadas por um roteiro previamente elaborado contendo informações sobre a formação profissional; questões relacionadas ao papel que desempenharam no hospital; e ao saber-fazer no processo de organização do serviço de enfermagem. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente validadas e arquivadas no acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde.

A análise e interpretação dos dados deste estudo se deu através da Análise de Conteúdo Temática de Minayo, à luz do referencial teórico de Michel Foucault. A autora retrata que a análise de conteúdo é a expressão mais utilizada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa. Isto significa muito mais do que uma consideração técnica, uma busca teórica e prática no campo das investigações sociais, o que significa ultrapassar o nível do senso comum e buscar vigilância crítica ante as informações coletadas (MINAYO, 2010).

A pesquisa foi norteada pelos princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo CEP da Plataforma Brasil sob o parecer substanciado (HIJG) número 243.006, relatado dia 08/04/2013. Os entrevistados foram esclarecidos sobre o direito de participar ou não da pesquisa, tendo concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Carta de Cessão de Entrevista, autorizando a publicação de seus nomes.

RESULTADOS

A organização e análise dos dados deu origem a três categorias temáticas: **Chegada das enfermeiras no HIJG-Transformações do cenário através de seus saberes; Os fazeres das enfermeiras no processo de trabalho da enfermagem; O saber-fazer das enfermeiras como estratégia na educação em serviço.** Os depoimentos das enfermeiras e médico entrevistados desvelam o desafio enfrentado por estas profissionais para organizar e implantar um Serviço de Enfermagem de qualidade no HIJG e revelam as estratégias de saber-fazer utilizadas para alcançar seus objetivos.

Chegada das enfermeiras no HIJG – transformações do cenário através de seus saberes

As novas demandas encontradas na abertura do Serviço de Enfermagem do HIJG serviram de desafio para os seus gestores tanto no âmbito da medicina, como na enfermagem, devido às proporções estruturais da instituição. O panorama espacial e os novos serviços que seriam ofertados, serviram de guia para a chefia de enfermagem traçar metas de aperfeiçoamento para a organização e implementação do Serviço de Enfermagem, evidenciando na prática os saberes e fazeres dessas enfermeiras que sustentaram com raízes fortes a árvore nomeada HIJG.

A ampla divulgação do hospital para a sociedade catarinense deliberou da direção geral e chefia de enfermagem ações imediatas, para que o mesmo estivesse em condições de oferecer serviços de qualidade. A primeira preocupação dos gestores foi adequar as unidades com números razoáveis de pessoal de enfermagem, na época, atendentes e auxiliares de enfermagem. E cada unidade deveria acrescentar uma enfermeira para organizar o serviço.

Para suprir esta demanda, a Fundação Hospitalar de Santa Catarina¹⁹, que era responsável pela contratação de funcionários, convidou algumas enfermeiras, que já preservavam um status social ou foram indicadas por apoio político, para assumir imediatamente no HIJG. Comprovamos isso nas falas das entrevistadas abaixo:

O meu ingresso no HIJG ocorreu por seleção. Na época não havia concurso. Éramos avaliadas e selecionadas pela Gerência de Enfermagem, através da Fundação Hospitalar (SANTANA, 2013).

Na época, não existia processo seletivo formal ou concurso público. Era realizada apenas uma entrevista informal, acompanhada ou não de uma indicação. Havia mercado de trabalho para o

¹⁹A FHSC foi criada em 1965 e reformulada em 1970 através das leis nº. 3.765, de 15/11/1965, e nº. 4.547, de 31/12/1970 (TEIXEIRA, 1993). O fato da FHSC assumir a administração hospitalar culmina com a entrada do profissional enfermeiro nas instituições. E isso provoca uma série de transformações na enfermagem, que até então era predominantemente laica, dando início à enfermagem profissionalizante de forma gradativa e irreversível (KOERICH, 2008).

enfermeiro, toda a minha turma de faculdade conseguiu emprego de imediato. Cabe ressaltar que além do Hospital Infantil, também foi inaugurado na mesma época o Hospital Universitário. Portanto, algumas colegas de turma foram contratadas pelo mesmo, onde participaram ativamente da implantação da Diretoria de Enfermagem, juntamente com o corpo docente da UFSC (COELHO, 2013).

Eu fui convidada a ingressar no HIJG. E a oportunidade de assumir a chefia de enfermagem se deu em função da saída de uma colega. Na verdade não era para ficar, era uma substituição temporária. Porque uma colega que era chefe, foi fazer um curso de especialização de um ano no Rio Grande do Sul. Então não me foi dito, você vai ficar sempre como chefe de Enfermagem. Acontece que ela não retornou para o Hospital Infantil. Quando ela fez a especialização em Pediatria, ela já retornou para a Universidade, como professora, que também tinha muita falta de profissionais habilitados. Então, são coisas que acontecem na vida. Aí fui ficando, fui gostando, fui assumindo, fui me integrando. E daí você passa a incorporar aquele trabalho como sendo seu, e a exercer aquele direito. Se antes era temporário aí passou a ser um direito, vamos dizer assim, e uma obrigação definitiva. Agora eu era chefe de fato e de direito do Hospital Infantil (RAMOS DA SILVA, 2013).

Aos poucos dominou o saber-fazer daquele cargo, assumindo o papel de líder-poder frente ao grupo. Com a chegada das enfermeiras, não houve tempo hábil para treiná-las, muitas delas tiveram que assumir, inclusive, a chefia de seu setor. O que gerou grande apreensão na chefia de enfermagem, que já tinha conquistado grande experiência em relação à assistência à criança, e tinha conhecimento das particularidades dessa especialidade.

[...] as enfermeiras eram todas recém-formadas, a maioria delas, e tiveram que assumir o serviço, porque não houve um tempo hábil entre a contratação das enfermeiras e o início dos trabalhos. As chefes das equipes tiveram que assumir logo. Assim que se formaram, elas já foram contratadas e já começaram a trabalhar. Existiram mais reuniões e conversas, mas treinamento formal não houve para as Enfermeiras (RAMOS DA SILVA, 2013).

As práticas de cuidado à criança foram aprendidas em serviço, durante o fazer das enfermeiras. A Chefia de Serviço de Enfermagem afirma que apesar de recém-formadas, a bagagem teórica trazida do Curso de Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina era muito rica e embasada cientificamente.

Eu cursei Enfermagem, numa época muito boa. Com poucos alunos, com professores de excelente formação e de dedicação. Porque o curso de Enfermagem na UFSC estava em seu início. Era a quinta turma de Enfermagem. Para as professoras também era uma experiência nova. Como fundadoras do Curso, e como elas também tinham vindo do Hospital Infantil Edith Gama Ramos, tinham muito conhecimento. Então o Hospital Infantil sempre foi muito forte, até na minha formação, porque elas amavam muito o Hospital Infantil e passavam isso para nós na aula. E, esse conhecimento então, foi repassado na época, até porque havia muito tempo. Por exemplo, você estava fazendo estágio e tinha cinco alunos ali com o professor altamente habilitado. E isso nos deu também uma formação melhor, e uma condição melhor de exercer a profissão de forma que a gente saía da faculdade, já bastante informado e formado sobre aquilo (RAMOS DA SILVA, 2013).

O fato de existir uma formação profissional embasada cientificamente veio a instrumentalizar adequadamente a enfermeira para a sua prática assistencial, lançando a partir daí novos olhares para a implementação do Serviço de Enfermagem no HIJG. É o conhecimento científico que permite a abstração da realidade, tornando acessível a visualização de prováveis soluções para os problemas que se referem à assistência na atenção à saúde (TRENTINI; PAIM, 2001).

Historicamente, o enfermeiro vem se preparando para assumir funções gerenciais nas instituições de saúde. A atuação do enfermeiro tem se modificado, assim como o perfil das organizações hospitalares. Além das competências pertinentes à função de coordenação de equipe, tais como liderança, comunicação e capacidade de tomar decisão, o enfermeiro deve ter visão gerencial, domínio dos processos administrativos e assistenciais, capacidade de análise crítica e visão macro-orientada (OLIVEIRA; SCHILLING, 2011, p. 229)

No cotidiano de trabalho, as propriedades práticas do processo de cuidar, permitem ao profissional conhecer o seu trabalho. “Sabendo quais são os elementos desse processo, o objeto poderá ser transformado no foco da atenção. Seus componentes, então, são os objetos, os agentes,

os instrumentos, as finalidades e os produtos” (YAMAMOTO et al., 2009, p. 225).

As enfermeiras assistenciais e chefias apropriaram-se de seus saberes para reinventar a sua prática. Utilizaram as dificuldades encontradas para dar luz a um novo processo de trabalho da enfermagem, e como foco de sua atenção, definiram que iriam se apropriar de seu objeto de trabalho, a assistência, e em cima deste propósito iniciou-se a construção de métodos assistenciais, que na época se aproximavam da Sistematização da Assistência. Segundo Foucault (2008), para que haja saber, é necessária a existência de uma prática discursiva. Esses saberes estavam pautados nos conhecimentos científicos apreendidos em outras instituições e no ensino recebido durante a Graduação.

Como ainda era nova a ideia de utilizar uma Teoria de Enfermagem²⁰ para guiar a prática do cuidado, estas enfermeiras estudaram métodos aproximados a um conceito para planejar o cotidiano do serviço. Nos depoimentos a seguir, é possível perceber o seu empenho em instrumentalizar o seu saber.

Não foi utilizada uma metodologia específica, não que eu lembre. Mas na área de administração de enfermagem estudamos algumas teorias de administração que subsidiou a organização do serviço de enfermagem. O referencial teórico que guiava nossa prática estava fundamentado na Teoria de Wanda Horta – necessidades humanas básicas, que também subsidiou a elaboração das Normas e Rotinas de Enfermagem. Outras Teorias de Enfermagem não estavam contempladas nas disciplinas de graduação, mas alguns Docentes do curso de graduação estavam fazendo seus mestrados e ou doutorado e posteriormente incluíram tais Teorias no currículo de enfermagem (COELHO, 2013).

Eu utilizei a metodologia assistencial para o Hospital Infantil. Porque na verdade ia ser uma prática, as pessoas iam chegar e tinham que ser atendidas. De que forma elas iriam entrar na emergência, como elas iam entrar nas unidades do Hospital e como elas iam ser atendidas

²⁰No século XX, e com maior força a partir da década de 1950, a Enfermagem buscou ser conhecida como ciência a partir do desenvolvimento de teorias de enfermagem com o objetivo de construir um corpo de conhecimento próprio para explicitação de suas teorias para fundamentar sua prática (VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009, p. 178).

lá dentro. Então na época eu comecei a estudar o método de assistência por níveis de atendimento. E implantei no HIJG. Este método era moderno para a época. Aprendi sobre ele através de leituras e cursos que realizei quando entrei no Hospital Infantil Edith Gama Ramos (RAMOS DA SILVA, 2013).

A metodologia da Assistência possibilita o planejamento e a organização das práticas, demonstrando um saber específico da profissão, que confere a enfermeira o poder.

Em oposição a esta proposta de implantação de um método para favorecer a otimização das ações em serviço, existem relatos que inferem não ter havido apoio institucional para que algumas enfermeiras assistenciais pudessem aplicá-lo em seu setor. Estas, em número insuficiente, se concentravam apenas no cumprimento de suas tarefas, eram literalmente “tarefeiras”. A grande demanda de atendimentos, principalmente na emergência, foi um fator limitador para a aplicação de métodos.

Se for pensar no termo de organizar o serviço, naquele tempo estava muito na moda a Wanda Horta, mas nós éramos em número insuficiente. Não tinha como implantar o processo de enfermagem, nada disso. Então nós viemos pelo método tradicional, cada uma chefiava a sua unidade e o serviço. Trabalhava muito em cima de resolução de problemas (GANDIN, 2013)

Olha naquela época se falava muito em Wanda Horta. A gente tentava, mas era muito complicado. Nós atuávamos nas emergências, não tinha muita coisa planejada. Até podia tentar, mas não ia para frente porque nós éramos mão de obra. Então não tinha tempo para sentar, discutir e escrever algo. Era trabalho braçal mesmo (SANTANA, 2013).

Meu papel era como o termo que nós usávamos muito; era o de ‘tarefeira’. O que tinha que ser feito, tinha que ser feito. Tinha que fazer a mudança, acompanhar os pacientes, montar a unidade, e assim era ‘mão na massa’ mesmo. Ia organizar medicação, organizar rouparia, organizar material, fazer levantamento das coisas, montar as rotinas. Porque as rotinas foram montadas, na medida em que as coisas fossem acontecendo. O hospital abriu sem uma UTI, na Emergência interna onde eram centralizados os pacientes mais graves, não tinha

respirador. Era um campo de guerra, você não tem ideia do que era. Para ter ideia, quando tinha um paciente que precisava ficar com a respiração assistida, o máximo que tinha lá era o tal do BIRD. Então o paciente era intubado e ficava um atendente do ladinho, na cadeirinha ali no bercinho da criança (STOCCO, 2013)

Este momento crítico vivenciado pelas enfermeiras, já havia expressado grande importância no estudo realizado por Costa (2009, p. 93), com enfoque ao atendimento ao recém-nascido de risco no Hospital Infantil e a relação com a assistência. Destacou o incentivo, na década de 1980 para a tentativa de implantação da sistematização da assistência de enfermagem no HIJG. “As prescrições não conseguiram ganhar corpo, seja por falta de enfermeiras nas 24hs, seja pela rotina de trabalho, mas, principalmente, pelo poder médico hegemônico dentro do hospital, que foi contrário a este movimento, impossibilitando a enfermeira de exercer sua autonomia”.

O exercício da autonomia do profissional de enfermagem, só será possível quando este dominar o conhecimento de seu campo e da sua prática. No hospital, podemos afirmar que, quem detém o saber, é aquele que detém o poder (FOUCAULT, 2012).

Cabe à enfermeira prestar os cuidados de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões, bem como administrar, coordenar, supervisionar sua equipe, dentre outros. A Enfermagem se organiza utilizando, principalmente, três instrumentos de trabalho: a administração, para organizar o ambiente; as técnicas, para organizar o cuidado; e os mecanismos disciplinares, para organizar seus agentes (PIRES, 1999; LUNARDI; LEOPARDI, 1999).

Por conta disto, estas profissionais desenvolveram mecanismos, baseados em seus saberes, para organizar a sua prática. Construíram manuais de normas e rotinas por unidades, criaram cadernetas de bolso, que continham a descrição exata de cada técnica de enfermagem. Com o intuito de organizar e supervisionar o serviço estabeleceram escalas de serviços e fluxos internos de distribuição de materiais, estes deveriam ser cumpridos religiosamente.

Criamos as normas e rotinas técnicas de enfermagem, as rotinas administrativas, e os protocolos de atendimento relativo aos cuidados à

criança em situação de urgência e emergência. Além disso, as enfermeiras lotadas no Serviço de Emergência desenvolveram uma pesquisa sob o título “Problemas com Fluidoterapia em Pediatria”. Nós tínhamos a “caderneta preta”, era uma caderneta de bolso que continha todos os passos e material necessário para realização dos procedimentos de enfermagem, isto nos dava segurança. (COELHO, 2013).

Nós conseguimos implantar o serviço de UTI, a gente implantou a CCIH, que na época não existia. Implantamos modelos e rotinas de isolamentos, regimentos, normas de trabalho. Tanto processos administrativos, como processos de enfermagem. (HOLETZ, 2013)

Escala de serviço, nós é que fazíamos, na época era sempre avisado, a gente tinha que fazer escala de serviço de todos os setores. Sem programa de computador. A mão, só usando a cabeça (STOCCO, 2013).

Um fluxo que eu plantei na época, que foi bastante difícil, por falta de experiência, e até por uma resistência dos funcionários, foi retirar o mínimo possível a Enfermagem dos setores e fazer com que as coisas fossem até eles. Foi uma luta bastante forte e continua implantada até hoje. O Centro de Material, por exemplo, que é o coração do Hospital, era um coração que distribuía energia, e fazia com que todo mundo fosse lá buscar materiais. Porque eu sempre entendi, que você perde muito tempo, ainda mais naquelas distâncias enormes, levando e trazendo material de esterilização. Então eu tinha essa visão e eu consegui fazer com que o centro de material distribuísse nas unidades os materiais. Foi uma ação muito teimosa de minha parte e que teve que ser planejada desde a compra dos equipamentos. Os carros para distribuir, a forma como vai levar, como vai buscar, todo o fluxo foi bem definido (RAMOS DA SILVA, 2013).

Na prática da Enfermagem coexistem duas dimensões: a do saber e a do fazer, o último envolve todo o processo da assistência em enfermagem. É em nosso fazer que percebemos que “o saber é um dos elementos que utilizamos no exercício da profissão de Enfermagem, e este saber possibilita o fazer na perspectiva da ação por meio da competência, habilidade, persistência, paciência e disponibilidade para agir consciente e intuitivamente” (VALE; PAGLIUCA; QUIRINO, 2009, p. 175).

As enfermeiras do HIJG participaram diretamente da sua construção e consolidação de seus serviços, e comprovaram a razão de sua existência no processo de organização de um serviço hospitalar. Essas profissionais descortinaram possibilidades e provaram sua capacidade enquanto gestoras de saúde.

Os fazeres das enfermeiras no processo de trabalho da enfermagem

Esta categoria temática revelada através dos depoimentos das enfermeiras demonstra o seu compromisso com a assistência, com os pacientes, e o que é mais relevante, a sua doação para com a instituição. Expressa como aconteciam as tomadas de decisões de forma coerente e rápida ao buscar soluções para novos problemas e novas formas de realizar a prática da assistência e gerenciamento dos recursos humanos e materiais.

Muitas das transformações organizadas e implementadas por elas, decorreram de seu saber, da busca incessante do conhecimento assim como, pelo poder adquirido pelo saber, tal poder justificado pelos cargos de chefias exercidos na instituição. A autonomia de resolução e tomada de decisões, foi um ponto alto na administração da enfermagem, que refletiu intensamente na prática, dando liberdade de atuação para as enfermeiras assistenciais, conforme afirma o Diretor Geral:

As enfermeiras tinham poder de decisão, que é o número um em minha opinião, é o poder de decidir. Porque nunca houve interferência no trabalho da enfermagem, interferência no sentido de comandar as coisas, tentar comandar, não. Enfermagem era enfermagem. Cada um na sua área. Quem entende de enfermagem é o enfermeiro. Quem entende de medicina é o médico, então não havia interferência. E havia o poder de decisão, em que a diretora de enfermagem na reunião de cúpula do hospital, colocava os seus pontos de vista: “É preciso comprar tal e tal equipamento, preciso de mais pessoal porque tem pessoal do velho hospital em fase de aposentadoria. Eu preciso repor. Tenho que abrir concurso para trazer esse pessoal pra cá. Vamos comentar com a Fundação Hospitalar para ela abrir era processo seletivo e trazer mais pessoal da área da enfermagem (CAPELLA, 2013)

E essa autonomia de decisão estabelece uma ruptura de paradigmas, onde anteriormente o médico detinha o poder de definir as funções do pessoal de enfermagem, agora tal poder fica a cargo da enfermeira. Foucault (2008) associa o conceito de ruptura ao de transformação, pois esta última só acontece, através da imposição do espaço e da superação de obstáculos que levam a reordenação dos saberes, o que implica um novo olhar, uma nova prática. Fato evidenciado na fala da chefia de enfermagem:

Então, quando nós entramos no meio dessa relação já pré-existente entre médicos e auxiliares de Enfermagem, nós começamos de certa forma a atrapalhá-los um pouco. A tirar deles o poder que tinham de dizer: a hoje você vai trabalhar aqui, ou, olha eu não gosto que você trabalhe aqui, vou ter que tirar você daqui e colocá-lo em outro setor. Existia esse tipo de relação. De comando do médico com a equipe de Enfermagem. Até na definição de local de trabalho, de horário de trabalho. Havia uma intervenção muito grande porque faltavam enfermeiros para assumir isso e eles naturalmente assumiam. E existia uma diferença de meio social muito grande entre o atendente, o auxiliar e o médico. Isso dava a eles um poder muito grande sobre a pessoa, poder sobre o emprego, poder sobre o horário de trabalho, um poder grande. Como os enfermeiros entraram no meio, isso começou a fazer com que os médicos vissem os enfermeiros como obstáculos, como pessoas que estavam ali para tirar deles um espaço já conquistado, que era deles. E lá estava uma enfermeira de nível superior querendo com que a sua profissão fosse respeitada, lutando por seu espaço, até por ser uma época onde a enfermagem era composta por mulheres e os médicos todos homens, então também existia um conflito de gênero (RAMOS DA SILVA, 2013).

A relação de poder expressa na fala acima era estabelecida em uma perspectiva foucaultiana de bio-poder (FOUCAULT, 2012), um poder centrado no controle sobre o corpo numa perspectiva de controle de uma determinada massa, de uma população, composta nesta realidade pelos atendentes e auxiliares de enfermagem, que ficavam condicionados ao comando médico, evidenciando a fragilidade de seu micro-poder em relação a sua autoridade no momento de escolher as suas condições de trabalho.

Em contraste ao exposto acima, em breve resgate histórico, nas décadas de 1950 e 1960, observamos que a Enfermagem, no Brasil, estava centrada no fazer, exclusivamente técnica, submissa aos saberes

da Medicina. E foi a partir de 1980, que a profissão começou a buscar um saber diferencial, local e particular, “ela desqualifica a prática e parte em busca de um conhecimento teórico, como se a prática não fosse teoria”. Entretanto, não houve um saber isolado, houve toda uma prática discursiva, “resultado de lutas na formação deste que gerou relações de poder, adquiridas pelo saber das massas, sejam elas instituições hospitalares, instituições de ensino, instituições comunitárias” (COBERLLINI, 2007, p. 172).

E decorrência de todas essas transformações históricas da profissão, as enfermeiras organizaram os seus fazeres de forma a aproximar o processo de trabalho ao da medicina, não com ideia de semelhança, mas com a intenção de oferecer um serviço de qualidade e alto padrão, um exemplo disso é a passagem de plantão, momento onde são discutidas condutas, definem-se prioridades na assistência, e mais particularmente, é o momento da troca de saberes na equipe de enfermagem, dando vazão ao processo administrativo da profissão.

O plantão era passado todas as manhãs e no final do turno de trabalho, paciente por paciente, onde toda a equipe de enfermagem participava. Este é um exemplo de nossa organização. Implantamos também o Livro de Ocorrências onde eram registradas as intercorrências que mereciam maior destaque. No prontuário era registrada a evolução diária de cada paciente e os procedimentos realizados. Assim fomos construindo o fazer da enfermagem baseado em princípios científicos (COELHO, 2013).

As normas valiam pra todos. Tinha a rotina de visita, a rotina de passagem de plantão. Essas coisas a gente foi implementando na medida em que o serviço foi nascendo, procriando (BERRETA, 2013).

Dando continuidade a este processo disciplinar de trabalho, as enfermeiras estabeleceram os horários de visitas. Até a década de 1990, ainda não era permitido aos pais a permanência contínua junto aos filhos hospitalizados, estes ficavam sob responsabilidade total da Enfermagem. A visita estipulada e permitida pelos médicos era de uma hora. Tal situação aumentava significativamente a sobrecarga de trabalho da equipe de saúde.

Com o intuito de dar vazão à implementação das normas e rotinas do Serviço de Enfermagem, as enfermeiras reuniram-se com as assistentes sociais do hospital e implantaram novas regras para a

visitação dos pais, com vistas a aperfeiçoar a assistência, uma vez que a permanência dos familiares só comprovou o fortalecimento do vínculo criança – família com a Enfermagem. A enfermeira Terezinha expressa claramente em sua fala, tal situação:

Eu lembro que junto com as assistentes sociais, implantamos também a visita diária. Naquela época a visita era só, duas a três vezes na semana, se eu não me engano era terça, quinta e domingo. E eu sofria com aquilo, também era das duas às cinco da tarde, e naquele horário tinha que correr, correr, correr para manter aquelas crianças todas arrumadinhas, para a chegada dos pais. E eu não concordava com aquilo e como eu me dava muito bem com as assistentes sociais, nós construímos um projeto para o hospital. Primeiro começamos com a visita diária, para apenas um período do dia, para ver se ia dar certo, depois estendemos para o dia inteiro, até que ficou. E nós começamos a nos questionar que, quando a visita era o dia todo, não tinha tanta circulação dentro do hospital. Anterior a isto, quando chegava aquele horário de visita era um sufoco, era muita gente no hospital. Imagina aquele horário das duas às cinco horas da tarde todo dia. Todo mundo querendo entrar. E o pouco tempo que tinham!! As mães saíam, as crianças ficavam muito agitadas. E assim não, inclusive, algumas crianças podiam ficar com a mãe, por exemplo, aquelas que sofriam cirurgias. E este foi um de nossos legados (JUNCKES, 2013).

Estes exemplos indicam que na Enfermagem, há mais de um processo de trabalho, que pode ser, ou não, desenvolvido de forma concomitante. Estes são: o processo de trabalho assistir, caracterizado pelo cuidado com o paciente; o processo de trabalho administrar, permeado pela execução do saber científico no que diz respeito ao processo gerencial; o processo de trabalho ensinar, entendido como a dimensão teórica da profissionalização e aplicabilidade do saber da Enfermagem; o processo de trabalho pesquisar está inserido no processo de ensinar, uma vez que, enquanto profissão e disciplina, a Enfermagem busca, incessantemente, o conhecimento; e o processo de trabalho participar politicamente, caracterizado por tratar dos assuntos éticos e políticos da profissão, desenvolvendo ações que promovem a regulamentação da profissão. Sendo que estes não são estanques, se relacionam constantemente e quase sempre simultaneamente (SANNA, 2007).

A articulação das enfermeiras era visível, mesmo sendo jovens,

mantinham a união de grupo, e um grupo extremamente coeso, que discutia constantemente as possíveis melhorias na assistência. Fato que observamos nas falas a seguir:

O grupo trabalhou muito junto. Cada uma trabalhava junto com a outra pra se organizar, o grupo era mais unido. Ele era mais homogêneo, porque as enfermeiras todas vieram do mesmo grupo da universidade (HOLETZ, 2013)

Éramos todas jovens, recém-formadas, sem vícios, sem uma história prévia relativa à profissão. Portanto, a história começou a ser construída por um grupo de enfermeiras e não apenas com uma ou duas. Na minha percepção, todas tinham perfil para serem enfermeiras pediátricas. Todas gostavam do que faziam. Eram pró ativas, com capacidade de organização do serviço. Competentes na conquista do espaço do enfermeiro. O ambiente de trabalho era muito bom, moderno com materiais de excelente qualidade, e uma equipe comprometida. O Hospital Infantil era considerado “a menina dos olhos” da então Fundação Hospitalar de Santa Catarina, órgão que gerenciava todos os hospitais públicos do Estado. Tínhamos comprometimento com a profissão e zelo pela instituição e muita dedicação (COELHO, 2013).

As pessoas acreditavam em mim e apoiavam tudo que eu pedia, que eu solicitava, pedia apoio, nunca foi negado. Tinha bastante liberdade, muito apoio, a credibilidade da Adélia, como ela era gerente de enfermagem. Ela contava comigo para tudo. A gente se dava bem e ela confiava bastante em mim. Eu pedia opinião para tudo o que iria fazer, nunca foi de fazer nada sem conversar; ah, o que você acha disso e daquilo. Aí a gente via, ah vamos fazer, faz, e nós fazíamos (JUNCKES, 2013).

Toda esta responsabilidade era refletida na assistência, ficava a cargo da enfermeira a realização das técnicas de enfermagem mais complexas. E em casos em que se viam sozinhas, por exemplo, nas intercorrências, acabavam realizando toda e qualquer técnica, inclusive a coleta de materiais para o laboratório. Verificamos isso nas falas a seguir:

Preparava e administrava as medicações, vacinas, os curativos, orientava os funcionários nos cuidados com o paciente, trocava-se

fraldas das crianças, ofertava-se mamadeira no colo, ajudava na higiene do bebê, acompanhava a visita médica, checava a medicação, tirava-se o mapa da dieta. Fazia-se de tudo (SANTANA, 2013).

A enfermeira podia realizar tudo, mas não significa que ela tivesse atividades específicas. Porque os técnicos de enfermagem eles faziam desde as atividades mais complexas até as mais simples. Não tinha como você sendo uma única enfermeira realizar todas as funções. No noturno, quando eu era do noturno, que eu era sozinha, tinha umas atividades que eram específicas do enfermeiro, que a gente se quebrava muito para fazer. A gente tinha começado a nutrição parenteral prolongada naquele tempo, então a famosa NPP, todo mundo via com muito risco. Então puncionar veia e instalar NPP era só enfermeiro. Como era moda tinham muitos. Então às vezes eu ficava instalando NPP e pegando veia. Era uma atividade que não fazia muito sentido. Porque se o técnico de enfermagem fazia curativo de dissecação, se ele fazia um curativo mais complexo, porque ele não podia trocar um equipo de uma NPP a 20%, desde que não contamine. (MACHADO, 2013).

Puncionava jugular interna e externa, coleta de sangue, quando eu entrei era só jugular. A gente coletava todos os exames, curativos, sondagens, todas as técnicas de enfermagem a gente fazia. Cateterismo, eu chegava até a fazer biópsia nasogástrica, que tinha que passar aquela sondinha. A gente ajudava, fazia, passava. Sonda nasogástrica, nasoenteral, era tudo conosco. Mas éramos nós que fazíamos tudo, não tinha essa coisa de ir o médico não. (JUNCKES, 2013).

Estas transformações estabelecidas pelas enfermeiras refletiram no cenário de trabalho, e resultaram sem dúvida nenhuma, em melhoria da assistência à criança, pelo saber-poder delas, pelo posicionamento e seu engajamento na instituição. A organização e gerenciamento do trabalho assistencial permite ao enfermeiro, exercitar uma forma de poder, que está sob sua tutela (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Cabe aqui também, discutirmos brevemente a respeito dos fazeres inespecíficos das enfermeiras. Tais funções que não estavam agregadas às atribuições da enfermagem, e lhe eram cobradas o cumprimento, desqualificavam os seus fazeres e generalizam o cotidiano de trabalho.

Em uma ocasião, no Hospital Infantil faltou uma copeira para preparar as mamadeiras das crianças. E eu estava de plantão, eu disse

meu Deus o que é que eu vou fazer? Quem que eu vou colocar para fazer essas mamadeiras? Não teve erro, eu passei o dia inteirinho fazendo mamadeira. Porque era uma coisa muito séria, você não poderia alimentar uma criança de forma incorreta, ou oferecer uma fórmula errada. Porque naquela época o enfermeiro tinha que fazer isso, cuidar do lactário, ver se tinha alguém presente no lactário ou não tinha. E não olhava só a equipe de Enfermagem. Estava de plantão, olhava tudo. Desde a fraldeira do hospital, tudo (RAMOS DA SILVA, 2013).

Nós enfermeiras nos plantões, tanto no final de semana, como a noite, é quem tinha o poder total. Em questões administrativas, os médicos nunca se envolviam. Como não tinha plantão administrativo, você tinha que resolver o porre do motorista, tinha que resolver o pai que chegava torto lá na portaria querendo bater no porteiro. Aí o porteiro não resolvia ele chamava a enfermeira para resolver. Então imagina se fosse hoje como seria. Caso de polícia, não é mesmo?! Então a gente resolvia tudo, tudo, tudo. Se queimasse uma lâmpada a gente tinha que chamar para trocar, se furasse um cano a gente tinha que chamar, se tivesse problema com funerária com não sei o que a gente tinha que resolver. Então durante a semana as coisas se diluíam, mas noite e final de semana a enfermeira que tinha que dar conta do recado (STOCCO, 2013).

O empoderamento dado às enfermeiras para a realização de funções não específicas a sua profissão, não teve o objetivo de construção de uma rede de saberes e também não refletiu positivamente em sua prática, pois não ofereceu a aquisição de informações ou sequer aprimoramento pessoal. Apesar de estar claro toda a sua habilidade profissional em lidar com intercorrências e conflitos entre os setores. A fala da enfermeira Adélia Ramos da Silva nos traduz estas questões:

O enfermeiro na verdade tinha que se envolver com muitas outras coisas porque faltavam profissionais em outras áreas. Com isso elas não conseguiam exercer o seu poder de enfermeiros na sua totalidade. Com essa necessidade de a gente assumir outras áreas, se perdia um pouco até no nosso fazer, no nosso poder, porque diluía muito (RAMOS DA SILVA, 2013).

O que é possível perceber de forma quase encoberta pela ideia de

autonomia oferecida pelo gestor, é uma delegação de ações que poderiam ser de responsabilidade de um setor afim, a um pequeno grupo de mulheres, que historicamente absorvem a imagem de docilidade e submissão profissional. Para Foucault (2008), saber e poder, não se confrontam, mas se articulam. E dentro da complexidade desta relação, temos um ir e vir constante das posições no interior das relações sociais instituídas e destituídas ao longo da trajetória histórica. Afirmção comprovada pelas constantes discussões das enfermeiras do HIJG pela definição de seu espaço e reconhecimento de seu saber.

Neste sentido, pôde-se observar que mesmo sob pequenas resistências, estas enfermeiras estiveram a frente da organização e implementação de um Serviço de Enfermagem de qualidade, das transformações relacionadas ao gerenciamento do pessoal de enfermagem e pela busca constante por melhores condições de trabalho, elas através de seu saber-poder, conquistaram o seu reconhecimento profissional pelo exercício de sua autoridade.

O saber-fazer das enfermeiras como estratégia na educação em serviço

Os depoimentos das enfermeiras revelaram o seu compromisso com a educação em serviço e o treinamento de novos profissionais, tendo como objetivo prepará-los para uma assistência de qualidade. Este momento de trocas de conhecimentos também acontecia nas reuniões de categoria, um espaço na reunião era reservado para a atualização em serviço.

Inicialmente, após a inauguração do HIJG, em um convênio com o SENAC, todos os atendentes, auxiliares e posteriormente os técnicos de enfermagem, recebiam um curso de aperfeiçoamento de 40 horas. Com o desenvolvimento do hospital, expressando o aumento gradativo de pessoal de enfermagem, pensou-se em oferecer o treinamento nas dependências da própria instituição. E para dar fluxo a este Serviço, a chefia de enfermagem, na época representada pela enfermeira Adélia Ramos da Silva, convidou a enfermeira Eleonora Stocco, por já demonstrar interesse em gerenciar as capacitações, para assumir mais essa atribuição, o Serviço foi intitulado de Divisão de Educação Continuada. Interesse que aparece visivelmente na fala da própria enfermeira:

Uma coisa que eu briguei bastante e que eu acho que ainda está lá, espero que esteja, foi o treinamento oficial do servidor, eu não podia conceber que funcionários nossos chegassem e fossem para as unidades simplesmente sem treinamento nenhum. Eu achava aquilo impossível. É importante saber que não só o pessoal novo tinha que ter um treinamento, mas o pessoal que já estava lá sistematicamente tinha que passar por um treinamento até para se sentir um pouco mais revigorado e ter vontade de continuar trabalhando (STOCCO, 2013).

O trabalho desempenhado por esta enfermeira, que alguns anos depois veio a assumir a chefia de enfermagem²¹ é lembrado com carinho pelas colegas enfermeiras.

Nós tínhamos a Divisão de Educação Continuada, e a Eleonora era enfermeira responsável. Ela tinha experiência, foi muito tempo chefe do berçário, depois foi gerente de enfermagem, acho que uns sete anos. E depois ela assumiu a Educação Continuada. Mas a capacitação ela tentou fazer pensando muito além, era até adiantada no tempo eu acho, pensando muito com uma ótica de educação permanente. De observar o trabalho, principalmente dos técnicos e auxiliares pra ver como eles faziam, como diluíam medicação. E aí nessa história ela até descobriu que muitos dos nossos auxiliares e técnicos faziam medicação errada. A diluição, essas coisas. Numa lógica de educação permanente (MACHADO, 2013).

Naquela época nós tínhamos uma equipe de treinamento, que eram quatro ou cinco enfermeiras, que faziam todo o treinamento de todos os funcionários. Não tinha aquela coisa de avaliar e deixar por isso mesmo. Era avaliado e era dispensado se ele não tivesse perfil pra trabalhar com a enfermagem e principalmente com criança. (HOLETZ, 2013)

Nós treinamos todo o pessoal que entrou naquela época. Foi treinamento mesmo, muito teórico e o prático era feito nas unidades pelas enfermeiras. Foi dado para os técnicos, auxiliares e atendentes foi

²¹ Devido a um acordo interno, a cada quatro anos uma enfermeira da assistência em forma de rodízio era nomeada chefia de enfermagem. Termo que posteriormente passou a chamar-se gerência de enfermagem, uma forma de abrir espaço para que todas tivessem a experiência da chefia e noções de gerenciamento (NOTA DA AUTORA).

dado para todos. Para a enfermeira nós não tivemos treinamento. Só talvez em reunião. Mas um treinamento formal não houve, a enfermeira entrava, era encaminhada para a unidade e lá começava a aprender as coisas (GANDIN, 2013).

A educação em saúde implica na busca contínua do ser humano em ser mais do que é. Ele deve ser sujeito ativo na construção de seu saber e recusar as coisas como imutáveis. Nesse sentido, este se responsabiliza por sua educação, procurando meios que levem ao crescimento pessoal e aumento de sua capacidade. A educação transforma a prática social de maneira indireta, pois age sobre os sujeitos dessa prática, portanto, a educação é uma atividade mediadora entre o indivíduo e a sociedade (OGUISSO, 2000).

Assim, percebe-se a educação continuada como processo dinâmico e contínuo de construção do conhecimento, “por intermédio do desenvolvimento do pensamento livre e da consciência crítico-reflexiva, e que, pelas relações humanas, leva à criação de compromisso pessoal e profissional, capacitando a pessoa para a transformação da realidade em que vive” (PASCHOAL, MANTOVANI; LACERDA, 2006, p. 340).

Levando em consideração a importância da educação em serviço, e por não terem tido oportunidade de receber capacitação adequada, as enfermeiras desenvolveram estratégias de aprendizado, reuniam-se em momentos pré-estabelecidos para a discussão científica de casos, já que ficou claro em alguns relatos que não havia interesse por parte da instituição que enfermeiras fossem liberadas para a realização de cursos, como especialização, mestrado e doutorado. A justificativa utilizada era de que existia um contingente mínimo de enfermeiras para uma grande demanda de trabalho. Comprovamos tal fato, nas falas a seguir:

Implantamos reuniões científicas, acho que era uma vez por semana, um espaço reservado para a discussão de casos. Nós tentamos trazer um pouco de ciência, pra dentro do nosso dia-a-dia. Porque era uma diferença muito grande entre a atuação, porque uma turma metade ficou no Infantil, e a outra metade ficou no HU. Então a prática do HU era completamente diferente da nossa prática. O HU tinha um referencial teórico, tinha toda uma estrutura, ficou muito bem montada. E no Infantil a coisa era muito amadora (STOCCO, 2013).

A direção não te favorecia fazer alguma coisa fora, era muito

difícil eles liberarem para fazer cursos de capacitação. O horário de trabalho era de 44 horas semanais, nós trabalhávamos o dia inteiro e mais um pouco. Então, eles não facilitavam em nada a sua liberação para realização de cursos. Mas naquela época era muito complicado, não gostavam, não tinham interesse, viam com maus olhos. Nós não tínhamos liberação da instituição e da própria gerência de enfermagem, esta não estimulava a realização de uma especialização, de um mestrado. Nós estávamos ali para trabalhar mesmo. No primeiro ano trabalhando no hospital, as enfermeiras cumpriam 12 horas de trabalho na emergência, uma enfermeira trabalhava em um dia e a outra no outro, depois fiquei sozinha com as duas emergências. Era uma única pessoa para cuidar de tudo, administrar e prestar assistência. Na emergência interna, por turno havia um técnico de enfermagem e três atendentes para quinze leitos e na emergência externa eu tinha um técnico e três atendentes para a livre demanda (SANTANA, 2013).

Existia também outro espaço reservado para as discussões entre as enfermeiras, estas aconteciam nas reuniões de categoria. Este momento era utilizado para a explanação de diversos assuntos, alguns relacionados ao gerenciamento, outros relacionados aos problemas na assistência e com o pessoal de enfermagem. Mas o que chama a nossa atenção, é que também nesse espaço, as enfermeiras organizavam temas para a construção de aulas, que seriam ministradas em seus respectivos setores. E para a divulgação das palestras, desenvolviam cronogramas intersetoriais. Este saber para Foucault (2008), é considerado um espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso. E as enfermeiras se apropriam do saber imbricado em seu discurso, com o objetivo de exercer transformações em seus fazeres.

Os enfermeiros tinham grupos de estudo divididos por sub especialidades afins, que se reuniam uma vez por semana. Eram liberadas 4 horas semanais da assistência para estudarem e ou se atualizarem (COELHO, 2013).

Naquela época, as enfermeiras do setor faziam treinamentos para a sua equipe. Nós estudávamos, preparávamos as aulas, chamávamos o pessoal, e ministrávamos a aula no próprio setor (SANTANA, 2013).

É notória a preocupação das enfermeiras do HIJG com a educação em serviço de seus profissionais, e mais imprescindível, com a sua própria educação. Com organização e empenho elas puseram em prática uma preocupação que ainda é atual, que o é de preparar adequadamente o profissional para o mercado de trabalho e instrumentalizá-lo para cada tipo específico de cuidado. O saber-fazer das enfermeiras que atuavam no hospital influenciou fortemente a formação intelectual e prática de sua equipe de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo respondeu aos questionamentos que inquietavam as autoras quando se buscou saber como se deu o processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no HIJG (1979-1991). Ilumina e traz à tona o início do trabalho das enfermeiras gerentes e assistenciais, seus saberes e fazeres na organização e gerenciamento de pessoal, na organização e gestão dos serviços e na participação direta na educação em serviço.

Esta investigação permitiu ainda desvelar quem eram estas enfermeiras, compreender em qual contexto histórico se encontravam, e identificar a sua participação efetiva nas transformações da prática de enfermagem, decorrentes de seus saberes e fazeres.

Pode-se inferir que a organização do Serviço de Enfermagem do HIJG, trouxe grandes transformações para a saúde da criança catarinense. Porque foi a partir do aperfeiçoamento da prática de enfermagem desta instituição que novos serviços foram ofertados, como cirurgias de alta complexidade e procedimentos, onde somente a enfermeira tinha habilidade e permissão para realizar, como quimioterapias, nutrição parenteral e diálise peritoneal. O papel desempenhado por estas enfermeiras revela o empenho, dedicação e o seu entusiasmo nas ações que executavam e sua crença na profissão escolhida, tendo a certeza que o trabalho tinha valor, do ponto de vista social.

Os seus depoimentos expressam a todo o momento a busca pela autonomia da profissão e da especificidade da enfermagem, através de lutas e resistências e ao final deste estudo, verificamos que estas enfermeiras alcançaram a sua autonomia, o seu poder, através da implantação de uma assistência de enfermagem qualificada e humanizada.

REFERÊNCIAS

ALBERTI, V. **História oral**: a experiência do CPDOC. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.

BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. **Enfermagem em Santa Catarina**: recortes de uma história (1900 – 2011). Florianópolis: Secco, 2011.

COBERLLINI, V. L. Fragmentos da História de Enfermagem: um saber que se cria na teia do processo da submissão teórica. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2007 mar-abr; 60(2):172-7.

COSTA, R. **Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis**. Florianópolis, 2009. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

COSTA, R. et al. Hospital Infantil Edith Gama Ramos e Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis/SC: o poder/saber das enfermeiras e as implicações no cuidado (1964 – 1980). In: BORENSTEIN, M. S. (Org.) **Enfermagem em Santa Catarina**: recortes de uma história (1900-2011). Florianópolis: Secco, 2011. p. 227-240.

FELLI, V. E. A; PEDUZZI, M. **O trabalho gerencial em enfermagem**. In: Kurcgant, P. Organizador. Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

FOUCAULT, M. **Arqueologia do saber**. 7a.ed.reimp. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

_____. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2012.

KOERICH, A. M. E. **Hospital Colônia Santana**: reminiscências dos trabalhadores de Enfermagem (1951-1971). Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI M. T. **O trabalho da enfermagem**: sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande: GRAFURG, 1999.

MAGAJEWSKI, F. A construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. **Rev. Saúde Públ.**, Santa Catarina, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 10-26, jan./jul. 2009.

MINAYO, M. C. S. de..**O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OGUISSO T. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. **Rev. Nursing**, São Paulo, 2000; 3(20):22-9.

OLIVEIRA, L. R.; SCHILLING, M. C. L. Análise do serviço de enfermagem no processo de planejamento estratégico em hospital. **REGE**, São Paulo – SP, Brasil, v. 18, n. 2, p. 225-243, abr./jun. 2011.

PASCHOAL, A.S., MANTOVANI, M.F., LACERDA, M.R. A educação permanente em enfermagem: subsídios para a prática profissional. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS) 2006 set;27(3):336-43.

PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. **O método de pesquisa histórica na enfermagem**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 14(4):575-84, Out-Dez, 2005.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI M.T. et al. **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: UFSC- Papa- livros; 1999.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev Bras. Enfermagem**, v. 60, n. 2, p.221-224, 2007.

TEIXEIRA, M. **Hospício e poder**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1993.

TRENTINI M; PAIM L. **Assistência e pesquisa em enfermagem**: uma abordagem convergente-assistencial. Texto&ContextoEnferm 2001 jan/abr; 10(1): 11-31.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F.; QUIRINO, R. H. R. Saberes e práxis em enfermagem. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** 2009 jan-mar; 13 (1): 174-180.

VEYNE, P. **Como se escreve a história.** 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1995.

YAMAMOTO, D. M. et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Rev. Texto e Contexto, Enfermagem,** Florianópolis, v. 18, n. 2, p.224-232, 2009.

5.3 ARTIGO 2 – AS RELAÇÕES DE PODER E SUAS REPERCUSSÕES NO COTIDIANO DE ENFERMAGEM NO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC) (1979-1991)

**AS RELAÇÕES DE PODER E SUAS REPERCUSSÕES
NO COTIDIANO DA ENFERMAGEM NO HOSPITAL
INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC)
(1979-1991)²²**

Fábila Fernanda dos Passos da Rosa²³

Miriam Susskind Borenstein²⁴

RESUMO: Pesquisa qualitativa com abordagem sócio histórica, com o objetivo de historicizar o poder que as enfermeiras exerceram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão (1979-1991). Foram realizadas entrevistas com dez enfermeiras e um médico. Os dados foram categorizados utilizando-se análise de conteúdo temática de Minayo e com base no referencial foucaultiano. Emergiram quatro categorias: As práticas de enfermagem e as relações de poder na enfermagem; As relações de poder e as resistências iniciais no HIJG; A organização das práticas da enfermagem: O poder disciplinar das enfermeiras A visita como estratégia de poder-saber; O saber das enfermeiras e o poder

²² Trata-se de um recorte da dissertação da 1ª autora, defendida no Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em dezembro de 2013.

²³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Especialista em Terapia Intensiva. Membro do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES). E-mail: fabilapassos@yahoo.com.br.

²⁴ Doutora em Filosofia da Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, atuando no Programa de Pós Graduação em Enfermagem. É vice - líder do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES) e Pesquisadora do CNPq. E-mail: miriam.borenstein@ufsc.br.

político da época. Os resultados expressam que as enfermeiras do HIJG reinventaram a sua prática assistencial, demonstraram que as resistências encontradas no processo de organização do Serviço de Enfermagem, serviram de aprendizado e desconstrução de conceitos relacionados à profissão. Ficou claro que as relações de poder existem em qualquer instância, independente do nível de conhecimento dos profissionais e do lugar que ocupam na instituição, mas que este poder circula em rede e é dinâmico, e pode ser exercido por qualquer indivíduo. Os depoimentos imprimem que além de respeito e reconhecimento profissional, estas enfermeiras desenvolveram através de seus saberes uma rede poder e as questões emergidas referentes à resolução de problemas, tiveram relação direta com a liderança e esta característica importante, permitiu a visibilidade delas no cumprimento de seu papel no cotidiano do trabalho.

DESCRITORES: Enfermagem; História da Enfermagem; Serviço Hospitalar de Enfermagem; Hospitais Pediátricos.

**RELATIONS OF POWER AND ITS EFFECTS ON
DAILY NURSING IN HOSPITAL CHILD OF JOAN OF
GUSMÃO FLORIANÓPOLIS/SC (1979-1991)**

ABSTRACT: Qualitative research with historical partner, with the goal of historicizing the power that nurses exerted in the process of organizing and implementing the Nursing Service at the Children's Hospital of Joan Gusmão (1979-1991). Interviews were conducted with ten nurses and a doctor. The data were categorized using thematic content analysis of Minayo and based on Foucaultian. Four categories emerged: nursing practices and power relations in nursing; relations of power and resistance in the initial HIJG, The organization of nursing practice: The power to discipline nurses Visit strategy as power-knowledge; Knowledge nurses and political power of the time. The results show that nurses HIJG reinvented their care practice showed that the resistance encountered in the process of organization of nursing service, served as learning and deconstruction of concepts related profession. It was clear that power relations exist in any instance, regardless of the level of professional knowledge and the place they occupy in the institution, but that this power flows in the network and is dynamic, and may be exercised by any individual. The statements that print but respect and professional recognition, these nurses have developed their knowledge through a network and power issues

emerged related to problem solving, were directly related to the leadership and this important feature, permitted the visibility of them in fulfilling their role in daily work.

DESCRIPTORS: Nursing; History of Nursing; Nursing Service; Hospital Pediatric hospitals.

RELACIONES DE PODER Y SUS EFECTOS EN ENFERMERIA DIARIO EN HOSPITAL INFANTIL DE JOAN DE GUSMÃO FLORIANÓPOLIS/SC (1979-1991)

RESUMEN: La investigación cualitativa con su socio histórico, con el objetivo de historiar el poder que las enfermeras que ejercen en el proceso de organización y ejecución del Servicio de Enfermería del Hospital Infantil de Joan de Gusmão (1979-1991). Se realizaron entrevistas con diez enfermeras y un médico. Los datos fueron categorizados utilizando análisis de contenido temático de Minayo y basados en foucaultiana. Emergen cinco categorías: prácticas de enfermería y relaciones de poder en enfermería, relaciones de poder y resistencia en el HIJG inicial, la organización de la práctica de enfermería: El poder de las enfermeras disciplina Visita estrategia como poder-saber, el conocimiento las enfermeras y el poder político de la época . Los resultados muestran que las enfermeras HIJG reinventó su práctica asistencial mostró que la resistencia encontrada en el proceso de organización de los servicios de enfermería, se desempeñó como el aprendizaje y la deconstrucción de los conceptos relacionados con la profesión. Es evidente que existen relaciones de poder , en cualquier caso, e independientemente del nivel de conocimientos profesionales y el lugar que ocupan en la institución, sino que este poder fluye en la red y es dinámica, y puede ser ejercido por cualquier persona. Las declaraciones que se imprimen, pero el respeto y reconocimiento profesional, las enfermeras han desarrollado sus conocimientos a través de una serie de cuestiones de la red y el poder surgido relacionadas con la resolución de problemas, estaban directamente relacionados con el liderazgo y esta importante función, permite la visibilidad de ellos en el cumplimiento de su papel en el trabajo diario.

DESCRIPTORES: Enfermería; Historia de la Enfermería; Servicio de Enfermería del Hospital; Hospitales pediátricos.

INTRODUÇÃO

A temática do poder está inserida historicamente no contexto da prática de enfermagem. Muitas foram e são as lutas travadas em busca de autonomia, respeito e reconhecimento científico da profissão. As resistências aparentes no sistema social são reflexos de inúmeras conquistas por espaço de poder e imposição de um discurso. E quando falamos em discurso, nos referimos a uma fala que vem advogar uma prática, uma *episteme* e uma disciplina.

A ideia de poder na visão foucaultiana não tem a conotação de realidade única, estática e soberana. O poder é dinâmico, se apresenta como algo “enigmático, ao mesmo tempo visível e invisível, presente e escondido, investido por toda a parte” (FOUCAULT, 2001, p. 1.180).

Foucault em seu discurso aponta que “enquanto o sujeito é colocado em relações de produção e de significação é igualmente colocado em relações de poder muito complexas” (COSTA, 2009, p. 33). No cotidiano das práticas de enfermagem, compreender sua forma de organização, sua razão, significa compreender muito mais que só as práticas em si, mas assume a dimensão de dar significado a sujeitos com diferentes identidades – individuais e coletivos - que se relacionam nos diferentes espaços onde atuam os profissionais de saúde (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

Para as autoras acima relacionadas, “a análise das práticas requer que se compreenda a organização do poder e do conhecimento em determinado contexto e que se estabeleça sua relação com os diversos dispositivos sociais, políticos e econômicos em questão”. Realizar uma análise constante das práticas, reconhecendo o poder que circula por elas, auxilia a compreender como os arranjos são estabelecidos e como ocorre a sua aceitação nos diferentes momentos do cotidiano de trabalho (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010, p. 389).

Nos espaços hospitalares é possível observar as relações de poder que se apresentam no cotidiano de trabalho, e é interessante pensar que dinamicamente este poder circula e assume proporções e cenários diferenciados, resultando em conquista de autonomia e reconhecimento do saber. Tal processo é identificado nos estudos que enfocam as relações de poder das enfermeiras e o seu meio de convívio profissional. Não estando distante da realidade histórica, as enfermeiras que organizaram e implementaram o Serviço de Enfermagem do Hospital

Infantil Joana de Gusmão, também se depararam com obstáculos e enfrentaram muitas resistências para garantir seu espaço de poder.

Uma discussão sobre as relações de poder existentes no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão – HIJG (1979-1991) envolve aspectos das práticas cotidianas da equipe e da subjetividade dos sujeitos nelas envolvidos.

O Serviço é muito mais do que uma prática em si. Assume a dimensão do significado atribuído pelos diferentes sujeitos (enfermeiros, médicos, pacientes, familiares, etc.) que interagem em seus diversos cenários. Propõe-se, aqui, uma análise sobre as relações de poder exercidas pelas enfermeiras²⁵ na organização do Serviço de Enfermagem, considerando sua complexidade, os múltiplos processos que o constitui e as circunstâncias que determinam as formas de se pensar e de se agir em relação a ele. Para isso, é preciso pensar a subjetividade do sujeito, considerando como os limites profissionais são estabelecidos e mantidos e quais são os efeitos dessas relações para os sujeitos envolvidos, uma vez que relações de poder são definidas em transformações contínuas.

Levando em consideração a relevância da atuação dessas enfermeiras no processo de organização e implementação do serviço de enfermagem do HIJG e as relações de poder estabelecidas por elas, passamos a nos questionar: Qual o poder exercido por estas enfermeiras? Afinal, de que modo as enfermeiras exerciam poder naquele contexto de cuidado?

Essas inquietações instigaram-nos a realizar uma pesquisa sócio histórica com enfoque no poder e nas relações de poder das enfermeiras e suas repercussões no cotidiano de enfermagem do HIJG (1979-1991). Para construir esta história-problema a respeito do exercício do poder das enfermeiras na organização e implementação do Serviço de Enfermagem do HIJG, nos ancoramos no referencial teórico de Michel Foucault.

Considerando a problemática, definiu-se como questão norteadora do estudo: Qual o poder e as relações de poder exercidos pelas enfermeiras no processo de organização e implementação do

²⁵ Neste trabalho, optou-se pelo uso do termo “enfermeira” para designar todo profissional graduado em Enfermagem, e por que a grande maioria nesta profissão é constituída por mulheres.

Serviço de Enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão no período de 1979 a 1991?

Visando encontrar respostas às indagações este estudo objetivou historicizar o poder que as enfermeiras exerceram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão e suas relações de poder a partir dos seus saberes (1979-1991).

O marcador do tempo histórico inicia em 1979 e se justifica por ser o ano da inauguração do hospital (também Ano Internacional da Criança) e o início da constituição do Serviço de Enfermagem nesta Instituição. E como período final 1991, que marca a transição da Fundação Hospitalar de Santa Catarina para Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina, modificando a forma de se realizar gestão em saúde.

A relevância deste estudo está justamente em poder mostrar, o papel e o poder das enfermeiras ao organizar e implementar o Serviço de Enfermagem do HIJG. Este trabalho se agregará a outros estudos que retratam o papel das enfermeiras nos hospitais de Santa Catarina, realizados por pesquisadores do Grupo de Estudos da História e do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES). Dentre eles, podemos citar teses como a Borenstein (2000), Costa (2009), Costa (2010), Gregório (2011). Encontramos também artigos, Costa e Padilha (2010), Gregório e Padilha (2012); capítulos de livro Borenstein, et. al (2004), Borenstein, et. al (2011a), Borenstein, et. al (2011b), Costa e Padilha (2011), Costa et. al (2011), Gregório, Padilha e Borenstein (2011). A história das enfermeiras do HIJG, ainda não foi contada, confirmando um vazio historiográfico acerca desse período do saber-poder destas enfermeiras e que precisa ser divulgado.

Portanto, este estudo não atende somente as necessidades de preenchimento histórico, mas nos possibilita visualizar um Serviço de Enfermagem que se sustenta a mais de três décadas (1979-2013) e que serviu de referência para outras instituições de saúde do país no que se refere ao cuidado à criança. As idealizadoras deste Serviço deixaram transparecer a todo o momento a sua dedicação e comprometimento com a organização e implementação de uma prática de enfermagem de qualidade.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem sócio

histórica que utiliza a história oral temática, a qual permite o registro de depoimentos e o acesso às “histórias dentro da história” (MINAYO, 2010). Para realizar uma pesquisa com cunho histórico é necessário interesse e dedicação do pesquisador, que o instigue a conhecer um evento do passado.

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, utilizando-se de um instrumento previamente elaborado pelas autoras com questões que tiveram como base o referencial de Michel Foucault. As questões que nortearam inicialmente a pesquisa foram: Como era a relação entre as enfermeiras e equipe de enfermagem, enfermeira e médico, enfermeira e outros profissionais? Como sua atuação como enfermeira era percebida pelos outros profissionais da equipe de saúde do HIJG (médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros)? Como aconteciam as tomadas de decisões e quem participava (relacionadas também a compra de materiais e contratação de recursos humanos)? Qual era o significado da enfermagem e equipe de trabalho para o HIJG? Além do instrumento de entrevista elaborado para as enfermeiras, foi desenvolvido um roteiro para os médicos, com o intuito de garantir outro olhar em relação ao papel e o poder desempenhado por estas enfermeiras.

A coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2013. Os sujeitos da pesquisa foram 10 enfermeiras e um médico, que trabalharam no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem do HIJG no período de 1979 – 1991. Cabe ressaltar que estes profissionais foram selecionados por preencherem os seguintes critérios de inclusão: terem trabalhado na organização do Serviço do HIJG, possuírem boa memória, terem referido disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo. Os primeiros sujeitos foram selecionados a partir de uma entrevista realizada com a enfermeira Adélia Ramos da Silva, primeira Chefia de Enfermagem do HIEGR, por entender que esta entrevista deveria ser o ponto de origem do estudo, ou seja, ponto zero.

Para localizar estes sujeitos foi realizada uma busca ativa dos telefones com a própria entrevistada e Departamento de Recursos Humanos da Instituição. Inicialmente, foi realizado o contato telefônico e posteriormente o agendamento do dia e local mais apropriado para cada entrevistado. As entrevistas foram realizadas em locais definidos pelos próprios sujeitos do estudo e tiveram duração média de uma hora e cinquenta minutos, direcionadas por um roteiro previamente elaborado contendo informações sobre a formação profissional; questões

relacionadas ao papel que desempenharam no hospital; e ao saber-fazer no processo de organização do serviço de enfermagem. As entrevistas foram gravadas, transcritas e posteriormente validadas e arquivadas no acervo do Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES).

A análise e interpretação dos dados deste estudo se deu através da Análise de Conteúdo Temática de Minayo (2010).

A pesquisa foi norteada pelos princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo CEP da Plataforma Brasil sob o parecer consubstanciado (HIJG) número 243.006, relatado no dia 08/04/2013. Os entrevistados foram esclarecidos sobre o direito de participar ou não da pesquisa, tendo concordado e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Carta de Cessão de Entrevista.

RESULTADOS

Os dados foram organizados e analisados e expressaram cinco categorias temáticas: **As relações de poder e as resistências iniciais no HIJG; A organização das práticas de enfermagem: O poder disciplinar das enfermeiras; A visita como estratégia de poder-saber; O saber das enfermeiras e o poder político da época.** Os depoimentos das enfermeiras e médico entrevistados indicam as lutas e resistências enfrentadas por estas profissionais para organizar o Serviço de Enfermagem no HIJG e revelam o poder exercido pelas enfermeiras no processo disciplinar da assistência de enfermagem.

As relações de poder e as resistências iniciais no HIJG

Esta categoria temática revelada através dos depoimentos das enfermeiras demonstra que o início do Serviço de Enfermagem do HIJG, coordenado por enfermeiras, sofreu muitas resistências, não só aquelas esperadas do corpo clínico do hospital, mas também pelo pessoal de enfermagem, representados pelos atendentes e auxiliares, que trabalhavam anteriormente no Hospital Edith Gama Ramos - HIEGR e foram transferidos para o HIJG. Com a ideia do “novo”, as próprias enfermeiras entravam em pequenos conflitos, quando o assunto era a divisão de trabalho por escala de serviço.

O Serviço de Enfermagem, com enfermeiras formadas era recente nos hospitais pediátricos de Florianópolis. O HIEGR teve a sua

inauguração em 1964, e para impulsionar o processo de organização e implementação do Serviço da Enfermagem e auxiliar na construção das normas e rotinas do hospital otimizando o planejamento das funções, em 1963 foram convidadas a Irmã Cacilda (Otilie Hammes), na época, Diretora da Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta, e a enfermeira Ursula Engel, da Fundação Especial de Saúde Pública (FESP). Esta última era proveniente do Rio de Janeiro, mas estava trabalhando, temporariamente em Florianópolis (BORENSTEIN; ALTHOFF, 1999).

Mesmo com planejamento, a instituição contava com um número reduzido de enfermeiras e tinham que contar com a colaboração dos práticos de enfermagem, que por se encontrarem em uma posição de autonomia, detinham particularidades no seu processo de trabalho e muitos recebiam até cargo de chefia.

Com a inauguração do HIJG, em 1979, este recebeu enfermeiras formadas para assumir o Serviço de Enfermagem, o que gerou desconforto e conflito nos profissionais antigos, que não aceitavam o fato de não exercerem mais o papel de liderança e autonomia. Ou seja, perderam seu status de poder, e apresentavam-se resistentes às modificações no processo de trabalho estabelecidas pelas enfermeiras. Visualizamos a seguir, claramente no discurso das enfermeiras:

Então nós enfrentamos nesses primeiros anos, muita resistência por parte do corpo clínico e dos funcionários antigos. Nós enfrentamos muita resistência. Tivemos que cavar o nosso espaço até conseguir, a foice mesmo. Nós tínhamos na maioria dos locais, atendentes. Atendentes que eram chefes há anos. E que não aceitavam a presença da enfermeira como chefe. Depois, no final do ano de 80, eu fui para o berçário. No berçário eu tive a opção de ficar só de dia e eu já estava com filho pequeno. A Eleonora era a chefe que estava no berçário, ela saiu pra assumir a chefia de enfermagem e eu fui para o lugar dela. E lá eram atendentes. Atendentes que eram chefes e que mandavam. No berçário, até eu conseguir ser aceita, demorei bastante, porque era uma competição de boicote mesmo. O espaço era delas e elas não aceitavam, e era bem difícil. Eu consegui o meu espaço, mas eu fui indo devagar, primeiro eu tive que aprender, pra saber mais o delas, tanto na parte prática como na parte teórica. Tive bastante apoio do corpo clínico do berçário, dos médicos (GANDIN, 2013).

Uma relação difícil acontecia com alguns funcionários, já eram

funcionários muito antigos, quase se aposentando, então cheios de vícios. Acostumados a trabalhar principalmente à noite e finais de semana completamente sozinhos, então achavam que davam conta do recado. No começo eles achavam que assim que era o certo e que assim que iria ser que não iria mudar nada. Então era um pessoal muito resistente e eu acho que outra grande dificuldade, que só depois que a gente sai é que a gente vê, é que por mais que nós tentássemos, em nível de conhecimento, não era um mundo nivelado, então tivemos dificuldades em avançar no marco referencial de assistência, porque não se tinha o conhecimento por parte deles (STOCCO, 2013).

Levando em consideração esta afirmação, se faz necessário refletirmos um pouco acerca do discurso da enfermeira Eleonora Stocco, quando esta relaciona a resistência do funcionário com o conhecimento adquirido. Em algum momento da história, foi concedido a este profissional o poder de coordenação e execução de tarefas. E este fato foi positivo para a enfermagem, uma vez que esta ainda estava se apropriando de sua especificidade profissional. Então, todo o espaço conquistado em busca do conhecimento na prática da assistência era um ganho na construção da profissão.

Com o advento do Curso de Graduação em Enfermagem, todo o conhecimento gerido durante os anos de formação, circulou apenas entre as enfermeiras. A preocupação em capacitar o nível médio resumia-se as técnicas de enfermagem. Será que historicamente nós não pecamos com o treinamento de tais profissionais? Será que não deveríamos os ter preparados para uma assistência de qualidade, com consciência ética, tê-los introduzido ao mundo da teoria, da ciência, e não termos nos preocupado somente com as técnicas e o cumprimento disciplinar das tarefas?

Nesta visão, em perspectiva, se compararmos a resistência do profissional, ou o papel da enfermeira, chegaremos à conclusão que o indivíduo que detém o poder, pode fazer uso dele da forma como lhe convier, conduzindo seus efeitos. Esta concepção, de que o poder pode ser gerido como algo que é dado, dentro dos limites, que reprime, proíbe e pode ter comando racional, para Foucault é a forma jurídico-discursiva, pois está centrada na lei (FOUCAULT, 2001). Logo, se não houve preparo destes profissionais para a mudança no processo de trabalho, estes se achavam no direito de requerer ou manter um status que um dia lhe foi concedido, em contrapartida, a enfermeira também buscava manter seu status de líder e detentora do saber, direito que

também lhe foi ordenado / consubstanciado pelos anos do Curso de Graduação.

As relações de poder não acontecem, exclusivamente, nem no nível do correto, nem no nível da violência; tampouco são basicamente enfáticas ou unicamente repressivas. Ainda segundo Foucault (2012), na visão tradicionalista, a relação de poder é definida como algo unidirecional, limitador, na qual apenas um lado diz não, e é comum o castigo decorrente de uma postura imponente.

As relações de resistência também ocorreram no nível superior, entre as enfermeiras. E os conflitos estavam relacionados à escala de serviço, a chefia de enfermagem tinha que utilizar estratégias inteligentes para manter o bom relacionamento entre as enfermeiras. A discussão ocorria porque ninguém queria trabalhar no plantão noturno e tampouco nos finais de semana. As próprias enfermeiras justificam tais discussões em decorrência de sua imaturidade profissional e por serem jovens quase todas com a mesma idade e solteiras, então, não interessava a elas ficar presas ao hospital. Observamos isso nas falas a seguir:

Vamos falar da relação entres as enfermeiras, que eu acho que é onde se dava a maior problemática. Porque eram todas elas!? Todas nós tínhamos a mesma idade, estávamos na mesma fase da vida. Então a dificuldade para montar uma escala de enfermeiros era muito grande. E a maior geração do conflito era essa, era a escala de Enfermagem. Era quem iria trabalhar a noite? Quem iria trabalhar final de semana, principalmente. Isso gerava um conflito interno muito grande. Porque não havia critérios que diferenciassem uma enfermeira da outra para que você pudesse dizer assim: você tem mais tempo de serviço você vai então trabalhar durante o dia, você que tem menos vai trabalhar por um período por experiência, a noite. Não tinha isso. Todas tinham o mesmo tempo de serviço, todas. Se era um mês, era um mês para todas, então não tinha critérios. O critério foi sorteio. Porque se você fosse perguntar voluntariamente; você quer ir para o noturno? Ninguém queria. Você quer trabalhar final de semana? Ninguém queria. Então tinha que ser sorteio. (RAMOS DA SILVA, 2013).

A existência de conflitos no grupo de enfermeiro acredito que ocorreram pela nossa imaturidade, pelas diferentes personalidades e também, pela disputa de liderança de algumas... Mas de maneira geral não vejo que tivemos dificuldades de fato, apenas aquelas inerentes a

qualquer trabalho (COELHO, 2013).

Estudos como de Backes et al. (2008) e Bernardino e Felli (2008) comprovam que o papel do enfermeiro não se resume ao cuidar, este promove outras ações, como por exemplo, a administração e gerenciamento de seus trabalhadores. Esta ação de administrar contempla tanto a organização e controle do seu próprio processo de trabalho, como favorece a inter-relação entre os trabalhadores. Este processo só é possível quando existe uma liderança, que detenha competência política e técnica e que se configure como uma estratégia de poder.

Se por um lado, as enfermeiras eram precursoras de pequenos conflitos internos entre elas, por lado não deixavam transparecer tal fragilidade no seu cotidiano de trabalho. Sabiam impor respeito e de certa forma deixavam claro o seu espaço de poder. Verificamos tal fato nos discursos das enfermeiras:

Eu sempre fui uma enfermeira que se posicionou. Com o Dr. Quaresma, por exemplo, a nossa relação tornou-se excelente, por uma discussão, porque ele foi brigar e eu não me rebaixei. Aquela história, ele discutia de um lado e eu discutia do outro. E eu não aceitava. Eu sempre fui muito de me posicionar. Podia ser médico, podia ser fosse o que fosse. Se eu tivesse razão, eu iria até o final, não me interessava. Teve uma passagem, em uma época que eu era responsável também pela nutrição parenteral, era final de semana eu e mais uns dois da equipe, instalávamos a nutrição parenteral em todos os pacientes. Era outro esquema, diferente de hoje. E o Dr. Carlos Alberto era diretor do hospital e estávamos no Isolamento e as meninas tinham arrastado uma cama de um lado para o outro devido aos rodízios nos quartos, porque nem todos os colchões cabiam nas camas e ele estava lá e foi muito grosseiro com as meninas. Ele era diretor geral e eu não quis nem saber, fui em defesa dos meus funcionários. E ele disse que iria me colocar na rua, eu disse: pode me colocar. Então assim, eu acho que eu tinha o respeito dos profissionais, pela postura que eu tinha (PINHEIRO, 2013).

A relação era condescendente com o pessoal da clínica (médicos), na parte clínica eu acho que as relações eram boas, com a parte cirúrgica, eu já acho que não. Naquela época era mais difícil com os cirurgiões. Havia conflito. Não todos, não posso generalizar. E esses

atritos que havia eram por conquista de espaço, era por relação de poder. A parte clínica era mais tranquila. Mas a disputa de poder entre as enfermeiras e a cirúrgica era maior. Eu acho que eles respeitavam a enfermagem naquela época. O enfermeiro daquela época. Podiam até brigar por espaço de poder, mas a enfermagem daquela época era respeitada. Então a imagem da enfermagem era passada com uma ideia de respeito. Porque a gente incomodava. Brigava pelas coisas certas. Então eles podiam brigar por outras coisas, mas respeitavam (MACHADO, 2013).

Em relação ao exposto, Foucault aponta para a falsa ideia de poder, deixa claro que este só foi possível porque as pessoas não tinham noção do potencial de sua liberdade, assim as relações desviaram de um curso natural. Para o autor as relações “devem ser pautadas pelos critérios de uma consciência madura. Elas terão que se manifestar num clima de responsabilidade social e na dimensão de respeito entre os indivíduos (MARINHO, 2011). Está claro que as enfermeiras ultrapassaram o obstáculo do falso poder e estabeleceram relações de poder, pautadas no seu saber-fazer.

As enfermeiras apontam que para levar adiante um projeto era preciso muitas discussões e lutas com o corpo clínico e administrativo do hospital. Não viam na enfermeira um potencial estratégico para a definição de novas propostas. Estas então tiveram que conquistar o direito de voz e decisão, e isso só se concretizou após muitas resistências e dificuldades, que foram superadas em decorrência do saber-fazer destas enfermeiras. Verificamos esta realidade nas falas abaixo:

Trabalhava-se muito, muito, muito mesmo, trabalhávamos sem parar. Mas gostávamos, nós brigávamos por aquilo. Tinha um grupo de enfermeiros que planejava as ações e cada coisa que nós íamos implantar aqui era uma tourada. Cada passo que foi dado aqui dentro foi com discussão, com briga, principalmente com o corpo clínico, para ganhar o espaço (GANDIN, 2013).

Dificuldades foram muitas! Nós tínhamos que correr atrás do que nós não sabíamos, para poder se organizar, poder cada vez mais melhorar. Em cima de muitas brigas, muitas discussões, mas a gente conseguiu. Era muito difícil na época, porque os cargos administrativos do hospital eram políticos. E a gente tinha que brigar pra conseguir as

coisas. Não era uma coisa muito fácil (HOLETZ, 2013).

Fazendo referência ao exposto, Pereira (1999) realizou um estudo no qual afirma que as enfermeiras, por serem sujeitos que conhecem bem as particularidades do espaço em que atuam, e os demais profissionais com os quais partilham o cotidiano, desenvolveram maneiras de se relacionar que podem ser qualificadas mais como femininas que masculinas. Maneiras estas que desenham formas diferenciadas de enfrentamento ao poder instituído, muito associado aos grupos dos profissionais médicos dentro das instituições hospitalares. Esses grupos constituem-se como um dos principais desafios para as enfermeiras que almejam instaurar uma prática assistencial diferenciada no local estudado; e os muitos recursos à que essas profissionais recorrem para colocar suas ideias e práticas em ação no seu cotidiano de trabalho.

Na perspectiva Foucaultiana, saber e poder, não se confrontam, mas se articulam. E dentro da complexidade desta relação, temos um ir e vir constante das posições no interior das relações sociais instituídas e destituídas ao longo da trajetória histórica (FOUCAULT, 2012). As relações de poder que foram estabelecidas dentro do HIJG, entre enfermeiros e médicos, é a comprovação real do encadeamento do poder, pois ele circula entre as ações da enfermeira na assistência de enfermagem, nas ordens médicas, nos direitos do paciente, na relação entre os profissionais. Cada indivíduo exercendo o seu tipo de poder e mantendo a máquina em perfeita funcionamento, e isso só é possível porque não tomamos o poder como um fenômeno de dominação maciça e homogêneo de um indivíduo sobre o outro.

Ao recordarem as relações estabelecidas no cotidiano de trabalho com o corpo clínico e até mesmo administrativo do HIJG, os depoentes revelaram que estas relações em alguns momentos foram conturbadas e conflituosas, principalmente logo após a inauguração do hospital, onde todos estavam buscando o seu espaço de poder, mas que no decorrer do tempo se tornou uma relação de companheirismo e respeito mútuo.

Em seu relato, a enfermeira Eleonora Stocco, relembra com detalhes como se deu inicialmente o relacionamento entre os diferentes funcionários do HIJG, e mostra claramente como a Enfermagem, não detinha valor institucional e na mesma fala refere como foi conquistado o respeito e o valor da enfermeira entre os funcionários. Apesar de se tratar de uma fala extensa, optamos por preservar a sua integridade, devido às riquezas dos detalhes:

A visão do próprio pessoal, não da área da enfermagem, mas do apoio era uma coisa muito triste. Para você ter uma ideia, em um dos primeiros plantões que a gente começou a fazer lá no Infantil em uma determinada hora da noite, acho que era umas dez horas, começava o jantar. Aí a gente foi para o refeitório jantar, e nos sentamos. Lá tinham as mesas dos médicos, e tinha as mesas dos funcionários. Você passava as noites naquele hospital, conversando com os residentes, que eram novos também, atendendo aquela loucura. Eles saíram de um hospital pequenininho (HIEGR), e foram atender naquele hospital monstruoso (HIJG), perdidos naquela multidão. E era assim uma relação de coleguismo, era um ajudando ao outro, e na hora de jantar, você iria jantar em outra mesa? Você tinha acabado de conversar com os residentes, você iria sentar na outra mesa, não iria continuar a conversa? E nós nos sentamos na mesma mesa. Aí daqui um pouco veio uma cozinheira e olhou para a nossa cara; “o que é que vocês estão fazendo aí? Vocês não podem sentar aí. Essa mesa é exclusiva dos médicos”. Eu olhei e disse; “como é que é? Não, absolutamente, nós não vamos sair” Aí começou o movimento pelo nosso reconhecimento? Era o negócio de você começar a ganhar espaço e dizer o que estava fazendo lá. Qual era o teu papel dentro daquele local. Porque você era um profissional, não era um qualquer. De nível superior, e tinha que sentar numa mesa diferenciada? E isso foi parar na direção. No outro dia fomos todos, nós levamos a situação para a Adélia, que não deixava passar, cheia de vontade. Isso não ia ficar assim. Esse fato foi um fato degradante humilhante lá no Hospital Infantil. Aí a coisa foi para o Dr. Murilo, ele chamou a funcionária e depois daquele dia, nunca mais. Passaram a nos tratar com certo respeito, reverência. Porque era o tipo de coisa que não tinha cabimento. São nesses pequenos detalhes que a gente percebe como é que era essa questão de classe (STOCCO, 2013).

A Enfermagem é uma profissão reconhecida desde a segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, a partir dela o cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão de trabalho social, “é reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias/úteis para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional” (PIRES, 2009, p. 740).

Desde então, a Enfermagem vem se firmando como trabalho, disciplina e profissão. “É uma profissão da saúde, uma disciplina do

campo da ciência que estuda o cuidado humano e que se materializa como trabalho exercido em sociedades históricas” (PIRES, 2009, p. 743).

A disputa de poder enfrentada pelas enfermeiras do HIJG, não aconteceu de forma isolada ou diferente do que aconteceu com as enfermeiras do restante dos hospitais de Santa Catarina e que estão retratadas com excelência nos trabalhos realizados por pesquisadores do GEHCES. Estas também precisaram conquistar espaço, defender a profissão através de seus saberes, demonstrar o seu conhecimento através de seus fazeres e acima de tudo obter o seu reconhecimento através da legitimidade de seu poder.

A organização das práticas da enfermagem: o poder disciplinar das enfermeiras

Esta categoria apoiada nos depoimentos expressa o poder que as enfermeiras exerciam sobre seus funcionários. As relações se constituíam desta forma de imposição de saber-poder como forma de organizar o Serviço e cativar a permanência do poder da enfermagem.

As enfermeiras desenvolveram um comportamento vertical com os seus funcionários, impondo um poder disciplinar. O fato da estrutura física do hospital se mostrar maior que a sua capacidade visual de gerenciamento, fez com que estas enfermeiras desenvolvessem estratégias de comportamento punitivo, para que conseguissem manter a assistência de qualidade e o comprometimento de seus funcionários, estes mantinham vigilância constante de seus fazeres, sempre sob as ordens e supervisão da enfermeira.

Os funcionários tinham que trabalhar, e davam conta, e muitas vezes eu sobrava. Se você perguntar para funcionários a meu respeito, certamente vão dizer que eu colocava medo e eu cobrava, e eu comandava aquilo ali com mãos de ferro (GANDIN, 2013).

Eu tinha uma rotina específica da unidade. Primeiro faz isso, depois faz aquilo. Tinha horário para tudo. Naquela época não tinha mãe dentro do hospital. A permissão da estadia da mãe junto à criança veio bem depois. Então o trabalho não era essa moleza que é hoje em dia. Não me acostumei ainda (SANTANA, 2013).

Cabe aqui fazemos uma analogia ao que se refere o poder

disciplinar descrito por Foucault, partimos do objetivo de manipular os corpos, fazendo-os que sejam economicamente lucrativos, mantendo as diretrizes da sociedade industrial e capitalista. (SANTOS, 2010). Segundo Machado, Foucault (2011, p. XVII) define disciplina como “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que assegurem a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade”. O pessoal de enfermagem estava sob sujeição da enfermeira, que sem reticências conduzia este corpo social, impondo-lhe o poder da obediência.

A supervisão da enfermeira era criteriosa com o cumprimento das tarefas e cobrava excelência do pessoal de enfermagem, não admitia que o trabalho fosse realizado de forma a comprometer a organização da assistência à criança. Os depoimentos a seguir revelam o cotidiano do pessoal de enfermagem no HIJG:

O funcionário pegava a criança no colo, ofertava a mamadeira, trocava a criança, dava banho, verificava sinais vitais, fazia relatório de enfermagem, levava para a realização de exames e muito mais. Isso era função do atendente, que era uma pessoa que não tinha qualificação. A qualificação era oferecida dentro do hospital. O técnico de enfermagem, que era um só pra 15, 16 crianças, era responsável pela realização de diálise peritoneal, preparo e administração de medicações e todo o restante do serviço, e dava conta. E naquela época, não tinha bomba de infusão, monitores, não tinha nada disso. Então tinha que controlar muita coisa; horário de início e término das medicações, dos soros, era necessário fazer o controle do gotejamento. Tinha rotinas de curativo, como se fazia curativos, como se fazia diálise... E a enfermeira supervisionava tudo isso. (SANTANA, 2013).

Todo dia elas davam banhos nos bebês. Todos os dias as camas eram limpas e desinfetadas. Todo paciente tinha que ter higiene oral. Tinha todas aquelas rotinas. Nós não tínhamos bomba de infusão no início, então os soros tinham que ser toda hora controlados, tinha que ser todo controle mecânico, manual. E fazíamos. E dava certo (GANDIN, 2013).

Eu era uma pessoa fechada e muito rígida. Rígida no sentido de que eu sempre exigia passagem de plantão. Exigia todo mundo na passagem de plantão. Cobrava muito do meu pessoal, mas em compensação eu também ajudava muito. Eu não me posicionava fulano

faz isso e fulano faz aquilo. Eu fazia assim; aquele paciente lá tem que dar um banho, vamos juntos? Eu ajudava a dar o banho com o funcionário. Mas eu sei que eu tinha essa fama, que eu era brava (PINHEIRO, 2013).

Ainda utilizando Foucault e relacionando os fatos apresentados ao poder disciplinar destacamos que, “é com efeito um poder que, em vez de se apropriar e retirar, tem como função maior adestrar; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (FOUCAULT 2001, p. 143). Isso porque a modalidade disciplinar do poder aumenta as possibilidades de utilização dos sujeitos, faz crescer suas habilidades e aptidões e, conseqüentemente, seus rendimentos e lucros. “O poder disciplinar, através de suas tecnologias de poder específicas, torna mais fortes todas as forças sociais, uma vez que leva ao aumento da produção, ao desenvolvimento da economia, à distribuição do ensino e à elevação da moral pública (FOUCAULT 2001, p. 172).

Nesse sentido, o poder disciplinar gera disciplina, e pode-se dizer que esta é considerada uma técnica que fabrica indivíduos úteis. A disciplina faz crescer e aumentar em tudo em todos os aspectos, sobretudo a produtividade de saber e aptidões do sujeito (SANTOS, 2010).

A vigilância exercida ao pessoal de enfermagem do HIJG é um dispositivo disciplinar, trata-se de um poder em essência relacional. Ele funciona como uma máquina se organiza como uma pirâmide e opera como uma rede. Com um formato hierárquico, contínuo e funcional a vigilância “também estabelece uma simetria crescente entre poder e produção, poder e saber”. Daí Foucault afirma que “quanto mais poder se exercer sobre os indivíduos, maior será a sua produtividade; quanto mais o poder discipliná-los, mais saber eles gerarão” (POGREBINSCHI, 2004 p. 193).

Tanto as lutas e resistências como o poder disciplinar por parte das enfermeiras converteram-se em reconhecimento profissional por parte do restante dos funcionários, incluindo os médicos. Este novo momento vivido por estas mulheres fortaleceu o seu papel de trabalhadora intelectual da enfermagem. As falas a seguir, evidenciam o poder e a força que a enfermagem passou a ter no hospital:

Eu era um general. No berçário as normas tinham que ser seguidas e respeitadas. Então ninguém podia entrar sem paramentação,

era rigoroso, eu estava ali e só faltava ter uma régua, se alguém entrava sem lavar as mãos, era com todo mundo, com o médico também. Poderia internar paciente até tal hora, aquilo tinha que ser seguido e respeitado rigorosamente. Então se o médico às vezes precisava internar um paciente que não estava dentro das normas, as funcionárias não aceitavam, ele tinha que me ligar, para minha casa e me dizer: Rosana está acontecendo isso, esse paciente tal e tal, você autoriza? Então tinha eu essa autoridade, e por isso eu entrei em alguns conflitos lá por causa disso. Porque eu era como elas diziam: poderosa, eu acho até que eu tinha poder. E perante os outros profissionais eu acho que eu sempre tive respeito. Nós éramos as alto-padrão. Nós éramos as enfermeiras alto-padrão. Então foi assim que nós começamos. Isso diz tudo, não é mesmo?! Era o grande significado (GANDIN, 2013).

A enfermeira tinha a força, tinha respeito, era uma coisa que nós sempre comentávamos isso era presente principalmente no novo hospital Infantil, no antigo não tínhamos aquele desenvolvimento. Era uma turma jovem, de vinte e poucos anos e vários médicos. Não tinha aquela coisa de se intrometer. Isso não. Era respeito mesmo, como profissional, tudo que a gente falava era acatado. Tinha um relacionamento muito bom mesmo. De o médico perguntar para você o que você achava do paciente, de dar opinião. Era bem importante (JUNCKES, 2013).

Baseadas nos seus valores, no seu saber-poder as profissionais de enfermagem do HIJG modificaram uma realidade supostamente laica, instrumentalizaram a sua prática de forma que as técnicas de enfermagem fossem perfeitamente desenvolvidas, configurando uma assistência qualificada. Exerceram poder no seu cotidiano de trabalho, enfrentaram muitas resistências, conquistaram muitas batalhas. O poder instituído repercutiu positivamente entre a equipe de trabalho, pois tinha como base o saber científico.

A visita como estratégia de poder-saber

Esta categoria temática emergiu dos depoimentos das enfermeiras e demonstra que elas utilizavam as visitas diárias para estreitar a relação com os médicos, da mesma maneira, que aproveitavam o momento para explanar seu conhecimento ao corpo clínico. Em decorrência de seu

poder-saber, esta transformação na rotina da enfermeira, provocou uma ruptura na prática de enfermagem, o direito de opinar em relação ao quadro de saúde do doente, que antes se resumia ao médico, agora contava com a avaliação da enfermeira, esta se configurou em outra conquista destas profissionais, e sensibilizou profundamente o olhar para a criança e sua família.

A ideia da visita surge com a implantação do hospital terapêutico em 1780, e com o seu disciplinamento. “Essa disciplina hospitalar visa à individualização do doente, bem como a sua distribuição em espaço em que possa ser vigiado, onde será registrado o que acontece, com a finalidade de transformar o hospital em instrumento de função terapêutica” (ZAGONEL, 1996, p. 77).

Nesta mesma época, o hospital chegou ao nível de estabelecimento educativo, a Medicina explora o corpo do paciente, em busca de localizações precisas de doença. Surge a classificação das doenças. Nasce a clínica. O hospital muda de função, não serve mais de depósito de doentes cuidados por religiosos, agora é local de cura (FOUCAULT, 2012).

Na atualidade, ainda integramos o mesmo contexto de investigação, mas agora contamos com as tecnologias que nos auxiliam na precisão diagnóstica. Porém a riqueza do estudo está em mostrar a participação ativa destas enfermeiras no processo de investigação das doenças que se apresentavam na época estudada. Este espaço adquirido no momento da visita médica, que agora passa a ser denominada multidisciplinar, significou para a enfermeira um espaço de construção de saber, e fez emergir na clínica a conscientização que é necessário o empoderamento de diferentes saberes para fortalecer o discurso, seja ele construído por qualquer dispositivo de poder-saber.

E a apropriação deste discurso de poder-saber aparece nas falas a seguir:

Em alguns momentos houve por parte dos médicos, o reconhecimento do poder que a enfermeira impunha. Eles não ficavam 24 horas ali, quem permanecia muito mais tempo era a gente. Então, eles passavam de manhã, orientavam as prescrições médicas aos residentes e iam embora. Nas visitas médicas sempre acompanhávamos e dávamos o nosso parecer (SANTANA, 2013).

A relação com os médicos era de respeito e parceria. O enfermeiro participava das visitas diárias com o médico responsável

pela Unidade juntamente com os médicos residentes, onde havia troca de informações e saberes relativos à assistência. A confiança foi estabelecida e consolidada no decorrer do tempo (COELHO, 2013).

A participação da enfermeira veio estreitar os laços com a criança e a família. Diminuiu o distanciamento que era imposto pelo saber médico, permitindo que estes esclarecessem suas dúvidas. Foucault afirma que a assimetria da relação médico-paciente cresce à medida que cresce a distância social. “O doente representa o papel de objeto; o doente nu, deitado, imóvel e silencioso é o objeto de manipulação do médico, que está vestido, de pé e, com seus gestos livres, ordenando as condutas ao doente” (ZAGONEL, 1996, p. 79).

Esta afirmação corrobora com a ideia de poder instituído historicamente pelo médico nas instituições hospitalares, na época invisível, com menções a exploração do corpo doente,

[...] no qual se forma sede silenciosa de saber e conhecimento médico. O pobre doente é hospitalizado, não visando à cura, mas sobretudo para segregá-lo, separá-lo do restante da população. Assim os ricos estariam protegidos das doenças. Para a assistência desse doente, desprotegido, pobre, afastado de sua família, recorria-se a pessoas religiosas, leigas e que dedicavam a vida ao cuidado mais espiritual do que material dos doentes. Essa mão de obra foi sendo substituída pelos médicos, com poder absoluto nas questões de saúde (ZAGONEL, 1996, p. 78).

O estudo de Maia (2009) aponta a visita médica como um dispositivo de poder-saber do hospital contemporâneo e do poder médico. A visita constitui-se, um campo documental no interior do hospital que não é só um lugar de cura, mas também de registro acúmulo e formação de saber.

No HIJG o saber médico agora não era mais isolado e onipresente, também contava em seu cotidiano com o saber da enfermagem e isso foi uma condição necessária e suficiente, para que as enfermeiras pudessem dar continuidade a assistência de enfermagem efetiva e interdisciplinar.

O saber das enfermeiras e o poder político da época

Esta categoria temática revelada através das falas dos entrevistados demonstra o saber das enfermeiras ao resolverem questões administrativas e políticas no HIJG. Desvela o seu poder de articulação na resolução de problemas e na definição de papéis de suas atividades.

Nas questões menos complexas, eu acredito até que nós tínhamos certa autonomia de decisão. Na época tinha um político muito esperto, chegava na época do carnaval, tinha uma galera lá que queria sair em escola de samba e não queria trabalhar, óbvio. Aí ele dizia será que você pode liberar o funcionário. Aí nós dizíamos: sem problema nenhum, posso liberar desde que coloque outro no lugar. Porque se não, quem que vai cuidar dos doentes? Ou o senhor quer que alguma criança morra por falta de funcionário e aí eu vou dizer o que? Que eu liberei por que o senhor está me pedindo? Aí ele dizia: “Não, pelo amor de Deus, não faça isso.” Nunca saíram, nunca foram liberados (STOCCO, 2013).

Em relação ao comportamento e posicionamento destas enfermeiras, Rivero e Erdmann (2010) apontam que as perspectivas que as enfermeiras têm, de poder, implicam tomadas de decisões e solução de problemas, assim como, está associado com autoridade, capacidade para comunicar-se, influência, domínio e dependência, o que exige grande capacidade das enfermeiras.

As autoras inferem que o poder exercido pelas primeiras enfermeiras era mais substancial e tinha um significado subjetivo. Atualmente elas se mostram tímidas ao cogitar o fato de assumir esse posto. Associam o poder com o cargo, porém, não com o cuidado que proporcionam. Crê-se que, de maneira inconsciente, a enfermeira pratica, identifica a dimensão técnica do cuidado e, em menor grau, a dimensão afetiva, ética e estética, porém, dissociada do conhecimento consciente do imenso poder que emana da prática do cuidado humano.

As transformações sociais referentes às políticas públicas de atenção a saúde da criança também trouxeram benefícios para a prática da enfermagem no HIJG. O Estatuto da criança e do adolescente (ECA, 2010), aprovado pela lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre a proteção integral à saúde da criança e do adolescente, veio oferecer condições definitivas para as enfermeiras, que lutavam pela permanência constante dos familiares com a criança.

Um direito reivindicado pela sociedade traduziu-se em um poder, que agora poderia ser exercido pela enfermeira, que era de interferir

diretamente na estadia do acompanhante ao lado da criança durante toda a internação. Esta conquista foi comemorada pelas enfermeiras, que através de muitas lutas estavam adquirindo respeito e suas ações imprimiam a sua intenção em estabelecer o seu espaço de trabalho dentro do HIJG. Este sentimento de conquista é expresso pela enfermeira Adélia Ramos da Silva:

Era uma época muito mais difícil em função de que, existia muito o poder sobre o doente. Eu sou a dono do doente. No momento que o doente entrou no hospital; tchau mãe. Pegava o doente para si, isso era muito médico, um domínio médico. Porque o médico não gostava de ser incomodado, não gostava de ser questionado e a mãe sempre questionava, sempre perguntava, sempre queria saber. Então para a Enfermagem era uma ajuda, para os médicos era uma coisa que atrapalhava, tomava o tempo deles. Como eles dominavam muito, o poder deles no hospital era onipresente, era difícil mudar essa realidade. Fazer com que eles deixassem que o acompanhante ficasse mais tempo. Porque se eles estavam no setor passando a prescrição médica, podia esquecer, não podia nesse momento ter acompanhante. Então, o poder para mudar isso, foi um poder que teve que ser implantado lentamente. Foi implantado não só pelo enfermeiro. Foi um poder que veio com o Estatuto da Criança, que veio vindo de toda a sociedade. Porque não é só o enfermeiro que vai exercer, é a sociedade, quando começa a exercer a cidadania é que ela consegue mudar uma realidade dentro de um hospital. E isso aconteceu muito com o advindo do Estatuto da Criança. E mudou muita coisa dentro do hospital em ajuda aos enfermeiros que já tinham esse pensamento, mas que não conseguiam colocar em prática (RAMOS DA SILVA, 2013).

As enfermeiras do HIJG reinventaram a sua prática assistencial, demonstraram que as resistências encontradas no processo de organização do Serviço de Enfermagem, serviram de aprendizado e desconstrução de conceitos relacionados à profissão. Ficou claro que as relações de poder existem em qualquer instância, independente do nível de conhecimento e lugar que ocupa na instituição, mas que este poder circula em rede e é dinâmico, e pode ser exercido por qualquer indivíduo.

As enfermeiras do HIJG tinham conhecimento do seu poder. E é fundamental pensar que este poder implicou de um saber. “Não há relação de poder sem a constituição de um campo de saber, e reciprocamente, todo saber constitui novas relações de saber”

(BORENSTEIN et al. 2011, p. 109). A enfermeira Rosani expressa esta posição de poder:

As enfermeiras tinham muito, muito mais poder que essas outras categorias profissionais. Nutrição e serviço social não habitavam. Na questão dorsal era a enfermagem. Um pouco pela lógica; mais de 60%, só tinha uma assistente social, duas ou três nutricionistas. Um grupo menor e com menos influência (MACHADO, 2013).

As relações de poder também podiam ser visualizadas nas estratégias utilizadas pela chefia de enfermagem na resolução de problemas. Para manter a sua autoridade esta detinha a solução dos problemas que apareciam no cotidiano de trabalho sob sua tutela. Utilizava a política da boa vizinhança entre médicos e enfermeiros, evitando possíveis desavenças desnecessárias. Com este perfil, a chefia conquistou não somente a confiança da direção geral do hospital, como o direito de participar das decisões relacionadas a melhorias no processo de trabalho. Verificamos tal fato nas falas a seguir:

O serviço de enfermagem estava subordinado ao Diretor Técnico, ocupado sempre por um médico. No cotidiano, a chefia de enfermagem despachava direto com o diretor geral, participando inclusive de reuniões de tomada de decisão da diretoria. Os problemas de ordem administrativa em sua maioria eram discutidos diretamente com o diretor administrativo, isto facilitava muito o dia a dia. A chefia de enfermagem tinha autonomia de decisão nas questões específicas de sua área de atuação. A Enfermagem dentro da diretoria técnica era responsável por outros funcionários do hospital, os auxiliares administrativos lotados nas unidades e os agentes de serviços gerais estavam subordinados ao enfermeiro. (COELHO, 2013).

Eu sempre busquei resolver os problemas de uma forma sem muitos conflitos, esse sempre foi o meu modo de pensar e de trabalhar. Então eu ficava muitas vezes tentando, os médicos vinham a mim reclamar, os enfermeiros vinham a mim reclamar e eu buscava fazer com que essa situação nunca chegasse a termos, de prejudicar algum enfermeiro, de levar a ferro e fogo uma situação. Sempre busquei através da conversa fazer com que aquilo parasse no meu nível. Sempre procurei não levar esses conflitos para o nível de direção, resolvendo eu mesma. Mantendo assim, às vezes até o poder da última palavra.

Sempre entendi que era dessa forma que eu devia agir. Se eu estivesse levando o problema para frente eu estava tirando do nível do Enfermeiro e passando para o nível médico. E ele teria outra solução. Eu busquei sempre resolver da minha forma, às vezes não muito compreendida pelos enfermeiros. Mas eu entendi que era dessa forma que eu devia agir, porque assim eu estava deixando o problema para o Enfermeiro resolver. Como resolução final do Enfermeiro. E assim eu tinha o meu poder. Então eu passei a ser respeitada pela equipe médica, porque eu fazia isso. Também porque às vezes, é levado um problema para você, você não consegue resolver, leva para outro resolver, e surgem os comentários: Ah aquela ali não resolve nada, eu já vou direto no chefão. Então eu procurei me colocar a frente, receber e resolver. Esse sempre foi meu posicionamento (RAMOS DA SILVA, 2013).

Esta autonomia na resolução de problemas aliada ao bom relacionamento profissional que se desenvolveu no dia-a-dia de trabalho era bem visto pelo Diretor Geral do hospital, na época, Dr. Murillo Ronald Capella:

A primeira coisa para se construir um grande serviço de enfermagem é ter uma líder, uma número um para saber selecionar pessoal que entenda de hierarquia, ética, disciplina, e ter competência. Isso é o que foi estabelecido, porque nós temos que pensar para frente. [...] Havia muito respeito nesse sentido, porque se criou uma áurea de qualidade. A segunda coisa é relacionamento entre os vários setores do hospital, entre as enfermeiras que vão comandar, administrar os vários serviços. E a terceira coisa é a integração com o corpo clínico, porque sem integrar não anda e o paciente vai sofrer. Nós conseguimos fazer isso àquela época. Eu estou voltando 32 anos no tempo, e nós conseguimos fazer essa integração, porque o entusiasmo com a nova casa era grande (CAPELLA, 2013).

A tomada de espaço institucional pelo enfermeiro amplia a sua capacidade ética e moral, descortinando a sua invisibilidade (RIBEIRO, et al, 2012). É imprescindível destacar a fala de Ramos, em relação a essa invisibilidade:

A ideia de um saber invisibilizado decorre, exatamente, da forma como o potencial de um discurso que se propõe questionador e crítico se vê reduzido a um conjunto de falas já dadas, formulações deslocadas de seu entorno de debate e sitiadas em espaços delimitados e fechados;

muitas vezes pouco avançando ou inovando em relação a conteúdos e formas de ensino tradicionais. Tal potencial se torna invisível ao não se embrenhar no discurso do dia-a-dia, ao não se mostrar como possibilidade de construção de outros discursos, ao não se implicar no que parece, à primeira vista, ‘não lhe dizer respeito’ (RAMOS, 2007, p. 68).

Os depoimentos expressam que além de respeito e reconhecimento profissional, estas enfermeiras desenvolveram um excelente relacionamento com os profissionais de saúde e as questões emergidas referentes à resolução de problemas, tiveram relação direta com a liderança e esta característica importante, não permitiu a elas a invisibilidade no cumprimento de seu papel no cotidiano do trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos que neste estudo, foi possível identificar a rede de poder-saber que circulava no interior da prática assistencial de enfermagem no HIJG. Os depoimentos veiculados por estas enfermeiras permitiram o fortalecimento da identidade profissional através das suas contribuições para a consolidação da enfermagem.

O discurso das enfermeiras expressa constantemente as dificuldades que emergiram da sua prática assistencial e que foram transformadas em oportunidades, decorrentes dos seus saberes e poderes. A vontade de mudar o cenário da assistência de enfermagem e implementar um Serviço organizado e de qualidade, trouxe visibilidade ao trabalho das enfermeiras do HIJG. A história destas enfermeiras demonstrou que o poder resultou de uma luta contínua e de muitas resistências, que no final se tornaram fortalezas nas relações de saber-poder.

A conquista na tomada de decisões, a sua postura profissional, a qualidade da assistência prestada trouxe merecida confiança dos gestores do hospital e foi um dos norteadores para a organização de um Serviço de Enfermagem disciplinar e estratégico, que serviu de modelo para inúmeras instituições de saúde e, conseqüentemente, deu maior visibilidade para as enfermeiras e a enfermagem do HIJG.

Este estudo aponta apenas pequenos fragmentos de uma história que ainda precisa ser desvelada, ele é apenas a ponta de um grande iceberg, apresentado por toda a enfermagem catarinense, e certamente é uma história que precisa de continuidade. Porque ao final dela, iremos unir os fragmentos, e vamos nos deparar com a beleza e competência de uma enfermagem, que na sua época, através de seus discursos de

verdade, idealizaram e implementaram novas estratégias de saber-poder para cuidar de si e do outro.

REFERÊNCIAS

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set. 2008.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 2008.

BORENSTEIN, M., ALTHOFF, C. R. **Projetando e conquistando um caminho para a formação profissional do Enfermeiro**. In: BORENSTEIN, M. S.; ALTHOFF, C. R.; SOUZA, M. L. de (Org.) *Enfermagem da USFC: recortes de caminhos construídos e memórias (1969 – 1999)*. Florianópolis: Insular, 1999. p. 25-64.

BORENSTEIN, M. S. **O cotidiano da enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1953-1968**. 2000. 218 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BORENSTEIN, M. S. et al. **Hospital Colônia Sant'Ana: historicizando a enfermagem e os pacientes (1941-1960)**. In: BORENSTEIN, Miriam Süsskind (Org.) *Hospitais da Grande Florianópolis: fragmentos de memórias coletivas 1940-1960*. Florianópolis: Assembleia Legislativa de Santa Catarina, 2004. p. 63-77.

_____. **Hospital Nereu Ramos de Florianópolis – SC: o poder das enfermeiras e as transformações a partir de seus saberes (1977-1986)**. In: BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. S (Org.) *Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)* Florianópolis: Secco, 2011a. p. 97-114.

_____. **O poder/saber dos enfermeiros e a desmistificação da hanseníase em Santa Catarina (1986-2000)**. In: BORENSTEIN, M.

S.; PADILHA, M. I. C. S (Org). **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)** Florianópolis: Secco, 2011b. p. 157-180.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. Estatuto da criança e do adolescente. – 7.ed. – Brasília : Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

COSTA, R. **Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis.** 2009. 169 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

COSTA, R. PADILHA, M. I. C. S. O Hospital Infantil como marco no atendimento do recém-nascido de risco em Santa Catarina (1987-2009). **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, p. 469-748, jul./set. 2010.

_____. O Hospital Infantil como marco no atendimento do recém-nascido de risco em Santa Catarina. In: BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. S (Org). **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)** Florianópolis: Secco, 2011. p. 227-240.

COSTA, R. et al. Hospital Infantil Edith Gama Ramos e Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis/SC: o poder/saber das enfermeiras e as implicações no cuidado (1964-1980) In: BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. S (Org). **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)** Florianópolis: Secco, 2011. p. 241-254.

COSTA, E. **Hospital Colônia Sant Ana: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981).** 2010. 299 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir.** Petrópolis: Editora Vozes, 2001.

_____. **Microfísica do poder.** São Paulo: Graal, 2012.

GREGÓRIO, V. R. P. **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.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. C. S. História do cuidado ao recém-nascido na Maernidade Carmela Dutra - Florianópolis-SC/Brasil (1956-2001). **R. Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 354-362, abr./jun. 2012.

GREGÓRIO, V. R. P.; PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M. S. Maternidade Carmela Dutra de Florianópolis: o poder saber das enfermeiras e as implicações no cuidado (1956-2001). In: BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. C. S (Org). **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900-2011)** Florianópolis: Secco, 2011. p. 201-224.

MAIA, A. R. **Enfermagem em Santa Catarina em tempos de tuberculose: padrões de conhecimento de cuidado de uma época (1943-1960)**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MACHADO, R. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 29. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2011. p. VII – XXIII.

MARINHO, E. R. As relações de poder segundo Michel Foucault. **E-Revista Facitec**, v.2 n.2 (2), dez. 2008.

MINAYO, M. C. S. de.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília 2009 set-out; 62(5): 739-44.

PEREIRA, W. R. As relações de poder no universo de enfermeiras-docentes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 41-56, jan. 1999.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Rev.Lua Nova**. 2004, n.63, p. 179-201.

RIVERO, D. E. ; ERDMANN, A. L. O poder do cuidado humano amoroso na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 618-625, 2010.

RIBEIRO, A. et al. Autonomia e empoderamento do Enfermeiro atuante na área hospitalar. **Rev. HERE – História da enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 95 - 104, ago/dez. 2012.

VELLOSO, I. S. C., CECI, C., ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 2010 jun;31(2):388-91.

ZAGONEL, I. P. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 75-80, jul/dez. 1996.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desejo de realizar este estudo nasceu da minha vivência pessoal em uma UTI pediátrica, e agora com a finalização do mesmo, vejo que saíei uma dúvida pessoal, que era responder a um questionamento que me inquietava em relação ao poder exercido pela enfermeira no HIJG. No decorrer da construção do trabalho pude perceber que minha frustração em relação ao empoderamento do enfermeiro se desfazia ao longo das conversas agradáveis que tinha com minhas entrevistas. E percebi que, a Enfermagem precisa ter perseverança e voz ativa. E que através do seu saber ela vai reconquistar o seu espaço dentro do hospital, assim como fizeram aquelas enfermeiras há 34 anos, mesmo enfrentando resistências, lutaram por um ideal, e conquistaram um poder soberano.

A presente pesquisa respondeu as indagações levantadas por mim enquanto autora do trabalho, procurando responder aos objetivos delineados como norteadores do estudo. Uma das muitas expectativas era vislumbrar o poder exercido pelas enfermeiras no processo de organização do Serviço de Enfermagem do HIJG (1977-1991) e descobrimos um universo de conquistas, vitórias e reconhecimentos destas enfermeiras.

Esta investigação permitiu ainda desvelar quem eram estas enfermeiras, compreender em qual contexto histórico se encontravam, e identificar a sua participação efetiva nas transformações da prática de enfermagem, decorrentes de seus saberes e fazeres.

A partir do momento que consegui personalizar estas enfermeiras, podendo mostrar a sua importância para a construção da história da enfermagem do HIJG e a catarinense, possibilitei o seu destaque profissional na época vivida. Desde o seu posicionamento perante a equipe de trabalho, até a forma como utilizavam o seu saber para conquistar o respeito através de seus fazeres.

Foi possível observar que as relações de poder desencadeadas por estas enfermeiras resultaram em seu empoderamento, conferindo-lhe espaço não somente nas discussões relacionadas a tomadas de decisões, como se tornar membro atuante diante da equipe de saúde e garantindo voz de decisão ao que diz respeito às deliberações assumidas na gestão hospitalar.

Um exemplo de tal poder pode ser impresso na imagem da enfermeira que por sua competência e conhecimento técnico-científico,

foi convidada a participar da comissão de construção do HIJG, e é claro, mostrou aos gestores a capacidade administrativa inerente à profissão de enfermagem.

Uma a uma, cada enfermeira, a sua maneira conquistou através de muitas lutas e resistências, que comprovamos ser existentes com os diferentes profissionais, o seu mérito profissional, possibilitando a sua visibilidade nas ações realizadas. E esta postura profissional permitiu a construção de uma assistência de enfermagem organizada e com diferentes níveis de complexidade.

Pelo fato de estarem em menor número no organograma hospitalar, elas encontraram no poder disciplinar uma forma de otimizar, coordenar e supervisionar a assistência, minimizando possíveis enfrentamentos e erros da equipe de enfermagem. Tal conduta autoritária aliada ao seu poder político, possibilitou a garantia da autonomia institucional, porque a ideia de conseguir manter uma equipe sob controle, mesmo em condições de gestão vertical, mostrou aos gestores a sua facilidade em conduzir problemas e implementar rápida soluções. E esta habilidade deu acesso ao cargo de Gerência dentro da Instituição, traduzindo-se em mais reconhecimento.

Este estudo lançou luzes à história da Enfermagem do HIJG, fortalecendo assim, a linha de Pesquisa da História em Enfermagem e Saúde do Grupo de Estudos de História do Conhecimento em Enfermagem e Saúde (GEHCES) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Os resultados desta dissertação só apontam para a confirmação do poder exercido pelas enfermeiras no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem do HIJG. Este poder repercutiu positivamente para o hospital e também serviu como experiência positiva para a enfermagem catarinense.

Portanto, esta pesquisa buscou dar a merecida oportunidade destas enfermeiras ocuparem o seu lugar na história da enfermagem, tanto as enfermeiras assistenciais como as gerenciais que atuaram de forma incisiva na construção da enfermagem pediátrica do HIJG, permitiu ainda explorar as estratégias de saber-poder, as lutas e resistências vivenciadas para definir e garantir o espaço da enfermagem. Este espaço foi conquistado através de um poder dinâmico, da construção de seus saberes e da sua constante transformação e o que é mais importante, elevaram os seus fazeres a um nível de excelência do cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABREU, A. C.; SILVEIRA, A. V. A.. **Reações da família da criança internada em UTI pediátrica.** 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Palhoça, 2003.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família.** Trad. De Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: LCT, 2006.
- ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2004.
- ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M. de. O pensador de todas as solidões. **Rev. Educação** – Especial Foucault pensa a educação, São Paulo, v. 3, p. 6-15, 2012.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, Juan S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez, 1986.
- ALTHOFF, C. R.; ELSEN, I.; NITSCHKE, R. G. **Pesquisando a família: olhares contemporâneos.** Florianópolis: Papa – livro, 2004.
- ALTHOFF, C. R.; SOUZA, M. L. (Org.) **Enfermagem da UFSC: recortes de caminhos construídos e memórias (1969-1999).** Florianópolis: Insular, 1999. p. 201-205.
- AMADO, J. A culpa nossa de cada dia: ética e história oral. **Projeto História** - Revista do Programa de Estudos Pós- Graduação em História e do Departamento de História. Ética e história oral, n. 15, p. 145- 156, 1997.
- AZEVEDO, R. C. S. **Modos de conhecer e intervir:** a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

BACKES, V. M. S. O legado histórico do modelo Nightingale: seu estilo de pensamento e sua práxis. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 52, n. 2, p. 251- 264, abr. /jun. 1999.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./set. 2008.

BALLABRIGA, A. One century of pediatrics in Europe. In: NICHOLS, B. L.; BALLABRIGA, A.; KRETCHMER, N. **History of pediatrics 1850-1950**. v. 22. New York: Raven Press, 1991. p. 1-22.

BARBOSA, A. A., MAGALHÃES, M. G. S. D. A concepção de infância na visão Philippe Ariès e sua relação com as políticas públicas para a infância. **Revista eletrônica de Ciências Sociais, História e Relações Internacionais**, Roraima, v. 1, n. 1, p. 01-17, jan./mar. 2008

BARRETT, E.A.M. A measure of power as knowing participation in change. In: STRICKLAND, O.L.; DILORIO, C. (Org.) **Measurement of nursing outcomes**. New York: Springer, 2003. p. 21-39.

BASTIANI, J. A. N. As origens da Enfermagem e da saúde: o cuidado no mundo. In: PADILHA, M. I. C. S.; BORENSTEIN, M.; SANTOS, I. (Org.). **Enfermagem: História de uma profissão**. São Paulo: Ed. Difusão, 2011.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A. Saberes e poderes necessários à reconstrução da enfermagem frente a mudanças gerenciais num hospital de ensino. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 16, n. 6, p. 2008.

BERNARDINO, E.; FELLI, V. E. A.; PERES, A. M. Competências gerais para o gerenciamento em enfermagem de hospitais. **Rev. Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 349-353, 2010.

BERRETA, I. Florianópolis, 22 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

_____. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** 2ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

BOFF, L. **O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. Inclusão Social,** Brasília, v. 1, n. 1, p.28-35, out./mar. 2005.

BORENSTEIN, M. S.; ALTHOFF, C. R. Projetando e conquistando um caminho para a formação do enfermeiro. In: BORENSTEIN, M. S.;

BORENSTEIN, M. S. **O cotidiano da enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de 1953-1968.** Florianópolis, 2000. 218f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000a.

_____. O uso da história oral com possibilidade de construção da história da enfermagem. In: BORENSTEIN, M. S. (Org.). **Hospitais da grande Florianópolis: memórias coletivas (1940 – 1960).** Florianópolis: Assembléia Legislativa, 2004. p. 27-34.

BORENSTEIN, M. S.; PADILHA, M. I. **Enfermagem em Santa Catarina: recortes de uma história (1900 – 2011).** Florianópolis: Secco, 2011.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas.** São Paulo: Perspectiva, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão de Ética em Pesquisa. **Res. CNS 466/12.** Define as normas para pesquisa com seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRAVO, M. I. S.. **Política de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

BRITO, M. J. M.; MONTENEGRO, L. C. ALVES, M. Experiências relacionais de poder e gênero de enfermeiras gerente de hospitais privados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, 18 (5): 09 set-out 2010.

CAMPOS, E. de S. **História e evolução dos hospitais**. São Paulo: Ministério da Saúde, 1965.

CAMPOS, P. F. S., FREITAS, G. F. **Pesquisa em história da enfermagem**. São Paulo: Manole, 2008.

CAMPOS, F, de.; CLARO, R.; DOLHNIKOFF, M. **Ritmos da História**. São Paulo: Escala Educacional, 2009.

CANASSA, N. S. A.. **Memórias 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.

CAPELLA, M. R. Florianópolis, 16 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

CARDOSO, E. R. M. **Enfermeiras e religiosas – O caso do HC – FM Goiânia**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) Departamento de Filosofia e Teologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

CARVALHO, J. B. **Hospital Universitário da (UFSC) o papel das enfermeiras docentes no processo de implantação e implementação dos serviços de enfermagem (1980 – 1990)**. Projeto da Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012. 48p.

CARVALHO, J. B. et al. Foucault como caminho de compreensão para a pesquisa histórica na enfermagem. **Rev. HERE – História da Enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 160-171, ago/dez. 2012.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

COELHO, R. C. H. A. de. Florianópolis, 11 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Printipo, 1989.

COLLET, N. Sujeitos em interação no cuidado à criança hospitalizada: desafios para a enfermagem pediátrica. **Rev. Bras. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 65, n. 1, p. 7 -8, jan./fev. 2012.

CORREIA, P. **O que não consta na nota oficial**: o que o governo escondeu sobre a Novembrada. Revista Santa Catarina em História - Florianópolis - UFSC – Brasil ISSN 1984- 3968, v.5, n.2, 2011.

COSTA, E. **Hospital Colônia Santana**: o saber/poder dos enfermeiros e as transformações históricas (1971-1981). Florianópolis, 2010. 299 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010a.

COSTA, R. et al. Hospital Infantil Edith Gama Ramos e Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis/SC: o poder/saber das enfermeiras e as implicações no cuidado (1964 – 1980). In: BORENSTEIN, M. S. (Org.) **Enfermagem em Santa Catarina**: recortes de uma história (1900-2011). Florianópolis: Secco, 2011. p. 227-240.

COSTA, R.O.; OLIVEIRA, I.C.S. Produção científica dos Congressos Brasileiros de Enfermagem nos anos 70: contribuição para a enfermagem pediátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 1, p. 83-90, 2006.

COSTA, R. **Saberes e práticas no cuidado ao recém-nascido em terapia intensiva na década de 1980 em Florianópolis**. Florianópolis, 2009. 169 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

COSTA, R.; PADILHA, M. I. **O hospital infantil como marco no atendimento ao recém-nascido de risco em Santa Catarina (1987-2009)**. Texto contexto - enferm. vol.19 no.3 Florianópolis July/Sept. 2010.

COSTA, W. K. de P. Uma trajetória de um homem à história da enfermagem psiquiátrica em Santa Catarina. **História da Enfermagem – Revista Eletrônica**, Brasília, v.1, n.1, p. 24-34, abr. 2010 b.

CROSSETTI, M. G. O.; PAULA, C. C. O modo de cuidar no encontro com o ser-criança que convive com AIDS: o experienciar da finitude e a ética. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 193-201, 2005.

CRUZ, D. A. L. M. et al. Percepção de poder de enfermeiras frente ao seu papel clínico. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 95-101, mar-abr, 2009.

DAGMAR, E. M. M. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 95-99, 2006.

DENZIN, N.K. ; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, S. M. Z., MOTTA, M. da G. C. da. Práticas e saberes do cuidado de enfermagem à criança hospitalizada. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 41-54, jan./abr. 2004.

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

ELSEN, I., et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: ed. da UFSC, 1994.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2 ed. Maringá: EUM, 2004.

ERDMANN, A., L. O sistema de cuidados de enfermagem: suas organizações nas instituições de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 52-69, mai/ago. 1998.

EVANS, H. H. **Waifs hospitalar: o Hospital de Cuidados de Crianças em Boston, 1860-1920**. Boston: Harvard University, 1995.

FERREIRA, M. M. **História oral e multidisciplinariedade**. Rio de Janeiro: Diadorim, 1994.

FONTES, H. S. da. **A Beata Joana de Gusmão**. In: PEREIRA, Nereu do Vale (Org.). Memorial Histórico da Irmandade do Senhor dos Passos. Florianópolis: Ministério da Cultura, 1997.

FOUCAULT, M.. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 18. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. **Vigiar e punir**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **A arqueologia do saber**. 4 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **Microfísica do poder**. 29. reimp. Rio de Janeiro: Graal, 2011a.

_____. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 2012.

_____. **A hermenêutica do sujeito**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011b.

FUNGHETTO, S. S. **O cuidado à criança hospitalizada com câncer: concepções dos cuidadores**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

GANDIN, R. B. R. Florianópolis, 25 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

GAZETA Médica da Bahia, 31 out. 1868, n. 54, ano III, p. 68.

GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 2002.

GOMES, G. C. **A família como cliente na unidade de pediatria: reflexões de uma equipe de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GOMES, G.C.; ERDMANN, A.L. O cuidado compartilhado entre a família e a enfermagem à criança no hospital: uma perspectiva para a sua humanização. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 20-30, 2005.

GONZÁLEZ, J. S., RUIZ, M. C. S. A história cultural e estética dos cuidados de Enfermagem. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, p. 220 – 229, set./out., 2011.

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

GUEDES, J. A. R. **Memórias dos profissionais de enfermagem do Hospital Nereu Ramos em época de Aids (1986-1996)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GUSMÃO, Hospital Infantil Joana de. **Histórico**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg/instituicao.htm>>. Acesso em 08 set. 2013.

HOCKENBERRY, M. J., WILSON, D. **WONG: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Mosby, 2011.

HOLLETZ, H. Florianópolis, 03 de maio de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

Jornal “**O Estado**”, 09 de março de 1974, manchete “Economia desponta em Santa Catarina”.

Jornal “**O Estado**”, 09 de março de 1974, manchete “Enchente em Tubarão”.

Jornal “**O Estado**”, 23 de março de 1974, manchete “Prisco anuncia planos para recuperação da saúde no Sul”.

Jornal “**O Estado**”, 14 de abril de 1974, manchete “Ufesc vai melhorar o curso de enfermagem”.

Jornal “**O Estado**”, 13 de março de 1979, manchete “Konder Reis entrega hoje o novo Hospital Infantil”.

JORNAL A NOTÍCIA. – Joinville, 13 de março de 1979.

_____. **Inaugurando o Hospital Infantil de Florianópolis**. Joinville, 28 de fevereiro de 1964.

JUNCKES, T. A. V. de. Florianópolis, 15 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

KOERICH, A. M. E. **Hospital Colônia Santana: reminiscências dos trabalhadores de Enfermagem (1951-1971)**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

KONDER REIS, A. C. **Mensagem ao poder legislativo**. Estado de Santa Catarina – Gabinete do Prefeito, 1976.

LE GOFF, J. (Org.). **A história nova**. Trad. Eduardo Brandão. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIMA, J. C.; BINSFELD, L. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico?. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 11, p. 98-103, 2003.

LOHN, R. L. **Cidade e democracia: espaço público e modernização no processo histórico brasileiro contemporâneo (1970-2000) – o caso de Florianópolis (SC)**. ANPUH – XXV Simpósio Nacional de História, Fortaleza, 2009.

LUNARDI FILHO, W. D.; LEOPARDI M. T. **O trabalho da enfermagem: sua inserção na estrutura do trabalho geral**. Rio Grande: GRAFURG, 1999.

LUNARDI, V. L. **A governabilidade em Foucault**. In: CAPONI, S.; PADILHA, M. I. C. S. A saúde em questão: um espaço para a reflexão. Florianópolis: ed. dos Autores, 1997.

LUNARDI, V. L. et al. A ética na enfermagem e sua relação com poder e organização do trabalho. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 253-259, mar./abr. 2007.

LUZ, J. H. et al. **Manual de boas práticas em enfermagem pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão**. Florianópolis, 2008.

MAIA, A. R. **Enfermagem em Santa Catarina em tempos de tuberculose: padrões de conhecimento de cuidado de uma época (1943-1960)**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MACEACHERN, M. T. **Hospital organization and management**. 3. ed. Chicago Physician's Record, 1957. In: CAMPOS, J. Q. Hospital Moderno — administração humanizada. São Paulo. Ed LTr, 1974.

MACHADO, R. **Foucault, a filosofia e a literatura**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

_____. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 29. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2011. p. VII – XXIII.

MACHADO, R. R. Florianópolis, 22 de abril de 2013. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

MADUREIRA, V. S. F.; TRENTINI, M. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Rev. Bras. Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 5, p. 637-642, set.- out. 2008.

MAGAJEWSKI, F. A construção do Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. **Rev. Saúde Públ.**, Santa Catarina, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 10-26, jan./jul. 2009.

MARINHO, J. Enfermagem do futuro: a enfermagem pediátrica e o fascinante trabalho de cuidar das crianças. **COREN – SP**, v. 53, p. 5-12, 2004.

MARTINS, R. M., REGO, J. D.. **O memorial da pediatria Lincoln Freire**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010.

MATOS, J. S.; SENNA, A. K. de. História Oral como fonte: problemas e métodos. **Rev. Historiae**. Rio Grande, v. 2, n. 1, p. 95-108, 2011.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de história oral**. 4. ed. São Paulo: Loyola, 2002.

MELLO, D. F., FURTADO, M. C. C.; FONSECA, L. M. M.; PINA, J. C. Seguimento da saúde da criança e a longevidade do cuidado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-679, jul./ago. 2012.

MINAYO, M. C. S. de.. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIQUELIN, L. C. **Anatomia dos edifícios hospitalares**. São Paulo: CEDAS, 1995.

MÜLLER, G. R. R. **A influência do urbanismo sanitário na transformação do espaço urbano em Florianópolis**. Florianópolis, 2002.

MURAKAMI, R., CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 64, n. 2, p. 254-260, mar./abr. 2011.

NAGAHAMA E.E.I.; SANTIAGO, S.M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NASCIMENTO, E. R.P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-257, mar./abr. 2004.

NEVES, E. P. **A Associação Brasileira de Enfermagem – Seção Santa Catarina (ABEn – SC) e a repercussão na criação do curso de graduação em enfermagem na UFSC.** v. 1. Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 2012.

NÓBREGA–THERRIEN, S. M. A enfermeira e o exercício do poder da profissão: a trama da ambiguidade. **Rev. Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 79-86, jan/mar. 2004.

NOGUEIRA, C. M. de. **A história da deficiência: tecendo a história da assistência a criança deficiente no Brasil.** Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades e Centro de Ciências Sociais. Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Políticas e Formação Humana. Rio de Janeiro, 2008.

OLIVEIRA, I. C. dos S. **Da mãe substituta à enfermeira pediatra: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada.** Rio de Janeiro: Anna Nery, 1999.

OLIVEIRA, L. R.; SCHILLING, M. C. L. Análise do serviço de enfermagem no processo de planejamento estratégico em hospital. **REGE**, São Paulo – SP, Brasil, v. 18, n. 2, p. 225-243, abr./jun. 2011.

PADILHA, M. I. C. S. de.; BORENSTEIN, M. S. O método de pesquisa histórica na Enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis**, v.14, n. 4, p. 575-584, out-dez, 2005.

PEREIRA, W. R. As relações de poder no universo de enfermeiras-docentes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p. 41-56, jan. 1999.

PEREIRA, J. S.. **História da pediatria no Brasil do final do século XIX a meados do século XX.** Tese (Doutorado em História) Programa de Pós-Graduação do Departamento de História da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PIAGET J. **Psicologia e epistemologia: por uma teoria do conhecimento.** Trad. Agnes Cretella. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1973.

PIMENTA, E. A. G., COLLET, N. Dimensão cuidadora da enfermagem e da família na assistência à criança hospitalizada:

concepções da enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 622-629, 2009.

PINHO, L. B., SANTOS, S. M. A. O processo saúde-doença-cuidado e a lógica do enfermeiro na UTI. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.2, p. 199-206, mar./abr. 2007.

PINHEIRO, L. M. R. Florianópolis, 26 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI M.T. et al. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: UFSC- Papa- livros; 1999.

QUITETE, J. B.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Uma análise reflexiva do feminino das profissões. **Rev. HERE – História da enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 223-239, jul / dez. 2010.

RAMOS, F. R. S. O discurso da bioética na formação do sujeito trabalhador da saúde. **Rev. Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 51-77, 2007.

RIBEIRO, A. et al. Autonomia e empoderamento do Enfermeiro atuante na área hospitalar. **Rev. HERE – História da enfermagem**, v. 3, n. 2, p. 95 - 104, ago/dez. 2012.

RIVERO, D. E. ; ERDMANN, A. L. O poder do cuidado humano amoroso na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 618-625, 2010.

ROUBAUD, J. **Poetas da França Hoje (1945 – 1995)**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Rev Bras. Enfermagem**, v. 60, n. 2, p. 221-224, 2007.

SANTANA, L. M. Florianópolis, 16 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

SANTANA, A. L. **Michel Foucault**. Disponível em:
<<http://www.infoescola.com/psicologia/michel-foucault>>. Acesso em:
08 abr. 2012.

SCHULTZ, L. F. **A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança**: protegendo o filho do mundo e não mundo do filho. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Progra,a de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade de Guarulhos, Guarulhos, 2007.

SILVA, L. C et al. Hospitalização e morte na infância: desafios das famílias. **Rev. Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 73-79, jan./abr. 2006.

SILVA. A. T. R. da. Florianópolis, 10 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

SANTOS, R. E. dos. **Genealogia da governamentalidade em Michel Foucault**. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Filosofia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

SOUZA, L. C. da S. de. **O cotidiano de cuidado de enfermagem à família: um encontro entre as imagens dos profissionais e das famílias na hospitalização materno-infantil**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

STOCCO, E. Florianópolis, 25 de abril de 2013. Gravação digital. Entrevista concedida a Fábila Fernanda dos Passos da Rosa.

TEIXEIRA, F. M. P. **Revolução Industrial**. São Paulo: Ática, 1998.
THOMPSON, P. **A voz do passado**: história oral. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

VEIGA NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

VEYNE, P. **Como se escreve a história**. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1995.

YAMAMOTO, D. M. et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Rev. Texto e Contexto, Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

WADSWORTH, J. E. Moncorvo Filho e o problema da infância: modelos institucionais e ideológicos da assistência à infância no Brasil. **Rev. bras. Hist.** vol.19 n.37, p. 103 – 124, São Paulo Sept., 1999.

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

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. B. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n. 4, 765-71, ago. 2008.

WALTER, B.; CARDOZO, M. M.; SANTO, T. B. do E. **Cuidar brincando, brincar cuidando**: construindo possibilidades para um cuidado humanizado à criança em situação de queimadura. Relatório de prática assistencial apresentado à disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada do curso de Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2007.

ZAGONEL, I. P. Exercício do poder diante da complexidade das relações no espaço médico-hospitalar e de enfermagem. **Rev. Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 1, n. 2, p. 75-80, jul/dez. 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – LISTA DE PARTICIPANTES DA PESQUISA

ENFERMEIRAS ASSISTENCIAS E OCUPARAM CARGO DE GERÊNCIA DE ENFERMAGEM NO HIJG:

Enf^a. Adélia Ramos da Silva
Enf^a. Lélia Mesquita Santana
Enf^a. Isabel Berreta
Enf^a. Rosani Ramos Machado
Enf^a. Eleonora Cristina Stocco
Enf^a. Rosana Beatriz Reis Gandin
Enf^a. Lígia Maria Vieira Pinheiro Martins

ENFERMEIRAS ASSISTENCIAIS NO HIJG:

Enf^a. Rita de Cássia Heizen de Almeida Coelho
Enf^a. Haydée Ellen Holetz

MÉDICO DIRETOR GERAL DO HIJG:

Dr^o. Murillo Ronald Capella

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA ENFERMEIRAS

Entrevista n^o:	
Nome:	
Data:	
Horário de início:	
Horário de término:	

I – Dados de Identificação – Breve Biografia

- 1- Nome:
- 2- Data de nascimento:
- 3- Local de nascimento:
- 4- Procedência:
- 5- Filiação:
- 6- Irmãos:
- 7- Cônjuge:
- 8- O que a motivou a cursar a graduação em Enfermagem:
- 9- Onde e quando realizou o Curso de Graduação em Enfermagem:
- 10- Titulação:
- 11- Atividade profissional:
- 12- Após a conclusão do curso, onde passou a atuar:

II – Questionário

- 1- Como ocorreu o ingresso no Hospital Infantil Joana de Gusmão?
- 2- Quais Cursos relacionados ao aperfeiçoamento da profissão realizou antes de ingressar no HIJG?
- 3- Que experiência profissional possuía antes de atuar no HIJG?
- 4- Por que você foi selecionada para organizar o Serviço de Enfermagem do HIJG?
- 5- Que conhecimentos possuía para realizar a organização do Serviço de Enfermagem no HIJG?

- 6- Houve a utilização de uma metodologia específica para implantação do Serviço?
- 7- Qual foi o seu papel na organização e implementação do serviço de enfermagem do HIJG?
- 8- O que você realmente conseguiu implantar?
- 9- Quais foram as facilidades que você teve para organizar e implantar o serviço de enfermagem?
- 10- Quais foram as dificuldades que você teve para organizar e implantar o serviço de enfermagem?
- 11- A quem a chefia estava subordinada?
- 12- Como aconteciam as tomadas de decisões e quem participava (relacionadas também a compra de materiais e contratação de recursos humanos)?
- 13- Qual era a estrutura organizacional / organograma do HIJG?
- 14- Como eram realizados os treinamentos das enfermeiras e equipe de enfermagem?
- 15- Como era a relação entre as enfermeiras e equipe de enfermagem, enfermeira e médico, enfermeira e outros profissionais?
- 16- Como sua atuação como enfermeira era percebida pelos outros profissionais da equipe de saúde do HIJG (médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, entre outros)?
- 17- Qual era o significado da enfermagem e equipe de trabalho para o HIJG?
- 18- Quais eram suas atribuições no HIJG?
- 19- Quais eram os procedimentos realizados pela enfermeira?
- 20- Quem organizava e coordenava as reuniões de categoria profissional?
- 21- Que pessoas você sugeriria para entrevistas a fim de saber mais sobre o assunto?

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA MÉDICOS

<i>Entrevista n°:</i>	
Nome:	
Data:	
Horário de início:	
Horário de término:	

I – Dados de Identificação – Breve Biografia

- 13- Nome:
- 14- Data de nascimento:
- 15- Local de nascimento:
- 16- Procedência:
- 17- Filiação:
- 18- Irmãos:
- 19- Cônjuge:
- 20- Formação básica:
- 21- Titulação:
- 22- Atividade Profissional:

II – Questionário

- 1- Como se deu o seu ingresso na Direção Geral do HIJG?
- 2- Além do cargo de diretor geral do HIJG, o senhor desempenhava mais algum Serviço?
- 3- Qual o papel da direção médica na organização e implementação do Serviço de Enfermagem no HIJG?
- 4- Que tipo de poder elas exerciam (em relação ao hospital, a equipe de enfermagem, a organização dos Serviços de Enfermagem, aos pacientes)?
- 5- Como era na sua avaliação, a relação do médico com a enfermeira?
- 6- Que conhecimentos o senhor acredita que as enfermeiras possuíam para organizar o Serviço de Enfermagem do HIJG?

- 7- Em sua opinião, o que estas enfermeiras realmente conseguiram implantar?
- 8- Comente sobre mais alguma questão que considere importante, em relação à organização e implementação do Serviço de Enfermagem no HIJG?

APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com a regulamentação do Conselho Nacional de Saúde – Resolução 196/96)

Convidamos o(a) senhor(a) para participar da Pesquisa **“Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC): O poder das enfermeiras na organização e implementação do Serviço de Enfermagem (1977 – 1991)”** desenvolvida pela Mestranda Fábila Fernanda dos Passos da Rosa e orientada pela Professora Doutora Miriam Süsskind Borenstein.

Esta pesquisa objetiva historicizar o poder que as Enfermeiras desempenharam no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1979 a 1991, à luz do referencial teórico de Michel Foucault. O estudo é importante e necessário, porque a partir do conhecimento produzido, poderemos compreender melhor como se deu a efetiva implementação da assistência de enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, as relações que se estabeleceram entre os profissionais que lá atuavam, além de acrescentar um amplo conhecimento historiográfico sobre os profissionais da enfermagem e o trabalho por eles desenvolvido. Além disso, o estudo poderá servir para dar visibilidade às enfermeiras e suas importantes contribuições para a realização de uma assistência de Enfermagem de qualidade, refletindo na sociedade local, regional e até mesmo nacional, que permitirá visualizar algumas perspectivas para a profissão no contexto catarinense, e até mesmo brasileiro.

A metodologia utilizada será pesquisa qualitativa de abordagem sócio-histórica, utilizando o método de História Oral temática. Serão realizadas entrevistas semi estruturadas para coletar os dados. Isto não traz riscos nem desconfortos, mas esperamos que traga benefícios a partir de suas informações para a construção de um saber historiográfico.

Caso desejar, será garantido que seu nome e qualquer dado que a identifique sejam mantidos em sigilo. O (A) Senhor (a) terá a liberdade de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe traga prejuízo. Após ler o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e aceitar participar da pesquisa, pedimos que o assin.

Qualquer informação adicional e esclarecimentos a respeito da pesquisa poderão ser obtidos junto à Pesquisadora Principal e à Pesquisadora Responsável, respectivamente:

Mda. Fábila Fernanda dos Passos da Rosa (Enfermeira inscrita no COREn/SC 264.705)

Endereço: Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Universitário – CEP. 88.040-900

Telefones: (48) 3238.2808 / 8419.6643

E-mail: fabilapassos@yahoo.com.br

Ou, com a orientadora

Profa. Dra Miriam Süsskind Borenstein (Enfermeira inscrita no COREn/SC 11.321). Endereço: Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Universitário – CEP. 88.040-900

Telefones: (48) 3721.9480/3721.9399/9911.8543

E-mail: miriam.borenstein@ufsc.br

E-mail: miriam.borenstein@ufsc.br

Eu....., fui esclarecido sobre esta pesquisa e declaro através deste instrumento, meu consentimento em participar da mesma, intitulada: “**Hospital Infantil Joana de Gusmão: O poder das enfermeiras no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem (1979 – 1991)**”. Declaro ainda, que estou ciente de seus objetivos e métodos, bem como do direito de desistir a qualquer momento, sem penalização alguma e/ou prejuízo. Autorizo o uso do gravador para o registro da entrevista e o registro fotográfico, caso seja necessário.

Assinatura.....

RG.....

Assinatura das Pesquisadoras:

.....
.....

Mda Fábila Fernanda dos Passos da Rosa
Susskind Borenstein
Pesquisadora Principal
Responsável

Profa. Dra. Miriam
Pesquisadora

Florianópolis, de Abril de 2013.

APÊNDICE E: TERMO DE CESSÃO

Eu, _____ estado civil, _____ portador da carteira de identidade nº _____, declaro, para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista gravada e imagens, transcrita e autorizada, para leitura e inclusão no Projeto de Pesquisa da Mestranda Fábila Fernanda dos Passos da Rosa e da Profa. Dra. Miriam Süsskind Borenstein, sua orientadora, podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso da gravação e as imagens, ficando vinculado o controle às pesquisadoras responsáveis referidas acima, assim como arquivada no Grupo de Estudos de História do Conhecimento da Enfermagem e Saúde (GEHCES), localizado no Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal de Santa Catarina – Campus Universitário – CEP. 88.040-900 – Florianópolis/SC.

Abdico dos meus direitos, abdicação essa que alcança meus descendentes, subscrevo-me atenciosamente.

Assinatura

Florianópolis, _____ de Abril de 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC): O PODER DAS ENFERMEIRAS NA ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM (1979 e 1991)

Pesquisador: Miriam Susskind Borenstein

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14105113.2.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 243.006

Data da Relatoria: 08/04/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto "HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC): O PODER DAS ENFERMEIRAS NA ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM (1979 e 1991)" visa obtenção do título de Mestre em Enfermagem. De acordo com o Projeto de Pesquisa da Plataforma Brasil, "trata-se de uma pesquisa histórica, cujo objetivo geral é historicizar o poder que as enfermeiras exerceram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão de Florianópolis (SC), no período de 1979 a 1991, à luz do referencial teórico de Michel Foucault". O estudo será realizado por meio da história oral e também da pesquisa documental realizada no Hospital Infantil Joana de Gusmão e em outras instituições. Os sujeitos da pesquisa são "profissionais (enfermeiras, médicos, diretores, e outros profissionais da área da saúde) que participaram no processo de organização e implementação do serviço de enfermagem do Hospital Infantil Joana de Gusmão".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Historicizar o poder que as enfermeiras exerceram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1979 a 1991, à luz do referencial teórico de Michel Foucault.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 **Fax:** (48)3721-9696 **E-mail:** cep@reitoria.ufsc.br

Objetivos Secundários:

- Conhecer os profissionais da área de enfermagem que atuaram no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem no Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 1979 a 1991.
- Identificar os saberes e os fazeres das enfermeiras no processo de organização e implementação do Serviço de Enfermagem.
- Analisar as relações de saber/poder entre os diferentes profissionais de saúde e as enfermeiras que atuaram na organização e implementação do Serviço de Enfermagem, no período de 1979 a 1991.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o registrado na Plataforma Brasil, "O estudo em princípio não apresenta riscos, pois pretende trabalhar com a memória e relembrar o passado profissional das enfermeiras que atuaram no HIJG. (...) Entretanto se houver algum mal-estar o sujeito tem a liberdade de desistir da pesquisa. A pesquisa será norteada também pela Portaria 196/98 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos nos seus vários aspectos. (BRASIL, 2000)".

Quanto aos benefícios: "Colaborar para a construção da história da Enfermagem catarinense, em especial, a da grande Florianópolis, criando uma ponte entre o passado e o presente com intuito de dar visibilidade às enfermeiras que fizeram parte da construção histórica do HIJG. O estudo visa ainda, contribuir para a redução do vazio historiográfico acerca do serviço de Enfermagem no HIJG desde sua organização e implementação, somando aos questionamentos previamente realizados, além de contribuir para o fortalecimento da linha de pesquisa em história da Enfermagem em Santa Catarina, passando a integrar o acervo documental do GEHCES/SC e possibilitando a continuidade da pesquisa na área em questão com pesquisadores de outras áreas".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a história da Enfermagem em Santa Catarina e para a construção da história de uma instituição hospitalar.

A metodologia prevê a pesquisa documental no Hospital Infantil Joana de Gusmão e em outros acervos e, principalmente, a realização de entrevistas temáticas semi-estruturadas com profissionais envolvidos na organização do serviço de enfermagem na instituição, no período pesquisado.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados na Plataforma Brasil os seguintes documentos: Folha de Rosto, Projeto de Pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Carta de Cessão, Parecer do Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

O projeto de pesquisa fundamenta teórica e metodologicamente a investigação, com base em bibliografia pertinente a área de estudo e ao referencial teórico escolhido.

Nos anexos constam "Questionário de entrevistas para enfermeiras" e "Questionário de entrevista para médicos", elaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atende às exigências da Resolução CNS 196/96.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto, o projeto "HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO DE FLORIANÓPOLIS (SC): O PODER DAS ENFERMEIRAS NA ORGANIZAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM (1979 - 1991)" atende às exigências da Resolução CNS 196/96. Recomendo, portanto, sua aprovação pelo Comitê de Ética.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FLORIANÓPOLIS, 10 de Abril de 2013

Assinador por:
Andréa Ferreira Delgado
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-9206 Fax: (48)3721-9696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br