
AS ESTRATÉGIAS DO PODER NO CONTEXTO DA MATERNIDADE CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS-SC (1956-1986)¹

Vitória Regina Petters Gregório², Maria Itayra Padilha³

¹ Este manuscrito contém os resultados da tese - A historicidade das práticas de cuidado na Maternidade Carmela Dutra (1956-2001), apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em fevereiro de 2011.

² Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: vitoria@ccs.ufsc.br

³ Doutora em Enfermagem. Professora Associado do Departamento de Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do CNPq. Santa Catarina, Brasil. E-mail: padilha@ccs.ufsc.br

RESUMO: Este estudo objetivou analisar as estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, no período de 1956 a 1986. Pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica na qual foram entrevistadas oito enfermeiras, utilizando a técnica de História Oral Temática. Os dados foram categorizados utilizando-se Análise de Conteúdo Temática e com base no referencial foucaultiano. Emergiram três categorias: o poder no espaço de parir; o uso do uniforme como estratégia de poder; e visita médica: espaço de poder-saber. Os resultados indicam que a atuação da enfermeira na Maternidade foi consolidando sua profissionalização, evidenciando o movimento e a flexibilidade do poder. A enfermeira convive no cotidiano da instituição com disputas, interesses e repressões enraizados nos contextos sociais, culturais e políticos revelados no interior das práticas de cuidado.

DESCRIPTORIOS: Enfermagem obstétrica. História da enfermagem. Cuidado.

STRATEGIES OF POWER IN THE CONTEXT OF MATERNITY CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS-SC (1956-1986)

ABSTRACT: This study examines the strategies of power in the context of Maternity Carmela Dutra, Florianópolis, Santa Catarina, Brazil, in the period 1956 to 1986. Qualitative research with socio-historical approach. Eight nurses were interviewed using the technique of thematic oral history. The data were categorized using qualitative analysis and based on Foucaultian referential. Three categories emerged: the power to give birth in space, the use of uniforms as a strategy of power, medical visit: a place of power-knowledge. The results indicate that the role of the nurse in the maternity was consolidating its professionalism, showing the movement and flexibility of power. The nurse in the daily lives in the institution with disputes, interests and repressions embedded in social, cultural and political contexts revealed within the health care practices.

DESCRIPTORS: Obstetrical nursing. Nursing history. Care.

LAS ESTRATEGIAS DE PODER EN EL CONTEXTO DE LA MATERNIDAD CARMELA DUTRA - FLORIANÓPOLIS-SC (1956-1986)

RESUMEN: Este estudio tuvo como objetivo analizar las estrategias de poder en el contexto de la Maternidad Carmela Dutra, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, durante el período de 1956 a 1986. Investigación cualitativa con abordaje socio-histórico. Fueron entrevistadas ocho enfermeras, utilizando la técnica de Historia Oral Temática. Los datos fueron categorizados utilizando el análisis de contenido temático, con base en el referencial foucaultiano. Emergieron tres categorías: el poder en el espacio del parto; el uso del uniforme como estrategia de poder; visita médica: espacio de poder-saber. Los resultados indican que la actuación de la enfermera en la Maternidad fue consolidando su profesionalización, evidenciando el movimiento y la flexibilidad del poder. La enfermera convive en el cotidiano de la institución con disputas, intereses y repressions arraigados en los contextos sociales, culturales y políticos revelados en el interior de las prácticas de cuidado.

DESCRIPTORIOS: Enfermería obstétrica. Historia de la enfermería. Cuidado.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

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

Por estratégias de poder, segundo a perspectiva foucaultiana, entende-se o “conjunto de meios utilizados para fazer funcionar ou para manter um dispositivo de poder. Também se pode falar da estratégia própria das relações de poder na medida em que elas constituem modos de ação sobre a ação possível, eventual, suposta dos outros”.^{4:152}

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

A disciplina é uma técnica do exercício do poder. Se revisitarmos a história, encontraremos a disciplina já na antiguidade; porém, no século XVIII, esse exercício foi aperfeiçoado em seus princípios fundamentais como nova técnica de gerir os homens. A disciplina é a análise do espaço, a inserção dos corpos em espaços individualizados e classificatórios; exerce controle minucioso da atividade, implica vigilância constante do indivíduo e envolve o registro contínuo das atividades. Portanto, a disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder têm por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental.⁵

O objeto de análise neste estudo é a MCD, inaugurada em 03 de julho de 1955. Porém, devido à carência de recursos humanos, só começou a oferecer seus serviços à parturiente e ao recém-nascido, em fevereiro de 1956. A MCD foi construída com o objetivo de atender a população indigente. Recebeu esse nome em homenagem a Carmela

Leite Dutra, esposa do então presidente do Brasil, General Eurico Gaspar Dutra (1946-1951).

Em fevereiro 1956, os primeiros profissionais que ocuparam os espaços no cenário da MCD foram as Irmãs da Divina Providência, médicos, parteiras e profissionais treinados na instituição. Subordinada à Secretaria de Saúde e Assistência Social, sua administração e organização ficou sob responsabilidade das religiosas da Divina Providência, sendo Irmã Hortênsia, a Madre Superiora, e o diretor-geral, o médico Biase Agnesino Faraço.⁶⁻⁷ Em abril do mesmo ano aconteceu a inserção da primeira enfermeira religiosa, Irmã Cacilda Hammes,* atuando até setembro de 1957. Sucederam-na outras enfermeiras freiras na Maternidade, como, por exemplo: Irmã Lúcia Boing, Irmã Rita Rigo, Irmã Áurea Schmitz, após as quais retorna a Irmã Cacilda, em 1966. Esse esquadramento de enfermeiras religiosas foi modificado quando, em 1968, terminou o contrato das religiosas com o Governo de Estado e elas se retiraram da instituição.

O serviço de enfermagem passa a ser coordenado por enfermeiras leigas, mas na Sala de Parto as práticas de cuidado continuam sendo organizadas por médicos e parteiras; estas, treinadas na própria instituição ou que realizavam curso de formação de parteiras em outra maternidade do município, sob orientação dos médicos. Em 1973, com o ingresso da primeira enfermeira obstétrica na Sala de Parto, fica evidente a disputa por espaços e estratégias de poder, notando-se a mobilidade na rede do poder-saber.

Em 1974, com a saída da enfermeira obstétrica, outras enfermeiras generalistas foram chefes do Setor da Sala de Parto, mas sem ingerência sobre as parteiras, que, em maior número, organizavam o serviço com o aval dos médicos obstetras. Em 1985, outra enfermeira obstétrica é inserida na Sala de Parto, e nova organização fica evidenciada, com novas forças atuando na rede de poder. Em 1986, com a regulamentação do exercício profissional de enfermagem,⁸ houve restrição na atuação da parteira, surgindo novo esquadramento no contexto da Sala de Parto, contribuindo para a flexibilização na rede poder-saber. Desde então, muitos acontecimentos e rupturas continuaram a ocorrer no contexto da Maternidade.

Pode-se observar que a história da MCD e das pessoas responsáveis pelo cuidar foi alvo de

* As religiosas estão identificadas pelo nome que receberam na Congregação das Irmãs da Divina Providência.

mudanças no percurso do tempo estudado, e estratégias de poder foram utilizadas para modificá-las. Essas observações nos instigaram a estudar o tema, razão pela qual aqui nos propomos analisar as estratégias do poder no contexto da Maternidade Carmela Dutra, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil no período de 1956 a 1986. Portanto, o marcador do tempo contemplou o período inicial de 1956, com o ingresso da primeira enfermeira na MCD, Irmã Cacilda, e o período final de 1986, com a regulamentação do exercício profissional da enfermagem. Embora o recorte histórico seja longo (1956-1986), justifica-se pelo número reduzido de

enfermeiros na instituição. Aproximadamente até metade da década de 1970 havia somente uma enfermeira no quadro de pessoal da MCD.

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa com abordagem sócio-histórica. Para a coleta de dados foi utilizada a técnica da História Oral Temática.⁹ Os sujeitos da pesquisa foram oito enfermeiras que trabalharam na MCD no período entre 1956 e 1986. Segue a apresentação dos sujeitos da pesquisa por ordem de sua inserção na instituição.

Quadro 1 - Identificação dos sujeitos da pesquisa. Florianópolis-SC, 2011

Irmã Cacilda	Chefe da Seção de Enfermagem. Religiosa da congregação das Irmãs da Divina Providência. Permaneceu na instituição de abril a setembro de 1956 e de 1966 a início de 1969. Foi a primeira enfermeira a trabalhar na maternidade.
Nilsa	Chefe da Seção de Enfermagem; ingressou na MCD em abril de 1968, transferida do Hospital Infantil. Permaneceu até junho de 1972. Formou-se pela Escola de Enfermagem Madre Justina Inês, de Caxias do Sul, RS.
Coleta	Chefe da Seção de Enfermagem e chefe do Setor de Berçário, no período de janeiro de 1972 a 1974. Era recém-formada pela UFSC.
Ana Maria	Chefe de Setor de Centro Obstétrico e Unidade de Internação Obstétrica. Primeira Enfermeira Obstétrica a atuar na MCD. Ingressou em junho de 1973, permanecendo até agosto de 1974. Obteve o título de especialista na Escola da URGs em 1972.
Doraci	Chefe da Seção de Enfermagem. Permaneceu na instituição de março de 1976 a abril de 1979. Formou-se pela Escola Madre Leonor, em Curitiba, PR. Trabalhou anteriormente em Hospital de Florianópolis.
Evanguelia	Chefe da Seção de Enfermagem e Chefe de Setor de Unidade de Internação de Alojamento Conjunto. Recém-formada pela UFSC, ingressou na MCD em julho de 1976 permanecendo até abril de 1999. Retorna à Instituição como Diretora, de 2001 a 2002.
Sônia	Chefe do Setor de Berçário. Atuou de maio de 1979 a setembro de 2007. Recém-formada pela UFSC.
Odaléa	Chefe de Setor de Centro Obstétrico. Inserida em fevereiro de 1985, permanecendo até 1993. Foi a segunda Enfermeira Obstétrica a ingressar na instituição. Formada pela UFSC. Veio transferida de Hospital Regional de Joinville. Realizou especialização na UNIVALI, em 1988.

As entrevistas ocorreram de fevereiro a julho de 2009, com o recurso da técnica bola de neve¹⁰, até a saturação dos dados. Gravadas em locais de escolha dos sujeitos, com gravador digital no tempo médio de aproximadamente três horas, as entrevistas foram posteriormente transcritas, sendo validadas de julho a setembro de 2009. Também foram utilizadas outras fontes documentais, como: jornais, livros de passagem de plantão, livros de ocorrências e fotos. Os dados foram organizados pela técnica de Análise de Conteúdo Temática.¹¹ A análise dos dados foi fundamentada no referencial

teórico-filosófico de Michel Foucault, autor que estabelece um diálogo com as bases filosóficas e históricas contemporâneas, ao pensar os acontecimentos do passado, na perspectiva de iluminar a história para interpretá-la.¹² Suas obras "Vigiar e Punir"¹³ e "Microfísica do Poder"⁴, que trabalham o poder disciplinar, foram as referências fundamentais para a análise dos dados.

A análise dos dados revelou três categorias: o poder no espaço de parir (espaço disciplinar); o uso do uniforme como estratégia de poder (poder disciplinar); e visita médica: espaço de poder-saber

(o exame). O projeto de pesquisa foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e aprovado por parecer exarado no processo protocolado sob o nº 003/09. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Carta de Cessão da entrevista e o uso de imagens fotográficas, de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. As enfermeiras, sujeitos do estudo, foram identificadas pelo seu primeiro nome, com sua devida autorização, acompanhada da data de sua inserção na Maternidade Carmela Dutra.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

O poder no espaço de parir (espaço disciplinar)

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

Com base na perspectiva foucaultiana, entendemos que o poder não é propriedade ou privilégio de ninguém nem de nenhuma classe social. O poder é relacional e está presente no corpo social. O poder não resulta de uma conquista, mas de uma luta contínua e difusa; não apresenta uma configuração fixa, permitindo inversão nas suas relações. Novos sujeitos surgem com novos poderes e saberes, mostrando que as relações de força estão em constante movimento. O poder é algo que se propaga, que só funciona em rede.^{5,14}

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

Até minha chegada, não havia enfermeira responsável pelo centro obstétrico, o médico plantonista e o médico residente eram as principais referências,

mas as parteiras tinham grande ingerência nesse setor. Assim, quando assumimos, tivemos o prazer de sentir que éramos respeitadas, mas também o desprazer de enfrentar a resistência por parte das parteiras [...]. Como já disse, havia apenas três médicos residentes e eu sempre recorria a eles para sanar minhas dúvidas, [...]. Eles [os residentes] me alertaram: as parteiras sabem muito da prática, mas não têm embasamento científico. Você é muito jovem e está começando; se perguntar a elas, talvez não entendam isso e pensarão que você não sabe nada (Ana Maria, 1973).

A enfermeira obstétrica leiga estava preocupada em fortalecer seu poder para gerenciar o serviço de enfermagem, após anos de poder das religiosas. Sem esse poder jamais se sustentaria uma enfermeira obstétrica realizando partos e competindo com os médicos e parteiras. Assim, para fortalecer o serviço de enfermagem e, consequentemente, seu poder, foi preciso aliar-se aos médicos que eram mais fortes que as parteiras.

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

Pode-se observar o reconhecimento da enfermeira no fazer da parteira, apesar da recomendação do médico para que a enfermeira não se aproximasse da parteira. O médico necessitava absorver o saber da parteira e não queria que a enfermeira o tivesse.

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

Detecta-se estratégia da enfermeira para o fortalecimento do poder médico na assistência ao

parto no espaço hospitalar. O depoimento mostra como a enfermeira se aliou ao médico através do reconhecimento de seu saber, inclusive adotou isso em sua prática. As enfermeiras não reconheciam o saber das parteiras e estavam adotando o modelo médico de assistência à mulher em trabalho de parto.

Esses depoimentos revelam as microrrelações e como se estabelecem os micropoderes no cotidiano das enfermeiras com as parteiras e os médicos. Pode-se observar o poder das parteiras pelo seu fazer e disputa pelo espaço quando da inserção da enfermeira obstétrica. A enfermeira reconhece a importância do conhecimento científico para o desenvolvimento de suas atividades, e também reconhece o médico e seu saber, porque competia com a parteira na assistência ao parto e queria se distinguir como chefe de Setor. Percebe-se que na MCD, antes da inserção das enfermeiras no Centro Obstétrico, as decisões em relação à assistência eram divididas entre parteiras e médicos. O médico reconhecia o fazer das parteiras, mas não o seu saber, quando admitia a carência de conhecimento científico. No entanto, a enfermeira refere que, muitas vezes, era a parteira que ensinava o médico, por sua maior vivência prática, o que lhes conferia certo poder na Sala de Parto. Isso demonstra que o poder na Sala de Parto, naquele momento histórico, não estava centrado nem na figura do médico, nem da enfermeira, mas circulava entre eles, tangenciado pelo fazer das parteiras.

Como chefe de setor da Sala de Parto, a enfermeira sanava suas dúvidas sobre a área obstétrica com os médicos, que, com passar do tempo, apropriaram-se do fazer da parteira, expandindo seu espaço de poder. No caso da enfermeira, o discurso “de verdade”, ou seja, “tipos de discurso que os profissionais acolhem e fazem funcionar como verdadeiros”,^{15:86} começava a se construir com fundamentação no saber médico.

Mas as enfermeiras começaram a inquietar-se com algumas práticas de assistência à mulher contrapondo-se a seus objetivos de realizar um cuidado de enfermagem livre de riscos. Como estratégia de poder, foi em busca de atualização do conhecimento por meio de cursos de especialização como forma de ampliar seu saber na área obstétrica e ter respaldo legal para sua prática, o que vai ao encontro da visão foucaultiana⁵ de que os sujeitos podem alterar as relações de poder, ou de reagir a elas. Para lutar com o médico, precisava apropriar-se de conhecimento específico da enfermagem.

Em 1986, através da Lei nº 7.498, foi regulamentado o exercício profissional de enfermagem, inclusive o da enfermeira obstétrica.⁸ Naquela época, em Santa Catarina, não havia oferta de cursos de especialização regular, acontecendo em intervalos de até cinco anos.

No entanto, apesar dos esforços empreendidos no sentido de formar especialistas, existiam dificuldades relacionadas à liberdade de atuação dessas profissionais,² o que nos leva a inferir que no espaço de parir circulam relações de poder cristalizadas, enraizadas na crescente centralidade da figura do médico.

Nesse contexto observam-se várias estratégias para o fortalecimento do poder, tanto do médico quanto da enfermeira. Com relação ao médico, a primeira foi a inserção da enfermeira na Sala de Parto disputando espaço com a parteira; a segunda foi convencer a enfermeira de que a parteira não era qualificada para assistir a mulher em trabalho de parto; e, por fim, ter a enfermeira como aliada e defensora de seu fazer e saber que foi absorvido da parteira. No entanto, na MCD, para obter poder durante o período estudado, as enfermeiras evidenciaram o fortalecimento do poder médico como estratégia para eliminar a parteira da Sala de Parto e também para fortalecer o serviço de enfermagem.

O uso do uniforme como estratégia de poder (poder disciplinar)

No discurso das enfermeiras, desde a inauguração da maternidade, o uso do uniforme era obrigatório e seguia uma determinação baseada na função exercida pelo profissional: as atendentes usavam vestido azul; as auxiliares de enfermagem e parteiras, vestido branco; e os médicos vestiam roupa branca. As irmãs da Divina Providência usavam hábito branco; vestimenta longa, simples e sem adereços. Os profissionais de outras áreas, como zeladoria, nutrição e lavanderia usavam uniforme de cor creme.

No final da década de 1960, com a saída das Irmãs da Divina Providência e com o ingresso de uma enfermeira leiga, houve alteração no informe dos profissionais de enfermagem. Essa conduta revela estratégia de poder utilizada pela enfermeira para fortalecer seu poder na MCD: a imposição da disciplina para seus auxiliares através do uso uniforme.

A respeito dos uniformes, era fornecido pela maternidade. As atendentes usavam vestido azul, abotoa-

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

Além do uso de uniforme, observa-se também que era exigido das funcionárias de enfermagem que não usassem adereços e mantivessem cabelos presos e unhas cortadas. Essas normas de comportamento representavam o 'dever ser' da enfermeira, ou seja, a profissional honesta, disciplinada e submissa, papéis estes construídos historicamente.¹⁶

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

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

As atendentes usavam uniforme azul, que se diferenciava dos demais membros da equipe de enfermagem, que usavam uniforme de cor branca. Ao todo eram aproximadamente 100 servidoras de enfermagem, todas mulheres (Evanguelia, 1976).

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

A padronização da vestimenta determinaria, além da hierarquização, bem-estar, conforto e o respeito à moral. Assim, o uniforme representaria a decência das profissionais de enfermagem, vestidas adequadamente para realizar as práticas de cuidado.¹⁵ Também é possível assegurar o fortalecimento da hierarquia e especificar as funções

de cada um no cotidiano da prática do cuidado.¹⁷

Se viesse sem o uniforme a gente tinha que conversar, quer dizer, eu nunca mandei embora, eu sempre só conversava e mostrava que precisava vir trabalhar de uniforme. [...] uma coisa assim que eu sempre lutei foi que ninguém trabalhasse de sandália de dedo, mas sempre de calçado, de preferência fechado (Doraci, 1976).

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

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

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

Na instituição de saúde, o uso do branco configura-se como "posição de poder em relação aos outros profissionais. Julga-se que o indivíduo que usa roupa branca como uniforme de trabalho, dentro do hospital, é detentor de um saber diferenciado".^{18:42} O branco e o azul evidenciam uma distinção entre as funções exercidas na enfermagem. Assim, considerando as estratégias de poder descritas por Foucault⁵, infere-se que o detentor do saber é quem exerce o poder. Saber e poder se implicam mutuamente, e não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, e também todo saber constitui novas relações de poder.

No contexto da MCD, a disciplina era utilizada para moldar e controlar o comportamento das profissionais por meio de regras e normas estabelecidas, construindo um perfil observado desde Florence Nightingale, que fixava normas de conduta associadas à ideia de limpeza e higienização dos corpos.¹⁹

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

Visita médica: espaço de poder-saber (o exame)

A MCD traz em sua origem características do hospital terapêutico concebido como instrumento de cura, onde o médico é o principal responsável pela sua organização.⁵ Assim, a comunidade religiosa foi se retirando desse contexto, enquanto a presença do médico se afirmava e se fortalecia. Essa inversão das relações hierárquicas se revela no ritual das visitas, em que o médico, à frente, percorre o leito de cada paciente, seguido de todos os comandados.

Já no século XVIII o regulamento do hospital especificava onde cada pessoa deveria estar. A enfermeira, por exemplo, deveria estar na porta da enfermaria e acompanhar o médico, assim como fazer todos os registros do cotidiano de suas práticas, construindo um campo documental. No espaço hospitalar a disciplina faz emergir o indivíduo como objeto do saber e alvo de intervenção, que deve ser vigiado, treinado, utilizado e eventualmente punido, enquanto o hospital era lugar de cura e formação de saber.⁵

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

Os prontuários individuais ficavam no posto de enfermagem. A enfermeira, quando passava visita com

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

Essa atitude foi um modo de demonstrar a sua desaprovação ao comportamento do médico e resistência ao seu poder hegemônico. A enfermeira freira era recém-formada quando iniciou suas atividades na MCD, e os médicos não tinham experiência de trabalhar com profissionais de enfermagem com formação universitária. Os médicos haviam trabalhado com religiosas, parteiras e profissionais de enfermagem treinadas no cotidiano do trabalho, porém sem formação. As religiosas e as parteiras não questionavam, apenas cumpriam as determinações dadas pelos médicos. A enfermagem religiosa não era questionadora, aceitava os dogmas e não apresentava resistência.

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

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

Percebe-se que durante a visita o médico obstetra não lê os registros de enfermagem no prontuário, mas pede informações verbalmente. O prontuário é um canal formal de comunicação do quadro clínico da parturiente-puérpera que está internada. Nessa situação, o médico não mostrou interesse nos registros de enfermagem, subestimando o trabalho da Enfermagem e indicando que a forma escrita é destinada aos detentores de um saber central, enquanto a transmissão oral é destinada a um saber periférico. É uma forma de reduzir o trabalho de enfermagem a cumprimento de ordens e de minimizar sua importância na equipe de saúde.¹⁷

Com Ana Maria, primeira enfermeira obstétrica na MCD, observou-se a dificuldade na relação poder-saber, porque o médico obstetra não admitia discutir os casos com a enfermeira, apenas prescrever.

No momento em que a enfermeira mostra cientificidade no cuidado à puérpera, o médico sente-se afrontado, não aceitando outro saber que não fosse o dele. Para o médico, a enfermeira nesse caso apresenta desvio de comportamento à regra da instituição, onde o médico controla o cotidiano, esperando dos demais profissionais, principalmente da enfermagem, um comportamento submisso e acrítico. Quando a enfermeira apresenta resistência, surgem conflitos nas relações de poder. As dificuldades nas relações entre médico obstetra e enfermeira obstétrica no contexto do cuidado à parturiente e puérpera vêm sendo discutidas por vários autores¹⁻³, no sentido de apontar caminhos para diminuir ou neutralizar esses conflitos. A enfermeira leiga discutia e apresentava resistência ao poder médico, iniciando conflitos e tecendo novas configurações nas redes do poder, estando em posição tanto de exercer quanto de sofrer sua ação.

O progresso no conhecimento científico daquelas enfermeiras gerava insatisfação nos médicos, que percebiam a enfermagem como profissão subordinada à medicina no processo de trabalho. As relações entre médico e enfermeira construídas ao longo do tempo em termos de legitimação de seu corpo de conhecimento técnico-científico parecem não ter evoluído, pois reproduzem, no interior das práticas de cuidado, a mesma assimetria de poder-saber.²⁰

A enfermeira convive no cotidiano da instituição com disputas, interesses e repressões enraizados nos contextos sociais, culturais e políticos revelados nas relações de poder, mas luta pelo reconhecimento do seu saber-poder que se

fundamenta na prática de cuidado.

Observa-se que a relação médico-enfermeira, nos espaços da MCD, nem sempre foi conflituosa. Com relação ao médico pediatra, constata-se comportamento diferente, de diálogo com a enfermagem, onde há construção do saber expresso em vários olhares:

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

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

A visita mostra-se como um campo de construção do saber no qual médico e enfermeira contribuem para construir estratégia de fortalecer as redes do poder-saber. Constata-se uma mudança de paradigma em que diferentes disciplinas passam a atuar conjuntamente com o objetivo de melhorar as práticas de cuidado oferecidas à parturiente-puérpera e ao recém-nascido.

A disciplina é um exemplo do caráter positivo da análise foucaultiana, pois colabora para compreendê-lo em sua positividade, naquilo que ele é capaz de produzir em termos de efeitos.^{5,21} Nessa perspectiva, a disciplina funciona como um pano de fundo que permite a comunicação e a convivência na instituição hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu desvelar o cotidiano das práticas de cuidado por meio de análise das estratégias e jogos de poder construídos nas relações instituídas no contexto da MCD. A atuação das enfermeiras, desde as religiosas até as leigas, foi sedimentando a profissionalização, evidenciando o movimento e a flexibilidade do poder.

Esta evolução, ao longo do período estudado, denota relações de poder, lutas e resistências que tinham como objetivo garantir espaço profissional e hegemonia do poder. É a microfísica do poder, construída no cotidiano das relações, com as linhas do poder surgindo de diferentes pontos,

mas cada uma delas dependente das demais, coexistindo e sustentando-se mutuamente, construindo um profissional produtivo, disciplinado e normatizado. O poder disciplinar no período estudado parece ter definido as práticas de cuidados às parturientes-puérperas e aos recém-nascidos, submetendo os profissionais de enfermagem a dispositivos de poder-saber baseados na vigilância constante e na normatização do comportamento, modelando o sujeito.

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

REFERÊNCIAS

1. Rocha TA, Bonilha ALL. Formação das enfermeiras para a parturição: implantação de um hospital universitário na década de 80. *Esc Anna Nery Enferm*. 2008 Dez; 12(4):651-57.
2. Monticelli M, Brüggemann OM, Santos EKA, Oliveira ME, Zampieri MFM, Gregório VRP. Especialização em enfermagem obstétrica: percepções de egressas quanto ao exercício profissional e satisfação na especialidade. *Texto Contexto Enferm*. 2008 Jul-Set; 17(3):482-91.
3. Bonadio IC, Koiffman MD, Minakawa MM, Oliveira MAF. Da relação conflituosa ao respeito mútuo: a consolidação do papel da enfermeira obstétrica na assistência ao nascimento e parto. In: *Anais do 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem*. [online], 2002 [acesso 2008 Mar 03]; São Paulo, Brasil. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?pid=MSC000000052002000100039&script=sci_arttext
4. Castro E. Vocabulário de Foucault. Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores; tradução Ingrid Müller Xavier; Belo Horizonte (MG): Autentica Editora, 2009.
5. Foucault M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro (RJ): Edições Graal; 2006.
6. Inauguração da Maternidade Carmela Dutra. *A Gazeta*, 1955 Jul 3; 3-12.
7. Maternidade Carmela Dutra. *Diário da Tarde*, 1955 Jun 4; 29.
8. Ministério da Saúde (BR). Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 26 Jun 1986. Seção 1.
9. Meihy JCSB. *Manual de história oral*. São Paulo (SP): Loyola; 2002.
10. Fink A. *How to sample in surveys: the survey kit (6)*. Thousand Oaks (US): Sage; 1995.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 2004.
12. Foucault M. *Arqueologia do saber*. 6ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Forense Universitária; 2007.
13. Foucault M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.
14. Farhi Neto L. *Biopolítica em Foucault [dissertação]*. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Ética e Filosofia Política; 2007.
15. Revel J. Michel Foucault: conceitos essenciais. São Carlos (SP): Clara Luz; 2005.
16. Padilha MICS. *A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX*. Pelotas (RS): Ed. Universitária/UFPEL; 1998.
17. Carapineiro G. *Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto (PT): Afrontamento; 2005.
18. Rezende MCC. *Processos de subjetivação na experiência de uma equipe de enfermagem em oncologia [dissertação]*. Belo Horizonte (MG): Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia; 2010.
19. Padilha MICS, Sobral VRS, Leite LMR, Peres MAA, Araújo AC. *Enfermeira - a construção de um modelo a partir do discurso médico*. *Rev Esc Enferm USP*. 1997 Dez.; 31(3):437-51.
20. Florentino FRA, Florentino JA. *As relações profissionais entre enfermeiro e médico no campo da saúde*. [online] [citado 2010 Dez 10]. Disponível em http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed_006/CULTURA/PDF/As%20rela%20E7%F5es%20sociais%20PRONTO.pdf
21. Veiga-Neto A. *Foucault e a educação*. Belo Horizonte (MG): Autêntica; 2003.

Correspondência: Vitória Regina Petters Gregório
Rua João Pio Duarte Silva n. 1070 ap. 504 Bl D
88037-001 – Córrego Grande, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: vitoria@ccs.ufsc.br