



MIRIAM SÜSSKIND BORENSTEIN

**O COTIDIANO DA ENFERMAGEM
NO HOSPITAL DE CARIDADE DE
FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO
DE 1953 A 1968**

FLORIANÓPOLIS

2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**O COTIDIANO DA ENFERMAGEM NO HOSPITAL DE
CARIDADE DE FLORIANÓPOLIS,
NO PERÍODO DE 1953 A 1968**

MIRIAM SÜSSKIND BORENSTEIN

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para obtenção ao título de Doutor em Enfermagem, na área de Filosofia da Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. IVO GELAIN

FLORIANÓPOLIS

2000

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**O COTIDIANO DA ENFERMAGEM NO HOSPITAL DE CARIDADE DE
FLORIANÓPOLIS, NO PERÍODO DE 1953 A 1968**

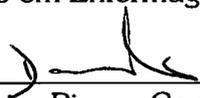
MIRIAM SÜSSKIND BORENSTEIN

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a
obtenção do título de

Doutor em Enfermagem

Área de concentração – Filosofia em Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 28 de abril de 2000, atendendo às normas da
legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Programa de
Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.



Dra. Denise Pires – Coordenadora do Curso

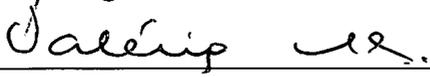
BANCA EXAMINADORA:



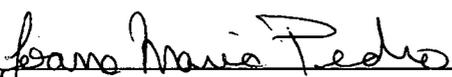
Dr. Ivo Gelain – Presidente/Orientador



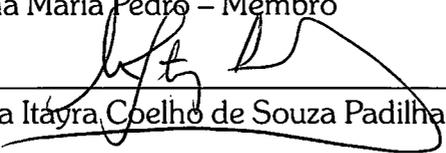
Dra. Vera Regina Salles Sobral – Membro



Dra. Valéria Lerch Lunardi – Membro



Dra. Joana Maria Pedro – Membro



Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha – Membro

Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Suplente

Dr. Élio Cantalício Serpa – Suplente

Ao meu querido RAUL,
companheiro de uma vida inteira,
“meu porto seguro”, que, com seu
jeito de ser, me ajudou a crescer,
tanto afetiva como intelectualmente.

À minha querida filha JULIANA,
que tem sido, há quinze anos, um
sol permanente em minha vida.

À minha querida mãe CHANA,
que, devido ao seu amor, e a
forma com que me criou,
possibilitou tornar-me uma
mulher que gosta de desafios.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Ivo Gelain, que desde o início do nosso convívio, em 1995, se mostrou, além de orientador, um amigo muito especial, por sua paciência, tranqüilidade e determinação, o que possibilitando uma atmosfera muito agradável, facilitou sensivelmente para a realização deste trabalho.

À Professora Dra. Joana Maria Pedro, que foi a pessoa responsável por minha introdução no mundo da nova história, apresentando um leque infinito de nuances, que me levou a entender a possibilidade de enxergar com diferentes olhares.

À Professora Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha, que “caiu do céu” (proveniente da Escola Anna Néri), exatamente no momento em que eu me encontrava frente a uma encruzilhada; e que, em inúmeros momentos, soube mais do que ninguém, apontar caminhos, assim como novas rotas a seguir.

À Professora Dra. Valéria Lerch Lunardi, que, especialmente por seu conhecimento sobre os escritos de Michel Foucault, me mostrou, em muitos momentos, a possibilidade de ver o que não estava escrito.

À Professora Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, amiga de longa data, que foi a pessoa responsável por minha introdução no mundo da pesquisa, que me ensinou a escrever artigos científicos.

Ao Professor Élio Cantalício Serpa, que consegue enxergar, com sua visão de historiador, o que a maioria das pessoas não enxerga e que, com suas sugestões sobre o meu exame de qualificação, me levou a refletir sobre algumas importantes questões.

À Professora Dra. Vera Regina Salles Sobral, que, demonstra, através de seus escritos, a necessidade de observar a enfermagem com um novo olhar, sob um novo ângulo, com uma visão muito mais crítica e, contemporânea, modificando caminhos, buscando novos métodos e construindo uma Enfermagem sem amarras e, portanto, melhor.

Aos professores doutores acima relacionados, que aceitaram em participar desta banca de Doutorado, por suas sugestões e críticas.

À Professora Dra. Lygia Paim, que tem contribuído de forma inestimável para o conhecimento da Enfermagem brasileira, e que teve importante papel, durante a realização do meu Exame de Qualificação .

À Professora Dra. Sandra Caponi, que teve o mérito de me apresentar Foucault no Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem e que, contribuiu, de forma expressiva no meu Exame de Qualificação.

À Professora Dra. Maria de Lourdes de Souza, com quem tenho aprendido não só a arte e a ciência da Enfermagem, nos inúmeros trabalhos realizados, mas também a buscar meios, para viabilização destas questões.

Às colegas e amigas Coleta Rinaldi Althoff e Maria Emília de Oliveira, que estiveram tão presentes, mesmo que em muito momentos estivessem ausentes, e que me possibilitaram sentir-me mais confiante e segura, quando ingressei no mundo acadêmico, repleto de percalços e competição.

Aos colegas da V Unidade Curricular, Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Edilza Maria Ribeiro, Elisabeta Roseli Eckert, Alcione Leite Silva, Rosane Gonçalves Nitschke, Ana Isabel Jatobá, Ivonete Buss Heidemann, Antônio de Miranda Wosny, com quem tenho aprendido, compartilhado momentos de grande prazer e, principalmente, com quem tenho tido, em inúmeros momentos, o apoio e a solidariedade.

Aos Professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por importantes contribuições durante a realização do Curso.

Aos colegas do Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem, com quem tive a oportunidade de conhecer outras culturas, sonhar, aprender e enriquecer, tanto em termos intelectuais, como em termos afetivos.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, pelo apoio recebido durante a realização do mesmo, especialmente na efetivação das matrículas, bem como no fornecimento de informações e documentos, entre outros.

Aos colaboradores e amigos que tiveram importante participação nesse trabalho, à Mariana Zanim pela transcrição das fitas, ao Professor Oswaldo Antonio Furlan na revisão do português, à bibliotecária Vera Ingrid Hobold Sovernigo, pela revisão das referências bibliográficas e ao Paulo Roberto da Silva, pela arte e diagramação.

Às Professoras Chefes e Sub-Chefes do Departamento de Enfermagem da UFSC, no período de 1995 a 2000, nas pessoas de Kenya Schmidt Reibnitz, Francine Lima Gelbcke, Marta Lenise do Prado, Maria Albertina Braglia Pacheco e Vera Radünz, por terem de certa forma, dentro de suas possibilidades, viabilizado condições, ainda que distante do ideal, para que eu pudesse realizar e concluir o Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem.

Aos entrevistados, sem os quais não teria sido possível realizar este trabalho.

A todas as pessoas que contribuíram diretamente ou indiretamente, para a elaboração desta tese, seja com uma palavra amiga, seja com um gesto ou uma intenção.

RESUMO

Tratá-se de uma pesquisa qualitativa, com uma abordagem sócio-histórica. Seu objetivo foi historicizar: de um lado, as relações de poder que se estabeleceram entre as irmãs religiosas que atuavam na enfermagem, assim como entre elas e os demais membros, em especial os médicos; e, de outro, as práticas médicas e de enfermagem realizadas, as condições dos pacientes e de trabalho do pessoal de enfermagem e, as micro rupturas que ocorreram, no Hospital de Caridade, em Florianópolis – SC, no período compreendido entre 1953 a 1968. Para a análise dos dados encontrados neste estudo, utilizou-se do referencial foucaultiano, sobre o poder e as tecnologias de poder. Na coleta de dados, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com vinte e três personagens que atuaram direta ou indiretamente no Hospital de Caridade, nesse período. No intuito de subsidiar as entrevistas realizadas e complementar os dados, tornando o estudo mais consistente, foram utilizadas outras fontes como: os prontuários dos pacientes desse Hospital, os relatórios anuais das irmãs da Congregação da Divina Providência, os do provedor do Hospital e, os dos secretários da saúde do Estado, bem como revistas, jornais, livros e fotografias pertinentes ao assunto. O trabalho permitiu focalizar o Hospital de Caridade como principal pólo de assistência curativa no Estado de Santa Catarina, a sua filosofia, as condições organizacionais, as condições dos pacientes e dos funcionários, bem como as relações de poder que se estabeleceram entre as irmãs enfermeiras e os médicos, com a irmã superiora e com o provedor, entre outros. Foram evidenciados, nos resultados, o poder religioso, o poder-saber, e o poder disciplinar que as irmãs enfermeiras exerceram junto aos demais no Caridade, principalmente em consequência de um novo saber instituído, o saber científico da enfermagem, aprendido na academia. Em decorrência do poder-saber, aparecem os conflitos de poder, as resistências e as micro rupturas.

ABSTRACT

A socio-historical approach is taken in this qualitative research. The main objective is to provide a historical context for, on the one hand, the power relations that were established among the religious sisters (nurses in the hospital) and those around them (medical doctor in particular); and, on the other hand, the medical and nursing practices, the patient conditions, the working conditions of the nursing personnel and the micro-ruptures that occurred at the Hospital de Caridade, in Florianópolis, SC, between the years of 1953 a 1968. For the analysis of the data found in this study, a foucaultian perspective on power and its technologies was adopted. In collecting the data, semi-structured interviews were conducted with twenty-three people that were directly or indirectly involved with the running of affairs at the hospital during the years of interest. To support the interviews and complement the data, other sources were consulted to cross-examine the consistency of the study: patients' records, the annual reports of the sisters of the Congregação da Providência Divina, reports from the hospital's provider and from the state's Health Secretaries, as well as book, magazines, newspapers and photographs related to the subject of study. The work allows the assertion of Hospital de Caridade as the main healing facility in the state of Santa Catarina, its philosophy, the organizational conditions, the situation of both patients and workers, as well as the power relations that were established between sisters and doctors, between superior mother and provider of Hospital, among others. The results make explicit the religious power, the knowledge power, and the disciplinar power, that the sisters exerted upon the others players at the Hospital, mainly as a consequence of a new institutional knowledge, namely the scientific knowledge in nursing learnt in academia. As a consequence of the knowledge power, power conflicts, resistances and micro-ruptures show up.

SUMÁRIO

1. O NASCIMENTO DO HOSPITAL MEDICALIZADO E A PROBLEMÁTICA DESTE ESTUDO	1
2. O PODER E O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ESPAÇO HOSPITALAR: UMA APROXIMAÇÃO COM O PENSAMENTO DE FOUCAULT	17
2.1 Considerações sobre o poder	19
2.2 O Bio-poder	23
2.3 O Poder disciplinar	26
2.4 O Poder pastoral	39
2.5 As relações de poder e o seu exercício no espaço hospitalar	43
3. A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	48
3.1 A Nova História	49
3.2 A História Oral	51
3.3 A Entrevista	52
3.4 Outras fontes	59
3.5 A análise dos dados	61
4. O HOSPITAL DE CARIDADE – CENÁRIO DESTA HISTÓRIA: A RUPTURA	64
5. AS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DO CARIDADE	94
5.1 As condições dos pacientes	95
5.2 As condições do Hospital – os serviços de apoio	113
5.3 As condições de vida e trabalho do pessoal de enfermagem	121
5.4 Os médicos, o pessoal de enfermagem, as práticas de enfermagem e as práticas médicas	131

6. AS RELAÇÕES DE PODER NO CARIDADE	151
6.1 As relações de poder antes do ingresso das irmãs enfermeiras	152
6.2 As relações de poder após o ingresso das irmãs enfermeiras	158
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	181
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES	191
FONTES ORAIS – ENTREVISTAS	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	194
ANEXO A	203
Entrevista – a) Irmãs Enfermeiras	203
Entrevista – b) Médicos	205
ANEXO B – Termo de cessão de entrevista	206
ANEXO C – Prontuário do Hospital de Caridade	207
ANEXO D – Pessoas entrevistadas	208

Lista de fotografias

Foto 1 – Hospital de Caridade (1953).	65
Foto 2 – Auxiliares de enfermagem verificando sinais vitais e realizando outros procedimentos (1959).	71
Foto 3 – Auxiliar de enfermagem registrando sinais vitais no prontuário (1960).	72
Foto 4 – Fachada da Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenuto na Praça Getúlio Vargas – Centro de Florianópolis (1959).	72
Foto 5 – Alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem realizando estágio no Hospital de Caridade (1959).	72
Foto 6 – Alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem realizando estágio no Caridade (1960).	72
Foto 7 – Flagrante dos alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenuto (1960).	73
Foto 8 – Formatura dos Alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenuto, no Teatro Alvaro de Carvalho, em 1961.	73
Foto 9 – Irmã Romana em atividades no Hospital de Caridade (1960).	75
Foto 10 – Departamento de Saúde Pública (1940).	78
Foto 11 – Enfermeira Hilda Anna Krisch (1938).	78
Foto 12 – Enfermeira Flérida Goudel Cardoso (1968).	79
Foto 13 – Enfermaria cirúrgica feminina (1959).	96
Foto 14 – Enfermaria masculina – Ala do Senhor Jesus dos Passos. (1959)	96

Foto 15 – Sala de curativo – Enfermaria São Camilo (1959).	97
Foto 16 – Mesa no corredor da Enfermaria para colocar prontuários. (1959)	97
Foto 17 – Enfermaria de Pediatria (1959).	101
Foto 18 – Sala de cirurgia – Centro cirurgico (1959).	120
Foto 19 – Sala de pequenas cirurgias (1959).	120
Foto 20 – Irmãs que trabalhavam no Caridade, em todos os setores (1953).	122
Foto 21 – Pessoal de enfermagem trabalhando na enfermaria (1960).	124
Foto 22 – Pessoal de enfermagem trabalhando na enfermaria (1960).	124
Foto 23 – Clube de Regatas Martinelli (1956).	130
Foto 24 – Instalação de saneamento básico na Avenida Hercílio Luz, nas primeiras décadas deste século.	133
Foto 25 – Sala de curativos da Ala São Camilo (1959).	142
Foto 26 – Hábitos que as irmãs da Congregação da Divina Providência costumavam vestir. (Década de 50)	162

Capítulo 1

O NASCIMENTO DO HOSPITAL MEDICALIZADO E A PROBLEMÁTICA DESTE ESTUDO

O Caridade era um hospital, era como uma casa, que a gente podia colocar todo o amor que a gente tinha dentro dele, porque ele dava amor para a gente. Assim o próprio hospital dava muito amor para a gente e a gente dava muito amor para o hospital.

Verônica Althoff (Irmã Horácia)
(93 anos) novembro/98

O interesse de estudar e pesquisar questões relacionadas à história da Enfermagem no espaço urbano de Florianópolis não é recente. Desde 1992, ao sentir uma absoluta falta de informações acerca da história da Enfermagem na capital, procurei reconstruir individualmente ou coletivamente, a evolução da enfermagem catarinense, bem como, do primeiro Curso de Graduação em Enfermagem, o da Universidade Federal de Santa Catarina, criado em Florianópolis, em 1969 (Borenstein e Althoff, 1993; Borenstein, 1994; Borenstein, 1995a; Borenstein, 1995b; Borenstein 1996a; Borenstein, 1996b; Borenstein, 1997a; Borenstein, 1997b; Scarduelli et al., 1997; Borenstein, Althoff e Souza, 1999). Esses trabalhos buscavam resgatar a trajetória da enfermagem na capital e, mais especificamente, do Curso de Graduação em Enfermagem, desde a sua origem até a sua maioria, procurando focar os aspectos relativos ao ensino, à pesquisa e à extensão, bem como apresentar o corpo docente e discente que haviam participado do processo de construção. A partir dos estudos realizados, continuei minha caminhada no intuito de buscar informações sobre o modo pelo qual a Enfermagem se desenvolveu na capital, a partir da segunda metade deste século. Na medida em que me aprofundava nessas questões, pude perceber que quase nada havia sido escrito a esse respeito, e as informações que se tem conhecimento, tem sido transmitido através de depoimentos orais esporádicos e esparsos de alguns personagens que participaram dessa história.

Quando se busca conhecer como a enfermagem era exercida no início do século XX, no Estado de Santa Catarina, encontram-se apenas fragmentos esparsos, escritos em alguns poucos livros editados, relatórios, livros de atas, entre outros. Ainda mais difícil, é achar documentos que registrem como a enfermagem era exercida nos séculos anteriores. Em geral, o inventário não vai além de alguns poucos livros¹ e relatórios, escritos por homens, sobre a medicina e os médicos.

Segundo Genovese (1982, p.2), reconhece-se, hoje, “que, na medida em que os homens estavam desempenhando os grandes feitos, construindo as instituições, produzindo os bens e culturas, governando os povos, e geralmente ocupando-se dessa atividade que costumamos chamar de história, as mulheres estavam invariavel-

¹ CABRAL, Oswaldo Rodrigues. **Nossa Senhora de Desterro**. 1. Notícia. Florianópolis: Lunardelli, 1979.
CABRAL, Oswaldo Rodrigues. **Medicina, médicos e charlatões do passado**. Florianópolis: Departamento Estadual de Santa Catarina, 1942. SÃO THIAGO, Polydoro Ernani. **A medicina que aprendi, exerci e ensinei**. Florianópolis: UFSC, 1996.

mente fazendo algo do tipo trazer mais homens para fazer mais histórias e mais mulheres, para permitir que eles as fizessem”. No entanto, apesar de reconhecer que têm sido os homens, na maioria dos casos, quem tem escrito histórias invariavelmente sobre homens, as leituras revelam que as mulheres eram quem costumavam assistir aos doentes, inspiravam e sustentavam grupos religiosos, administravam suas casas e famílias e lutavam valentemente por ideais sociais e políticos em suas organizações, ao lado de seus companheiros.

A exclusão das mulheres na história tem sido um fato real e quase que total, bastando aprofundar a leitura nos escritos de Perrot (1992), como em seu livro intitulado: *Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros*, para se ter maior clareza a respeito. A divisão entre o público e o privado é a divisão entre o masculino e o feminino. O lugar do homem é no comando, na liderança, no mundo político e histórico, enquanto à mulher resta o privado, onde, muitas vezes, os homens também comandam. Parece, portanto, ser natural e compreensível que, enquanto o domínio masculino ou domínio de classes tenha predominado através da história humana, parece não haver uma história de mulheres, nem aparentemente formas de poder feminino. Felizmente, a partir dos anos 80 (Burke, 1992), várias historiadoras, sociólogas e enfermeiras, dentre outras, têm-se preocupado em escrever sobre a história das idéias, mostrando a evolução dela pela ótica das mulheres, denunciando não apenas a sua exclusão, mas também reforçando a sua importância no mundo.

Foram as mulheres, ao longo da história, principalmente a ocidental (aquela sobre a qual se tem mais registros e informações), os agentes que efetivamente têm atuado nos cuidados das pessoas e dos doentes: ora de uma maneira autodeterminada, quando atuavam por si próprias, sem interferências de outros, tratando dos doentes por meio de ervas e plantas medicinais, fazendo partos e abortos e trocando segredos entre si, sobre suas práticas, construíram um saber informal, sem terem acesso a quaisquer livros ou ensinamentos formais, transmitindo saberes no espaço e no tempo, de vizinha para vizinha, ou de mãe para filha (Ehrenreich e English, 1984); ora de maneira determinada, quando as mulheres passaram a atuar no espaço hospitalar, primeiro como uma forma de salvação da alma, sem a efetiva preocupação de curar, e posteriormente, como co-partícipes da atuação dos médicos, já com uma preocupação terapêutica.

É inegável, também, reconhecer o papel social exercido pelas mulheres, especialmente nas ordens religiosas, nos monastérios, desde o início da Era Cristã, quando já se tinha conhecimento das monjas, das diaconisas, das viúvas e das virgens (Donahue, 1993).

O aparecimento da mulher, no espaço hospitalar, surge a partir do Cristianismo, inicialmente nos mosteiros e posteriormente nos primeiros hospitais², que foram construídos por iniciativa da Igreja.

Segundo Foucault (1989, p. 99-111), o hospital como instrumento terapêutico surgiu no final do século XVIII, precisamente em 1780, a partir do desenvolvimento de uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparativa dos hospitais. Essas visitas ocorriam na Europa, e foram denominadas viagens-inquéritos. Tinham como finalidades:

1. definir um programa de reformas e reconstrução dos hospitais, não se preocupando somente com as questões arquitetônicas, mas também com a organização médico-hospitalar;
2. relacionar fenômenos patológicos e estruturas espaciais, ou seja, a correlação entre o ambiente e as doenças – observando o percurso, o deslocamento e o movimento no interior do hospital, além da distribuição dos doentes neste espaço; e
3. submeter o hospital a um novo olhar sobre o hospital, agora visualizado como uma máquina de curar, onde se busca eliminar seus efeitos patológicos.

O hospital, antes do século XVIII, destinava-se à assistência aos pobres (como forma de salvação eterna, tanto daqueles que cuidavam do doente, quanto deste) e também de separação ou exclusão dos indivíduos considerados perigosos para a saúde geral da população.

² Nessa época, os hospitais caracterizavam-se por serem instituições de caridade, hospedarias, onde os necessitados (pobres, inválidos, velhos, feridos, doentes, ociosos em geral) recebiam cuidados de Ordens religiosas e leigas, mais do que propriamente locais para tratamento de doentes (Foucault, 1989).

O primeiro fator de transformação do hospital não foi a busca de uma ação positiva sobre o doente e sua doença, mas a busca da anulação dos seus efeitos negativos. A sua transformação procurou evitar as desordens econômico-sociais que vinham ocorrendo, decorrentes do contrabando de mercadorias que se faziam no interior dos hospitais marítimos. Concomitantemente a esse fato, ocorreu, também, a necessidade de organização médica, que estabeleceu a quarentena para aqueles que desembarcavam dos navios e que poderiam desencadear uma epidemia.

Além dos aspectos citados, com o surgimento do fuzil, no final do século XVII, o exército tornou-se muito mais técnico, sutil e oneroso, devido aos gastos efetuados com seu treinamento. Para isso, fez-se necessário que os soldados passassem a ser tratados adequadamente e curados, evitando que morressem, que não desertassem, nem fingissem estar doentes. Surge, portanto, a necessidade de uma reorganização administrativa e política, um novo esquadramento do poder no espaço hospitalar. O hospital marítimo e militar passa a ser reordenado, então, a partir de uma nova tecnologia política, que pode ser chamada, segundo Foucault (1989, p.105), de disciplina.

A introdução dos mecanismos disciplinares no confuso espaço do hospital vai possibilitar a sua medicalização. Essa disciplina torna-se médica, em função da transformação do saber e da prática médica; a perspectiva de cura não está mais na noção de crise, e sim no que circunda a doença, isto é, o meio, constituindo-se a medicina do meio³. A doença, agora concebida como fenômeno natural, obedecendo às leis naturais.

Portanto, no ajuste e entrecruzamento desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, está a origem do hospital medicalizado. Há necessidade de assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do espaço do doente e da doença, como também de transformar as condições do meio em que os doentes são colocados.

A partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura, e a distribuição do espaço torna-se também um instrumento terapêutico, o médico passa a

³ A medicina do meio constitui-se, diferentemente da medicina das espécies, em conjunções momentâneas, transitórias, de acontecimentos naturais, incluindo condições climáticas, sazonais, chuvas ou secas, características do solo e alterações da terra. Dependendo destas condições-causas (o clima seco ou quente; ar pesado; água pútrida; colheitas pobres; alimentos escassos), poderiam ocorrer doenças epidêmicas (Foucault apud Barison, 1995, p.66).

ser o principal responsável pela organização hospitalar. As suas visitas passam a ser frequentes, diárias e ritualísticas (na visita, toca-se uma sineta, as pessoas devem colocar-se em seus lugares, e a enfermeira deve estar à porta com um caderno nas mãos para acompanhar o médico, quando ele entrar) (Foucault, 1989, p.110).

Como consequência da reorganização hospitalar, passa a organizar-se o sistema de registro, ou seja, tudo o que ocorre com o doente passa a ser registrado (entrada e saída, sua localização no espaço hospitalar, diagnóstico médico, tratamento, entre outros). Dos registros efetuados diariamente sobre os doentes e quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, é possível constatar os fenômenos patológicos comuns a toda a população e estabelecer o seu tratamento. Esses registros dão origem ao acúmulo de informações de um saber que passa a ser médico. Surge a clínica, como resultante da organização do hospital e como lugar de formação e transmissão desse saber.

Portanto, no século XVIII, processa-se uma mudança na hierarquia hospitalar. O médico, até então considerado um elemento externo, começa a suplantiar o pessoal religioso e a lhe confiar um papel determinado, porém subordinado. O médico assume, de certa forma, além do tratamento do doente, o funcionamento econômico do hospital, pois passa a decidir sobre tudo e sobre todos, inclusive sobre a construção do hospital, banindo a forma do claustro da comunidade religiosa, em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente. O hospital deixa de ser um local destinado somente à assistência para tornar-se um local de formação e de aperfeiçoamento científico, ocorrendo uma reviravolta nas relações de poder e na constituição de saber médico (Foucault, 1989, p.109).

Em virtude das transformações pelas quais o hospital passou, este adquire algumas características especiais, tais como:

1. este não deveria localizar-se mais numa região sombria, obscura e confusa nos centros das cidades; mas deveria ajustar-se ao esquadramento da cidade; não somente sua localização deveria ser pensada, mas também sua distribuição interna. O hospital-exclusão como espaço de rejeição dos doentes para a morte, já não deveria existir;
-

2. opera-se uma transformação no sistema de poder no interior do hospital, pois, até então, quem dominava esse espaço eram as religiosas. Eram elas que asseguravam a vida cotidiana hospitalar. O médico era chamado somente para atender aos doentes mais graves; inicialmente, ele estava sob dependência administrativa do pessoal religioso, que podia, inclusive, despedi-lo.

Com esta caracterização, passaram a ser criados os novos hospitais nos principais países da Europa (França, Inglaterra e Alemanha) e, posteriormente, nos Estados Unidos e no Canadá.

No Brasil, os primeiros hospitais de que se tem conhecimento, foram criados, segundo Santos Filho (1977, p.445-463), a partir do século XVI, com a construção da Santa Casa de Santos, fundada por Brás Cubas em 1543. Posteriormente, Santas Casas foram sendo criadas, também nas cidades do Rio de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus, e, nas demais capitanias. As Santas Casas constituíram-se nas primeiras instituições prestadoras de assistência à saúde no País; não eram instituições governamentais, mas possuíam vínculo com instituições religiosas. O caráter da assistência prestada nessa época, voltava-se mais para os objetivos caritativos, de assistência espiritual e de salvação da alma, do que propriamente para o tratamento dos males do corpo, a exemplo das outras instituições européias criadas nesse mesmo período.

As irmandades de misericórdia tinham por finalidade construir e manter hospitais e asilos para indigentes e foram, no país, as responsáveis pela criação das Santas Casas. As irmandades caracterizavam-se por serem associações caritativas formadas por pessoas de posses, católicas, religiosas que desenvolviam obras assistenciais com compromissos espirituais e de prestar cuidados corporais. As irmandades de misericórdia do Brasil tinham características semelhantes às portuguesas. Em quase todas as capitanias, as irmandades atuavam e organizavam as Santas Casas, que atendiam principalmente os pobres e os negros escravos (Padilha, 1998, p. 87).

As irmandades eram divididas em duas classes numericamente iguais. A primeira era a dos “irmãos nobres”, às vezes designados como “irmãos de maiores condições”. A nobreza não significava nobreza de sangue, mas compreendia as classes profissionais e os eclesiásticos. A segunda classe era a dos plebeus, conhecidos como “oficiais mecânicos” ou irmãos de menores condições (Padilha, 1998, p. 86).

A administração das Santas Casas era feita pelos provedores, escolhidos entre os irmãos nobres. A assistência, até fins do século XVIII era prestada pelos jesuítas, que trabalhavam como médicos, farmacêuticos e boticários, e por pessoas da própria comunidade ou por asilados e escravos treinados, que não recebiam nenhuma remuneração. Os físicos, cirurgiões barbeiros ou boticários eram chamados para realizarem alguns atendimentos como atos de caridade (Padilha, 1998, p.87; Pires, 1989, p.38).

A partir do início do século XIX, as Santas Casas de Misericórdia das principais capitais brasileiras passaram a contratar religiosas, as irmãs de Caridade, para a direção dos serviços hospitalares e também para os trabalhos de enfermagem. As primeiras religiosas católicas que chegaram ao país pertenciam as Ordens de São José e de São Vicente de Paulo, e provinham da França. Essas irmãs passaram a assumir todos os serviços hospitalares e também os cuidados dos doentes (Santos Filho, 1976, p.448). Parece que, desde o seu ingresso nas Santas Casas, estas religiosas já apresentavam certa autonomia no desempenho de suas funções. A elas, cabiam a responsabilidade e a organização de todos os serviços hospitalares (administração, enfermagem, nutrição, lavanderia, rouparia, entre outros). Quase não havia médicos, e os poucos existentes, mal davam conta de seu serviço. Desde essa época, presumo que diferentes relações de poder se estabeleceram entre as religiosas da enfermagem e os médicos no campo hospitalar. No entanto, poucos trabalhos existem, na literatura, como exemplo, temos Padilha⁴.

Em Santa Catarina, particularmente em Florianópolis, as primeiras informações relativas ao pessoal de enfermagem da área hospitalar, se referem às irmãs de Caridade, da Congregação Divina Providência, que chegaram à capital, em maio de 1897. Provenientes da Alemanha, foram trazidas para trabalharem especialmente no Hospital de Caridade (primeiro hospital do Estado, construído em 1789). Antes delas, há informações sobre um grupo de irmãs francesas⁵ que chegaram ao Desterro no

⁴ PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. **A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel, 1998.

⁵ Possivelmente este grupo era proveniente da Companhia das Irmãs de Caridade, criada em 1633, na França, pelo Padre Vicente de Paulo e Luiza de Marillac, tinha como finalidade inicial, ajudar nas paróquias e nos domicílios dos pobres e doentes e, posteriormente, em decorrência dos anteriores, o trabalho com os doentes no hospital. Esta Companhia se difundiu pelo mundo a partir do século XIX (Padilha, 1998, p. 60). Foram sete, as irmãs introduzidas no Caridade: Maria Vitorina Viala, Francisca Luiza Donzel, Maria Rosália Bernard, Leonor Clara Planéia, Ema Marta Michaud, Eulália Maria Chanel e Eulália Vitorina Romera. Os padres lazaristas chamavam-se: Jean Baptiste Laurent e Bernard Pader (Cabral, 1979, p.462).

vapor Tocantins, acompanhadas de dois padres lazaristas. Estas irmãs haviam estado no Hospital, quatro décadas antes, e permanecido nele, por um período de apenas oito anos (18 de outubro de 1856 a 09 de maio de 1864 (Cabral, 1979, p.462; Pereira, 1998, p.255). Não constam explicações acerca dos reais motivos para a sua saída. Há quem diga que o afastamento um tanto inesperado e intempestivo das irmãs, se deu em virtude da ausência ou atraso de pagamento ao Instituto São Vicente e também pela falta de acomodações adequadas; no entanto, nada ficou esclarecido a esse respeito.

A partir de uma compreensão maior de como se processou a criação dos hospitais na Europa e no Brasil, como um instrumento terapêutico, e de como se deu a inserção do pessoal médico e de enfermagem neste espaço (nas Santas Casas de Misericórdia brasileiras), em Florianópolis – Santa Catarina, numa condição similar ao restante do país, se tem muito poucas informações sobre quem eram as pessoas que trabalhavam na enfermagem e sobre seu envolvimento nestas instituições hospitalares. Não está claro, o conhecimento de como era exercida a enfermagem e de quem a exercia, que práticas desenvolviam e principalmente como eram as relações de poder no espaço hospitalar, desde os primórdios da colonização açoriana (XVIII) na capital, até a segunda metade deste século. Como dito anteriormente, muito pouco tem sido escrito sobre este assunto... .

Em geral, a literatura, referente à enfermagem e à sua história, mostra, claramente, que as religiosas que atuavam na enfermagem e, mais recentemente, as enfermeiras, e as outras categorias profissionais de enfermagem, se mostraram predominantemente subservientes aos médicos. Há passagens em Collière (1989, p.69) que apontam para estas situações de submissão, como, por exemplo, no dizer de Santo Agostinho a São Vicente de Paulo: “é da ordem natural, entre os humanos, que as mulheres sirvam os homens, os filhos sirvam os pais, porque é justo que o inferior sirva o superior. De fato os superiores são numerosos: os eclesiásticos, os médicos. Por isto deveis obedecer aos médicos, não só no que diz respeito aos vossos pobres doentes, mas em tudo que vos diz respeito”. Em outra situação, o professor Calmette, no prólogo da *Infirmière Française* (Collière, 1989, p.79), ensina que: “Ser enfermeira é ser uma ‘serva do ideal’, pois é, antes de tudo, servir”. (...) “A enfermeira deve primeiro aprender a servir, nunca andar à frente do médico, mas segui-lo”.

Florence Nightingale (século XIX) apud Seymer (s.d.), quando questionada por um grupo de enfermeiras inglesas que estava preocupado em organizar a profissão, dando-lhe um cunho mais profissional e menos doméstico, buscando seu reconhecimento oficial, assim como o registro oficial da profissão de enfermagem, desaprovou inteiramente essa proposta. Manifestou, nessa ocasião, seu parecer de que a enfermagem era uma arte e uma vocação, e que, por esse motivo, não havia a necessidade de registro. Para Florence, as mulheres eram enfermeiras por instinto e, conseqüentemente, recebiam sua formação naturalmente, não sendo necessário serem avaliadas por métodos formais e, em decorrência, serem registradas.

Para Lunardi (1997, p.79), a partir do período cristão da enfermagem, as enfermeiras parecem apresentar determinadas virtudes, reiteradas muitas vezes pelos textos que abordam a história da profissão, tais como: “o cultivo da vida espiritual, o amor ao próximo, o amor desinteressado, o espírito caritativo, a pobreza, a humildade, a abnegação, a beneficência, a bondade, a docilidade e a passividade, o altruísmo, a obediência, o desejo de compaixão humana, a piedade, a generosidade, a misericórdia, o auto-sacrifício, a renúncia ao mundo, dentre outros”.

Segundo Padilha (1998, p.19), à enfermeira são atribuídos inúmeros papéis, tais como: ser cumpridora dos deveres, devotada, honesta, disciplinada, submissa e abnegada. Segundo essa autora, tratam-se de papéis historicamente construídos como se fossem elos de uma mesma corrente, que precisam ser reconhecidos e desconstruídos. Na verdade, é possível constatar que estes papéis têm variado em determinados períodos e em diferentes locais. Em um mesmo lugar e num tempo ou período, eles costumam diferir, com pessoas diversas atuando na mesma profissão e possuindo o mesmo preparo ou formação.

Numa entrevista com Carmela Longo (Irmã Romana), realizada em 1997, em Florianópolis, esta revelou que, no Hospital de Caridade, onde trabalhara, dependendo de quem fosse a enfermeira religiosa a relacionar-se com os médicos, estes mudavam drasticamente de comportamento e atitude, mesmo em situações idênticas. Segundo a entrevistada, havia uma irmã enfermeira que sempre conseguia impor o seu jeito ao que queria, ao passo que outra, na mesma condição e situação, submetia-se ao médico, concordando com o que este o desejava. Portanto, parece

que, em situações idênticas, as relações de poder entre as profissionais enfermeiras religiosas e os médicos podem traduzir-se de maneira muito diferenciada.

Percebendo estas diferenças no modo de *ser/de fazer/de relacionar-se/de exercer* relações de poder entre os diversos profissionais, especialmente entre as irmãs enfermeiras e os médicos, e tendo por base uma literatura que sempre aponta para uma enfermagem subserviente e submissa, **minha tese consiste em mostrar neste estudo, através de fragmentos, documentos esparsos e principalmente das falas dos entrevistados que as irmãs que trabalharam na enfermagem no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período compreendido entre 1953 e 1968, desempenharam um poder religioso, um poder disciplinar e um poder saber.**

Impõe-se como **pergunta de pesquisa: como eram as relações de poder entre as enfermeiras e as práticas de enfermagem religiosas com os demais membros no espaço do Hospital de Caridade, no período de 1953 a 1968?**

Tenho como **objetivo geral historicizar as relações de poder entre as irmãs religiosas que atuavam na enfermagem do Hospital de Caridade e os demais membros, especialmente os médicos; as práticas médicas e de enfermagem realizadas, as condições de trabalho do pessoal de enfermagem, as resistências e as rupturas, que ocorreram no período compreendido entre 1953 e 1968.** O estudo focaliza ainda, o contexto sócio-econômico-político e cultural da época, na cidade de Florianópolis, no Estado de Santa Catarina.

A escolha do período, o ano de 1953, para início desse período, foi determinado pelo ingresso no Hospital de Caridade, da primeira irmã enfermeira formada por uma Escola de nível superior: a Escola Luísa de Marillac, no Rio de Janeiro. Presumo que, nesse momento, é possível evidenciar uma micro-ruptura entre o exercício de um saber, na área da enfermagem, predominantemente prático (com um papel servil, subserviente, doméstico), ou dito pré-científico, para a possibilidade do exercício de um saber sedimentado em bases científicas. A opção por 1968, para término do período em causa, resulta da constatação de uma outra micro-ruptura, ocasionada pelas grandes transformações que passaram a efetuar-se no contexto mundial, principalmente dentro da própria Igreja Católica e, conseqüentemente, den-

tro da Congregação das Irmãs da Divina Providência, assim como de outras Congregações. Nesse período, a Igreja estabeleceu a liberação de uma série de normas que o Concílio Vaticano II regulamentou em 1967, cujas conseqüências modificaram a vida das irmãs de um modo geral, e especialmente daquelas que viviam dentro do Hospital de Caridade.

O Concílio rompeu com um tipo arcaico de Igreja e teve, como conseqüência, a possibilidade de construção de uma nova ideologia cristã. Na América Latina, foi realizada a II Conferência do Episcopado Latino Americano em 1968, em Medellín Colômbia, que consolidou, no continente, a opção pelos pobres. Foi inevitável que esta nova ideologia, junto com a “modernização” das práticas conventuais introduzidas pelo Concílio, entrasse nos conventos, trazidas por “uma vanguarda” de irmãs engajadas neste processo de atualização da Igreja. As conseqüências mais evidentes foram de dois tipos: de um lado, houve modificações radicais nas Congregações, levando as irmãs a espalharem-se pelas cidades em pequenas comunidades (onde viviam em média 3 ou 4 irmãs por apartamento ou casa), ao invés de ocuparem imensos conventos; e de outro, houve as reações individuais, como aquelas que levaram as irmãs a afastarem-se da vida religiosa. As rígidas regras de conduta foram substituídas por novas formas de viver a vocação religiosa. Muitas irmãs abandonaram a segurança dos conventos e se engajaram em atividades profissionais e religiosas, com independência da administração central da Congregação. Com a abertura da disciplina conventual, várias contradições abalaram os princípios religiosos dessas mulheres secularmente fechadas ao mundo, tanto que, muitas delas abandonaram, junto com o hábito, a identidade religiosa, saindo dos conventos, casando, tendo filhos e assumindo a vida profissional na perspectiva do sucesso individual, já não mais como meio de “se dedicar aos outros” (Grossi, 1989, p.17).

Nesse período de “crise”, ocorreram inúmeros “rachas” no interior das Congregações, levando à criação de novos grupos ligados à Teologia da Libertação⁶, grupos que se recusaram a manter qualquer vínculo com o Vaticano, seja formal, seja ideológi-

⁶ A Teologia da Libertação caracterizou-se por ser um movimento que, a partir de 1950, fala em “desenvolvimento” como um projeto para resgatar os povos latino-americanos de sua condição de miséria. Este movimento parte da realidade social latino americana e faz, sobre ela, uma reflexão teológica consciente da exploração, da miséria, da dependência e de aspirações frustradas que marcam a sociedade. Libertação é a quebra da dependência do subdesenvolvimento, da exploração e é projetada através do desenvolvimento, atacando as causas da dependência: econômica, política e cultural de uns povos sobre outros (Gelain, 1979).

co. As irmãs que participaram destas Congregações progressistas seguiram, no entanto, os mesmos preceitos das Congregações tradicionais: castidade, obediência e pobreza. Estes votos no entanto, passaram a ser vividos sob uma nova ótica, ligadas a um projeto militante de transformação da sociedade.

Nos conventos tradicionais, permaneceram poucas religiosas, predominantemente as mais idosas, as consideradas menos informadas, aquelas para quem o convento representava a sua vida. Inúmeras irmãs abandonaram a vida religiosa e o fluxo de entrada passou a ser muito pequeno (Grossi, 1989, p. 16-17).

Percebo que este recorte cronológico (1953 – 1968) se justifica, na medida em que, a partir de um levantamento anteriormente realizado (Borenstein, 1994), o período deu origem a mudanças significativas na área da saúde, tais como:

- a) o ingresso de enfermeiras religiosas da Congregação da Divina Providência nos hospitais da capital: Caridade – uma enfermeira em 1953, outra em 1957 e posteriormente em 1958; Maternidade Carmela Dutra – uma enfermeira em 1956, dentre outras;
- b) criação de novos hospitais na capital: Hospital Lara Ribas, da Polícia Militar (1954); Maternidade Carmela Dutra (1956); Hospital Infantil Edith Gama Ramos (1963); Hospital Governador Celso Ramos (1966);
- c) realização da 1ª Semana de Estudos da Enfermagem (1956);
- d) criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem “Madre Benvenutta” (1959);
- e) criação da Associação Brasileira de Enfermagem – SC (ABEn – SC) (1962);
- f) criação da 1ª Faculdade de Medicina em Santa Catarina – Florianópolis (1960);
- g) sancionamento da Lei Estadual nº 3.175/63, que elevou a profissão de Enfermeiro a nível técnico-científico, possibilitando a contratação destes profissionais com salário condizente (1963);
- h) criação de serviços especializados a partir da Fundação Catarinense de Saúde instituída em 1964, que deu origem ao Serviço Diagnóstico Preco-

ce de Câncer, de Cardiologia, Centro Hemoterápico e, posteriormente, ao Serviço de Reabilitação;

- i) constituição da Fundação Médico Hospitalar Catarinense em 1965, com o objetivo de organizar e operar uma rede médico-hospitalar como entidade autônoma; passou, em 1966, a ser a Fundação Hospitalar de Santa Catarina para gerenciar as unidades hospitalares do Estado;
- j) reorganização de diversos serviços de saúde da capital: Hospital de Caridade, Departamento de Saúde, entre outros;
- k) chegada de novos profissionais no mercado de trabalho em Florianópolis.

Esse período foi particularmente importante, pois sofreu grandes transformações, provavelmente em decorrência do incentivo do governo federal (do Presidente Juscelino Kubitschek – 1956-60), que tinha como propósito levar o Brasil a desenvolver-se cinquenta anos em cinco. No âmbito da administração, Juscelino iniciou um programa de 30 metas, devidamente quantificadas, para o Brasil alcançar “50 anos de progresso em cinco de governo” (Diário Catarinense, 30/07/99).

Além das questões acima relacionadas, como o desenvolvimento dos serviços de saúde, o que me parece mais importante é que, o período escolhido ainda apresenta um vácuo historiográfico, pela inexistência de documentos escritos, fitas, filmes, vídeos, fotografias, entre outros, que abordem claramente a situação existente dentro dos hospitais, dos serviços de saúde e, principalmente, a respeito da enfermagem, das práticas que eram efetivamente realizadas.

Na época, segundo a Irmã Carmela Longo (1997):

As religiosas entravam no hospital como se fossem uma tropa, não sendo comum escrever, de um modo geral e, muito menos de forma específica, sobre o seu trabalho ou sobre si mesmas.

O período passa despercebido, apesar de ser público e notório o trabalho desenvolvido pelas religiosas na instituição hospitalar, já há mais de meio século (Fuck, 1995). Praticamente, como dito anteriormente, se desconhece que haja escritos que possam trazer respostas a algumas destas questões. Quem eram os personagens que trabalhavam na enfermagem? Quem eram essas irmãs que atuavam na enferma-

gem? O que faziam? O que pensavam? Que características apresentavam? Qual a influência delas sobre o meio? Sobre os pacientes? Sobre os médicos? Qual a influência dos médicos sobre elas? Qual a influência delas sobre a Superiora? Qual a influência da Superiora sobre elas? Qual o seu vínculo com o Hospital? Que papéis exerciam nele? Que saber possuíam? Que discursos proferiam? Quais os enunciados de verdade da época? Quem coordenava o trabalho das enfermeiras e das práticas religiosas? A quem estas se submetiam? Quais eram as pessoas que se submetiam a elas? Como elas se percebiam e eram percebidas? Como eram os procedimentos de enfermagem realizados? Como era a vida de irmã dentro da Congregação e do Hospital? Que práticas exerciam? Mas, o trabalho pretende principalmente responder a esta indagação: como eram as relações de poder entre elas (enfermeiras, práticas de enfermagem e superiora) e outros personagens que viviam no ambiente hospitalar?

Estas são algumas das questões que o presente trabalho se propõe responder, no sentido de dar uma visão histórica da profissão entre 1953 a 1968, no Hospital de Caridade, em Florianópolis: uma visão dos atores e das atrizes que participaram deste cenário. Propõe-se principalmente dar uma visão das práticas e mudanças que ocorreram no espaço hospitalar, de um cuidado de enfermagem que pressuponho essencialmente prático (dito pré-científico) para um cuidado considerado científico.

Conhecer esses fatos torna-se relevante em função da necessidade de uma maior compreensão do que somos hoje como profissão e como profissionais de enfermagem. Como nos fala Foucault (1995, p.235), “todas as lutas contemporâneas giram em torno de uma questão: quem somos nós? Elas são uma recusa às abstrações, ao estado de violência econômico e ideológico, que ignora quem somos individualmente, e também uma recusa a uma investigação científica ou administrativa que determina quem somos”.

Passadas exatamente quatro décadas da criação da primeira escola de nível médio de Enfermagem, a “Madre Benvenutta”, e três da criação da primeira Escola de nível Superior de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), inúmeras transformações ocorreram no cenário florianopolitano em termos de enfer-

magem. Diversos foram os fatores que influíram, e muitos foram os atores e as atrizes que participaram do início dessa história e, possivelmente, representaram importante papel na construção da profissão.

Através do estudo da história da enfermagem que aconteceu no interior do Hospital de Caridade entre 1953 e 1968, especialmente tendo como foco as religiosas da Congregação da Divina Providência que atuavam na enfermagem, poderemos obter algumas respostas para muitas das questões levantadas. Porém, considero que, ao reconstruir essa história, posso perceber os campos de forças que constituíram os saberes e os sujeitos, dando voz àqueles que desempenharam, por um longo período de tempo, um trabalho que se manteve silencioso e invisível, mas que, sem dúvida nenhuma, sempre se manteve presente.

Considerando a proposta do estudo em questão, de visualizar a história da enfermagem no Hospital de Caridade em Florianópolis, de 1953 a 1968, e as relações de poder que ocorreram entre os diferentes personagens que fizeram parte do cenário do Hospital de Caridade da época, pretendo, no seguinte capítulo, apresentar o poder e os diferentes poderes, com base especialmente em Foucault que conseguiu, mais do que qualquer outro autor, ao meu ver, perceber como se deram essas relações no hospital.

Capítulo 2

O PODER E O PAPEL DA ENFERMAGEM NO ESPAÇO HOSPITALAR: UMA APROXIMAÇÃO COM O PENSAMENTO DE FOUCAULT

No fundo da prática científica existe um discurso que diz: “nem tudo é verdadeiro; mas em todo lugar e a todo 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, a espera da nossa mão para ser desvelada. À nós cabe a boa perspectiva, o ângulo correto, os instrumentos necessários, pois de qualquer maneira ela está presente aqui e em qualquer lugar”.

Michel Foucault
(1989, p.113)

O poder tem sido estudado, há longo tempo, por inúmeros autores, tais como: Weber, 1947, Dahl, 1957, Russel, 1979, Pfeffer, 1981, Galbraith, 1983, Morgan, 1986 entre outros, os quais enfocaram as suas diferentes facetas e os contextos nos quais ele ocorre. Este capítulo, no entanto, por sua especificidade, pretende, de forma resumida, focalizar os diferentes tipos de poder na visão de Michel Foucault. A escolha desse autor e de seus escritos, como referencial teórico para subsidiar meu estudo, está relacionado com o fato de que, ao estudar mais profundamente o poder na visão foucaultiana, pude perceber estreita relação entre a criação do hospital medicalizado e as relações de poder do pessoal de enfermagem e médico que lá atuavam. Portanto, o que Foucault estudou e pesquisou, durante longo tempo de sua vida, estava muito próximo, intimamente relacionado com o que pretendi realizar, sem contar, também que os conceitos emitidos por esse autor estão bastante próximos da forma com que eu percebo o poder e suas relações. Portanto, nada mais adequado do que utilizar os seus escritos para discutir os resultados encontrados no meu estudo.

Foucault tem sido considerado, por alguns pensadores, como historiador, por outros como filósofo, e, ainda, por outros, como filósofo e historiador, como é o caso de Paul Veyne (1995). Para este autor, Foucault tem conseguido visualizar a história de uma maneira mais crua, aparentemente mais real, na qual é necessário desviar os olhos dos objetos naturais para perceber uma certa prática bem datada, dissipando as aparências, a fim de mostrar os verdadeiros problemas. Essa prática está, na verdade, escondida, como se fosse a parte oculta de um *iceberg*; ela partilha da sorte de quase toda a totalidade de nossos comportamentos e da história universal; tem-se, freqüentemente, a consciência dela, porém não se tem um conceito para ela (Veyne, 1995 p.158). Quando estamos procurando desvelar a verdade sobre o poder e o papel da enfermagem no espaço hospitalar, temos consciência da presença desta prática, mas não conseguimos apreendê-la.

Segundo Veyne (1995, p.160), Foucault descobriu uma nova instância, chamada de “prática”, que, até então, era desconhecida. Ele se esforça para ver essa prática como ela realmente é, não fala das coisas, tal qual os historiadores, como por exemplo, do que fazem as pessoas; Foucault simplesmente tenta falar de uma maneira exata das coisas, descreve a história com seus contornos, sejam eles pontiagudos

ou sinuosos, em vez de falar de coisas abstratas, com termos nobres e vagos. Ele tira as amarras, as vestes, traz à tona a parte oculta do *iceberg*. Mostra o que está abaixo da linha de visibilidade.

Para Veyne (1995, p.160), Foucault analisa a prática (aquilo que é praticado) e também aquilo que é dito, o discurso. Ele não revela um discurso misterioso, mas nos convida a observarmos, com exatidão, o que é dito. Esse dito que apresenta preconceitos, reticências, saliências e reentrâncias, em que os locutores não estão de maneira nenhuma conscientes. Mostra, portanto, pelo contrário, que as palavras enganam, nos fazem acreditar na existência de coisas, de objetos naturais, em governos, em estados, enquanto que essas coisas não passam de correlações das práticas correspondentes, pois a semântica é a encarnação da ilusão idealista.

Para Foucault, o método consiste em compreender que as coisas não passam de objetivações de práticas determinadas, cujas determinações devem ser expostas à luz, uma vez que a consciência não as concebe. É necessário desvelar essas verdades, trazê-las à tona, expô-las. Não existem coisas, só existem práticas. Essa é a palavra – chave da nova metodologia da história, de preferência o “discurso” ou os cortes epistemológicos, que retiveram mais atenção do público. Nesse caso, estudar os discursos do pessoal da enfermagem, no espaço hospitalar, é uma forma de perceber, através das minúcias, a importância do *iceberg* submerso. Trata-se de uma história da verdade, pois a história se torna história, quando ela mostra as lutas dos homens em torno dessas verdades (Veyne, 1995 p.172).

2.1 Considerações sobre o Poder

O poder constituiu um dos assuntos que permeou, de forma bastante intensa, a obra de Foucault, e que, de uma forma ou de outra, esteve presente em quase todos os seus escritos. Apesar de Foucault (1995, p.232) insistir no fato de que seria o sujeito, o tema principal de sua pesquisa, parece ser o poder. Na verdade Foucault mostra que o sujeito é quem exerce o poder. Parece quase que impossível, atualmente, querer estudar criticamente a medicina, a enfermagem e o hospital, sem abordar os escritos de Foucault, uma vez que este autor tem sido considerado um dos grandes críticos desta área da ciência.

O poder, para Foucault (1995, p.227), funciona como um conceito que tenta compreender como as práticas sociais operam, sem cair numa teoria tradicional da história. Esse autor (1980, p.88) analisou historicamente o poder enquanto instrumento capaz de explicar a produção dos saberes, e apresenta uma concepção de poder que é diferente das tradicionais. Estudou o aparecimento do hospital, sua constituição, sua transformação (de morredouro a terapêutico) e conseqüente medicalização, descrevendo o poder relacional entre médicos e o pessoal religioso que lá atuava (1989, p.99-111).

Em sua obra “Vigiar e Punir”, Foucault refere que a disciplina ou o poder disciplinar tem sido utilizado como um processo de dominação corporal, docilizando os corpos: aumentando as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminuindo estas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Este tipo de poder disciplinar tem sido percebido por diferentes autoras (Loyola, 1987, Lunardi, 1995 e 1999, Padilha 1998, entre outras), ao estudarem as relações estabelecidas entre enfermeiras e estudantes de enfermagem, entre religiosas da enfermagem e enfermeiras e médicos no ambiente hospitalar.

Para Foucault (apud Machado, 1989, p. X), não existe uma teoria geral do poder, o que significa dizer que, em suas análises, o autor não considera o poder como uma realidade que possua uma natureza, uma essência que se definiria por suas características universais. Não existe algo que é unitário e global, chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas em constantes transformações. O poder não é um objeto natural, uma coisa: é uma prática social e, como tal, constituída historicamente.

A compreensão do poder, para Foucault (1980, p.88), se dá

como uma multiplicidade de correlações de forças imanentes ao domínio onde se exercem e são constitutivas de sua organização; o jogo que através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de forças encontram uma nas outras, formando cadeias ou sistemas ou, ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam 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.

O interessante da análise é justamente que os poderes não estão localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Funcionam como uma rede de dispositivos ou mecanismos a qual nada ou ninguém escapa, e para a qual não existe exterior possível, limites ou fronteiras. Daí, a importante e polêmica idéia de que poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade que se possui ou não. Não existem, de um lado, os que detêm o poder e, de outro, aqueles que se encontram dele alijados.

Pode-se genericamente dizer, que, após o médico ter sido incorporada ao hospital, tornando-o medicalizado, o poder, aparentemente, esteve concentrado nas mãos deste profissional. Entretanto, de maneira implícita, sutil e aparentemente invisível, também eram as religiosas da enfermagem (inicialmente, as práticas ou atendentes e, posteriormente, as enfermeiras) quem, através da sua maior permanência nas unidades junto aos doentes, familiares e funcionários, assim como aos demais membros da equipe, que exerciam uma relação de poder. Afinal, eram elas quem determinavam, em muitas ocasiões, as prescrições médicas a serem realizadas, os atendimentos de urgência, a priorização dos cuidados, a delegação de tarefas, entre outros. Entretanto, em outros momentos, sem dúvida alguma, são os médicos que têm exercido o poder. Como nos diz Foucault, não existem aqueles que detêm poder e os que estão dele alijados; na verdade, o poder circula, está presente em todo lugar.

Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. Isso significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como uma maquinaria, como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas que se dissemina por toda a estrutura social (Foucault, 1989, p. XIV). Não é um objeto ou uma coisa, mas uma relação. Por exemplo, a relação entre médicos e enfermeiras no espaço hospitalar.

Na relação de poder entre médico e paciente, existe um elo de transmissão, geralmente mediado pelo pessoal de enfermagem. Em geral, tal mediação fazia-se pelas enfermeiras, ou quando estas não existiam, nas unidades de internação, pelas irmãs práticas de enfermagem que eram as supervisoras. Também a relação entre

elas e os pacientes, bem como entre elas e os médicos, eram permeadas, por forças e mecanismos de poder. Eram os médicos que possuíam o discurso autorizado da ciência médica; entretanto, eram elas (as práticas de enfermagem e posteriormente as enfermeiras) que exerciam, no seu dia-a-dia, o cuidado do doente, a ministração de medicamentos entre outros, estando os pacientes diretamente em contato com estas. Por outro lado, em relação aos médicos, se eles exerciam, sobre as irmãs que atuavam na enfermagem o poder da sua autoridade e da competência, concomitantemente, dependiam delas, para terem suas ordens e prescrições colocadas em prática.

Esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência na própria rede de poder, como uma teia que se alastra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar: ele está sempre presente e se exerce com uma multiplicidade de relações de forças. Como onde há poder, há resistência, não existe propriamente o lugar da resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social. Podia observar-se resistências ao poder no Hospital, quando, por exemplo, um médico prescrevia determinada medicação e esta demorava para ser ministrada pelo pessoal de enfermagem (mesmo quando já existia a medicação na unidade e havia pessoal para administrar); ou quando, em determinados finais de semana, alguns elementos da equipe faltavam ao plantão, sem um motivo aparente que justificasse a falta, caracterizando-se como manifestação de contra-poder, de resistência ao poder.

Para Foucault (1989, p. XIV), o poder é luta, afrontamento, relação de força, uma situação estratégica. Não é um lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui. Ele se exerce, se disputa. Não é uma relação unívoca, unilateral.

Foucault (1989, p.8) refere o que faz com que o poder seja aceito e se mantenha é que ele não só pesa como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saberes e produz um discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social, muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. Portanto, o poder não deve ser visto somente como negativo, repressivo e impositivo, mas, fundamentalmente, como

produtivo, pois produz saber. O poder exercido pelas enfermeiras americanas (Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil) no início da criação da Escola Anna Néry, na década de 20, ainda que permeado de colonialismo, não era só um poder negativo, repressivo e impositivo, mas, também, produtivo, pois construiu um saber que contribuiu na profissionalização da enfermagem brasileira (Sauthier, 1996).

A tudo que foi dito sobre o poder, podemos acrescentar, ainda, segundo Foucault (1980, p.90), “que as relações de poder são, ao mesmo tempo, intencionais e não subjetivas e, portanto, não há poder que se exerça, sem uma série de miras e objetivos”.

2.2 O Bio-poder

Segundo Foucault (1980, p.127), por muito tempo, um dos privilégios característicos do poder soberano havia sido o direito de vida e de morte. Ele concedia ao pai da família romana o direito de “dispor” da vida de seus filhos e de seus escravos; este podia retirar a vida de seus filhos, já que a tinha dado. O direito de vida e morte, como é formulado pelos teóricos clássicos, é uma fórmula bem atenuada desse poder. Entretanto, posteriormente, já não se admite que o soberano exerça de forma absoluta esse poder, sendo apenas concedido de maneira indireta, quando ameaçado por inimigos externos que querem derrubá-lo. Neste caso, o soberano pode, legitimamente, entrar em guerra e pedir a seus súditos que tomem parte na defesa do Estado; sem se propor diretamente a morte deles, é, portanto, lícito expor-lhes a vida. O direito que é formulado como de “vida e morte” é, de fato, o direito de causar a morte ou de deixar viver.

Neste tipo de sociedade, o poder era, antes de tudo, o direito de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e, finalmente, da vida; culminava com o privilégio de se apoderar da vida para suprimi-la. A partir da época clássica, segundo Foucault (1980, p.131), o ocidente conheceu uma transformação muito profunda desses mecanismos de poder. Surgiu um poder destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que a barrá-las, dobrá-las ou destruí-las. Essa morte que se fundamentava no direito do soberano de se defender ou de pedir que o defendes-

sem, vai aparecer, como seu reverso, no direito do corpo social de garantir sua própria vida, mantê-la ou desenvolvê-la. A questão já não é mais jurídica, da soberania, mas é outra, a biológica, de uma população. Neste caso, o poder se situa e se exerce no nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços da população.

Concretamente, segundo Foucault (1980, p.131), esse poder sobre a vida desenvolveu-se, a partir do século XVII, em duas formas principais. Na primeira, um dos pólos centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na integração em sistemas de controles eficazes e econômicos – tudo isso assegurado por procedimentos de poder que caracterizam as disciplinas: anátomo-política do corpo humano. A segunda, que se formou um pouco mais tarde, na metade do século XVIII, centrou-se no corpo espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população.

As disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. O velho poder do soberano em relação ao direito de morte e de vida sobre seus súditos, é recoberta agora pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida.

No final da época clássica, vai ocorrer um rápido desenvolvimento de instituições diversas, como: os colégios, as casernas, os ateliês, as observações econômicas relativas aos problemas da natalidade, a longevidade, a saúde pública, a habitação e migração, portanto uma explosão de técnicas diversas e numerosas para se obter a sujeição dos corpos e o controle das populações, surgindo a era do bio-poder.

Este bio-poder, sem dúvida, foi um elemento indispensável ao desenvolvimento do capitalismo, que só pode ser garantido às custas da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. Foram necessários métodos de poder capazes de majorar as forças, as aptidões, a vida em geral, sem por isto torná-las mais difíceis de sujeitar; utilizaram-

se técnicas de poder presentes em todos os níveis do corpo social, por instituições diversas (a família, o exército, a escola, a polícia, a medicina individual ou a administração das coletividades), que agiram no nível dos processos econômicos, do seu desenrolar, das forças que estão em ação em tais processos e que os sustentam; operaram, também, como fatores de segregação e de hierarquização social, agindo sobre as forças respectivas tanto de uns como de outros, garantindo relações de dominação e feitos de hegemonia (Foucault, 1980, p.132). As congregações religiosas fazem parte desse rol de instituições que sempre agiram no controle dos corpos e das mentes de seus membros integrantes. O convento é o lugar onde, em geral, vai se construindo um ser que renúncia a seus direitos, vontades e desejos, em prol do ideal religioso. As mulheres que nele ingressam, passam a não ter o poder sobre o seu corpo e sua mente, justificando seguir a Deus. Para isso perdem a sua individualidade, a sua identidade (inclusive trocando de nome), o direito de ir e vir, colocando-se à disposição de um “Ser Superior” e, assim, sujeitam-se às decisões da Congregação que as docilizam, tirando o máximo proveito de suas forças no desempenho de um trabalho sem fim e diminuindo sua força política de decisão. As imãs que atuavam na enfermagem dentro dos hospitais, eram produtos resultantes desse processo: trabalhadoras infatigáveis e dóceis.

Os dois pólos do bio-poder – controle do corpo e controle das espécies, que se desenvolveram paralelamente no século XVIII, foram reunidos numa preocupação do século XIX com o sexo. Ao lado do Estado, outras formas de poder entraram em jogo, e um discurso sobre a sexualidade e novas táticas de controle das práticas sexuais foi utilizado.

O sexo tornou-se a construção através da qual o poder uniu a vitalidade do corpo ao das espécies. A sexualidade e seu significado eram o principal meio através do qual o bio-poder se expandia (Dreyfus e Rabinow, 1995, p.154). O dispositivo da sexualidade conduziu não a um interesse para diminuição da sexualidade, mas a uma enorme explosão do discurso e da preocupação com a vitalidade do corpo, ou seja, das suas condições de funcionamento, da criação de novas técnicas para maximizar a vida. Trata-se do corpo vigoroso, da longevidade, da progeneritura e da descendência de classes que “dominam”. O sexo tornou-se objeto de investigação mais abrangente de significado, poder e saber.

A questão da vitalidade do corpo pode ser observada quando as superiores costumavam escolher funcionárias para trabalharem nos hospitais. Em geral, davam prioridade às moças que vinham do interior, de preferência às filhas de colonos, pois estas apresentavam, além da ingenuidade, do desconhecimento, da docilidade, melhor condição de saúde, aparência mais saudável, sem riscos, nem vícios.

No final do século XIX, o dispositivo geral da sexualidade espalhou-se amplamente através do corpo social. A classe média, que antes se diferenciava da nobreza pelos “símbolos de sangue”, agora se diferenciava das classes trabalhadoras que haviam sido presas da trama do sexo e do bio-poder. Os moralistas burgueses desse período incitam seus discípulos a darem maior atenção ao sexo, a fim de prevenir os perigos que este representava. Apesar das repressões, o sexo se expande com uma forma de controle administrativo.

É nesse ponto de expansão de bio-poder que os programas de bem-estar social se profissionalizam. Enquanto a burguesia falava e escrevia sobre fantasias incestuosas, estavam se organizando programas de bem-estar social nas áreas rurais e nos aglomerados urbanos (Dreyfus e Rabinow, 1995, p.155). Com o bio-poder em determinadas sociedades reformadoras, surgem as instituições e legislações preocupadas com o tratamento de problemas relacionados à sexualidade (dispensários para o tratamento de doenças venéreas; leis que regulamentavam a prostituição e a psicanálise, através da quais se passou a falar sobre aquilo que era proibido fazer). Os componentes disciplinar e confessional do bio-poder, apesar de diferenciados por suas aplicações sociais, eram unificados por uma acepção comum da significação do sexo.

2.3 O Poder disciplinar

Segundo Foucault (1991, p.127), o momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce a arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas pretende a formação de uma relação que, no mesmo mecanismo, o torna tanto mais obediente quanto mais útil e, inversamente, menos politizado. A disciplina fabrica, assim, corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina potencializa as forças do

corpo em termos de produção e diminui estas mesmas forças em termos políticos. Ela dissocia o poder do corpo, faz dele uma aptidão, uma capacidade que procura aumentar e inverte a energia, a partir de uma relação de sujeição. Aumenta a aptidão com o conseqüente aumento da dominação.

Não é a primeira vez que o corpo é objeto de investimentos tão imperiosos e urgentes, pois o corpo, em qualquer sociedade, está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações. Entretanto, é no século XVIII que lhe são impostas novas técnicas, como do controle. Não se trata de cuidar do corpo em massa, mas de trabalhá-lo detalhadamente, de exercer sobre este uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível da mecânica – movimentos, gestos, atitude, rapidez, um poder infinitesimal sobre o corpo ativo.

Não há preocupação, neste caso, com o comportamento propriamente dito ou com a linguagem, mas com a economia, a eficácia dos movimentos, sua organização interna: a coação se faz mais sobre as forças do que sobre os sinais, e o que importa, na verdade, é o exercício. Esquadrinham-se, ao máximo, o tempo, o espaço e os movimentos. Esses métodos, que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que Foucault denominou de “disciplinas”.

Esta nova invenção, a disciplina, não ocorreu de uma hora para outra, segundo Foucault (1991, p.127), mas como uma conseqüência de multiplicidades de processos mínimos, de origens diferentes, de localizações esparsas: ocorrendo nos colégios, lentamente passou a ocorrer no espaço hospitalar e, em algumas dezenas de anos, reestruturou a organização militar.

A disciplina utiliza-se de técnicas sempre minuciosas, muitas vezes ínfimas, mas que têm importância vital, pois definem um certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma nova microfísica do poder; desde o século XVII, não cessaram de ganhar cada vez mais espaços, cobrindo o corpo social inteiro. Pequenas astúcias, arranjos sutis, de aparente inocência, mas profundamente suspeitos; dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis, são eles que levaram à mutação do regime punitivo, na época contemporânea.

Na enfermagem hospitalar, as meticulosidades aparecem a cada momento e em cada lugar: desde a simples prega que uma auxiliar de enfermagem faz, ao arrumar o lençol de um leito, ou a forma como passa uma torunda em uma incisão cirúrgica, até os olhares de aprovação ou reprovação que recebe de sua supervisora; são pequenas, porém múltiplas manifestações de um poder disciplinar, que proliferam por onde passam. Nas escolas de enfermagem, eram comuns e ainda se mantêm as situações em que alunas se submetem às professoras, mesmo não concordando com determinadas condutas e atitudes, em função do poder disciplinar exercido por estas. Este poder disciplinar transparece, por exemplo, na forma da conduta das alunas, nas atividades que devem empreender e no rígido horário dos plantões que devem cumprir.

Em determinada ocasião, as alunas das classes de 1931 e 1932 da Escola Anna Nery, tidas como indisciplinadas, foram submetidas pela Diretora dessa Escola a responderem um questionário, contendo as seguintes perguntas: “Por quê estaes na Escola de enfermeiras Anna Nery? a) com o fim de educar-vos; b) seguindo vossa vocação ou c) por questões financeiras?” Esta investigação, embora parecendo cercada de boas intenções por parte da Escola, em função de pretender alcançar uma noção acerca das alunas, era, na verdade, uma forma de intimidação, uma vez que, dependendo das respostas obtidas, haveria conseqüências sérias para essas estudantes (Sauthier, 1996, p.210).

A disciplina, segundo Foucault (1991, p.128), é uma anatomia política do detalhe. Nessa grande tradição do detalhe, viriam se localizar, sem dificuldade, todas as meticulosidades da educação cristã, da pedagogia escolar ou militar, nas suas múltiplas formas. Finalmente no treinamento do homem disciplinado, assim como para o verdadeiro crente, nenhum detalhe é indiferente, menos pelo sentido que nele se esconde do que pela entrada que aí encontra o poder, que quer apanhá-lo.

Provavelmente, esta é a herança de que Collière (1989) nos fala, quando diz que a enfermeira, basicamente, tem assumido dois papéis: 1) o ligado a um conjunto de condutas e atitudes e 2) o de auxiliar do médico, à base de sua profissionalização. O primeiro é determinado por um conjunto de comportamentos e atitudes que em

muito têm de disciplinar. A função social torna-se, de certo modo, gerada pela vocação de servir e pelo papel prescrito, promulgado, definido num conjunto de regras indicadoras do comportamento de como deve atuar.

Vários trabalhos de Foucault, tais como: *Microfísica do Poder* (1989) e *Vigiar e Punir* (1991), realizados a partir da investigação de inúmeros documentos, analisam criteriosamente os processos regionais de disciplinarização que se desenvolveram na época clássica, em escolas, exércitos, prisões e em hospitais. Apesar de possuírem suas especificidades, essas disciplinas têm algumas características comuns, que são: a) a distribuição dos indivíduos no espaço; b) o controle da atividade; c) a vigilância perpétua; d) a sanção normalizadora; e e) o registro das observações.

a) Distribuição dos indivíduos no espaço

Segundo Foucault (1991, p.131), a disciplina precede, em primeiro lugar, à distribuição dos indivíduos no espaço. Para isto, utiliza-se de diversas técnicas. Exige uma espécie de um local heterogêneo a todos os outros e fechado em si mesmo: local protegido pela monotonia disciplinar. Há necessidade de um princípio de localização imediata ou do quadriculamento, ou seja, cada indivíduo no seu lugar, e em cada lugar, um indivíduo. É preciso anular os efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa e a possibilidade de deserção, vadiagem, aglomeração. Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as inúteis e vigiar, a todo o instante, os comportamentos de cada um. A disciplina organiza um espaço analítico.

No passado as religiosas que atuavam no hospital, não só as da enfermagem, circulavam quase sempre nos mesmos locais, sendo possível vigiá-las a qualquer momento e durante todo o tempo, pois almoçavam numa ampla mesa enfileiradas, num mesmo refeitório, num mesmo horário; dormiam em grandes dormitórios, em camas postas lado a lado, higienizavam-se em grandes banheiros e faziam suas orações na capela, num mesmo horário. E, ainda, as que atuavam nas enfermarias, permaneciam nesses locais por um longo período de tempo, só ausentando-se deles para as refeições, as orações e para o descanso à noite, sendo

possível facilmente estabelecer a presença e ausência dessas irmãs, o que era feito em geral, pela superiora.

Em relação aos pacientes, a distribuição dos sujeitos no espaço pode ser percebida mais facilmente atualmente, em locais como a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), onde se consegue visualizar, a qualquer momento, o espaço destinado a cada um dos pacientes, como também a cada um dos profissionais. O espaço é exíguo, bem delimitado, pode-se observar a tudo e a todos, a um só tempo, como se fora o panóptico de Bentham⁷ (Foucault, 1991, p.173-99). Assim, também nas unidades, os postos de enfermagem, pequenos espaços delimitados com mesinha e cadeiras, quando bem localizados, permitem à enfermeira, visualizar a visita que entra, a que não pode entrar, o doente que sai, o que não pode sair e o médico que chega, que pode entrar, e que tem recebido geralmente, por parte da enfermagem, como resposta, a palavra “sim”.

b) O controle da atividade

O controle da atividade caracteriza-se, segundo Foucault (1991, p.136), pelo controle exercido sobre o corpo, interessando não tanto o resultado final da ação, mas o seu desenvolvimento. Este controle tem o rigor do tempo (horário); da elaboração temporal do ato; da correlação do corpo e dos gestos; da articulação corpo-objeto e da utilização exaustiva.

Na enfermagem, o controle da atividade pode ser percebido, por exemplo, quando a irmã supervisora da enfermagem observava um procedimento de enfermagem realizado por um atendente ou auxiliar de enfermagem. É demonstrado por uma preocupação com a realização processual da atividade. Naturalmente que, ao proceder à técnica, qualquer membro da equipe de enfermagem costuma ser, minuciosamente observado nos seus inúmeros aspectos, como acerca do material empregado, no modo da realização do procedimento, na relação estabelecida entre ela e o pacien-

⁷ Panóptico: é um tipo de arquitetura, que tem como princípio, a construção na periferia de um anel; no centro uma torre, sendo esta vazada de largas janelas que se abrem sobre a face interna do anel; a construção da periferia é dividida em celas, cada uma atravessando toda a espessura da construção; elas têm duas janelas, uma para o interior, correspondendo as janelas da torre; outra para o exterior, permitindo, desta forma, que a luz atravesse a cela de lado a lado e assim, colocando-se um vigia na torre, este tem a possibilidade de visualizar as criaturas como por exemplo: os loucos, os condenados, os operários ou os escolares que se encontram no interior destas celas (Foucault, 1991, p.177).

te, na organização do ambiente, entre outros. Controla-se a atividade realizada no paciente, passo a passo. Observa-se, ainda, que cada categoria da enfermagem, desde o auxiliar de enfermagem até a enfermeira, tem em geral especificadas as atividades pertinentes à sua função. Entretanto, em muitas ocasiões, nem sempre esta especificidade é seguida a risca, por inúmeros motivos, mas principalmente por falta de pessoal qualificado.

A divisão do tempo torna-se cada vez mais esmiuçante; as atividades são cercadas o mais possível, por ordens seqüenciais, a que se quer responder imediatamente. Procura-se, também, garantir a qualidade do tempo empregado: controle ininterrupto, pressão dos fiscais, anulação de tudo o que possa perturbar e distrair; trata-se de um tempo integralmente útil. O tempo é medido, pago e deve ser também um tempo de boa qualidade; durante todo o seu transcurso, o corpo deve ficar aplicado a seu exercício. A exatidão e a aplicação são, com a regularidade, as virtudes fundamentais do tempo disciplinar.

As irmãs que atuavam na enfermagem no Caridade, na sua rotina diária hospitalar, estavam, com certeza, preocupadas em realizar um maior número de atividades, com precisão, em um menor espaço de tempo. Visualizava-se, comumente, desde o seu ingresso na enfermaria, na passagem de plantão, na delegação de tarefas aos auxiliares, após a visita aos pacientes, na realização de procedimentos mais complexos, no acompanhamento às visitas médicas e, finalmente, nas suas atividades pessoais. Este tempo era exíguo, porém inteiramente aproveitado, freqüentemente sem críticas, sem comentários, como se trabalhar dessa forma fosse a melhor demonstração da produtividade e utilidade de um corpo disciplinado.

Sobral (1994), em sua tese de Doutorado, em que buscou abordar a partir da memória das enfermeiras, as suas representações da sexualidade, no desenrolar de seu estudo, enfoca como um dos instrumentos do controle, de disciplinarização e sujeição dos corpos, o uso do tempo. Uma dessas formas de controle, é referida por uma de suas entrevistadas. Esta enfermeira relata, que, ao realizar plantão noturno junto com suas alunas, chegava ao ponto de ficar caminhando pelos corredores das enfermarias para evitar que suas alunas dormissem, apesar de não terem objetivamente nada para fazer, pois os pacientes dormiam tranqüilamente. Esta era, segundo

a autora, “a lógica que orientava o estado de alerta do serviço noturno das enfermeiras. Era um trabalho cujas relações não ficavam muito distantes daquelas que aconteciam no período da escravidão”. Ainda hoje, nos hospitais, durante o plantão noturno, é uma norma corrente, manter-se acordado; embora, de forma disfarçada, costuma-se fugir à norma e “descansar”.

Ainda, segundo Sobral (1994), uma de suas entrevistadas referiu:

Que uma boa enfermeira tinha que, primeiro, obedecer a muitos horários, tinha que dar conta de toda a prescrição médica, ao mesmo tempo ser carinhosa, ser atenciosa com o doente, fazer as suas vontades e dar conta do serviço! Além disso queriam saber se você tinha feito isso, aquilo, e aquilo outro e também um mingauzinho... quando tinha ainda remédios para administrar e uma porção de gente para cuidar... e tinha que fazer tudo na hora certa!

Trata-se efetivamente de um tempo integralmente útil!

A elaboração temporal do ato rege-se pela precisão na decomposição dos gestos e dos movimentos. Define-se uma espécie de esquema anátomo-cronológico do comportamento. O ato é decomposto em seus elementos; é definida a posição do corpo, dos membros, das articulações; para cada movimento, é determinada uma direção, uma amplitude, uma duração; é prescrita sua ordem de sucessão. O tempo penetra no corpo e com ele, todos os controles minuciosos do poder, como por exemplo, no simples exercício da marcha.

Geralmente, os corpos dos elementos da equipe de enfermagem (enfermeiras, técnicas, auxiliares e atendentes de enfermagem) devem, por suas características de disciplina e obediência, deslocar-se andando de modo ereto, com o mínimo de movimentos possível, ou seja, sem requebros, nem “gingas”. Os corpos andam de modo quase semelhante ao de uma marcha militar, porém silenciosamente; as que resistem a essa norma, apresentando requebros, não são bem vistas, pois parecem negar a disciplina e a obediência, uma normalidade, nem sempre explícita, de como devem os corpos da equipe de enfermagem deslocar-se.

O uniforme utilizado pela equipe de enfermagem faz parte desta dinâmica, pois o corpo está inserido nesta vestimenta. Para algumas enfermeiras, o uso do uniforme era considerado como uma segunda pele (Sobral, 1994, p.72). Através do

uniforme, observa-se a aparência do elemento da equipe que, em última análise, para algumas enfermeiras, se confunde no indivíduo com sua própria capacidade e vocação para atuar na enfermagem. O uniforme em geral, dependendo da instituição, deveria ser branco e, quando em forma de vestido ou saia, ser comprido, para que as pernas ficassem cobertas. Na Escola Anna Néri, nos primeiros tempos de sua criação, nos anos 20, até mais ou menos os anos 40, a saia tinha que estar a trinta centímetros do chão. Além disso, deveriam ser utilizados aventais, porém estes, somente quando as alunas estivessem nas enfermarias do hospital. Fazia parte do uniforme, o uso de meias e sapatos (Sobral, 1994, p. 84). Os cabelos deveriam estar presos, e até bem pouco tempo atrás, cobertos por um véu branco que, segundo Collière (1989, p. 79), suscitava a idéia de asas de um anjo, ou como o azul do céu, que traz, nas suas pregas, a esperança e a bondade. Ainda, segundo essa mesma autora, o uniforme caracterizava-se como o símbolo da renúncia ao mundo, dedicando-se à profissão da enfermagem como se fosse uma missão divina. O uniforme, conforme era constituído, caracterizava-se como um símbolo de submissão.

Atualmente o uniforme passou a sofrer variações. Se, nos tempos passados, o pessoal de enfermagem, ao usar o uniforme, causava excelente impressão, pela aparência deste, por serem limpos, bem passados, sóbrios e discretos, nos dias atuais, em muitos hospitais, os funcionários apresentam-se vestidos com uniformes displicentes, muitas vezes grandes e amassados, outras vezes excessivamente curtos e justos sendo que, em alguns locais, os funcionários utilizam as roupas do próprio centro cirúrgico do hospital, para trabalhar nas enfermarias. Além disso, as funcionárias mantêm seus cabelos longos e encacheados, soltos, com maquiagem excessiva, anéis, brincos pingentes e outros, e calçam muitas vezes chinelos ou sandálias. As vestimentas, assim como os adereços, tornam-se inadequadas, mal apresentadas, e com aspecto que deixa a desejar.

A correlação do corpo e dos gestos impõe uma melhor relação entre um gesto e a atitude global do corpo, que é sua condição de eficácia e de rapidez. No adequado emprego do corpo, que permite um adequado emprego do tempo, nada deve ficar ocioso ou inútil: tudo deve ser chamado a formar o suporte do ato requerido. Por exemplo: uma boa caligrafia sugere um exercício eficiente. Um corpo disciplinado é a base de um gesto eficiente. Na execução de uma técnica de enfermagem,

como o banho no leito, por exemplo, o agente de enfermagem deve, com o mínimo de tempo, com o máximo de agilidade, utilizando-se de uma técnica realizada com perfeição, assegurar que, ao final, o paciente fique com bom aspecto e numa condição super confortável. Sabe-se que tal condição nem sempre é possível, mas é desejável e geralmente exigida. Essa disciplinarização recorre a instituídos princípios que se justificam, como os de segurança, conforto e economia – orientadores de qualquer execução técnico-científica (incluindo os princípios científicos) do profissional de enfermagem. O discurso do saber científico é utilizado comumente para normatizar e disciplinar, serve de base para o poder disciplinar.

A articulação corpo-objeto define cada uma das relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula. Ela estabelece a engrenagem entre um e outro. Por exemplo, quando se utiliza uma arma, ocorre uma decomposição do gesto global em duas séries paralelas: a dos elementos do corpo que serão postos em jogo (mão, dedos, joelhos, olhos, entre outros) e a dos elementos do objeto manipulado (cano, alça, mira, parafuso, entre outros). Segundo Foucault (1991, p.139), estamos inteiramente longe daquelas formas de sujeição que pediam, ao corpo, produtos ou resultados. A regulamentação proposta pelo poder impõe, principalmente, também a construção da operação.

A execução de um curativo complexo ou de qualquer outro curativo, impõe a articulação entre o corpo e os objetos, tais como o modo de pegar uma pinça, com que dedos, a posição da mão, a posição do corpo, a distância do paciente, o sentido de movimentação da pinça e assim por diante. Há quem diga que, hoje em dia, as coisas estão mudando. No entanto, na enfermagem tradicional, isto era uma realidade.

A utilização exaustiva não está preocupada somente com o tempo, mas coloca como princípio, o uso sempre crescente do tempo: mais exaustão do que emprego; importa extrair do tempo sempre mais instantes disponíveis e, de cada instante, sempre mais forças úteis. Isso significa que se deve procurar intensificar o uso do mínimo instante, como se o tempo, em seu próprio fracionamento, fosse inesgotável. Por exemplo, o ritmo imposto por sinais, apitos, comandos dentro de uma fábrica,

impunha a todos, durante as atividades, normas temporais que deviam, ao mesmo tempo, acelerar o processo de aprendizagem e ensinar a rapidez, como uma virtude.

Na enfermagem, de ontem e de hoje, observa-se o acúmulo de atividades por parte de todo o pessoal frente ao tempo estabelecido. Não é raro a enfermeira ter, em seu plantão, um grande número de pacientes para serem cuidados e um pequeno número de funcionários para realizarem um sem-número de atividades, com determinações de toda ordem e com um tempo estabelecido (início e final de plantão); além disso, vários tempos estabelecidos, dentro desse período de tempo: os horários das refeições, da higiene, da realização de medicação, das visitas médicas, das visitas familiares e de outras que poderiam ser descritas. A utilização exaustiva do tempo pela enfermagem pode ser constatada, quando os profissionais conseguem, num mesmo tempo, a cada dia, realizar mais e mais tarefas, com a busca de uma perfeição que lhes é peculiar.

c) A vigilância perpétua

A disciplina é uma técnica de poder que implica, segundo Foucault (1989, p.106), numa vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram, foi feito conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares.

No decorrer da época clássica, foram construídos observatórios para verificação do comportamento dos indivíduos. Esses observatórios tinham como modelo quase ideal o acampamento militar. No acampamento perfeito, o poder seria exercido pelo jogo de uma vigilância exata, e cada olhar seria uma peça no funcionamento global do poder. É assim que, no exército, aparecem sistemas de graus que vão, sem interrupção, do general até o soldado, como também ocorrem situações de vigilância permanente, nas revistas, inspeções, paradas, desfiles, entre outros, que permitem que cada indivíduo seja observado permanentemente ou saiba que pode, permanentemente, estar sendo observado.

Freqüentemente, no espaço hospitalar, os funcionários de enfermagem são observados sem exceção, e se observam também continuamente. Isto passa a ocorrer já na sua chegada à unidade de trabalho, quando recebem o plantão; continua durante todo o período de trabalho, finalizando, após o término da passagem de plantão,

ao se retirarem do hospital. É comum a observação da enfermeira sobre os membros da equipe de enfermagem, no entanto, não é incomum que técnicos observem os auxiliares, e estes aos atendentes de enfermagem, dando-se movimentos de olhares, também, em sentido contrário e entrecruzado: todos parecem vigiar a todos. Uma verdadeira pirâmide perpétua de olhares! Pega-se o jeito contínuo de vigiar permanentemente na enfermagem. Além disso, há uma hierarquização, e atribui-se aos supervisores, entre outras atividades, à função de observar. É importante ressaltar que tal conduta não ocorre em todos os lugares e a todos os momentos, podendo variar de intensidade nos diferentes espaços hospitalares.

d) A sanção normalizadora

Segundo Foucault (1989, p.159):

Na essência de todos os sistemas disciplinares, tem lugar um pequeno mecanismo penal, que pode ser exercido por uma espécie de privilégio da justiça com suas leis próprias e próprias micropenalidades. Instituições como oficinas, exércitos e escolas funcionam como repressoras e aplicam várias micropenalidades, avaliando situações relacionadas com o tempo (atrasos, ausências, interrupções das tarefas), com a realização da atividade (desatenção, negligência, falta de zelo), com a maneira de ser (grosseria, desobediência), com o modo dos discursos (tagarelice, insolência), com os modos do corpo (atitudes incorretas), com os gestos não adequados às questões saudáveis (sujeira), com as questões relativas à sexualidade (modéstia, indecência). Ao mesmo tempo, é utilizada, a título de punição, toda uma série de processos sutis, que vão do castigo físico leve a privações ligeiras e as pequenas humilhações.

Trata-se, ao mesmo tempo, de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta e de dar uma função punitiva aos elementos, aparentemente indiferentes, do aparelho disciplinar.

A arte de punir, no regime do poder disciplinar, segundo Foucault (1991, p. 163), não visa nem à expiação, nem mesmo exatamente, à repressão. Ela põe em funcionamento cinco operações bem distintas, a saber: relacionar os atos, os desempenhos, os comportamentos singulares a um conjunto que é, ao mesmo tempo, campo de comparação, espaço de diferenciação e princípio de uma regra a seguir; diferenciar os indivíduos, avaliando uns em relação aos outros, tendo por base de avaliação a nota mínima, podendo chegar ao conceito ótimo; medir em termos quantitativos e hierarquizar, em termos de capacidades, a natureza dos indivíduos, fazendo

com que, através dessa medida valorizadora, a coação de conformidade à realizar. Enfim, traçar o limite que definirá a diferença em relação a todas as diferenças, a fronteira do que é considerado anormal. A penalidade perpétua compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma única palavra, ela normaliza.

Assim como em todos os setores onde há presença de trabalhadores, escolares, soldados, também aqueles que atuam na enfermagem, sofrem as micro-penalidades, dos mais diferentes tipos, até porque, na enfermagem, devido à sua construção histórica, há uma preocupação excessiva com o comportamento, com as atitudes, não faltando, nesse caso, as penalidades. Desde simples olhares repressivos, até sanções do tipo advertências orais e escritas, até demissões sumárias, fazem parte da rotina das punições na enfermagem. Não estão longe desta perspectiva, os Boletins de Avaliação de Pessoal de Enfermagem, que são usados desde a formação de alunos e se perpetuaram no sistema hospitalar.

Nas Congregações religiosas, entre as irmãs que trabalhavam no hospital, ocorriam, de vez em quando, algumas transferências coercitivas intra-hospitalares (mudanças de setores) ou até transferências extra-hospitalares quando, por qualquer motivo, queriam as superiores equacionar o problema de uma determinada irmã que se insubordinou ou vinha, sistematicamente, se insubordinando às normas previamente determinadas. Nesse caso, não era incomum, transferir uma determinada irmã que trabalhava no serviço de enfermagem para o de nutrição e dietética (cozinha), ou então, transferiam-na de um hospital da capital para outro do interior, sem qualquer justificativa. Chegavam, às vezes, a transferir determinado grupo de irmãs enfermeiras, para locais diferentes (cursos de especialização, hospital e visitas à família), a fim de dispersá-las. Eram, na verdade, sanções, ainda que explicitamente não fossem assim reconhecidas.

e) O registro das observações

A disciplina, segundo Foucault (1989, p.106), implica num registro contínuo. Anotações sobre o indivíduo e transferência da informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber.

No sistema clássico, o exercício de poder era confuso, global e descontínuo. Era o poder do soberano sobre grupos constituídos por famílias, cidades, vilas, isto é, por unidades globais, e não um poder contínuo atuando sobre o indivíduo.

No sistema disciplinar, é o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame, segundo Foucault (1991, p.164), é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder.

O exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. O exame não se contenta em sancionar um aprendizado; é um de seus fatores permanentes: sustenta-o segundo um ritual de poder constantemente renovado. O exame permite ao mestre, ao mesmo tempo que transmite seu saber, levantar um corpo de conhecimentos sobre seus alunos. O exame supõe um mecanismo que liga certo tipo de formação de saber a certa forma de exercício do poder.

Dentro do espaço hospitalar, a prática do exame pode ser percebida no modo como se examina e se documenta na ficha de cada funcionário, a sua forma de vestir, de andar, de comportar-se, de ser pontual ou não, de realizar seus procedimentos, seus registros. Enfim, o exame permeia, constantemente, a vida desses profissionais da enfermagem, seja pela própria enfermagem (enfermeira) ou por outros profissionais. Entretanto, são as próprias enfermeiras, as responsáveis por examinar os elementos da equipe. Além do registro dos funcionários em todos os níveis, existem os registros dos doentes, que são efetuados diariamente, quer na passagem de plantão, realizado durante três vezes ao dia (geralmente 7:00, 13:00 e 19:00 horas), quando se utilizam as folhas de evolução, quer no prontuário, quando todos os membros da equipe de saúde fazem seus registros, quer nas prescrições de enfermagem e médica, quando os profissionais, após avaliarem os doentes, registram novos cuidados e medicações. Portanto, no hospital, de um modo geral o registro faz parte do dia-a-dia de forma contínua.

2.4 O Poder pastoral

O Estado moderno ocidental, para Foucault (1995, p.236), integrou uma antiga tecnologia de poder, originada nas instituições cristãs, a chamada tecnologia de poder pastoral.

O Cristianismo caracterizou-se como uma única religião a se organizar como uma Igreja. Esta ampliou as novas relações de poder do mundo antigo. Como tal, postulou que certos indivíduos, por suas qualidades, podiam servir não somente como príncipes, magistrados, educadores, entre outros, mas também como pastores, os quais também exercem, uma forma de poder.

O pastor tinha como objetivo final assegurar a salvação individual no outro mundo. Não era uma forma somente de comandar, mas também de estar preparado para se sacrificar pela vida e pela salvação do seu rebanho. Portanto, um poder diferente do poder real, que exige um sacrifício dos seus súditos para salvar o trono.

Essa função não apenas cuida da comunidade como um todo, mas de cada indivíduo, em particular, durante toda a vida deles. O poder pastoral não pode ser exercido sem o conhecimento da mente das pessoas, sem explorar suas almas, sem fazer-lhes revelar os seus segredos mais íntimos, através da técnica de confissão. Implica um saber da consciência e a capacidade de dirigi-la. Esta forma de poder é orientada para a salvação (por oposição ao poder político). É oblativa (por oposição ao princípio da soberania); é individualizante (por oposição ao poder jurídico); é coextensiva à vida e constitui seu prolongamento; está ligada à produção da verdade – a verdade do próprio indivíduo.

Foucault (1990, p.100) procurou assinalar um contraste entre o pensamento político grego, enraizado nos persas, e a evolução do pensamento cristão, enraizado no judaísmo, em relação ao poder pastoral:

1. No poder pastoral, o pastor exerce o poder sobre o seu rebanho, mais do que, sobre a terra. Na Grécia antiga, os deuses possuíam a terra, que era prometida aos homens, e desta forma, eram estabelecidas as relações com as divindades.
-

2. O pastor agrupa, guia e conduz o seu rebanho, que pode se dispersar na sua ausência. No pensamento grego, o chefe político tem a capacidade de acalmar e reduzir as hostilidades em áreas de conflitos; entretanto, na sua ausência, não há risco do grupo se dispersar.
3. O papel do pastor consiste em assegurar a salvação de seu rebanho, fornecendo-lhe alimentos, saciando-lhe sua sede e a fome. O pastor, além de fornecer os alimentos às suas ovelhas, procura salvar o seu rebanho através de sua bondade, de forma individualizada e finalizada. Os gregos também sustentavam que as divindades salvavam as cidades, garantindo terras férteis e boas colheitas; porém a salvação se fazia não pela bondade individualizada, mas pelo grupo, como um todo.
4. Outra diferença significativa é que o exercício do poder, para o chefe grego, é um dever. Ele deve tomar as decisões que interessam a todos. O dever aqui é reconhecido como um ato glorioso, como, por exemplo, sacrificar sua vida na guerra, como uma forma de alcançar a imortalidade. A bondade pastoral, ao contrário, aproxima-se de um ato de abnegação do pastor, pelo bem do seu rebanho. Esta é a sua preocupação constante. Ele vela pelo sono de suas ovelhas, presta atenção em todas, sem descuidar de cada uma. Em função disso, o pastor descuida-se de si, assegurando, no entanto, a sua salvação eterna.

Foucault (1990, p.102) nos fala que esses temas se apresentam como paradoxais e contraditórios. O Cristianismo deu uma considerável importância ao poder pastoral, tanto na Idade Média, como na Idade Moderna. De todos os períodos que ocorreram na história, a vertente ocidental do continente europeu caracterizou-se como a mais agressiva e conquistadora, provocando mudanças nas formas políticas e nas estruturas jurídicas. Como consequência, as tecnologias de poder determinaram relações complexas, contínuas e paradoxais entre os homens (1990, p.103).

Na enfermagem, segundo Collière (1987, p.79), as enfermeiras têm desempenhado um papel que parece representar o exercício do poder pastoral, particularmente quando a autora descreve o papel da enfermeira ligado a um conjunto de condutas

e atitudes que se expressam através da renúncia e do esquecimento de si, em proveito da ajuda aos outros, do socorro aos aflitos e de consolo na desgraça daqueles que nela se encontram. Estas atitudes parecem encontrar sua compensação na entrega de si para o bem dos outros, como no poder pastoral, descrito por Foucault.

No Hospital de Caridade, as irmãs que atuavam na enfermagem, não somente cuidavam para que os pacientes recebessem ajuda em relação aos cuidados com a alimentação, higiene, conforto e terapêutica medicamentosa entre outras, como, principalmente, atendiam aos pacientes nas suas angústias e ansiedades. Muitas vezes os funcionários leigos queriam assistir aos pacientes e estes se negavam, solicitando o atendimento exclusivo das irmãs. A estas, os pacientes abriam seus corações e confiavam os seus segredos. Especialmente quando moribundos, antes do padre chegar, buscavam o consolo com as irmãs. Estas permaneciam durante o tempo envolvidas com os doentes, esquecendo-se de si próprias e renunciando, em muitas ocasiões, ao atendimento de suas necessidades pessoais para atenderem aos pacientes, como o pastor atua junto às suas ovelhas. A preocupação era tão grande com o corpo e a alma do paciente, que um dos médicos (Aragão, 1997), que lá trabalhava, relatou: “era mais fácil cuidar dos pacientes do que de algumas irmãs que tinham verdadeira abnegação no cuidado daqueles”. Mais uma vez transparece, aí, o poder pastoral.

A sociedade contemporânea organizou-se, então, a partir de um ajuste entre o poder político instituído, exercido pelo Estado, com uma estrutura jurídica, e o poder pastoral exercido sobre os indivíduos, ou seja, a partir do cruzamento entre o poder da cidade e dos cidadãos e a do pastor e seu rebanho. (Foucault, 1990, p.111)

Foucault (1990, p.111) informa não ter a intenção de descrever a evolução do poder pastoral ao longo do Cristianismo, mas apresenta quatro aspectos que considera importante na evolução do pastorado:

- a) Responsabilidade – O pastor é responsável por cada uma de suas ovelhas, e pelo rebanho como um todo. Entre o pastor e as suas ovelhas, circulam e transitam pecados e méritos, ou seja, tudo o que ocorre com as suas ovelhas repercute também no pastor. Entre eles, existem laços morais que os unem e que estão presentes em cada detalhe dos seus atos.
-

-
- b) Obediência – A partir de uma concepção hebraica, é estabelecida entre o pastor e o seu rebanho uma relação de dependência individual e completa. Neste ponto, o poder pastoral difere radicalmente do pensamento grego. Neste, devia-se obedecer, por tratar-se de uma lei ou a vontade da cidade, a uma determinação racional, a um meio para alcançar um fim, como por exemplo, a finalidade de curar-se, de adquirir uma competência ou levar a cabo uma escolha melhor. No poder pastoral, o ato de obediência é um ato de dependência total, de submissão pessoal à autoridade; a obediência é vista também como um fim.
- c) Exame de consciência – Este supõe uma forma de conhecimento que o pastor possui de cada um dos seus membros. Este conhecimento é particular e individualizante: caracteriza-se por estar informado acerca de cada uma das necessidades de cada membro, procurando satisfazê-las; por saber o que ocorre na mente de cada um, por conhecer seus atos, mesmo aqueles considerados pecaminosos, e, finalmente, por estar informado do que ocorre em suas almas. Neste caso, a ovelha deixa-se penetrar pelo pastor, até as profundezas de sua alma.
- d) Mortificação – Trata-se da transformação mais importante. Todas estas técnicas cristãs de exame, confissão, direção de consciência e obediência tem somente uma finalidade, a mortificação. A mortificação não é a morte, mas a renúncia ao mundo e a si mesmo, de modo a assegurar a vida num outro mundo. Segundo Foucault (1990, p.116), o pastorado cristão introduziu um jogo, que nem os gregos nem os hebreus conheceram: um jogo estranho, cujos elementos são a vida, a morte, a verdade, a obediência, os cidadãos, a identidade; um jogo que parece não ter nenhuma relação com a cidade e que sobrevive através do sacrifício dos cidadãos.

Na medida em que o tempo foi passando, conforme Foucault (1995, p.238), ocorreu uma mudança nos objetivos do poder pastoral. Já não se trata de uma questão de dirigir o povo para sua salvação no outro mundo, mas, antes, assegurá-la neste

mundo. A palavra salvação passa a ter outros significados, como saúde, bem-estar (como riqueza e padrão de vida), segurança e proteção contra os acidentes.

A medicina passou a ser reconhecida como produtora de bem-estar, assegurada, por muito tempo, pelas Igrejas católica e protestante. O poder pastoral expandiu-se para outros segmentos sociais como: a polícia (que não era exclusiva para manter a lei e a ordem, mas para assegurar a higiene, a saúde, etc), a família, as estruturas complexas como a medicina, as instituições de saúde, como os hospitais, a educação e os empregadores. Na verdade, a Enfermagem assumiu, ao longo da sua história, muito do poder pastoral, pois, acreditando que uma das funções dos que a exerciam, como as irmãs, era assegurar a salvação da alma no outro mundo, além de cuidar do corpo dos doentes, procurou, fundamentalmente, também cuidar da alma do outro, atuando de forma semelhante à do pastor frente às suas ovelhas.

Para Collière (1989, p.83), a enfermeira desempenha um papel quase sagrado, que requer todo o seu tempo, toda a sua energia, todo o seu coração e o seu corpo. Ser enfermeira é ser aquela que, com suas próprias forças, alivia o sofrimento dos outros, trata os seres sofredores e necessitados. O ser que sofre necessita de cuidados, ele é o seu canal. Cuidar não consiste só em evitar o sofrimento, em estar à cabeceira do doente, mas em debruçar-se sobre o sofrimento dele, seja ele físico ou moral. Para cumprir uma missão tão exigente, segundo Collière, é necessário que a enfermeira atue pastorando suas ovelhas, seja coletivamente, seja individualmente.

2.5 As relações de poder e o e seu exercício no espaço hospitalar

Chamamos de relações de poder, pois, segundo Foucault (1989, p.XIV), o poder não existe por si só; o que há são práticas/relações que ocorrem em toda a estrutura social, atingindo o indivíduo no seu cotidiano; que se manifesta através de gestos, comportamentos, hábitos e discursos estabelecendo os micropoderes, pois não há nada, nem ninguém, que esteja isento de poder, e não existem sociedades sem relações de poder. O importante é que ocorra o mínimo possível de dominação,

no sentido da participação dos indivíduos, buscando as regras do direito, da governabilidade, das práticas, da moral e da ética. As relações de poder, para Foucault apud Dreyfus e Rabinow (1987, p.138), são entendidas como relações estratégicas, entre liberdades, através das quais, determinados sujeitos buscam conduzir e guiar a ação dos outros.

Nos últimos anos, de acordo com Foucault (1995, p. 234-236), a sociedade tem observado uma série de oposições que vêm ocorrendo em relação aos poderes hegemônicos instituídos, como por exemplo: a) das mulheres em relação aos homens; b) das esposas em relação aos seus maridos; c) dos filhos em relação aos seus pais; d) dos doentes em relação aos seus médicos; e) da população em relação à medicina; e, finalmente, f) dos cidadãos contra os seus governos, nos seus mandos e desmandos. Estas são consideradas lutas anti-autoritárias, mas não somente, pois têm em comum estas características:

- 1) são lutas que não estão limitadas apenas a um determinado local, mas que ocorrem em diversos lugares do mundo, com problemas econômicos, políticos e sociais similares;
 - 2) o objetivo destas lutas volta-se contra os efeitos do poder, como, por exemplo, a medicina, que não é criticada apenas por ser lucrativa, mas, principalmente, por possuir um poder sem limites sobre o corpo e a mente das pessoas, sobre suas vidas e mortes;
 - 3) são lutas imediatas, que não objetivam um inimigo futuro, mas o inimigo imediato, nem esperam encontrar soluções para seus problemas futuros (liberações, revoluções, etc), mas querem se libertar dos problemas reais, presentes;
 - 4) são lutas que questionam o estatuto do indivíduo, que já não aceita mais, pura e simplesmente, o poder de mando. Ou seja, se, por um lado, afirmam o direito de este ser diferente e enfatizam tudo aquilo que torna os indivíduos verdadeiramente individuais; por outro, atacam tudo aquilo que separa o indivíduo, que quebra sua relação com os outros, fragmenta sua vida comunitária, força o indivíduo a se voltar para si mesmo e o liga à sua própria identidade de um modo coercitivo;
-

- 5) são lutas de oposição aos efeitos do poder relacionados ao saber, à competência e à qualificação; lutas contra os privilégios do saber. São também uma oposição ao segredo, à deformação e às representações mistificadoras impostas às pessoas. Não há nada de científico, nem uma recusa cética ou relativista de toda a verdade verificada. O que é questionada é a maneira como o saber circula e funciona, suas relações com o poder;
- 6) finalmente, todas essas lutas contemporâneas giram em torno de quem somos verdadeiramente. Em suma, não se trata de atacar esta ou aquela instituição de poder ou grupo ou elite ou classe, mas, antes de tudo, de atacar uma técnica de poder.

No espaço hospitalar, a partir do momento que este tornou-se hegemonicamente reconhecido como sendo medicalizado (século XVIII), o médico passou a exercer um poder tanto sobre o corpo das pessoas quanto sobre suas mentes e, também, sobre os demais membros da equipe de saúde.

Fora dos muros do hospital, a sociedade também incorporou esta medicalização, em quase todas as esferas sociais, mas especialmente na jurídica, este poder médico se instituiu. Esta situação pode ser observada mais claramente, quando, a partir de um simples laudo médico, um indivíduo pode ser considerado saudável ou doente, apto ou não para trabalhar. Há casos, dependendo do laudo recebido, em que o indivíduo pode receber desde uma simples punição considerada leve, até ser enviado para instituições do tipo totais por longos períodos de tempo, como, prisões e manicômios, para cumprir penas ou receber tratamento específico.

Entretanto, na instituição hospitalar, não tem sido somente a medicina que tem exercido o poder, mas também a enfermagem, que tanto tem servido como objeto dele quanto de sujeito. A enfermeira tem atuado exercendo o poder, apesar de inúmeros trabalhos procurarem descrever a subalternidade dos elementos da equipe de enfermagem (enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem), descrevendo-os como seres dóceis, afáveis, submissos, passivos, bondosos e, pouco questionadores. Segundo Lunardi Filho (1998, p.276), a enfermeira, tem apresentado dentro do hospital, quatro características básicas: 1) ser a detentora de quase totalidade das informações relativas às condições do ambiente de trabalho e do processo assistencial; 2) ser a

organizadora do ambiente e do cuidado, zelando pela sua funcionalidade, segurança, manutenção e realização do trabalho assistencial; 3) ser a guardiã das normas e rotinas institucionais e, finalmente, 4) ser a organizadora da assistência de enfermagem prestada. Assim, a sua presença e a convergência dessas características de seu trabalho permitem à enfermeira que o exercício de suas funções a coloquem numa posição de centralização no contexto da organização e da assistência. Esta centralização faz com que a mesma se caracterize num elemento de referência para os demais profissionais e usuários do setor ou unidade em que atua, exercendo um poder que, na maioria das vezes, se apresenta informal, sutil e aparentemente invisível, mas sem dúvida nenhuma, real.

Portanto, querer dizer, apenas, que a medicina detém o poder, parece não ser verdade, pois, normalmente, quem tem mantido a ordem, o controle da situação no hospital, tem sido a enfermeira, na maior parte do tempo. Através da enfermeira passam todas as informações acerca do doente, do seu diagnóstico, tratamento e prognóstico, e, também, acerca dos funcionários e, até, da equipe multidisciplinar. São elas que, na maioria das vezes, decidem inclusive, a necessidade ou não da presença médica e do tratamento a ser instituído. Portanto, há o reconhecimento do exercício de um poder medicalizado no hospital, mas também se reconhece o exercício de múltiplos poderes, caracterizando-se como um jogo de relações entre os diversos personagens que atuam neste cenário. Para Lunardi Filho (1998, p.335),

no espaço hospitalar e institucional, a medicina interdepende da enfermagem quanto à sua organização e gerenciamento do ambiente do cuidado, para que sua prática possa efetivar-se, e, principalmente, das habilidades e conhecimentos dos profissionais de enfermagem, não só para que a implementação da prescrição ocorra, mas para que, a partir das observações, avaliações e notificações realizadas pela enfermagem, disponha de maiores subsídios nas tomadas de decisões. Portanto, a interdependência se dá no nível do saber fazer específico de cada uma das profissões, no âmbito de sua competência técnica e legal, numa relação de complementariedade entre ambas e não necessariamente de subordinação de uma à outra, em todas as situações.

Se a medicina depende da enfermagem, esta tem, no médico, o principal responsável pelo tratamento do doente, interferindo diretamente no seu tratamento. Em decorrência dessa situação, tanto a enfermagem quanto a medicina, ou seja,

tanto as enfermeiras quanto os médicos, irão exercer o poder. Por esse motivo, o estudo do poder e de suas relações no espaço hospitalar constitui-se, ao meu ver, numa necessidade premente, que deverá ser satisfeita com urgência, garra e determinação, para que seja desmistificada a tese de que este poder é hegemonicamente médico.

A fim de buscar responder ao objetivo proposto para este estudo, à sua questão norteadora e à sustentação da tese formulada, procurei utilizar-me da seguinte metodologia de trabalho, que entendo ser necessário descrever.

Capítulo 3

A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A história oral é uma história construída em torno de pessoas. ... Ela traz a história para dentro da comunidade e extrai a história de dentro da comunidade. Ajuda os menos privilegiados, e especialmente os idosos a conquistar a dignidade e confiança. Propicia o contato – e, pois, a compreensão entre as classes sociais e gerações.

Paul Thompson
(1992, p.44).

Para os historiadores, talvez não se faça necessário um capítulo acerca da metodologia utilizada neste estudo, pois, para estes, o contato com o método histórico tem sido algo mais freqüente e usual. Entretanto, como enfermeira e aluna do Curso de Doutorado em Filosofia da Enfermagem da UFSC, senti a necessidade de descrever neste capítulo, o percurso metodológico até então empreendido. Isto se deve principalmente à sua importância, bem como a necessidade de contribuir com estudiosos, iniciantes em pesquisa, que buscarem realizar um estudo histórico, de tal modo possam usufruir deste material como coadjuvante de outros, para construírem os seus próprios trabalhos. Além desta questão, durante toda a trajetória da pesquisa, especialmente na coleta de dados, ocorreram momentos tão curiosos, que eu não poderia deixar de abordar nesta etapa do trabalho, buscando compartilhar com os leitores esta riqueza de informações.

A idéia inicial do emprego de pesquisa histórica surgiu a partir de 1992, quando eu e minha colega, a Professora Coleta Rinaldi Althoff, coletávamos dados para um outro trabalho acerca do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, em que se buscava descrever a evolução do Curso e do Departamento nos seus vinte cinco anos de existência. Diante da nossa inexperiência com esta metodologia, buscamos bibliografia nacional e estrangeira pertinente, em que pudéssemos estudar e compreender o que era, afinal, a pesquisa histórica. Tentamos elaborar um artigo com vistas à futura publicação, que subsidiasse não só o nosso trabalho, mas também o de outros pesquisadores. Nesse interim, travamos contato com uma professora historiadora, que nos abriu o caminho para lugares até então desconhecidos, inexplorados por nós; foi uma verdadeira luz no fim do túnel, e isto nos abriu um campo de possibilidades.

3.1 A Nova História

Anteriormente, como alunas ouvintes de uma disciplina do Curso de Doutorado de Enfermagem da UFSC, já havíamos tido contato com alguns “papers” que abordavam as técnicas empregadas na pesquisa histórica, mas nada nos havia deixado tão empolgadas quanto o contato com novas bibliografias fornecidas pela referida historiadora. Mesmo porque, até então, conhecíamos, de longa data, a história antiga, da descrição, dos grandes feitos, dos grandes homens e não da nova história. Ah!

a nova história! Esta nos pareceu ideal para servir de base para o nosso trabalho, pois como refere Peter Burke (1992, p. 11), “a base filosófica da nova história é a idéia de que a realidade é socialmente ou culturalmente constituída. A nova história começou a se interessar por toda a atividade humana, tudo tem uma história que pode em princípio ser deslindado⁸”.

Para muitos estudiosos, a nova história surgiu na França, no final da década de 20, como conseqüência da criação da *Revista Annales d'Histoire Economique et Sociale*, idealizada e editada por Lucien Febvre e Marc Bloch, originando a “Escola dos Annales”, em 1929 (Burke, 1991, p. 11). No entanto já havia anteriormente, na Europa, alguns historiadores que se manifestavam contrários à forma com que a história vinha sendo construída. A nova história promoveu uma verdadeira revolução e uma renovação nos estudos históricos até então realizados.

A nova história passou a caracterizar-se por apresentar novas diretrizes, como: 1) a substituição da narrativa tradicional dos acontecimentos por uma história problema (analisando estruturas); 2) pela substituição da história vista por cima, por uma história vista a partir de baixo, ou seja, a partir da opinião das pessoas e de suas transformações sociais; 3) a preocupação não somente com documentos oficiais escritos na construção da história, mas com toda e qualquer evidência; 4) a questão do relativismo cultural, negando que a história pudesse ser construída a partir do que fosse ideal, objetivo e neutro, pois sempre haverá por parte de quem a constrói, um comprometimento e, portanto, alguma subjetividade; e finalmente 5) a possibilidade da interdisciplinaridade, um contato do historiador com outras profissões de abrangência humana (antropólogos, economistas, psicólogos, sociólogos, entre outros).

A nova história segundo Burke (1992, p.11), “permitiu que, nos últimos trinta anos, aparecessem inúmeras histórias notáveis, de coisas que nunca se havia pensado possuírem uma história, como por exemplo: da infância, da morte, da loucura, do clima, dos odores, e de outra tantas”. Para o autor, “o que era antes considerado imutável, agora passou a ser encarado como uma construção cultural, sujeita a variações, tanto no tempo como no espaço”. Por isso, a necessidade de contar as histórias.

⁸ Deslindar, segundo Ferreira (1986, p.567) significa estabelecer a demarcação, demarcar; extremar, lindar. Desenredar, destrinçar, aclarar: deslindar um mistério. Investigar, esmiuçar. Apurar, descobrir (coisa difícil ou complicada). Separar, apartar.

3.2 A História Oral

Os maiores problemas para os pesquisadores, na nova história, estavam relacionados com as fontes e os métodos, pois, quando os pesquisadores começaram a fazer outros tipos de perguntas sobre o passado, para escolher novos objetos de pesquisa, tiveram de buscar novos tipos de fontes, para suplementar os documentos oficiais, tão combatidos. Alguns passaram a se voltar para o estudo dos registros judiciais, especialmente os interrogatórios de suspeitos, o estudo das imagens; outros buscaram dados estatísticos; e ainda há quem buscou os dados considerados oficiais, para serem relidos com outros olhos. No entanto, uma das principais fontes de que os historiadores se têm utilizado, nos últimos tempos, tem sido a história oral (Burke 1992, p.25), especialmente nos casos em que quase não existem documentos a respeito daquilo que se pretende investigar ou quando se pretende preencher algumas lacunas da história. Isto não significa dizer que a história oral por si só não represente um importante instrumento para coleta de dados.

Segundo Alberti (1989, p.1), definir a história oral não tem sido uma tarefa fácil, pois “seus limites esbarram com categorias de diversas disciplinas das ciências humanas, como biografia, tradição oral, memória, linguagem falada, métodos qualitativos, etc. e sua definição não se estabelece facilmente: ora se constitui em método de investigação científica, ora fonte de pesquisa, ora ainda técnica de produção e tratamento de depoimentos gravados”. Embora ela seja de difícil definição, Alberti (1989, p.1) arrisca uma, que a define como “um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica, etc.) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam, acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo”. A história oral tem sido amplamente utilizada por distintas áreas do conhecimento (da História, Antropologia, Sociologia e outras), não pertencendo exclusivamente a nenhuma. Na Enfermagem, embora ainda não se tenha tanta aderência a esse tipo de método, já existem alguns estudos que o utilizam para compreender a história da enfermagem neste século.

Por servir de método-fonte-técnica, resolvi adotar a história oral, neste estudo, especialmente como metodologia de pesquisa, utilizando-me de todas as etapas que daí advêm, a saber: a escolha do método, a elaboração do instrumento, a forma como

estruturei o questionário para coletar os dados, as diversas etapas da coleta de dados, a entrevista, transcrição da entrevista, a análise de cada entrevista e a discussão dos resultados.

A decisão de utilizar a história oral como método ocorreu muito tempo antes de idealizar esta tese de doutorado, ainda no tempo da realização do primeiro trabalho em que utilizei a pesquisa histórica, quando tive uma agradável surpresa em ter conhecido um pequeno grupo de irmãs enfermeiras que haviam trabalhado no Hospital de Caridade, em Florianópolis, nas décadas de 50, 60 e 70. Estas caracterizavam-se por serem mulheres tão expressivas que, apesar de estarem fora da profissão há longo tempo, respiravam, transmitiam e eram idealistas da Enfermagem. Foram mulheres que fizeram a Enfermagem numa época de poucos recursos técnicos e materiais, quando não havia a consciência da profissão técnica-científica, nem política. Apesar disso, construíram um saber e, portanto, exerceram um poder. Por esse motivo, ao pensar numa possível tese de doutorado que envolvesse Enfermagem e História, resolvi fazê-lo a partir dessas pessoas, não estudá-las, mas descobrir a Enfermagem a partir delas. Além disso, é claro, resolvi redescobrir o passado da Enfermagem em Florianópolis não só através delas, mas, também, buscando outros sujeitos que faziam parte do cenário, para contraporem e enriquecerem a pesquisa.

A história oral, segundo Thompson (1992, p.18), contribui para a elaboração de uma memória democrática, possibilita novas versões da história ao dar voz a múltiplos e diferentes narradores. Permite construir a história a partir das próprias palavras daqueles que a vivenciaram e que participaram de determinado período, mediante suas referências e, também, seu imaginário. Para Corrêa (1978, p.14), neste tipo de estudo, interessam ao historiador ou ao pesquisador, somente determinadas pessoas que possam prestar certas informações, pois só elas têm condições para tal, devido às suas experiências, não importando, neste caso, um universo muito grande de informantes.

3.3 A Entrevista

A entrevista, segundo Queiróz (1987, p.279), “supõe uma conversação continuada entre o informante e o pesquisador. Este último dirige a entrevista, podendo

ou não se utilizar de um roteiro previamente estabelecido, ou operar aparentemente sem roteiro, porém na verdade, desenrolando a entrevista conforme uma sistematização de assuntos que o pesquisador estabeleceu”.

A coleta de dados deu-se a partir dos depoimentos colhidos, através das entrevistas, com vinte e três personagens (quatro enfermeiras, três auxiliares de enfermagem, duas práticas de enfermagem, uma atendente, um funcionário da tesouraria, duas irmãs superiores e dez médicos), que fizeram parte, direta ou indiretamente, do cenário do Hospital de Caridade nos anos relativos ao estudo. As primeiras entrevistas foram realizadas com três irmãs enfermeiras que passaram a atuar no Hospital de Caridade na década de 50 (1953, 1956 e 1957 respectivamente), por entender que estas deveriam ser o ponto de origem do estudo, ou seja, o ponto zero. Elas é que, no meu entender, iriam direcionar os demais personagens a serem entrevistados, criando-se uma rede de relações. Esta rede tinha como propósito servir para abordar o objetivo do projeto, segundo as sugestões da própria comunidade e não segundo a vontade exclusiva da pesquisadora. Para Thompson (1992, p.254), “a melhor maneira de dar início ao trabalho pode ser mediante entrevistas exploratórias, mapeando o campo e colhendo idéias e informações”.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre outubro de 1997 a novembro de 1998. O alongamento do período da realização de entrevistas, resultou do fato de se realizar simultaneamente, a coleta de dados em outros tipos de documentos, e também ao fato de, que, quando da realização de uma entrevista, muitas vezes, o entrevistado sugeria o nome de um outro personagem, que viria enriquecer ainda mais o estudo, o que invariavelmente acabou aumentando a rede de entrevistados e o período destinado à coleta dos dados.

De modo geral, as solicitações, para a realização das entrevistas, foram feitas através de um contato prévio por telefone, quando o entrevistado era informado sobre o objetivo do estudo, da importância de sua participação e da sua possibilidade de aceitar participar ou não do estudo. Os entrevistados, com raras exceções, mostravam-se muito animados com a proposta e colocavam-se à disposição para participarem da pesquisa. Houve alguns poucos casos (três médicos) que demonstraram uma pequena resistência ao contato. Um deles alegou absoluta falta de tempo, pois ainda trabalhava

intensamente como clínico; outro, também médico, aparentemente, por receio às perguntas; e o último, por ter sofrido um derrame e referir não lembrar de muitas coisas do passado. Em relação a este último, fiquei tão impressionada com o seu envolvimento e desempenho no Hospital de Caridade nas décadas de 50 e 60, quando da minha consulta aos prontuários, que não resisti em novamente contatá-lo um ano após a sua recusa, para a realização da entrevista. Desta vez, fui prontamente atendida, pois o mesmo havia se recuperado, estando em boas condições de saúde. É importante ressaltar que, apesar das resistências oferecidas, ao final, todos concordaram em conceder as entrevistas, o que aconteceu conforme suas possibilidades.

Houve um caso muito curioso, de uma irmã bastante idosa (95 anos) que, por estar com derrame pleural, estava internada no Hospital Nereu Ramos; ao visitá-la e informá-la do meu interesse em entrevistá-la futuramente para este estudo, demonstrou tamanho interesse que não me deixou ir embora sem dar sua entrevista. No seu discurso, ela, embora estivesse bastante fragilizada pela idade e doença, expressou-se com brilhante desenvoltura, clareza e detalhamento sobre uma época extremamente longínqua, a década de 20, no Caridade. Três meses após a realização de uma cirurgia no pulmão, entrevistei-a novamente, complementando alguns dados. Fiquei impressionada com sua lucidez.

As entrevistas foram realizadas em locais variados, em geral, de acordo com a disponibilidade de cada um dos entrevistados. Algumas ocorreram nas próprias residências delas; uma, em um caso, em um Centro de pesquisa; outras, em consultórios particulares; outras ainda, em diferentes salas de dois hospitais; e houve, até alguém que, por morar muito distante da cidade, em um sítio fora dos limites da Ilha, se deslocou para a casa de um familiar na capital, para conceder a entrevista.

No dia da entrevista propriamente dita, no primeiro contato com o entrevistado, mais uma vez, de maneira clara e simples, era explicitado o objetivo do estudo, as estratégias que seriam utilizadas e a importância de sua participação no estudo. Então, se solicitava a sua autorização para o uso do gravador, o que, em geral, por quase todos, foi aceito. Importante ressaltar que todos os entrevistados foram bem esclarecidos acerca do estudo em questão, deram seu consentimento oral e, posteriormente, por escrito.

A partir das primeiras entrevistas, foram sendo apontados novos personagens que, em geral, se caracterizavam por serem integrantes da equipe de enfermagem, da médica, do grupo de irmãs superiores e de alguns funcionários do setor administrativo que atuaram diretamente no Hospital de Caridade nas décadas de 50 e 60. Estes, portanto, tinham vivenciado uma mesma época e tinham um maior conhecimento do que havia ocorrido no Hospital nesse período. Todos, sem exceção, passaram a ser visualizados como possíveis candidatos às entrevistas.

As entrevistas realizadas duraram um tempo médio de duas a três horas, e algumas, até quatro horas. Esta pluralidade de duração pode entender-se como resultante de lembranças dos entrevistados, as quais, comumente, iam brotando no desenrolar das entrevistas, na medida em que estes iam rememorando uma época cheia de emoções e significados para eles. Como refere Bosi (1989, p.9),

a memória permite a relação do corpo presente com o passado e, ao mesmo tempo, interfere no processo 'atual' das representações. Pela memória, o passado não só vem à tona das águas presentes, misturando-se com as percepções imediatas, como também empurra, "desloca" estas últimas, ocupando o espaço todo da consciência. A memória aparece como força subjetiva, ao mesmo tempo profunda e ativa, latente e penetrante, oculta e invasora.

Em função de alguns entrevistados apresentarem, através de suas memórias, um farto material a ser explorado, senti a necessidade de realizar com eles mais de um encontro, ou seja, mais de uma entrevista, o que efetivamente veio a ocorrer. Utilizei-me da entrevista semi-estruturada (Anexo A) que, segundo Trivinós (1990, p.146), se caracteriza por ser um tipo de instrumento no qual o pesquisador “parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e em seguida, oferece um amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa”.

Apesar da utilização de um roteiro previamente elaborado, não impediu que, em muitos momentos, o “papo rolasse” sem nenhuma rigidez, pois cabe ao entrevistador, segundo Thompson (1992, p. 254), “a sublime disposição de ficar cala-

do e escutar”. O historiador não deve ter pressa; deve possuir flexibilidade nas reações em relação ao entrevistado; deve aproveitar o momento da entrevista para estabelecer uma relação de afinidade, na qual ocorre uma cumplicidade entre o entrevistador e o entrevistado. É importante escutar com muita atenção, mesmo quando o assunto foge do objetivo do estudo. Entretanto, pode-se fazer pequenas interrupções para que o entrevistado volte ao assunto pré-estabelecido.

Freqüentemente, as mais vivas recordações afloravam depois da entrevista, na hora do cafezinho, na escada, no jardim ou na despedida. Muitas passagens não foram registradas, pois foram contadas em confiança, como confidências, não sendo raros os momentos em que o entrevistado solicitava que se desligasse o gravador, para contar esta ou aquela passagem. Houve confidências até sobre o pedido de casamento de uma irmã religiosa e outras mais. “Continuando a escutar, ouviria um tanto e um pouco mais, pois como diz Bosi (1987, p.3), lembrança puxa lembrança e seria preciso um escutador infinito”.

Durante a realização da coleta de dados, houve três casos que merecem atenção não só pelo conteúdo das entrevistas, mas, fundamentalmente, pelo local onde foram realizadas e pelo seus respectivos personagens. Um deles, bastante pitoresco, quando tive de ir em companhia de uma irmã (conhecidora do local onde residia deste entrevistado), desbravar uma mata para chegar à casa de um dos entrevistados que havia se tornado ermitão e que morava no meio de uma floresta. Confesso que foi um momento privilegiado, conhecer alguém assim tão diferente: uma pessoa que, na acepção própria da palavra, é um “ecológico”, tem vivido em comunhão com a natureza. Só come produtos que planta, veste-se como um capuchinho, anda com os pés descalços em qualquer época e lugar, cozinha em fogão a lenha e não usa nada que não seja natural. Trata-se de uma pessoa completamente diferente do que se costuma conhecer. Foi uma tarde inesquecível. Inclusive, tomei café (colhido da sua própria plantação), com pão e manteiga feitos especialmente pelo dono da casa para o nosso encontro, servidos em copos feitos de cascas de coco em cima de uma mesa tosca, sem toalha. Apesar de ter ficado impregnada da cabeça aos pés, com cheiro de brasa, devido ao fogão a lenha, fiquei muito contente e surpresa com nosso encontro.

Em outro momento, tive que adentrar numa favela da Capital (Covanca), quando estive muito receosa, pois me informaram que era perigosíssima, devido a riscos de assaltos e mortes. Durante o tempo todo que lá estive, meu coração bateu muito mais forte por muitos fatores e confesso que quando fui embora fiquei aliviada. Saí de lá sem nenhum problema. Talvez, tenham querido apenas me apavorar!!! Tempos depois, soube que um jovem de dezessete anos que fora à favela, com objetivo de visitar um amigo, foi morto e teve seu carro roubado.

Finalmente em uma das entrevistas, tive de viajar a Joinville – SC. Apesar do tempo e das despesas realizadas⁹ para o deslocamento, a viagem valeu a pena. A recepção que tive por parte do pessoal da casa da Irmã foi excelente. Além disso, a viagem possibilitou a oportunidade de conhecer um grupo de noviças que moravam na casa dessa irmã que seria entrevistada, numa espécie de um convento pós-moderno, onde as noviças conviviam no seu dia-a-dia com os demais, realizando sua formação, sem, no entanto, seguirem aqueles preceitos antigos. Lá pude observar como era a iniciação a vida de irmã na Congregação Fraternidade Esperança, uma nova Congregação criada, a partir da cisão das irmãs da antiga Congregação da Divina Providência.

A referida irmã morava num bairro (Aventureiro) muito distante do centro de Joinville, em uma casa simples de madeira, em uma rua de chão batido. Nos fundos desta casa, havia outra com repartições, onde as noviças realizavam as suas preces e a formação, bem como, para sobreviverem, produziam pão e biscoitos para serem comercializados. Nesta viagem, pude perceber mais nitidamente as diferenças sociais entre os entrevistados, as diferentes residências, os diferentes estilos de vida, as formas de comportamento, de crenças, de perspectivas, que foram além da simples coleta de dados históricos; poderia até dizer que a matéria se prestaria para realizar um excelente estudo sociológico e até antropológico dos entrevistados.

⁹ Convém ressaltar que pelo fato de eu estar realizando o Curso de Doutorado no próprio local de trabalho (UFSC), não tive, assim como meus colegas que também fizeram o Curso e são professores da UFSC, nenhuma ajuda financeira de órgão financiador, nem apoio local. Durante todo o período de realização do Curso, despendi os gastos do próprio salário.

Ao final de cada uma das entrevistas, que se efetuaram em diferentes períodos, com maior predominância no período da tarde, as donas da casa buscavam sempre oferecer alguma gentileza de variados tipos: às vezes, apenas um cafezinho; outras vezes, um farto café colonial com doces ou salgados; outras, ofereciam um licor ou um suco, exceção feita dos casos em que as entrevistas foram realizadas nos consultórios particulares ou nas diferentes salas dos hospitais. Posteriormente era acertado, com cada um (uma), o retorno num futuro próximo, para que pudessem realizar a leitura da transcrição da entrevista e a futura doação da mesma.

Segundo Meihy (1996, p.29),

toda entrevista, depois de acabada, deve ter um duplo termo de cessão assinado pelo depoente. Ainda que possam ser assinados em uma só carta, faz-se imperiosa a explicitação, se é dada a autorização para se ouvir a fita (toda ou em parte) e/ou se pode ser lida e usada a transcrição (toda e/ou em parte). É através deste documento que se garante a existência pública do depoimento e os direitos de uso da entrevista (gravada ou escrita). A carta de cessão tem de ser clara, pessoal, feita com cópia registrada em cartório quando se fizer necessário e constando, caso haja, os limites do uso da entrevista (se por acaso pode ou não ser ouvida e publicada no todo ou em parte, se pode ou não ser colocada em uso ou se deve aguardar prazos, neste caso, quais).

Baseando-me no autor citado e também em outros que trabalham com história oral, busquei, ao encerrar todas as entrevistas com os vinte três entrevistados e as suas transcrições, o que demorou longo tempo, retornar aos entrevistados, a fim de apresentar os resultados dos nossos encontros (a entrevista transcrita). Todos, sem exceção, leram, fizeram as correções que acharam necessárias e aceitaram doar as entrevistas, assinando um termo de cessão previamente elaborado por mim (Anexo B).

Aproveitei, este segundo momento, para fotografar os entrevistados que não haviam sido fotografados anteriormente. Esta decisão partiu de algumas reflexões sobre a importância de dar ao leitor uma visão dos participantes. Esta atitude provocou um resultado muito positivo entre os entrevistados, que se mostraram contentes, valorizados e importantes; alguns até, vestiram-se com roupas especiais, como o terno e a gravata e quiseram buscar locais mais bonitos para tirar suas fotos, como jardins, salas, consultórios, gabinete, entre outros.

3.4 Outras Fontes

Por considerar que este estudo necessitava de maior aprofundamento teórico e prático, além das entrevistas realizadas, procurei buscar outras fontes primárias para subsidiar a pesquisa. Uma fonte que me pareceu extremamente importante, válida e pertinente, foi o estudo aprofundado dos prontuários dos pacientes do Hospital de Caridade, das décadas de 50 e 60. Por este motivo, a partir de março de 98, até agosto deste mesmo ano, passei também a analisar os prontuários do Hospital de Caridade, a partir do ano de 1953 até 1968, a fim de levantar informações a respeito do que era neles escrito e por quem, pois estes dados permitiriam verificar as relações de poder que ocorreram no espaço hospitalar.

Antes da coleta de dados propriamente dita, contactei o Diretor Administrativo do Caridade, que imediatamente recomendou, devido ao caráter do estudo, que eu entrasse em contato com o Professor historiador Nereu do Valle Pereira, responsável por esta área no Hospital. Conversei com o Professor Nereu por telefone, e marcamos uma hora para que pudesse explicar quais os objetivos da tese e as estratégias utilizadas. No dia e hora combinados (11/03/98 às 10 horas), nos encontramos em sua sala, na entrada antiga do Hospital, onde lhe mostrei o projeto da tese. Ele mostrou-se muito atencioso e receptivo, encaminhando-me imediatamente para o Arquivo Médico, aos cuidados do Sr. Oilson, funcionário lotado no Hospital há 24 anos e “sabedor das coisas” do Caridade. Este funcionário recebeu-me muito bem, colocou-me à disposição uma mesa e explicou a rotina do seu serviço nesse setor. Além disso, forneceu-me um guarda-pó, que passei a utilizar sempre em função da necessidade de me preservar do excesso de pó que havia nos prontuários. Utilizei, junto com o guarda-pó, uma máscara, pois sou alérgica a pó.

Freqüentei o Arquivo Médico, em média, duas vezes por semana, ficando, em geral, um período inteiro, o matutino – das 8:30 às 11:30 horas. O material pesquisado caracterizava-se por estar geralmente distribuído em pacotes de aproximadamente dois quilos, com um sem-número de prontuários; acredito que cada pacote continha mais de cem prontuários. Cada pacote correspondia a um mês do ano, ou seja, por exemplo, o mês de março de 1956 era um pacote. Estes pacotes vinham embrulhados com papel do tipo de envelopes antigos de Raio X, amarrados com barbantes. Os

pacotes, em geral, eram abertos pelo Sr. Oilson, que se utilizava de estilete para cortar o barbante. Logo após, eu passava a examinar cada um dos prontuários. Estes se caracterizavam por serem constituídos apenas por uma folha (Anexo C), que continha: 1) Dados de identificação do paciente (nome, idade, sexo, procedência, estado civil, filiação, cor e cônjuge); 2) Data de entrada no hospital; 3) Nome do responsável; 4) Estada (diagnóstico provisório, operações, outras ocorrências, diagnóstico definitivo); 5) Saída (motivo ou razão, data, causa mortis, observações). Logo abaixo, havia um espaço destinado à prescrição médica, onde a folha se subdividia em data, uso receituário e observações. A data para o médico registrar o dia da prescrição, o uso, o receituário para prescrever os medicamentos, o horário e a via pela qual deveria ser administrado; o espaço “observações”, destinava-se a registrar, o que se fazia necessário. O verso da folha servia para continuar as prescrições. Quando o paciente ficava por um tempo maior, eram acrescentadas outras folhas.

Inicialmente, pensei em examinar todos os prontuários dos quinze anos sem exceção; no entanto, ao perceber o volume de prontuários, desisti, e resolvi trabalhar com uma amostragem, examinando em média três meses por ano (janeiro, julho e dezembro). Posteriormente me decidi por outros meses, considerando o fato de que as alunas da Escola de Auxiliares de Enfermagem “Madre Benvenutta” realizavam o estágio de enfermagem no período letivo escolar. Por isso, optei pelos meses de março, junho e outubro, observando se o pessoal de enfermagem e as alunas registravam alguma observação e o que costumavam registrar. Confesso que o trabalho foi exaustivo, tomou um longo tempo e produziu um resultado nada animador, pois o que era registrado nos prontuários, limitava-se aos dados de identificação e, às prescrições médicas, não contendo quase registros de enfermagem.

Naquela época, não era comum o pessoal de enfermagem registrar qualquer tipo de informação sobre o doente, exceto os sinais vitais antes das cirurgias. O que se podia observar era que havia uma preocupação excessiva por parte das irmãs (a letra parece e pressuponho ser de irmãs, porém não tem assinatura) com os gastos de medicamentos e com a hotelaria dos pacientes particulares. Havia, inclusive, a preocupação de cobrar até cubos de gelo, telefonemas, talcos, refrigerantes, entre outros. O que deveria ter sido registrado, a nosso ver, eram informações sobre a evolução do doente, o que não ocorria. Por exemplo, em muitas ocasiões, o doente vinha a fale-

cer, mas nenhuma informação era registrada a respeito, nem pelo pessoal de enfermagem, muito menos pelo médico. Quanto às prescrições médicas, estas não eram diárias; às vezes, prescritas semanalmente, mesmo quando se tratavam de doentes particulares. Os dados coletados dos prontuários serão apresentados, ao longo do texto, na medida em que se fizerem pertinentes (capítulos 4, 5 e 6).

Além das entrevistas, e dos dados dos prontuários, busquei outras fontes complementares, que foram encontradas sob a forma de livros, teses, relatórios, notícias de jornais, crônicas, referentes às áreas de saúde, economia e política da cidade de Florianópolis e do Estado de Santa Catarina, encontrados no seguintes locais:

- Arquivo Público do Estado de Santa Catarina;
- Arquivos do Hospital de Caridade;
- Museu Público de Santa Catarina;
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;
- Biblioteca do Estado de Santa Catarina;
- Biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esses documentos foram utilizados para contextualizar o Hospital e a estrutura sócio-econômico- cultural da Ilha de Santa Catarina.

3.5 A análise dos dados

É importante ressaltar que o processo de análise é bastante complexo e não linear. A primeira etapa do trabalho a ser iniciado, segundo Biasoli-Alves (1995, p.47), se dá “através da transcrição e revisão de tudo o que foi gravado, durante cada uma das entrevistas, resguardando o linguajar próprio de cada informante, suas pausas e até entonações, para então, posteriormente, considerar que os dados estejam prontos para serem analisados”.

Num segundo momento, o pesquisador faz a leitura e a releitura das transcrições, incluindo as falas dos informantes que expressam o que o pesquisador pretende elucidar. Esta etapa constitui o início de um trabalho de codificar os dados. Codificar é o mesmo que reunir em código (Ferreira, 1986, p. 425), rotular as notas. Este processo só ocorreu após várias leituras dos dados de cada entrevista, nas quais as infor-

mações foram examinadas, linha por linha, palavra por palavra, frase por frase, até que os conceitos ou os significados nelas contidos fossem identificados, com o auxílio do referencial teórico escolhido, o que permitiu o estabelecimento de uma reorganização dos dados de modo a categorizá-los a partir do referencial foucaultiano.

Foucault propõe uma análise a partir dos discursos proferidos, considerando o discurso como um conjunto de enunciados que tem seus princípios de regularidade, em uma formação discursiva. O que interessa, a Foucault, não são os discursos possíveis, mas os discursos para os quais se estabelecem princípios de verdade ou de validade a serem realizados. Na arqueologia, o que interessa são os discursos reais, efetivamente pronunciados, apresentando-se com uma materialidade. São as dispersões, aquele saber das “mesquinhas”, isto é, das minúcias, que, geralmente, são desconsiderados; aquele que aparece nos discursos das pessoas em geral, da perícia, dos processos judiciais, dos laudos médicos e psiquiátricos, entre outros (Portocarrero, 1994, p.52 e 54).

Por isso, ao analisar os dados deste trabalho, procurei relacionar com a literatura pertinente ao tema, os achados obtidos. Segundo Biasoli-Alves (1995, p.47), a literatura oferece diretrizes para a interpretação do que o pesquisador vai gradativamente construindo com uma forma de agrupamento das falas dos entrevistados. Trata-se de um processo de movimento constante, que se traduz em um ir e vir das falas transcritas para a discussão com os pares, para a literatura, para dados de outras pesquisas. Gradativamente, permite a composição, através da redação, de um quadro descritivo, que visa representar a percepção que o entrevistado traz do passado, e que o pesquisador apreende e reconstrói, a partir de sua abordagem conceitual.

Neste estudo, a análise e a interpretação dos dados, após as entrevistas realizadas, assim como, a consulta aos inúmeros documentos que foram utilizados, possibilitou a construção das seguintes categorias:

- 1. O Hospital de Caridade:** a) as condições do Hospital; b) a filosofia; c) o pessoal de enfermagem: práticas de enfermagem, atendentes de enfermagem, “enfermeiros”, auxiliares de enfermagem e enfermeiras; d) as práticas da enfermagem; e) os pacientes; f) as condições de trabalho; g) as
-

rotinas da enfermagem; h) os médicos; i) as práticas médicas; j) a Superiora; k) o Provedor; l) a Irmandade; m) a Congregação;

2. Florianópolis: a) a época; b) a ABEn; c) a Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta;

3. O Poder: a) as relações de poder; b) o poder –saber; c) o poder religioso; d) os conflitos com os médicos; e) com a superiora; f) entre as irmãs; g) o poder disciplinar; h) a docilidades dos corpos; i) a sanção normalizadora; j) o esquadrinhamento; k) o olhar do outro; l) a resistência ao poder; m) a ruptura; e o n) o legado.

Capítulo 4

O HOSPITAL DE CARIDADE CENÁRIO DESTA HISTÓRIA: A RUPTURA

A memória, onde cresce a história, que por sua vez a alimenta, procura salvar o passado para servir o presente e o futuro. Devemos trabalhar de forma que a memória coletiva sirva para a libertação e não para a servidão dos homens.

Jacques Le Goff
(1992, p.477).

Os autores da idéia da construção do Hospital de Caridade na capital, na segunda metade no século XVIII, provavelmente não haviam sequer cogitado nas repercussões de sua criação. Desde o início do seu funcionamento, o Hospital, a exemplo de outros hospitais criados no Brasil e no exterior (especialmente na Europa), desempenhou papel social bastante significativo no Desterro¹⁰. Passou a atender a tudo e a todos os que necessitavam não somente de cuidados médicos e de enfermagem, mas também daqueles que, não tendo para onde ir, ou onde ficar, buscavam nele ajuda, e hospitalidade. Era o único Hospital, no Estado, que atendia a uma gama imensa de pobres¹¹ que nada podiam pagar. Esforços eram feitos na tentativa de sanar as dores e as doenças deles. Foi criado por iniciativa da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, quando da posse de uma nova Mesa Diretora, em 1782, sendo deliberado e consignado em ata o seguinte:

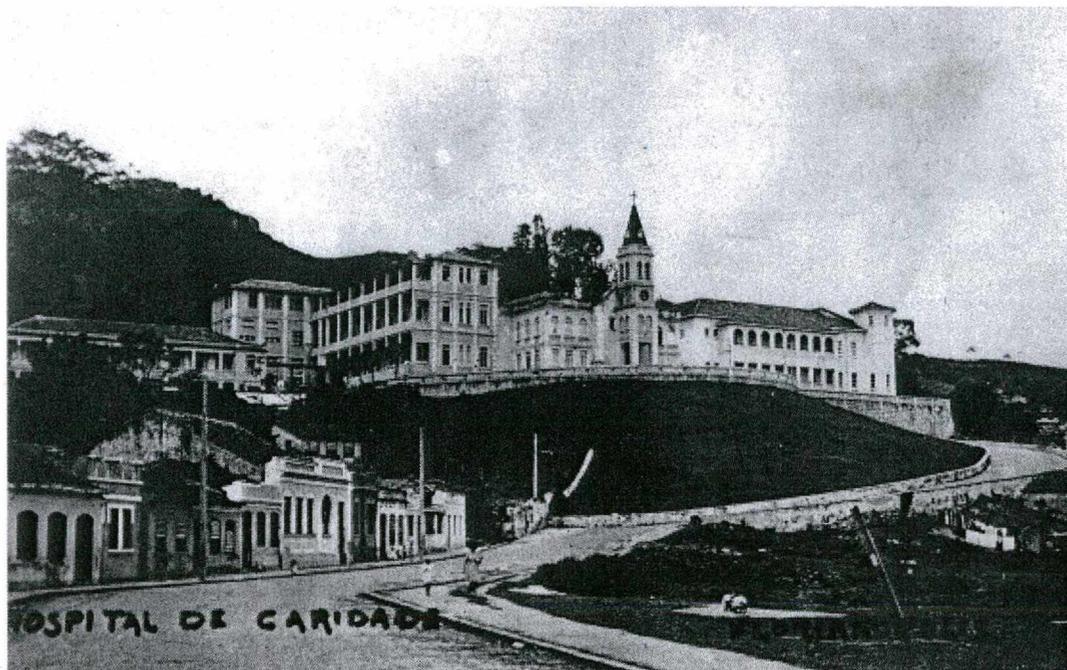


Foto 1 – Hospital de Caridade (1953).

¹⁰ Desterro passou a ser chamada de Florianópolis, a partir de 1894, quando Floriano Peixoto, então presidente da República, derrotou tropas em SC, que se insurgiram contra o governo federal, como repulsa ao fato de Floriano ter assumido e permanecido no cargo de Presidente, quando deveria ter respeitado a Constituição Federal que estabelecia a realização de novas eleições. Como homenagem a Floriano, Hercílio Luz, então Governador do Estado, seu aliado político, concedeu o nome de Florianópolis à Cidade, o que muitos não aceitam até os dias de hoje (Martins, 1992).

¹¹ Segundo Cabral (1979, p.459), o Hospital de Caridade dos Pobres, “destinava-se aos marinheiros, que não tinham casa, nem mulher, nem filhos, nem parentes, muitas vezes; era para os escravos dos senhores que não lhes prestavam a caridade de um socorro, de medo de adquirir, de “pegar” as suas doenças, e que se viam abandonados nessas ocasiões; era para os que não tinham recurso de espécie alguma; era para as prostitutas da Figueira, da Toca, para as marafonas de ínfima categoria, asquerosas, portadoras de sífilis, de gálico, de bouba, de tuberculose, desgraçadas que não tinham onde cair; era para os miseráveis, para os indigentes, para os famintos, para os desarrimados, para os esquecidos, para os abandonados, para os aflitos, nascidos aqui mesmo ou aqui desembarcados de navios em trânsito. E ainda para os enjeitados. Eram para todos aqueles infelizes marginais”.

(...) Visto não haver nesta vila, a Santa Casa de Misericórdia, para remédio dos pobres e necessitados, e sem embargo de que a Irmandade do Senhor dos Passos desta mesma Vila não tem ainda suficiente fundo para socorrer nas suas enfermidades, contudo se assistirá dos mesmos pequenos rendimentos dela aos ditos pobres que necessitarem, dando-lhes não somente sepultura na nossa Capela quando falecerem acompanhados da mesma Irmandade, mas também contribuindo-lhes com o sustento e remédios necessários para o seu curativo pelo amor de Deus, e manda-os recolher para esse efeito em alguma casa, quando forem totalmente destituídos de todo o socorro, enquanto não se faz Hospital próprio para o dito fim; (...) (Pereira, 1998, p.201-202).

Em outras palavras, pode-se dizer que a Irmandade tinha a intenção, ao criar o Hospital, de oferecer ao pobre, ao desvalido, ao indivíduo destituído de qualquer posse, de receber assistência à sua saúde (os poucos medicamentos que haviam na época), alimentação, abrigo e apoio na hora de sua morte, enfim, de seguir os preceitos da fé cristã, que tinha como princípios filosóficos, entre outros, dar o apoio aos pobres e aos necessitados. O Hospital não se destinava aos ricos, que eram raros, nem aos remediados, que não eram muitos. Essa gente tinha família para assisti-la e para tratar dela.

Apesar da grande melhoria que o Hospital representava na assistência, era considerado como recurso de última instância. Até mesmo os pobres, quando podiam, fugiam dele. É que ali se viam privados da presença de familiares, eram submetidos a uma constante vigilância e a uma disciplina que não lhes era familiar, e esquecidos durante a noite, quando os “enfermeiros” iam repousar. Era muito comum, entre o povo do Desterro, afirmar que só se entrava para o Caridade para morrer abandonado num catre, na maioria das vezes, imundo; para ser maltratado pelos enfermeiros, que, na ausência dos licenciados, não se afanavam no trato dos enfermos; não havia limpeza; a comida era intragável e fria; e a primeira faxina do dia, destinava-se a retirar os corpos que haviam expirado durante a noite. Em tempos de epidemia, era comum tirar um defunto que jazia no leito, para jogar sobre este com lençóis sujos, um novo doente, sendo um novo corpo, para sucumbir (Cabral, 1979, p.460).

O Hospital, desde a sua fundação, em 01 de janeiro de 1789, passou por várias etapas. Sua manutenção inicial foi custeada, em sua maior parte, pela Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, face à pobreza da Vila Nossa Senhora de Desterro.

Obteve, ainda, a ajuda do incansável Irmão Joaquim Francisco do Livramento, que, na busca de subvenções para a instituição, chegou a viajar até a capital portuguesa para reivindicá-las junto ao Príncipe Regente.

Recebeu o nome de Santa Casa da Caridade dos Pobres (Cabral, 1979, p.459) como se denominavam todos os hospitais do Reino, pois estes eram organizados nos moldes da Santa Casa de Lisboa. O Hospital teve sua administração confiada à Irmandade do Senhor Jesus dos Passos.

A demanda de assistência aos doentes pobres, como era natural e previsível, foi aumentando paralelamente com o passar do tempo, trazendo, como consequência, a necessidade de construção de novas instalações para o Hospital. Atendendo a essa exigência premente em 1845, com a presença de importantes autoridades nacionais, aí se incluindo o próprio Imperador Dom Pedro II, foi lançada a pedra fundamental, daquele que seria inaugurado dez anos mais tarde, e que recebeu o nome de Imperial Hospital de Caridade.

O Hospital veio sofrer a sua primeira reforma em 1884, durante a gestão do Provedor Virgílio José Vilela. Com o advento da República, passou a chamar-se de Hospital de Caridade, para que já não fizesse mais referências ao período Imperial. Posteriormente, durante a gestão do Provedor Desembargador João da Silva Medeiros Filho, em 1946, uma nova ala foi construída e outros acréscimos e adaptações foram realizadas, face às novas necessidades. Entretanto, o Hospital não só estruturalmente procurou adaptar-se aos novos tempos, mas também se preocupou em melhorar o setor administrativo, principalmente com o aprimoramento técnico e científico de seu quadro de pessoal e com aquisição de materiais modernos e equipamentos (sem nome do autor., Rev. ACAMED n.90, jan.,1979).

No Brasil, já se faziam notar as crescentes modificações na área hospitalar. Com um movimento de organização dos hospitais novos e de reorganização de alguns antigos, decorrente do processo de industrialização, que começou a exercer influência marcante na economia nacional. Até então, a economia do país era essencialmente agrícola, com predomínio de grandes exportações de produtos primários, principalmente do café. A maioria da população estava concentrada no campo. Com a explosão da 2ª Guerra Mundial, o país deixa de importar produtos manufaturados e

passa a ser forçado a desenvolver a sua própria indústria, criando um maior contingente de população nas cidades, mudando as suas necessidades. O Brasil torna-se urbano-industrial. Mudanças sociais ocorrem, principalmente no sistema educacional e na área de dos serviços de saúde, o que forçou os hospitais a se desenvolverem e se aperfeiçoarem para fazerem frente às modificações que passam a ocorrer na sociedade brasileira. Nesse momento, em que os hospitais necessitam de pessoal mais qualificado, opera-se uma ruptura no Hospital de Caridade, frente a uma enfermagem doméstica, que vinha atuando, e a necessidade de pessoal especializado, com conhecimento formal, legalizado, com uma formação técnico-científica. Na verdade, esta ruptura começa um pouco antes, quando já se começa a discutir entre as que mandavam, as superiores dos diversos hospitais da Congregação e a Madre Geral, sobre a necessidade de trazer irmãs com formação superior em enfermagem. Nesse sentido, “a vinda da primeira enfermeira religiosa em 1953, é o culminar desta ruptura”. Tal decisão pode ter sido motivada tanto por decisão interna, quando observada a enfermagem que era desenvolvida no Hospital, quanto também por influência externa, quando da vinda de outras pessoas para visitarem as irmãs da Congregação da Divina Providência.

Isto não significava, em absoluto, dizer que a Enfermagem, que vinha se desenvolvendo no Caridade, era desqualificada, desprovida de qualquer conhecimento; ao contrário, dentro, das suas possibilidades e limites, poder-se-ia até dizer que era a melhor enfermagem desenvolvida na Capital, fruto de um trabalho feito com muito desvelo, amor e fraternidade, porém considerada pouco desenvolvida nos moldes científicos que, à época já se vinha exigindo. Era um saber prático, fruto do desenvolvimento do dia-a-dia, do aprendizado da prática de umas com as outras. Isto pode ser reforçado a partir do que alguns entrevistados, médicos, expressaram:

Embora não fossem diplomadas, mas elas tinham muita prática porque elas estudavam umas com as outras. Iam aprendendo e também perguntavam muito e aprendiam com os próprios médicos; quando eles atendiam, elas perguntavam (São Thiago, 1997).

Na parte da enfermagem, embora não fossem diplomadas, mas elas tinham uma enorme prática e eram muito dedicadas aos doentes, a ponto tal que, às vezes, dava mais trabalho atender às inquietações de uma irmã, do que com a saúde dos seus clientes e familiares (Aragão, 1997).

O ingresso da primeira enfermeira, ainda que religiosa, no Hospital de Caridade em 1953, vai provocar profunda modificação nesse espaço. Esta modificação vai se efetuar aos poucos, em função do aprimoramento do conhecimento. Até então, a enfermagem exercida no Caridade, caracterizava-se por ser mais doméstica, realizada por práticas de enfermagem, atendentes, muitos ex pacientes. Os atendentes, muitas vezes eram contratados como serventes, que tanto cuidavam da limpeza do Hospital, quanto da higiene e conforto dos pacientes. As práticas de enfermagem, eram as irmãs que não só administravam os cuidados de enfermagem mais técnicos (medicação injetável, instalação de soros, sondagem vesical, sondagem nasogástrica e curativos complexos) como também, eram as responsáveis pelas enfermarias, supervisionando, dia e noite, o serviço realizado pelos atendentes e outros. Elas também costumavam controlar o estado clínico e psicológico dos doentes.

Glete de Alcântara (1963, p. 12), que em sua tese Cátedra, analisou a situação histórico social em que a prática da enfermagem foi institucionalizada no país, refere no desenvolvimento de estudo que, avaliações feitas por especialistas em administração hospitalar, no final da década de 50, indicavam o baixo nível de escolaridade das pessoas que trabalhavam no setor de enfermagem dos hospitais. Esta afirmação podia ser confirmada, segundo a autora, pelos resultados obtidos pela Comissão Especial incumbida de elaborar o Ante-Projeto de Lei Orgânica de Assistência Médica, realizado também na década de 50, no qual consta que o pessoal hospitalar, era constituído de: um grupo de médicos qualificados que contavam geralmente com auxiliares de “baixo padrão”¹², ex-doentes sem preparação alguma, inclusive alguns que não possuíam capacidade sequer de realizar serviços domésticos. No entanto, o Relatório refere, ainda, que havia algumas exceções, como as irmãs de caridade que procuravam, muitas vezes, compensar com desvelo e dedicação, a sua falta de preparo na arte da enfermagem ou na administração. Esta situação descrita poderia valer também seguramente para o Hospital de Caridade, que possuía o agravante, de situar-se mais distante do grandes centros urbanos e, por isso mesmo, com menores

¹² A autora não explicita o que vem a ser, auxiliares de “baixo padrão”. Mas não se tratava das enfermeiras, uma vez que estas eram consideradas de “alto padrão”, padrão Anna Néry, contido no Decreto de 1931, que colocava a Escola Anna Néry como a Escola de Enfermagem oficial do país. A partir daí, todas as enfermeiras formadas por uma escola, que seguia o padrão Anna Néry, eram chamadas de “alto padrão”. De baixo-padrão eram consideradas provavelmente as demais exercentes da enfermagem que não recebiam uma formação regular, e que conseqüentemente, não estavam aptas o suficiente para desenvolverem um trabalho adequado de enfermagem junto aos doentes internados.

possibilidades de possuir pessoal mais qualificado, por absoluta falta de cursos preparatórios às atividades de enfermagem.

Na medida em que uma irmã enfermeira ingressa no Hospital e passa a praticar os conhecimentos aprendidos em uma Escola de Enfermagem de nível superior, ela procura já não mais se submeter ao poder hegemônico dos médicos. Neste momento, provavelmente, vai ocorrer, uma mudança nas relações, uma reviravolta nas relações de poder. Foucault (1989, p.109) refere que, a partir do momento em que o hospital se medicalizou, o médico se tornou a figura que passou a determinar todas as condutas terapêuticas e administrativas dentro do hospital, inclusive banindo o claustro para fora dele em proveito de um espaço que devia ser medicamente organizado e, ainda, submetendo o pessoal de enfermagem ao seu poder de mando.

Provavelmente em função da inexistência de enfermeiras no Caridade, até 1953, quem dominava o tratamento do doente, tanto nas prescrições médicas (cura), quanto nas de enfermagem (cuidado), eram os médicos. Tanto assim que, em muitos momentos, durante a consulta realizada nos prontuários dos pacientes no Caridade, se observa que até os cuidados de enfermagem são prescritos pelos médicos, como, por exemplo: controlar a diurese, medir o volume urinário de 24 horas, (prontuário do HC – 30/11/1960). Em um outro prontuário, um médico cirurgião (dezembro de 1960) incluiu, entre outras prescrições, elevar os pés da cama e fazer o paciente deambular. Tais prescrições são próprias da enfermagem, e quem as prescreve, atualmente, são as enfermeiras¹³, na maioria dos hospitais, em que existe a prática da prescrição de enfermagem nos prontuários; ou então, nos casos de inexistência desta prática, estas são prescritas num quadro mural ou verbalizadas para todos os membros da equipe, durante a passagem de plantão. Portanto, no período estudado, parece haver um controle médico, quase que absoluto, na prescrição do cuidado e tratamento do doente. Isto não significava dizer que o pessoal de enfermagem, em muitos momentos, não burlava essas determinações, quando deixavam de realizar determinadas prescrições, por qualquer motivo, ou não as faziam adequadamente¹⁴. Carac-

¹³ A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências, regulamentada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, no seu art. 8º, incumbe privativamente ao enfermeiro, entre outras atribuições, a prescrição da assistência de enfermagem (COREn-SC, 1997, p. 33).

¹⁴ Em muitos prontuários consultados, há queixas de alguns médicos, quando não eram realizadas por parte da enfermagem, algumas das suas prescrições médicas.

terizavam-se como resistências ao poder ou o contra-poder, exercido pela equipe de enfermagem no espaço hospitalar. Com o ingresso da irmã enfermeira, e, posteriormente, de outras enfermeiras, possivelmente irá ocorrer gradativamente uma mudança de práticas e de relações de poder.

Mais tarde, em dezembro de 1960, por exemplo, aparece, pela primeira vez, o nome da enfermeira Áurea em um prontuário, situação que nunca antes havia ocorrido. Todos os cuidados de enfermagem prescritos eram, em geral, ministrados, mas raramente se identificava quem os havia realizado. Tratava-se de um verdadeiro trabalho invisível, ao contrário daquele dos médicos, que sempre registravam seus nomes nos prontuários, após cada prescrição, inclusive, muitas vezes, aos seus nomes, eram acrescentados pelas irmãs (que identifique e pressuponho pela letra) o valor dos seus honorários médicos, que recebiam ou deveriam receber.

A partir de 61, a enfermagem começa a registrar, com maior freqüência, o controle dos sinais vitais, um cuidado que não acontecia comumente, senão quando prescrito pelos médicos. Acredito que este controle passou a acontecer devido ao ingresso de novas enfermeiras (Irmã Romana em 57, Irmã Cacilda em 58, e a Irmã Áurea), mas principalmente pela criação da Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta¹⁵, que passa a utilizar o Hospital de Caridade, como campo de estágio. Os auxiliares de enfermagem, juntamente com as irmãs enfermeiras, ajudam a mudar a rotina do Hospital e a marcar uma nova era da enfermagem, no Caridade. Segundo alguns médicos entrevistados, a Escola teve um valor inestimável, como podemos observar através de suas falas:



Foto 2 – Auxiliares de enfermagem verificando sinais vitais e realizando outros procedimentos (1959).

¹⁵ A Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta foi criada em março de 1959, pela Congregação da Divina Providência, e teve como sua primeira diretora a Irmã Cacilda (Otilie Hammes). A Escola funcionava na casa nº 5, da Praça Getúlio Vargas, no centro de Florianópolis. O curso de auxiliares era baseado na Lei nº 775/49, tinha a duração de 18 meses, com oito horas diárias. Pela manhã, aconteciam os estágios supervisionados; à tarde, as aulas teóricas. Segundo a Irmã Cacilda, “o curso de auxiliares foi um marco na história da enfermagem em Santa Catarina, pois em decorrência deste, passaram a ocorrer mudanças nos serviços de saúde existentes” (Borenstein, 1994, p.33).

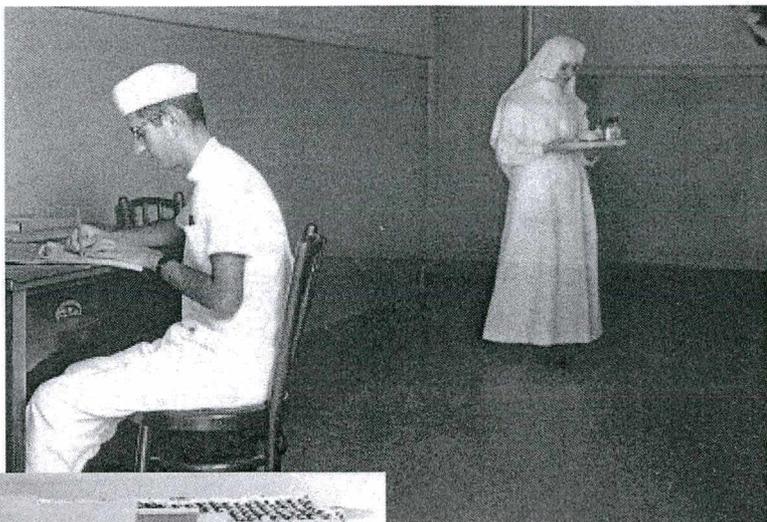


Foto 3 – Auxiliar de enfermagem registrando sinais vitais no prontuário (1960).



Foto 4 – Fachada da Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta na Praça Getúlio Vargas – Centro de Florianópolis (1959).



Foto 5 – Alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem realizando estágio no Hospital de Caridade (1959).



Foto 6 – Alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem realizando estágio no Caridade (1960).

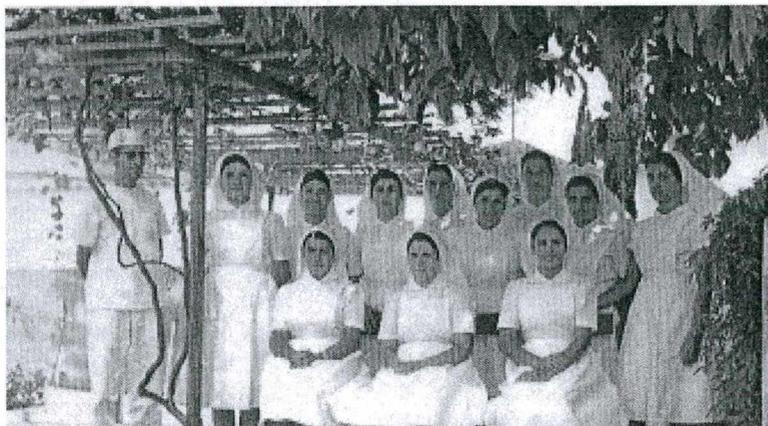


Foto 7 – Flagrante dos alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta (1960).



Foto 8 – Formatura dos Alunos do Curso de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta, no Teatro Alvaro de Carvalho, em 1961.

Quando veio a Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta, foi um sucesso, foi maravilhoso.... Do ponto de vista técnico, foi uma difusão de conhecimentos; isso foi uma peça fundamental para o desenvolvimento da enfermagem (Grisard, 1997).

A Escola de Auxiliares disciplinou a formação daquele pessoal que trabalhava sem titulação universitária; eu acho que foi muito bom porque trouxe pessoas que, embora com o nível de formação mais baixa, pelo menos tinha um treinamento específico. Isso foi muito bem recebido. Viase a diferença do pessoal sem formação nenhuma e aqueles que tinham tido treinamento (Dantas, 1997)

A criação de uma Escola para auxiliares demonstra a preocupação da Congregação da Divina Providência, em Florianópolis, a exemplo das outras Congregações brasileiras, com os novos rumos que a enfermagem vinha tomando dentro dos hospitais, especialmente no Hospital de Caridade, onde vinha atuando, há mais de meio século. No Brasil, diversas Congregações religiosas já haviam começado a formar pessoal de enfermagem de nível médio e superior. Havia portanto, a preocupação com a construção de um conhecimento formal, como era formal o conhecimento

dos médicos, ou seja, um conhecimento reconhecido e comprovado através do diploma.

Segundo dados do Departamento de Estatística da Conferência dos Religiosos do Brasil, entre julho de 1957 e julho de 1958, 975 religiosas já haviam se diplomado em Escolas de Enfermagem em nível Superior (Alcântara, 1963, p.55). Portanto, o ingresso da primeira enfermeira religiosa no Caridade, em 1953, não é um fato isolado, mas ocorre como repercussão do que vinha acontecendo nacionalmente, mediante a necessidade de equipar os hospitais com pessoal de enfermagem qualificado, com maior nível de conhecimento técnico-científico e formal.

É interessante observar como os médicos, que atuavam no Caridade, percebiam o ingresso das primeiras irmãs enfermeiras como evidência de uma ruptura na prática de enfermagem:

As irmãs formadas começaram com esse grupo da Irmã Romana, aliás Irmã Carmela Longo, como ela passou a se chamar assim que elas puderam trocar de nome, a Irmã Concília e a Irmã Cacilda essas foram, ao meu ver, que marcaram um marco. Não digo que elas conseguiram impulsionar uma nova enfermagem, mas elas criaram uma semente para que as coisas mudassem. Eu percebi através do modo delas agirem, do modo de falarem, nos processos que elas introduziam no hospital, na maneira de encarar os doentes, tudo isso era diferente das leigas (Aragão, 1997).

A enfermeira que eu tive maior contato foi a Romana: ela era o máximo, ela fazia tudo. Para teres uma idéia, naquela época eu fazia cirurgia torácica, e não havia médico plantonista; então cada um dos médicos estava de sobreaviso; então era aquela luta, e a Irmã Romana era um filtro, porque quando ela chamava, eu sabia que tinha que ir. Ela já tinha visto as coisas, tinha uma noção exata das coisas. Havia diferenças entre as enfermeiras e as práticas de enfermagem. As enfermeiras tinham muito maior preparo (Lobato, 1997).

No Brasil, as primeiras Escolas de Enfermagem são criadas no início da década de 20, precisamente em 1923, com a criação da Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, posteriormente denominada Escola Anna Nery, considerada marco inicial da Enfermagem moderna brasileira. No final de 50, já havia 39 escolas de enfermagem (Silva, 1989, p.88), no entanto, o número de pessoal nos hospitais, não se elevou proporcionalmente com a criação de mais escolas. O aumento no número de enfermeiras eleva-se quando ocorre uma



Foto 9 – Irmã Romana em atividades no Hospital de Caridade (1960).

expansão no número de hospitais, ou seja, novos estabelecimentos hospitalares são construídos, e os antigos são reorganizados, constituindo o maior mercado de trabalho para as enfermeiras, relegando a plano secundário, sob este aspecto, os serviços de saúde pública que, até então, absorviam a maioria das enfermeiras diplomadas (Alcântara, 1963, p.27-29).

Irmã Concília (Thereza Hackenhaar, 1997), como passou a ser chamada quando se tornou religiosa, jamais havia pensado em realizar um Curso de Enfermagem em uma Escola de nível Superior. Até então, como ela própria refere:

Eu havia entrado para a Congregação para seguir Jesus Cristo e consagrar minha vida na dedicação ao outro. Não tinha muito claro o que queria fazer.

Entretanto, quando a Irmã Concília ainda fazia sua formação como noviça, veio uma ordem da Madre¹⁶ Provincial, na época a Madre Egídia, para que realizasse o Curso de Enfermagem, na Escola Luísa de Marillac, no Rio de Janeiro. As decisões ficavam mesmo por conta das irmãs superiores e da Madre. Às aspirantes, às postulantes, às noviças¹⁷ e às irmãs, restava a obrigação de obedecer. Afinal, a identidade de uma irmã religiosa se dá a partir de um aprendizado, ou seja, de uma série de comportamentos que vão configurar o “jeito de freira”. Elas buscam a identificação pela prática, de 3 votos: a obediência, a castidade e a pobreza (Grossi, 1989, p. 33). Para Foucault (1991, p.127), a renúncia, que faz parte das disciplinas do tipo monástico, não implica num aumento da utilidade do corpo, mas em obediência absoluta deste, a outrem, e tem como objetivo principal dominar este corpo, impedin-

¹⁶ A Madre é eleita pelo Capítulo – reunião de um Colegiado de irmãs que vota secretamente numa delas para o cargo de Madre, por um período de três anos e que pode ser renovado por mais três, o que normalmente ocorre, perfazendo um total de seis anos de mandato (Grossi, 1989, p.60-61).

¹⁷ Para um maior entendimento sobre cada uma destas categorias na hierarquia religiosa, ver Grossi (1989).

do que este decida sobre si. A renúncia, a mortificação do eu e a total obediência ao mestre é a busca em outro nível de realidade. É a busca da purificação da alma. Sobre a época e a decisão, Irmã Concília referiu o seguinte:

Eu resolvi rezar muito para ver se eu ia: eu nem sabia direito no que consistia o Curso de Enfermagem naquela época. Depois de muita reza, me transferiram para o Rio de Janeiro. E me “dei bem”, parece que eu “me encontrei na enfermagem”. Entrei na Escola Luisa de Marillac em 1950, e terminei o curso em 53.

Segundo Padilha (1998, p. 81), um fato que fica evidente na análise dos documentos escritos por Luísa de Marillac (a criadora da Ordem das Irmãs de Caridade junto com o Padre Vicente Paulo) e que conduziu a prática de enfermagem até o Brasil, é a exigência explícita acerca do comportamento das irmãs enfermeiras e de todas as demais. Este comportamento deveria ser marcado e moldado pela “humildade, simplicidade, modéstia e caridade”, como virtudes, que deveriam compor o seu espírito. Deveriam, ainda, praticar a tolerância e a cordialidade junto aos doentes, tudo isso com grande submissão e verdadeira humildade. Estas características predominantes do caráter das irmãs foram sendo incorporadas através dos séculos e possibilitaram a construção de um perfil dócil, submisso: corpos que seguem e acatam as normas, transformando-se em corpos obedientes e submissos.

Naquela época (década de 50), conforme Hackenhaar (1997), Hammes (1997) e outras irmãs que participaram deste estudo, começaram a ocorrer problemas nos hospitais: “faltava pessoal qualificado para trabalhar com os doentes”. Não havia nenhuma enfermeira nos hospitais da Congregação Divina Providência, aqui no Brasil. Além dos problemas internos das instituições hospitalares, as irmãs que tinham poder de decisão (Superioras e Madres) foram influenciadas por pessoas experientes externas, como Dom Jaime de Barros Câmara (Arcebispo do Rio de Janeiro). O Arcebispo tinha um relacionamento bastante amigável com as Irmãs da Divina Providência, em função de ter sido, anteriormente, o Capelão do Hospital de Caridade, de 1921 a 1924 (Hospital de Caridade, 1988, p.13). Em um dos encontros com as irmãs, segundo Maria, que foi irmã por um longo período de tempo, à época noviça, e que preferiu não ser identificada por razões pessoais, pelo que será denominada com esse nome, o Arcebispo profetizou: “que futuramente, não se aceitariam mais pessoas sem formação em

enfermagem, para trabalhar nos hospitais brasileiros". Esta passou a ser uma nova proposta da Congregação, ou seja, estimular a formação de enfermeiras, para, futuramente, criar uma escola de auxiliares e outros serviços de enfermagem. Em relação as dirigentes desta Congregação, esta mesma irmã expressou-se do seguinte modo:

Nós tínhamos ali as Madres, que não eram "bobinhas não", eram alemãs bem evoluídas. Aí elas resolveram mandar as irmãs para se formarem. Elas viram que iam perder o espaço para as leigas que viriam mais tarde. Elas não eram tolinhas.

Até então, em Florianópolis, e provavelmente em todo o Estado de Santa Catarina, só havia, no espaço hospitalar, práticos e atendentes de enfermagem: pessoas que, na prática, não haviam realizado nenhum curso formal, pois não havia na Capital, cursos relativos à enfermagem, que tivessem enfermeiras como professoras. Havia cursos para parteiras, ministrados por médicos e por parteiras práticas, que se desenvolviam na Maternidade Carlos Corrêa – Florianópolis, desde 1935; entretanto, sem nenhum apoio técnico – científico por parte das enfermeiras (Borenstein, 1994). Além desses cursos, ofereciam-se no Departamento Estadual de Saúde Pública, provas para práticos de enfermagem. Estas provas eram realizadas para assegurar estabilidade àquelas pessoas, que já vinham atuando na enfermagem nos hospitais. A estas, foi facultado realizar o exame prático de enfermagem pelo Decreto Lei nº 8.778, de 22/01/46 e Lei nº 3.640, de 10/10/59 (D.O. 14/10/59) que, através deste título, conseguiram equiparação semelhante ao de auxiliar de enfermagem (Engel, 1964, p.40). As candidatas que se submetiam ao exame de prático de enfermagem eram avaliadas por uma banca constituída, em geral, por enfermeiras, médicos e administrador, e, após serem aprovadas, recebiam o certificado de prático de enfermagem.

Em relação à área de Saúde Pública, havia, na capital, algumas poucas enfermeiras que atuavam nos serviços de saúde, especialmente no Departamento Estadual de Saúde Pública, criado em 1936, pelo então interventor Nereu Ramos, por orientação do Departamento Nacional de Saúde Pública. Um ano após, o Estado foi dividido em áreas correspondendo a sete Distritos Sanitários, todos com um Centro de Saúde, na sede do distrito, complementados por postos, sub-postos ou postos itinerantes de acordo com as necessidades de cada região. Assim, Florianópolis passou a ter um amplo Centro de Saúde, no centro da cidade, e a ser a sede do primeiro distrito sanitário.

Com isto ocorreu a implantação de serviços de controle e profilaxia da hanseníase, tuberculose, doenças mentais e outras (Coelho, 1998, p.215). As enfermeiras, para atuarem neste serviço, foram cedidas pelo Ministério da Saúde, como é o caso da primeira enfermeira catarinense que retornou ao Estado, Hilda Anna Krisch, na função de enfermeira federal. Foi enviada pelo Ministério para supervisionar os três Estados do sul, Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, nas questões relativas à saúde, enfermagem, criação e organização de hospitais.



Foto 10 – Departamento de Saúde Pública (1940).

A enfermeira Hilda Krisch, por ser catarinense, natural de Joinville – SC, fixou residência nessa cidade. No entanto, percorria freqüentemente as cidades sob sua jurisdição. Atuava na formação dos práticos de enfermagem, na criação de hospitais e organização dos serviços de enfermagem. Havia realizado, na década de 30, o Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Ana Néri, no Rio de Janeiro e, posteriormente, por ter se sobressaído como uma aluna excepcional, foi agraciada com uma bolsa de estudos da Fundação Rockefeller, a fim de realizar um Curso de Aperfeiçoamento no Estados Unidos. Após a realização do curso e de inúmeros estágios nos EEUU, Hilda

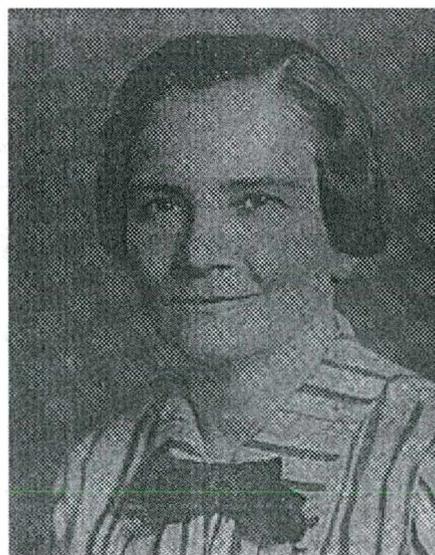


Foto 11 – Enfermeira Hilda Anna Krisch (1938).

adquiriu grande experiência na construção e organização de hospitais, tendo, inclusive, participado na construção e organização do Hospital de Clínicas de São Paulo, na década de 40. Ali, Hilda permaneceu como supervisora, somente até meados da década de 50, em função de ter se aposentado por grave doença (câncer de mama), vindo a falecer em 1995, aos 95 anos, com total lucidez (Krisch, 1995).



Foto 12 – Enfermeira Flérida Goudel Cardoso (1968).

Havia outras enfermeiras que atuaram na capital. Uma das quais foi Flérida Goudel Cardoso, que, ao concluir também seu Curso de Enfermagem na Escola Ana Néri, retornou para Florianópolis em 1946, quando passou a atuar no Centro de Puericultura da Legião Brasileira de Assistência (LBA) e nos ambulatórios de atendimento a previdenciários, vinculados ao IAPC (Borenstein, 1994).

Portanto, nos hospitais da capital, havia os atendentes (denominados também de “enfermeiros” e “enfermeiras”) e as irmãs práticas de enfermagem. Até então, essas irmãs, chamadas de práticas da enfermagem, possuíam um saber considerado prático “calcado no conhecimento do dia-a-dia”, no aprendizado de umas com as outras e com aquelas irmãs que vinham da Alemanha (Grisard, 1997). Possuíam, ainda, um saber apreendido com os médicos, este saber foi transmitido apenas para elas poderem atuar na prática “sem darem grandes mancadas”, pois os mesmos passavam aquelas informações estritamente necessárias ao cuidado do doente, para que evitassem colocá-los em risco (Hackenhaar, 1997). Segundo Machado (1998)”, *eles, os médicos, não explicavam para a gente as coisas que a gente não sabia; eles só diziam: “tem que fazer isso, isso e isso..”*. As vezes davam um esporro quando as coisas não saíam direito”.

Alcântara (1963, 43), em sua tese de cátedra, reforça esta informação, quando aborda a questão das religiosas no Brasil, referindo que em:

60% dos estabelecimentos hospitalares brasileiros, os serviços de enfermagem estão entregues a grupos religiosos. Tal situação estabeleceu uma hierarquia nestas instituições, encontrando as pessoas laicas, de

nível sócio-econômico inferior, subordinado às irmãs. Contudo, a posição superior ocupada por estas, não provinha do nível de competência para as funções exercidas, senão da autoridade tradicional que lhes conferia sua condição de religiosas. Em sua maioria, provenientes de países europeus, pouco atingidos pela reforma de enfermagem, as religiosas adquiriam conhecimentos e habilidades relativas ao trabalho hospitalar, pelo sistema de aprendizes, “onde a mais antiga e prática” transmite a arte, pessoalmente, àquela que deve substituí-la. Assim eram preparadas as religiosas que se dedicavam à enfermagem no país, até bem pouco tempo atrás.

Portanto, foi a partir da prática das pessoas que atuavam na enfermagem no cotidiano dos hospitais brasileiros, que se construiu esse saber, um saber pragmático. O saber construído a partir do fazer, do aprendizado de uma com as outras.

Quando abordo o conhecimento considerado pré-científico de enfermagem, desenvolvido no Hospital de Caridade à época, sinto a necessidade de fazer uma retrospectiva de como se deu a construção desse conhecimento. Penso que este, se correlaciona com a chegada das primeiras irmãs, ditas “enfermeiras”, ao Hospital de Caridade, em 1897. Estas eram provenientes de Münster – Alemanha; a elas foi atribuída a responsabilidade pela primeira assistência de enfermagem realizada aos pacientes internados (Hospital de Caridade, 1988). Foram, provavelmente, as responsáveis pela implantação de um serviço de enfermagem, ainda que doméstico, e pela produção e difusão de um conhecimento de enfermagem no Hospital. A chegada das primeiras irmãs de Caridade da Congregação da Divina Providência, ocorreu por uma iniciativa direta do Padre Topp.

Fuck (1995, p.17), baseada numa cronista alemã não identificada, mas possivelmente uma irmã da Congregação da Divina Providência, fez o seguinte relato: “logo após a independência do Brasil, o governo imperial brasileiro promoveu a imigração de colonizadores europeus não portugueses para o Sul do país. Prometendo-lhes terras férteis e a necessária assistência inicial para aqui construírem um futuro para si e suas famílias, enquanto ajudariam a colonizar imensas regiões ainda incultas do território brasileiro. O primeiro grupo de imigrantes alemães chegou em 1824, foi destinado ao Rio Grande do Sul, enquanto que em 1828/29 chegava um novo contingente de famílias alemãs, destinadas ao sertão catarinense; a estes, foi destinado o Município de São Pedro de Alcântara”.

Um grupo foi considerado particularmente decisivo, segundo Fuck (1995, p.18), no desenvolvimento cultural e social da comunidade alemã; foram os alemães provenientes da Westphalia. Católicos tradicionais da Diocese de Münster, em 1860, estabeleceram-se no Vale do Capivari. Praticamente junto com estes, veio, em 1861, o Padre Guilherme Roer, a fim de atender as questões religiosas de seus conterrâneos. No entanto, com o passar dos anos, este religioso, percebendo não ter forças para continuar sua obra religiosa, retornou à Alemanha, solicitando que outro padre o substituísse. Após inúmeras tentativas de substituição, a Diocese enviou o Padre Topp, que se mostrou bastante interessado em assumir a função pastoral.

Durante o longo tempo em que permaneceu na comunidade, o Padre Topp percebeu que, além das necessidades religiosas, as comunidades alemãs possuíam muitas outras, como a de escolas para alfabetização, a fim de promoverem a cultura das jovens gerações, ameaçadas de crescerem analfabetas, e a de hospitais para promoverem o atendimento à saúde e aos casos mais graves, quando os recursos caseiros já não eram suficientes. Diante dessa realidade, o Padre Topp retornou à Alemanha e apelou a várias Congregações de Münster, solicitando o envio de irmãs para a criação de escolas e outras que pudessem atuar nos hospitais.

Esta solicitação não foi facilmente atendida, pois várias Congregações recusaram a proposta, até que, desanimado, pensando em retornar, o Padre Topp encontrou o apoio do Padre Vicente Wienken, em Münster. Este era o diretor da Congregação das Irmãs da Divina Providência. Esta Congregação, criada em novembro de 1842 (Rottmann, 1977, p.15) pelo Padre Eduardo Michelis, tinha como finalidade a dedicação à educação de crianças e jovens, em orfanatos, creches, escolas e instituições de caráter social. No entanto, essas irmãs da Congregação não possuíam nenhuma formação e nunca haviam trabalhado na enfermagem. O Diretor, sabendo que o Padre Topp também necessitava de enfermeiras, referiu com simpatia: “se tens este problema, faremos com que algumas irmãs, antes de partirem, se formem enfermeiras”.

Em 28 de maio de 1897, “chegaram as primeiras irmãs “enfermeiras”, em Florianópolis. Inicialmente, fixaram residência provisória em uma casa comprada por outras irmãs da Divina Providência, que seria o futuro convento “Coração de Jesus”;

permaneceram nesta, por três meses, a fim de se adaptarem às condições climáticas e aprenderem a língua nacional, para fazerem jus, como diz a crônica (Hospital de Caridade, 1988, p.1), “à sua futura missão”. Três meses após, em 29 de agosto de 1897, as Irmãs: Geórgia Finke, Camila Berwerth, Bartoméa e Caróla Voss, sob a coordenação da Irmã Albertina, assumiram o Hospital de Caridade. Nesta ocasião, foram recebidas com honras e glórias, pelas pessoas importantes da cidade (representantes das melhores famílias), dirigentes do hospital e representantes do governo do Estado. O Provedor Germano Wendhausen entregou solenemente as chaves da casa à Irmã Superiora Albertina, significando, com isso, que as irmãs, como administradoras, não só enfermeiras, teriam de cuidar de tudo (Hospital de Caridade, 1988, p.1; Fuck, 1995, p.75).

As irmãs assumiram imediatamente as tarefas. A Irmã Superiora Albertina, a contabilidade, que, segundo a cronista (Hospital de Caridade, 1988, p.2) parece não ter sido tarefa fácil, devido ao fato de ainda não dominar o idioma português. A Irmã Geórgia passou a cuidar das mulheres. A Irmã Camilla, auxiliada por um funcionário, assumiu a cozinha, enquanto a Irmã Carola encarregou-se dos cuidados da capela do hospital e de outras atividades. Finalmente, a irmã Bartoloméa assumiu o cuidado dos idosos e a costura. Em relação aos pacientes homens, não há maiores informações; pressuponho que o cuidado destes, permaneceu sob responsabilidade dos antigos funcionários, os chamados “enfermeiros”, que já trabalhavam no Caridade. Os primeiros escritos (de Luiza de Marillac e Vicente de Paulo) denotam a mesma preocupação acerca de como as irmãs deveriam agir e se comportar frente às questões ligadas à sexualidade. Os escritos estavam relacionados com as questões de castidade, posteriormente pureza e honra. Os contatos mais íntimos, relativos aos cuidados com o corpo do sexo masculino, acarretariam problemas acerca da pureza e da honra das irmãs, os quais, de modo nenhum, poderiam ocorrer (Padilha, 1998, p. 73).

A partir do momento em que as irmãs ingressaram no Caridade, elas “ se impuseram ao trabalho com grande circunspeção, sabedoria e delicadeza (Hospital de Caridade, 1988, p.2) e tentaram conquistar, passo a passo, a direção da casa, pois os antigos enfermeiros permaneceram no cargo. De um modo geral, eram bastante dóceis; no entanto, em função do andamento da casa, alguns foram demitidos”. Segundo a cronista, saíram como “amigos”. Talvez não tão amigos como a cronista

refere... Afinal, seria quase que impossível, nos dias atuais e passados, as pessoas serem demitidas e saírem amigavelmente da instituição. Talvez, à época, esta fosse uma forma de fazer registros, especialmente quando eram religiosas, as pessoas que faziam relatórios, demonstrando, assim, uma certa harmonia no ambiente, uma paz que, possivelmente, não aconteceu.

Essas irmãs foram, portanto, as primeiras responsáveis por um serviço mais estruturado no Hospital de Caridade e, seguramente, por um saber que começou a se constituir e a se difundir. É importante ressaltar que, em momento algum, a cronista nos fala da formação exata dessas “enfermeiras”. Penso que, na trajetória destas irmãs “enfermeiras”, o saber foi se constituindo no dia-a-dia, no aprendizado com os acertos e erros e com algum conhecimento prévio recebido na Alemanha. Nas crônicas desse período, não são registrados assuntos relativos a cursos, palestras, aperfeiçoamento, ou qualquer outro tipo de formação, após a admissão no Caridade.

Após o ingresso do primeiro grupo de irmãs alemãs, as chamadas “enfermeiras”¹⁸, outras vieram para o Hospital, também provenientes da Alemanha; porém, posteriormente, vieram, também, irmãs brasileiras (novas irmãs que foram sendo formadas no Convento da Congregação da Divina Providência, na Capital), enviadas pela Congregação. Em geral, as irmãs que eram mandadas para o Hospital, submetiam-se à disciplina estabelecida, sem serem questionadas acerca do seu real interesse em fazer enfermagem e sem nenhuma formação ou treinamento prévio. O poder disciplinar, segundo Foucault (1991, p.127), fabrica assim corpos submissos e exercitados, os chamados corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência).

Apesar de algumas noviças ou irmãs encaminhadas não possuírem o menor interesse ou conhecimento acerca da enfermagem que se exercia nos hospitais, havia aquelas poucas que se interessavam e que já haviam trabalhado anteriormente na enfermagem, antes de se tornarem irmãs e, por isso, buscavam na Congregação, além dos motivos religiosos, também o interesse em atuarem no

¹⁸ “Enfermeiras” deve ser entendida, nesta época, não como profissionais formadas por uma escola oficial, mas sim profissionais com um conhecimento “relativo” de enfermagem.

Hospital. Houve alguns casos de mulheres leigas que trabalhavam na enfermagem do Caridade e que, pela proximidade com as irmãs, pelo apego à religiosidade e, finalmente, pela simpatia com o tipo de vida que as irmãs levavam, optaram pela vida religiosa; esta, porém, não era uma prática muito comum.

O encaminhamento das irmãs da Congregação da Divina Providência para o Hospital de Caridade, para atuarem nos diversos setores, tais como: cozinha, lavanderia, enfermagem, secretaria, farmácia, laboratório e outros, efetuava-se em decorrência das necessidades deste. Entretanto, ocorriam situações em que se dava a admissão de religiosas, sem que elas aparentemente demonstrassem alguma capacidade, ou seja, não mostravam competência para outras funções, não serviam para atuar no ensino, como professoras, e também não serviam para estudar, sendo então encaminhadas para o Hospital, para desempenharem uma função qualquer, e, às vezes, vinham atuar no serviço de enfermagem. Pode-se dizer até que, dentro da Congregação, havia uma diferença entre as irmãs: havia aquelas que se sobressaíam em termos de conhecimento, ou da sua procedência, em termos da nacionalidade e condição econômica. Muitas eram encaminhadas para a Escola, para trabalharem no Colégio Coração de Jesus, ao passo que, aquelas irmãs para os quais não havia grandes expectativas, em termos de conhecimento teórico, eram, enviadas para o Hospital. Havia, portanto, uma dicotomia entre o conhecimento proveniente do ensino formal, o acadêmico (teórico) versus a prática – hospitalar, ou seja, entre aquelas que detinham o conhecimento, as professoras, e aquelas da prática, “as enfermeiras”.

Às últimas eram vistas com menor apreço. Inclusive, até na sua própria condição de vida, pois as “enfermeiras” que trabalhavam no hospital, moravam, também, dentro deste; dormiam ao lado das enfermarias, em grandes dormitórios, com banheiros próximos, e faziam suas refeições, num mesmo refeitório também, próximo às enfermarias, revezando-se no horário das refeições e, à noite, a fim de supervisionarem os doentes. Estas irmãs mantinham o cotidiano hospitalar em atividade durante as 24 horas do dia, possibilitando, por sua ação constante, uma contínua observação hierárquica. Esta observação contínua visava a supervisão, através da qual aprimorava-se o sistema de prestação de serviços e quando ocorriam deslises por parte do pessoal de enfermagem, estes passariam a receber sanções normalizadoras, que poderiam variar, desde um simples olhar repressivo até uma punição mais efetiva.

As irmãs tinham uma rotina exaustiva, entre os afazeres da enfermagem (sem fim), de manhã, à tarde e à noite e nos finais de semana, e as rezas nos intervalos. Isto é o que Foucault (1989, p.137) chama de um tempo integralmente útil, “em que o tempo é medido e pago, deve ser também um tempo sem impureza nem defeito, um tempo de boa qualidade, e durante todo o seu transcurso o corpo deve ficar aplicado a seu exercício. A exatidão e a aplicação são, com a regularidade, as virtudes fundamentais de um tempo disciplinar”.

As professoras que possuíam o saber teórico formal, consideradas, portanto intelectualmente superiores em relação às enfermeiras, possuíam uma melhor condição de vida, pois moravam no convento, num prédio separado, porém próximo à escola; davam aulas em determinados períodos, tinham relativo descanso à noite, nos finais de semana, e nas férias escolares, ao contrário das “irmãs enfermeiras”, que, além de não possuírem as mesmas condições, ainda davam plantões à noite e nos finais de semana. Com todas as dificuldades, “as enfermeiras”, ainda, eram menos reconhecidas que as primeiras. Esta situação pode ser retratada através da fala de Maria (1997) sobre a época:

Dentro da Congregação havia diferenças, por exemplo professoras e enfermeiras. É como hoje, a relação docente assistencial. Comparando as professoras com as enfermeiras, as primeiras se achavam que sabiam mais e sabiam mesmo. Elas tinham mais instrução que as enfermeiras (aqui penso que a entrevistada, fala das enfermeiras genericamente), mas se bem que por outro lado, elas respeitavam as enfermeiras, porque sabiam que, se ficassem doentes, elas iriam para o hospital, para as “enfermeiras” cuidarem delas. E o pessoal do hospital não gostava das professoras. Eram dois setores separados dentro da Congregação. Nós só nos reuníamos, na época do retiro.

Hackenhaar (1997) reforça esta afirmação através da seguinte fala:

Havia uma grande diferença entre as enfermeiras irmãs e as professoras irmãs: ao menos no início, iam para os hospitais as que não serviam para serem professoras; estas elas mandavam para o hospital. A irmã que cuidava da enfermagem quando eu cheguei, mal sabia escrever.

Ainda na Congregação, havia claramente uma preferência pelas irmãs de origem alemã, para assumirem cargos como o de Superiores e outras funções de maior responsabilidade ou até mesmo, para estudar em Curso de Enfermagem de nível superior. Esta colocação pode ser verificada através da seguinte fala:

Elas eram escolhidas como irmãs superiores porque muitas vezes elas tinham afinidade entre si, e depois muitas eram de de origem alemã, muitas vinham da Alemanha direto. Eu me lembro uma vez quando eu vim para um retiro que tinham 135 Superiores, eram 13 das Províncias e nós 2 que viemos de Porto Alegre, que não éramos estrangeiras, o resto era tudo alemoa. As nacionais tinham muito pouco espaço no poder, as luso-brasileiras, nem se fala, eram piores ainda (Hackenhaar, 1997).

Com a admissão da Irmã Concília (Tereza Hackenhaar) como enfermeira, em 1953, (observe-se que ela foi a 1ªirmã a realizar o Curso de Graduação em Enfermagem em uma Escola de Nível Superior, e era de origem alemã), no Hospital de Caridade, esta situação referente a uma mudança das práticas realizadas na enfermagem, passa lentamente a desenvolver-se.

A própria cronista não identificada (Hospital de Caridade, 1988. p.40) comenta: “no mês de setembro veio para cá a Irmã Concília. Agora a coisa tornava-se séria. Era preciso estudar muito, pois oito irmãs iriam submeter-se a exames de enfermagem. Com a ajuda de Deus e com muita dedicação, elas conseguiram passar bem nos exames, nada fáceis”. A autora não explicita qual o motivo dos exames serem nada fáceis. Certamente, os exames que eram realizados no Departamento de Saúde da Capital, para os práticos de enfermagem, não deveriam ser nada fáceis, pois as candidatas dominavam a prática, mas provavelmente não dominavam os conceitos teóricos. A própria língua, alemã, poderia se constituir em dificuldade. Além disso, deveriam ser submetidas a uma banca constituída por: médicos, enfermeiras e pelo administrador do Departamento de Saúde.

Hilda Anna Krisch, em entrevista realizada em sua residência, em 1995, rememorando, comentou esses exames e enfatizou a necessidade de um preparo prévio para os candidatos, na época. Em outra ocasião (1997), numa entrevista informal realizada com duas irmãs idosas que trabalharam na enfermagem na década de 50 e que, na época da entrevista, eram aposentadas e residentes no Convento da Congregação da Divina Providência, referiram terem tido uma grande ajuda das enfermeiras na época, para se prepararem para estes exames. Portanto, a vinda da Irmã Concília vai, de certa forma, facilitar esse preparo. Pois o que vinha ocorrendo, até então, é que o preparo das irmãs era feito de forma esporádica, com aulas ministradas por enfermeiras que se colocavam à disposição, que não tinham vínculo com o

Hospital e que, portanto, não tinham grandes compromissos em treinar este pessoal. Hilda Krisch era enfermeira do Ministério da Saúde, e Flérida Goudel Cardoso, da Legião Brasileira de Assistência (LBA).

Percebe-se uma mudança nos rumos da enfermagem, quando a cronista diz: “agora a coisa tornava-se séria”. O que a cronista quis dizer? Na verdade, a Congregação da Divina Providência, desde a sua criação em 1842, em Münster, na Alemanha, havia se dedicado especificamente à educação de crianças e jovens, em orfanatos, jardins de infância, creches, escolas e instituições de caráter social. A única “formação” em saúde que as irmãs “receberam”, processou-se quando da sua vinda ao Brasil (Fuck, 1995, p.24).

Portanto, em relação à saúde, em especial, à enfermagem, a Congregação parece ter investido apenas quando da vinda das primeiras irmãs ao País, para poderem atuar no Caridade. Esta situação permaneceu a mesma, por longo período de tempo, aproximadamente meio século (1897-1950), pois, nesse período, não há registro de quaisquer cursos que as irmãs tenham realizado. Ao contrário, para Fuck (1995, p. 78), o Hospital de Caridade foi, durante muitos anos, a escola prática em que inúmeras jovens irmãs aprenderam a experiência das mais antigas, o mister de ser enfermeira e de ser farmacêutica, que, posteriormente, continuaram a exercer no Hospital.

A primeira Escola de Enfermagem Brasileira, nos moldes da enfermagem moderna, tendo Florence Nightingale como sua precursora, foi criada no Rio de Janeiro, em 1922 e regulamentada em 1923, (já focalizada anteriormente), criada com o apoio da Fundação Rockefeller em convênio com o governo brasileiro, ficando subordinada ao Serviço de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública. Várias enfermeiras catarinenses já haviam realizado formação nesta escola; entretanto, nenhuma das irmãs “enfermeiras” da Divina Providência, e muito menos do Hospital de Caridade, haviam sido, até, então, encaminhadas. Somente em 1950, quase três décadas depois, é que se imprimiu mudança nos rumos. A que se deve? Medo de perder o espaço dentro dos hospitais? Necessidade de aprimoramento? Ou efetivamente uma conscientização acerca da profissão e da importância da melhoria da assistência de enfermagem?

A partir da década de 50, começa a despontar um novo modelo econômico, caracterizado pela entrada de capital estrangeiro e pela sua forte influência sobre a economia brasileira. O Brasil começa a tornar-se um país industrializado; além disso, por efeito da entrada de capital, é forçado a importar equipamentos e materiais sofisticados que passam a ser integrados em todos os setores, mas, especialmente nos hospitais, onde começam a ocorrer grandes modificações. Neste contexto, a saúde pública perde espaço para a medicina previdenciária, que se amplia desde o final dos anos 50, ganhando a hegemonia do setor. Neste período, iniciam-se os avanços científico-tecnológicos da indústria farmacêutica e da indústria de instrumentos e equipamentos médico-hospitalares, conjugados a uma política de saúde que se caracteriza pelo favorecimento crescente de interesses capitalistas da área, contribuindo para o processo da medicalização da sociedade, bem como para a tecnificação do ato médico, com a multiplicação de especializações. A medicina vinha avançando e, conseqüentemente, a enfermagem tinha que avançar. O foco de saúde no país deixou de incidir na saúde pública, concentrando-se no hospital, para uma saúde curativa (Silva, 1989, p.83).

Na verdade, a criação do hospital medicalizado está relacionado com o bio-poder, que representou um elemento importante no desenvolvimento do capitalismo. O bio-poder está preocupado com a administração dos corpos e com a gestão calculista da vida: é necessário manter, a qualquer custo, o homem como um ser produtivo. Os dois pólos do bio-poder, controle do corpo e o controle das espécies que se desenvolveram no século XVIII, foram reunidos no século XX com a questão do sexo, como meio de preservação da espécie, de uma espécie saudável, capaz de procriar e produzir (Dreyfus e Rabinow, 1995, p.155).

A entrada da irmã Concília vai provocar modificações no espaço hospitalar. Até aquela época, embora sem formação, são as irmãs práticas de enfermagem e os ditos “enfermeiras” e “enfermeiros” quem desempenham todas as atividades de enfermagem no hospital, sendo as primeiras, as responsáveis pelas enfermarias e as que ditam as normas. A entrada da 1ª enfermeira religiosa vai provocar profunda modificação no espaço hospitalar, com uma prática que começa a ser diferente. Irmã Concília, advinda com um saber formal, vai implementar este saber, um saber aprendido nos livros e nos hospitais modelos da época, especialmente nos hospitais do Rio de Janeiro; um saber aprendido na academia, enfim, um saber considerado “científico”. Vai

acontecer o que Foucault (Dreyfus e Rabinow, 1995, p.118) considera como uma descontinuidade, uma ruptura, um novo processo, uma mudança de valores e práticas.

Irmã Concília, imediatamente após sua chegada ao Hospital, começa a implementar cuidados referentes à esterilização efetiva do material instrumental (seringas de vidro, agulhas de aço inox, pinças, entre outros) até então utilizados. Segundo ela própria (Hackenhaar, 1997), antes de introduzir um maior cuidado no preparo do material utilizado pela enfermagem, este preparo era feito do seguinte modo:

Se esterilizavam as seringas em álcool; seringas e agulhas eram colocadas em tampinhas de álcool e já eram usadas de novo; era uma tristeza, nem sei como não morria mais gente, mas acho que muita infecção eles levaram do Hospital. Quando eu fiz aquele estagiozinho de quinze dias na clínica médica, do Caridade, para ver se eu dava para enfermagem, antes de ir para o Rio, eu vi tanto horror naquilo lá, que eu pensei: meu Deus, será que vai ser isso daí? No Hospital do IAPTEC do Rio de Janeiro, fui vendo que era tudo diferente. Me aliviiei

Em relação à formação do pessoal de enfermagem, Irmã Concília passa a ministrar cursos de atualização e de preparatório para as irmãs candidatas ao exame prático de enfermagem; bem como a ministrar aulas sobre saúde para as noviças do convento. A irmã Concília queria que essas irmãs tivessem maior preparo para atuar na assistência e também para conhecimento pessoal, no caso as noviças. Desenvolveu, também, um trabalho como auxiliar em cirurgia, não como uma simples instrumentadora, mas como assistente de cirurgia, como uma segunda cirurgiã. Sobre a época, Irmã Concília faz o seguinte relato:

Quando cheguei do meu curso de enfermagem do Rio de Janeiro, comecei a trabalhar e, ao mesmo tempo, dava aulas à noite para as irmãs; era mais para as irmãs, para as atendentes não. Uma vez por semana eu ia para o noviciado também dar aulas de enfermagem. Saía correndo do Hospital de tarde para dar aulas às noviças. Era um grupo grande: tinha mais ou menos umas 60 noviças. Com a preparação para irmãs, elas puderam prestar o exame de enfermeiro prático no Departamento de Saúde Pública. Muitos grupos depois saíram da Ordem, conheciam um pouco mais da da profissão e tinham uma garantia profissional, se quisessem desistir, podiam exercer a profissão independente. Foi um trabalho assim muito difícil, porque tinha irmãs que já tinham idade, e estudarem naquela época, e de noite, quando já estavam cansadas, aquilo era puxado tanto para mim, quanto para elas.

Todas as apostilas eu tinha que bater à máquina; não tinha xerox naquela época, era tudo com carbono. Assim elas tinham uma “coisinha” para estudar. Não foi fácil. Eu fiz com gosto. Eu posso dizer que nunca guardei o saber: eu compartilhei, tanto na parte técnica como na prática.

Na medida em que a Irmã Concília desenvolve um saber e começa a ensinar e compartilhar com as demais irmãs da enfermagem, ocorre uma mudança nas práticas até então estabelecidas. As irmãs não ficam mais limitadas a um determinado conhecimento, mas o expandem, têm condições para mudar muitas de suas práticas ou pelo menos para repensá-las. Desenvolve-se um saber e começa a configurar-se um novo poder, o poder-saber. Por outro lado, o saber da Irmã Concília não fica restrito ao conhecimento da ciência da enfermagem, pelo pessoal da área, mas também começa a ser reconhecido o seu saber, pelos cirurgiões que atuavam também no Caridade. Por força de contingências, pois não havia na época, médicos auxiliares de cirurgia, nem residentes, nem doutorandos, pois não havia uma Faculdade de Medicina até então. A Irmã passou a atuar, também, na atividade cirúrgica. Havia o reconhecimento da sua competência, tanto que o Dr. Ney Mund (1998), quando da sua entrevista, fez a seguinte observação:

A Concília era o meu braço direito; cirurgia grande era a Concília que ajudava. Eu perguntava: a Irmã Concília vai me ajudar, né? Eu nunca dizia eu quero a Irmã Concília!. Isso era para não ofender as outras”. Eles entendiam que ela tinha mais competência. Em cirurgias de esôfago, de tórax, eu tinha que ter uma pessoa que soubesse me ajudar bem; as outras sabiam, mas ela tomava a iniciativa. Em geral é o cirurgião quem normalmente toma a iniciativa, mas às vezes o auxiliar também tem que tomar a iniciativa, não pode ficar muito estático.

A própria Irmã tinha plena consciência de sua capacidade técnica e refere como as atividades eram desenvolvidas naquela época, demonstrando, de modo claro e objetivo, manifestações de resistência ao poder, assentadas no seu saber:

Eu era auxiliar de cirurgia, eu suturava às vezes, ajudava em tudo, às vezes, eu sugeria: isso aqui não tá bem, acho que tem que ir por aqui”. Eu e a Mercedes trabalhávamos juntas. Nós nos entendíamos bem. Eu ajudava muito os médicos, tinham uns com aquele jeito superior. Muitos eram burros também, era uma desgraça, porque eu peguei cada um, que mais parecia atendente do que médico mesmo. Aconteceu várias vezes que eu me neguei de atender, dizendo: “com o fulano eu não ajudo mais na cirurgia, me desculpem que eu não vou!” E ninguém pode me obrigar a fazer, eu não estava a fim de ser cúmplice de morte de doentes, isso não era tão comum, havia uns 2 ou 3.

Florence Nightingale, a enfermeira precursora da enfermagem moderna, em sua obra intitulada “*Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é*” (1989), demonstra uma preocupação em relação à necessidade de buscar o domínio do conhecimento na enfermagem, a fim de poder oferecer uma adequada assistência de enfermagem ao paciente. Segundo esta autora, não basta que a enfermeira seja obediente; ela necessita preparar-se, saber observar para aprender a tomar decisões. Trata-se do que Florence denominou de obediência inteligente: uma obediência com espaço para decidir pelo que é melhor e mais correto de se fazer. Irmã Concília, ao decidir não atuar junto com o médico que considerava incompetente, não só estava tomando uma decisão inteligente, como também estava dificultando a participação deste na execução de mais um ato cirúrgico que poderia colocar em risco a vida do doente. Naquela época, em função da situação dos doentes (muitos eram pobres, pouco esclarecidos e politizados) que o Caridade atendia, e também, por falta de uma fiscalização mais efetiva dos órgãos correspondentes (Conselho Regional de Medicina – CRM, por exemplo), aliado ao corporativismo do corpo clínico e omissão das irmãs e demais funcionários do Hospital é possível que, muitos pacientes sofressem situações de risco e suas conseqüências, sem que nada ficasse registrado ou tivesse repercussões, com penalidades.

Além de trabalhar intensivamente nas cirurgias do Hospital pela manhã, ministrar cursos à noite para noviças e irmãs, e ainda realizar outras atividades, Irmã Concília atendia uma enfermaria de 50 leitos no período vespertino. Pela manhã, bem cedo, ela: “costumava só dar uma passadinha antes de ir para o Centro Cirúrgico, orientando os funcionários sobre as prioridades de cada um dos pacientes”. Ela mesmo informa:

De manhã ficava nas mãos dos práticos, dos atendentes, e eu ia para a cirurgia, e os meus doentes ficavam por conta; agora eu não deixava de passar na unidade e olhar todos os doentes de manhã. Quando tinha uma situação difícil eu dizia: “quando o médico chegar, acompanha esse, que precisa disso, isso e mais aquilo”. A gente se preocupava muito com os doentes (Hackenhaar, 1997).

Em momento algum, Irmã Concília questiona o excesso de atividades que desenvolve: parece que deveria ser assim, um fazer sem fim, sem tempo para pensar ou questionar. Tal situação estava ligada seguramente com a religiosidade imposta e

com a obediência à que as irmãs estavam submetidas. É o que Foucault (1991, p.136) denomina de “um tempo integralmente útil”, em que o corpo deve ficar aplicado ao seu exercício, sem que nada possa distraí-lo ou perturbá-lo.

Na medida em que a Irmã Concília passou a se envolver profundamente com o Hospital, engajando-se em uma série de atividades de enfermagem e fora dela, saindo-se relativamente bem nelas, uma vez que tinha adquirido um saber formal, através de uma Escola de nível superior, portanto, legalizado, e um saber a partir de uma prática legalmente reconhecida, passou a desempenhar um poder diferenciado, como manifestação de um saber. Em virtude disto, passou a construir uma imagem diferenciada da “enfermeira” até então conhecida, e a mudar ou plantar uma semente para esta mudança. Havia uma prática construída por longos anos, uma prática que era transmitida e reproduzida de uma geração de “enfermeiras” para outra. Talvez, geração não seja o termo mais adequado, mas o saber prático era repassado a cada nova integrante que chegasse para atuar na enfermagem do Caridade. Tratava-se de uma prática não muito questionada, como se fosse um “dogma”¹⁹. Em muitas ocasiões, estas práticas poderiam ser prejudiciais ao paciente, como se pode observar através do seguinte depoimento:

*Quando elas entraram, começaram a querer mudar as coisas, a acabar com muita rotina, mas isso não era nada fácil porque acabar com aquela rotina daquela Irmandade de 300 anos e transformar em coisa moderna não era brincadeira, mas elas conseguiram muitas coisas. Quem tinha resistência às mudanças era o ambiente, os homens que mandavam na Irmandade, que eram os irmãos, o provedor e os médicos. Por exemplo, havia hábitos desse tempo: os médicos eram exclusivos, mandavam e desmandavam. Não se podia marcar uma cirurgia no Hospital de véspera: tinha que chegar lá de manhã, para ver se o Gottsmann não queria usar a sala, para se poder marcar o ato cirúrgico. Além disso, **“ele costumava dar consultas na sala de operação por hábito dele”**; operava bem, mas era um homem intolerável (Aragão, 1997).*

Embora existam alguns poucos registros acerca da história do Caridade e dos médicos, em nenhum momento, aparecem críticas contundentes a respeito de que determinados procedimentos fossem incorretos, como, por exemplo, a questão de realizar consultas médicas em pleno centro cirúrgico. Seguramente, esse procedimen-

¹⁹ Dogma, segundo Ferreira (1996, p.606), significa ponto fundamental e indiscutível de uma doutrina religiosa e, por extensão, de qualquer doutrina ou sistema.

to era totalmente inadequado ao ambiente e passível de riscos como, por exemplo, o de infecções.

Entretanto, com o ingresso das enfermeiras, Irmãs Concília, Romana, e mais tarde, com a Irmã Cacilda no Caridade, em 1956, começam a introduzir-se um maior disciplinamento em relação às normas e rotinas, bem como modificações relacionadas com a organização de prontuários e prescrições. Irmã Cacilda (1997), em uma de suas primeiras entrevistas, fez o seguinte comentário:

Eu não aceitava que os médicos receitassem por telefone; aí eles chamavam outra pessoa da enfermagem que aceitava a receita, e faziam a medicação, mesmo prescrita pelo telefone, aí se criava muita confusão. Mas depois conseguimos que isso não mais acontecesse... só em casos de urgências. Na época também não haviam prontuários individuais para os doentes; cada médico tinha uma pasta com os papéis de todos os seus doentes. Era a maior confusão, marcar a temperatura de um doente no meio daquelas folhas soltas. Aí resolvemos fazer prontuários individuais; foi a maior resistência, mas conseguimos antes dos anos 60, para preparar o campo de estágio para os auxiliares de enfermagem (Hammes, 1998).

Essas foram algumas das inúmeras mudanças nas práticas que passaram a ocorrer com o ingresso das enfermeiras, especialmente da Irmã Concília, que passou a ser reconhecida por ter sido a primeira enfermeira a ingressar no Caridade. Foi reconhecida por todas as pessoas que estavam diretamente relacionadas com ela (funcionários de enfermagem, dos diversos serviços e setores, médicos, provedor e até superiores religiosos) dentro e fora do Hospital. Isso contribuiu para inovar uma série de atividades ligadas à enfermagem e até das não ligadas à ela. Entretanto, isto não significou que todos esses acontecimentos fossem aceitos sem resistências por parte de outros poderes paralelos, pois, na medida em que a Irmã Concília passou a desempenhar uma nova prática, começaram a ocorrer resistências, que abordaremos no capítulo seis. No entanto, a partir daí, iniciou-se um nova etapa dentro do Caridade.

Capítulo 5

AS CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS DO HOSPITAL

Uma lembrança é um diamante bruto que precisa ser lapidado pelo espírito. Sem o trabalho da reflexão e da localização, ela seria uma imagem fugidia. O sentimento também precisa acompanhá-la para ela não seja uma repetição do estado antigo, mas uma reaparição. (...) Mas o ancião não sonha quando rememora: desempenha um função para a qual está maduro, a religiosa função de unir o começo e o fim, de tranquilizar as águas revoltas do presente alargando suas margens.

Ecléa Bosi
(1987, p.XXI)

5.1 As condições dos pacientes

O Hospital de Caridade, desde a sua fundação em 1789, sempre se caracterizou como carente. Em 1950 e também em 1960, estas condições permaneciam as mesmas, ou seja, continuavam muito precárias. Há referências de que o número dos pacientes que não contribuía com absolutamente nada para o Hospital, era muito superior ao daqueles que efetivamente pagavam. Segundo relatos de alguns dos entrevistados, eram feitos esforços imensos a fim de poder dar conta de todas as solicitações, quer relativas às necessidades alimentares, de roupas, quer relativas a equipamentos e material instrumental, como se pode depreender destes relatos:

O Hospital de Caridade, quando eu cheguei lá, tinha mais de 300 indigentes puros, que não contribuía nada, nem para o médico e nem para o hospital. Na enfermaria dos homens, na clínica médica, eu vi, pela primeira vez, que eles ganhavam um canecão com café, mas ganhavam também leite junto e um pão seco pela manhã; ao meio dia, então, era uma comida maciça. O Hospital não recebia verbas; ele tinha 100 particulares para 300 indigentes, e esses indigentes eram aqueles que gastavam mais do que os pagantes, porque eram mais miseráveis, e as vezes chegavam em pior estado. Então o hospital dependia de verbas municipal, estadual e federal, e também a Irmandade tinha umas casas de aluguel bem baixinho, que não se mexiam; então era bem esticado sempre. Então a gente tinha que economizar, para não estourar o orçamento (Mertens, 1997).

Uma irmã que trabalhou por longo período de tempo no Hospital, e que era a responsável pela enfermaria pediátrica, prestou a seguinte informação acerca da situação do hospital à época:

... Naquele tempo a gente ía direto para o provedor, porque ele não queria que faltasse nada às crianças; ele queria que pedisse, se faltasse alguma coisa; ele já providenciava e cuidava. O leite, por exemplo, as crianças ganhavam da LBA, tanto as crianças da pediatria como o pessoal do isolamento também ganhava, e do resto ele também cuidava. Às vezes eu nem sei como ele conseguia sustentar aquilo tudo sem recursos: tinha pouca gente que pagava, tinha muitos indigentes (Longhi, 1998).

Os pacientes internados costumavam ficar em enfermarias de 1ª ou 2ª classe, ou em apartamentos, dependendo das suas condições econômicas. As enfermarias variavam segundo as especialidades: clínica médica masculina, com 60 a 80 leitos; clínica médica feminina, com 50 a 70 leitos, clínica cirúrgica feminina e masculina, ambas com 30 leitos cada e uma; unidade de pediatria com 60 leitos (Mertens, 1997; Longhi, 1998).

As unidades de indigentes ficavam no térreo do Hospital. À direita da portaria, ficava a clínica médica feminina; e a pediatria e a clínica médica masculina ficavam à esquerda. Na época, não havia elevador e, por isso, em muitas ocasiões, os doentes eram carregados de maca até o 2º andar, através de uma escada normal, o que dificultava, em demasia, o trabalho dos funcionários de enfermagem e os sobrecarregava, inclusive fazendo com que, posteriormente, em consequência disso, apresentassem problemas de coluna.



Foto 13 – Enfermaria cirúrgica feminina (1959).



Foto 14 – Enfermaria masculina – Ala do Senhor Jesus dos Passos (1959)

Até praticamente o final da década de 50, não havia, no Caridade, uma sala de recuperação pós-operatória. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) só foi criada no final da década de 60, o que invariavelmente complicava, ainda mais, a assistência a ser prestada, pois os doentes graves se recuperavam na própria enfermaria, ou no caso dos pagantes ou particulares, em apartamentos. Era muito comum as irmãs enfermeiras, após os pacientes saírem das cirurgias, ficarem diretamente cuidando desses doentes na enfermaria ou em apartamento e não saírem destes locais, até eles se recuperarem, ficando, inclusive, à noite e finais de semana.

Nas enfermarias, não havia postos de enfermagem, apenas uma sala de curativos, que era utilizada não só para realizar curativos, mas também, para outros procedimentos. Havia, no corredor de algumas enfermarias, uma mesinha, onde mais tarde se passou a colocar as pastas para os prontuários.

Para o caso de procedimentos cirúrgicos, é esclarecedor o relato de um dos médicos cirurgiões:

No tempo do provedor Medeiros Filho, a cirurgia não recebeu nenhuma restrição, nenhuma de natureza financeira por parte do hospital. Uma vez eu disse para o Provedor: – sabe? essa doentinha vai custar muito caro para o hospital, porque a moça tinha tomado soda cáustica, numa tentativa de suicídio. Vai ser necessário transfusão de sangue, anestesia, e vai passar por umas 10 ou 12 cirurgias, até ficar em condições de comer, porque ela tinha uma estenose completa do esôfago, e eu tinha que fazer um novo esôfago com o cólon, fazer o apêndice aqui para cima. Então o provedor falou: Doutor, não se preocupe com as despesas hospitalares; pode gastar o que for preciso. Me lembro que depois eu até escrevi um pequeno artigo sobre o Provedor e esta situação (Consoni, 1997).



Foto 15 – Sala de curativos – Enfermaria São Camilo. (1959)



Foto 16 – Mesa no corredor da Enfermaria para colocar prontuários. (1959)

Continuando a retratar as condições do Hospital, no que se refere aos instrumental cirúrgico necessário à época, o Dr. Consoni (1997) fez o seguinte relato sobre como “as coisas” se resolviam:

... Numa outra situação, me faltavam 2 a 3 pinças, que eu precisava para cirurgia que o Hospital de Caridade não possuía; faltavam pinças mais modernas. Numa viagem que fiz a São Paulo, o Provedor disse: O senhor compra o material que precisar, que eu reembolso na volta. E foi o que fiz. Era assim que as coisas funcionavam naquele tempo. Apesar de todas as dificuldades, as coisas andavam.

Apesar de o Hospital possuir uma situação econômica bastante precária, “as coisas andavam”. Todos os personagens entrevistados e a literatura consultada confirmam esta situação. Em geral, um paciente particular tinha que arcar com os gastos efetuados com três pacientes indigentes; seriam hoje, os considerados carentes de recursos. Talvez fosse por este motivo que, nos prontuários consultados das décadas de 50 e de 60, havia uma preocupação excessiva com a cobrança de gastos. Chegava-se ao ponto de cobrar cubos de gelo, espiral boa-noite (produto para matar mosquitos) e telefonemas dados, além dos gastos efetuados, normalmente, com medicação, curativos, gessos e, em casos de fraturas, exames radiográficos, e de laboratório, entre outros.

O afluxo de um grande contingente de ilhéus pobres ao Caridade, resultava principalmente do fato de este Hospital ser o único que atendia a pacientes pobres, os “indigentes”, como eram chamados na época. Não havia, na capital, nenhum outro hospital filantrópico. As condições desses pacientes, podem ser melhor compreendidas, à luz da informação de que Florianópolis, segundo o Centro de Assistência Gerencial (apud Valle Pereira, 1980, p.192-193), desde a década de 30, havia estagnado, primeiro por efeito da crise da Crise de 29, e depois em consequência da Revolução de 30, quando as lideranças políticas do Estado de Santa Catarina se opuseram ao governo Federal (Vargas). Como consequência o Estado sofreu severas represálias. Em virtude da sua estagnação, procedeu-se a anexação de parte do Município de São José, o atual Estreito, à Capital. A situação, nos anos 40, continuou a mesma: a cidade sofria deficiências de falta de infra-estrutura, tais como: falta de luz, de água e uma redução no movimento do porto. As principais atividades desenvolvidas pela população, nesse período, estavam relacionadas com a agricultura, pecuária, silvicultura, atividades domésticas e escolares.

No anos 50, o Estado e a Capital, mantêm ainda, a mesma infra estrutura carente, com a constante falta de energia elétrica, defasagem dos portos, precariedade das

rodovias e escassez de ferrovias, precárias. No entanto, novas políticas desenvolvimentistas irão trazer as primeiras experiências de planejamento governamental para o Estado e para a Capital. O governo estadual inaugurou o Plano de Obras e Equipamentos (POE), e o governo municipal estabeleceu seu primeiro Plano Diretor²⁰ (1954), formulado com o objetivo de superar o atraso. Florianópolis passou a ser o principal centro varejista do Estado, com 2.321 pessoas trabalhando diretamente nesse setor. Entretanto, o maior contingente de pessoas estava executando atividades em serviços variados, que incluíam os profissionais liberais, bem como funcionários públicos municipais, estaduais e federais. Nestes, incluíam-se os professores das escolas públicas e das particulares (5.279). Finalmente, a atividade industrial de maior vulto estava restrita às fábricas da Casa Hoepke (CEAG, 1980, p.192-193).

Na década de 60, Florianópolis era considerada uma das três capitais mais pobres do País e possuía cerca de 37% de analfabetos (Sachet, 1999). Esta situação vai se modificar segundo Cardoso e Ianni apud Coelho (1998, p.216), com a criação, no início dos anos 60, da Universidade Federal de Santa Catarina, de novos órgãos públicos, a exemplo da ELETROSUL, e com a construção da BR-101. Até então, a sua situação econômico-social estava ligada basicamente a função política e administrativa da capital, ao comércio e à sua produção agrícola restrita.

Quanto aos serviços de saúde, a assistência médico-hospitalar e a saúde pública, na década de 60, estavam concentradas na área central da capital, apesar de esta contar com uma população rural expressiva. O relatório realizado em 1961, por Samuel Pessoa, professor de Parasitologia, convidado para organizar esta disciplina na então recém criada Faculdade de Medicina, da Universidade Federal de Santa Catarina, avaliando as condições de saúde da população rural, constatou: a inexistência

²⁰ Foi elaborado em 1952, pelo Escritório do prof. Edwaldo Pereira Paiva, de Porto Alegre, RS. O modelo desse plano estava relacionado ao urbano racionalista, que tinha como ponto de partida "A carta de Atenas" de Le Corbusier, na qual a arquitetura preside os destinos da cidade. Esse modelo baseava-se no discurso da modernidade, correspondia às ideologias desenvolvimentistas da Comissão Econômica para América Latina (CEPAL). Tinha como expectativa vencer os atrasos da cidade, do ponto de vista industrial e comercial e assim atingir um nível econômico capaz de assegurar uma grande cidade moderna. Entretanto, o plano não teve o êxito esperado, pois o porto e as indústrias não prosperaram, as malocas se mantiveram na capital e se ampliaram para as encostas e com riscos. As chácaras do centro da capital foram loteadas e urbanizadas, mas para as residências de classe média e alta. Frente às propostas modernizadoras, apenas foram transformadas as áreas centrais ao longo das avenidas previstas com os devidos equipamentos urbanos: calçamento, rede de água e esgoto, telefone, transporte coletivo. Aconteceu, segundo Coelho (1998, p. 228), a "modernização excludente", que cria espaços normatizados, mas devido a exclusão e à mobilidade social resultantes, acabam por conviver com espaços desregulados e exteriores".

de qualquer espécie de instalação sanitária e de assistência no interior da Ilha de Santa Catarina; a existência de muitos casos de ancilostomose, quando foram examinados crianças e adultos, sendo que estes apresentavam sintomas bem acentuados de infestação helmíntica; casos de crupe e condições dentárias muito precárias da população examinada. O professor registrou também casos: de reumatismo, febre reumática, amigdalites, úlceras tropicais, disenterias de etiologia obscura, elefantíase filariótica, entre outros. Salientou, enfim, que a falta generalizada de instalações sanitárias resultava em uma infestação verminótica de caráter universal, nas populações rurais, das praias distantes do centro da Ilha, como: Pântano do Sul, Ingleses e Jurerê. Isto em 1961 (Coelho, 1998, p.218).

Com essas condições precárias de saúde e a inexistência de uma assistência médica sanitária rural, os doentes com seus problemas vão “desembocar” ou internar-se, no único Hospital que poderia recebê-los, na capital, o de Caridade. Os pacientes adultos que costumavam internar-se, são descritos da seguinte forma, por vários dos entrevistados:

Esses doentes eram muito pobres, vinham de vários lugares, do interior do Estado, do interior da capital, colonos, gente rude, bem rude. Alguns deles eram bem trabalhadores, curtidos pelo sol, magros; vinha muita gente com problemas de vermes, várias histórias de áscaris no colédoco, aquelas coisas todas. O nível de conhecimento era muito baixo (Nacif, 1997).

Também as crianças se internavam no Caridade, pois não havia nenhum hospital infantil na Capital e em todo o Estado. Irmã Edélcia Longhi (1998), que conviveu por mais de vinte anos com essas crianças, na enfermaria de pediatria, e por isso era carinhosamente chamada pelas crianças de “mãe Dézia”, consegue, mais do que ninguém, descrever o estado em que chegavam e as principais doenças que as acometiam, conforme este seu relato:

As crianças chegavam ao hospital nuas, não tinham nada, nem sabiam por assim dizer que eram crianças. Essas vinham de todo o Estado, mas a maioria era daqui mesmo de Florianópolis. O que mais havia naquela época era a desnutrição, desidratação e as endemias da época: verminoses. Era terrível o negócio das verminoses: eram crianças que enchiam bacias de áscaris, era uma coisa incrível. Se eliminava os áscaris com medicação, mas houve até casos cirúrgicos porque os áscaris se enrolavam e acarretavam uma obstrução intestinal; aí era necessário fazer uma cirurgia.

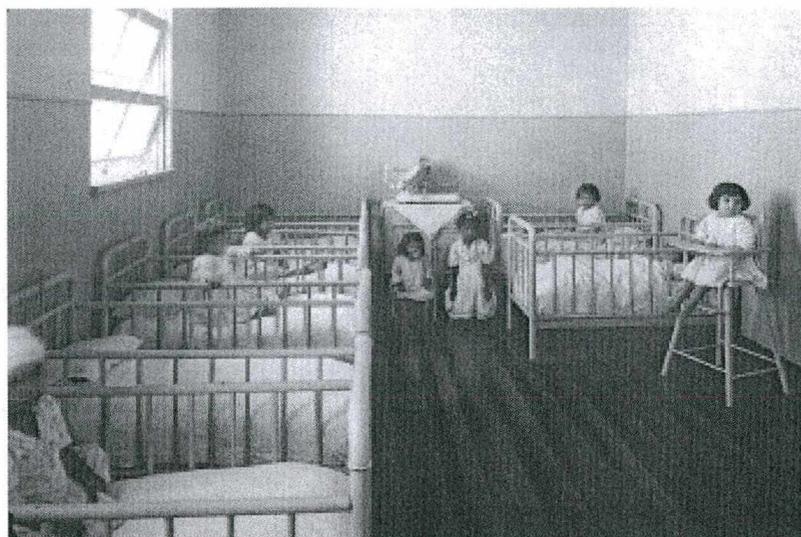


Foto 17 – Enfermaria de Pediatria (1959).

A questão das verminoses talvez possa ser ainda melhor explicada como efeito da falta de uma estrutura sanitária ampla e efetiva. O Centro de Estudos Cultura e Cidadania – CECCA (1996, p.135), em relação à rede de esgoto da capital, refere que esta rede havia sido inaugurada em 1916, possuindo uma estação de depuração biológica, que se localizava próxima à Ponte Hercílio Luz (na atual sede do corpo de bombeiros). Em 1923, o sistema já começava a apresentar problemas operacionais, em função do aumento populacional e do grande número de ligações pluviais que foram indevidamente executadas. Neste ano, segundo o CECCA (1996, p.135), 85% dos prédios da área central encontravam-se ligados à rede, perfazendo apenas 40% da área urbana. Em 1951, a estação de tratamento foi desativada, pois já não conseguia dar conta do volume de esgoto, que passou a ser jogado “in natura” ao mar. Pode-se inferir que apenas uma pequena parcela da população da capital era assistida pela rede de esgoto, havendo, portanto, uma grande massa de pessoas que estava totalmente desassistidas, e que, por esse motivo, crianças e adultos comumente apresentavam verminoses – doenças gastrintestinais, reinfestando-se freqüentemente.

Em uma ocasião na década de 80, um médico pediatra florianopolitano, atualmente já falecido, reconhecido amplamente por sua capacidade profissional, ao atender uma criança em seu consultório particular, declarou à mãe desta, quando tratava do problema das verminoses: que bastava “ser ilhéu, para apresentar vermes”.

No Hospital de Caridade, a reincidência na verminose constituía um desafio, tanto em crianças como em adultos. Segundo Duarte (1997), o Dr. Ney Mund, cirur-

gião geral conceituado, havia descoberto um sinal que demonstrava haver não somente a obstrução por áscaris, mas também na migração deste para o colédoco, ou seja, este médico já identificava os casos em que havia áscaris no colédoco e, geralmente na cirurgia, os retirava. Um atendente (posteriormente auxiliar de enfermagem) que atuou como instrumentador em várias cirurgias desse tipo, descreve a situação da seguinte forma:

Eu nunca esqueci que naquela época, quando eu estava na sala de cirurgia, e um paciente chegou lá quase em coma, tinha tomado muita lavagem, pois o ventre era enorme, e não teve jeito; com a pressão quase zero, foi para a sala de cirurgia, abrirem. Não tem aqueles baldes brancos? Pois é, tiraram um balde cheio de lombriga, de áscaris do intestino do paciente. A gente pensava que ele fosse morrer, mas ele conseguiu se salvar (Nacif, 1997).

Diferentes eram os modos de resolver os problemas dos doentes internados. Quando muitos destes pacientes, que eram pobres, recebiam alta ou faleciam, seus familiares, em geral, desapareciam ou, muitas vezes, não eram encontrados:

Quando os pacientes estavam melhores e recebiam alta, muitas vezes a família não vinha mais buscar, principalmente quando as pessoas eram de idade; aí davam o endereço trocado, aí a gente colocava dentro de uma ambulância e ia levar em casa; mas as vezes não achava, ou a gente tentava passar para o asilo, mas no asilo também era difícil, porque sempre estava lotado também (Paulo, 1997).

Em casos de falecimento, a situação resolvia-se muitas vezes da seguinte maneira, conforme relata Longhi (1998):

Tinha muitas crianças pobres que às vezes faleciam, que nem roupa tinham, e o hospital tinha que fornecer para elas, porque naquele tempo o provedor cuidava para que as crianças usassem a roupa do hospital, toda a roupa usada pertencia ao hospital. Tinha criança que morria, e a gente nem conseguia encontrar os Pais; aí ficavam 24 horas lá, e se, não aparecia ninguém era enterrada pela Prefeitura. O cemitério do hospital pertencia à Irmandade.

Enquanto que, no Hospital, eram muitas as dificuldades de fazer adequado sepultamento dos pacientes pobres, na comunidade, isto se resolvia de diversas maneiras. Na passagem do ano de 1955 para 1956, a inflação caracterizava-se por atingir patamares elevados, como dizia o povo: “A inflação empurrava os preços nas alturas”. Isto fez com que a Comissão de Abastecimentos e Preços procurasse contro-

lar os gastos diversos e, principalmente, os gastos com os serviços funerários, baixando uma Portaria. Esta nova Portaria estabeleceu três tipos de funerais: A,B,C, custando, respectivamente, 1.500 cruzeiros, 1.000, e 500 cruzeiros. O funeral tipo A era o mais requintado: o caixão deveria ser forrado por dentro e por fora. Por dentro, podia ser luisine branca ou lilás. Por fora, deveria haver uma flanela estampada em ouro, nas cores roxa, preta ou branca, galão 11.600-30 linhas, prata ou ouro, alças número 48 niqueladas ou douradas. O serviço deveria incluir um carro fúnebre, dois bancos para velório, quatro castiçais, crucifixo e estante para assinatura dos presentes.

Para o funeral B, o forro externo do caixão não necessitava ser de boa qualidade. O tecido poderia ser F.X.O²¹, estampado nas cores roxa ou preta, galão 11.600-21 linhas, prateadas ou douradas, alça de metal niquelado. No mais, o funeral deveria acompanhar o padrão A.

Finalmente, o tipo C era considerado um funeral com limitações. Do lado externo, o caixão deveria ser forrado com luisine preta, roxa ou azul, galão 500/0 linhas, prateado ou dourado, alças de metal polido. O lado interno poderia ser de tecido morim, pano branco de algodão. Saem os bancos, os castiçais, a estante para assinatura dos que se fizeram presentes e até o crucifixo. Evidente que se mantinha o carro para o transporte do corpo (Sachet, 1999).

Enquanto havia a possibilidade de escolha por parte dos familiares e amigos em relação ao tipo de sepultamento do falecido na capital e no interior, no Caridade os doentes pobres eram sepultados em caixões simples de madeira, feitos no próprio hospital e enterrados no Cemitério da Prefeitura, pois o Cemitério do Caridade era destinado exclusivamente aos que participavam da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos.

Essa pobreza na ilha era não somente retratada através da literatura, dos meios de comunicação social (jornais, revistas, rádios e TV), mas também através das pessoas que aqui chegavam e se surpreendiam com as condições da população. O Doutor Roldão Consoni, proveniente da capital de São Paulo, fez a seguinte descrição, quando chegou à Ilha de Santa Catarina:

²¹ O autor não explicita o que vem a ser o tecido F.X.O; suponho que seja um tecido de qualidade inferior.

Perto da Clínica São Sebastião, havia o armazém do seu Caticips, que era famoso na época. Este vendia feijão, arroz, sal, açúcar. Eu ficava ali sentado, eu era solteiro e ficava vendo o pessoal comprar. Muitos pobres compravam: 40 gramas de sal, 100gramas de arroz, 50 gramas de feijão. Era gente mal cuidada, muita gente sem dente, mal vestida, era horrível, era tudo baixinho, sem dente. Hoje em dia melhorou 100%, não se vê mais isso praticamente, não se vê mais. Comecei a pensar, mas como essa mulher compra só 50 gramas de feijão? Eu ficava embasbacado, eu nunca tinha visto isso, uma miséria tão grande. A senhora não sabe como melhorou: melhorou da água para o vinho.

Aparentemente dois fatores parecem ter sido fundamentais para o empobrecimento da ilha: a crise da atividade portuária e a estagnação da agricultura. O primeiro fator responsável pelo declínio do porto foi o avanço da navegação a vapor. O surgimento dos motores movidos a derivados de petróleo, aliado à técnica de construções navais e de carga bem mais avantajadas, tornou, cada vez mais obsoleto o pequeno e pouco profundo porto. Soma-se a isso, a construção da Ponte Hercílio Luz, em 1926, que, ao restabelecer a ligação ilha – continente, rapidamente extinguiu o trânsito das balsas e lanchas pelo canal, assim como todo o sistema viário – marítimo existente entre a ilha e os demais portos vizinhos de São José, Palhoça e Biguaçu.

Com o porto decadente e o incremento do transporte rodoviário, facilitou-se a entrada de diversos produtos procedentes dos vales catarinenses e dos Estados do Rio Grande do Sul, Paraná e São Paulo, regiões tecnicamente mais produtivas, com as quais Florianópolis não podia competir. De porto intermediário, exportador e importador, a capital transformara-se em uma cidade apenas consumidora de produtos que chegavam, cada vez mais por via terrestre. Em 1940, o porto de Florianópolis ainda registrou a entrada de navios, mas apenas 643, obviamente de pequeno e médio porte, número mais ou menos equivalente ao movimento de um ano das décadas de 70 e 80 do século XIX. A partir daí, o porto entrou em agonia.

Também o declínio da agricultura e da atividade pesqueira, foi bastante acelerado, porque o crescimento demográfico foi muito desproporcional entre a cidade e as áreas rurais. Em 1900, Florianópolis somava 32.220 habitantes, 15.000 dos quais residiam no interior da ilha. O recenseamento de 1940 acusou 46.771 pessoas no centro urbano e 17.000 no interior. Nesse rol de mudanças, ocorreu um processo de urbanização da capital, acompanhado do incontrolável êxodo rural que, afetou também, as principais cidades brasileiras, fundamentalmente a partir dos anos 50 (CECCA,

1996, p.58). Com isso, deixou-se de produzir a farinha de mandioca, principal produto, por muito tempo, de exportação. Esta foi substituída pela farinha do continente, cultivada em terras mais produtivas e em engenhos mecanizados. Igualmente, frutas, legumes e verduras, passaram a ser importadas cada vez mais, em detrimento da produção local. A capital, antes auto-suficiente, necessitou comprar alimentos de outros locais. Assim, as laranjas passaram a vir de São Paulo, o camarão, de Laguna, o peixe, de Itajaí, entre outros.

Se, nas décadas 50 e 60, a situação econômica da capital era considerada precária, o Estado apresentava frágil desempenho econômico em relação aos Estados vizinhos no contexto nacional. São apontadas, pelo menos, três causas: os métodos arcaicos de cultura do solo e da criação agro-pastoril; a crônica falta de energia elétrica no Norte do Estado, motivada pelas gritantes falhas técnicas no sistema de transmissão Capivari-Jaraguá; e a inexistência de uma rede viária adequada entre as zonas de produção e os centros consumidores. Em 1947, a participação catarinense correspondia a 3% da renda nacional; mas, entre 1955-1956, ela ficou reduzida a 2,7%.

Quase beirando o final da década, a agricultura e as atividades extrativas ocupam 75% da mão-de-obra, mas geram apenas 47% da produção. Enquanto isso, a indústria, que emprega 10% da força de trabalho, produz 20% de todos os bens e serviços (Sachet, 1999).

Embora a situação fosse crítica para um grande número de ilhéus, principalmente os descendentes de açorianos, havia também, na sociedade florianopolitana, muitas famílias com bom poder aquisitivo, especialmente entre os comerciantes varejistas e atacadistas; alguns funcionários públicos, que ocupavam cargos, profissionais liberais (médicos, advogados, engenheiros, entre outros), os políticos e outros. Segundo Gottsmann (1998):

Havia, na época, na cidade, década de 40 e 50, uma grande comunidade alemã, que fundou uma Igreja existente até hoje, uma escola alemã, um clube do Tiro Alemão, entre outros. Os dois últimos já não mais existem. Após a 2ª Guerra Mundial, muitas destas famílias foram morar em Blumenau, e outras regressaram à Alemanha.

Além das famílias alemãs, havia os gregos, os libaneses, os árabes e outros, que, em geral, se dedicavam ao comércio. Muitas famílias fixaram-se na Ilha e cresce-

ram, tanto em termos econômicos quanto na sua descendência; basta olhar os sobrenomes das famílias arroladas na lista telefônica, nas casas comerciais, nos edifícios, nas galerias do centro da capital, nos jornais, revistas e livros publicados.

Nas questões relativas à saúde, a partir da década de 30, o interventor Nereu Ramos²², num plano avançado de governo estadual (pois não havia quase nada em termos de serviços de saúde), influenciado pela política do governo federal, inicia a criação de serviços de saúde necessários (hospitais e ambulatórios) na capital e no interior. Havia, no país, grande preocupação com as questões sanitárias e com a eugenia da raça (com a perpetuação da espécie humana saudável – sem risco de vícios e doenças), o que pode ser observado nas afirmações de um Relatório que não tem autor nem data, mas presumo ser do Secretário de Saúde do Governo de Nereu Ramos:

O Sr. Nereu Ramos empreendeu a tarefa de cooperação com o Governo Federal, nesse verdadeiro apostolado cívico da defesa sanitária – saneamento e higiene – estendendo – a principalmente, às populações rurais, até hoje abandonadas e, pelo aperfeiçoamento eugênico da raça, apressar o progresso do país”, como preconizava o ínclito presidente Getúlio Vargas, em memorável manifesto à nação, de 14 de maio de 1932.

Ao analisar a filosofia predominante na época, com a eugenia da raça, percebo uma estreita relação entre o que Foucault (1980, p.131) explana sobre o bio-poder e a sexualidade, numa preocupação com a preservação da espécie humana. O homem já não está ligado ao rei soberano que determina quem deve viver ou morrer, para mantê-lo no poder, mas com a questão biológica de uma população. Neste caso o poder se situa e se exerce no nível da vida, da espécie, da raça e dos fenômenos maciços da população. Há uma preocupação do Estado com a saúde dos indivíduos e da população, e esta preocupação se faz através de intervenções autoritárias e medidas de controle.

Recuando um pouco no tempo, pode-se dizer que, na Idade Média, segundo Foucault (1989, p.197), o poder exercia duas grandes funções: a da guerra e da paz, que se assegurava pelas armas; a arbitragem dos litígios, e a punição dos delitos, que se assegurava pelos controle das funções judiciárias – paz e justiça. Foram acrescenta-

²² Nereu Ramos foi eleito governador em 1935; no entanto com a instalação do governo autoritário e unitário de Getúlio Vargas em 1937, Nereu Ramos passou de Governador a Interventor, permanecendo até 1945 (Renault. 1989, p.50)

das a essas, desde o final da Idade Média, a manutenção da ordem e a organização do enriquecimento.

No século XVIII, surge uma nova função: a disposição da sociedade como meio de bem-estar-físico, saúde perfeita e longevidade. O exercício destas três últimas funções foi assegurado por um aparelho único, que recebeu o nome genérico de “polícia”. Este não representava uma instituição policial, mas um conjunto de mecanismos pelos quais se assegurava a ordem, o crescimento canalizado das riquezas e as condições de manutenção da saúde em geral. Na época, foi escrito o *Traité de Delamare* – grande carta das funções da polícia, que incluía, entre as suas funções: o respeito da regulamentação econômica (circulação das mercadorias, procedimentos de fabricação, obrigações dos profissionais em relação entre si e sua clientela); o respeito às medidas de ordem (vigilância dos indivíduos perigosos, caça aos vagabundos, que poderiam ser os mendigos, e perseguição aos criminosos) e finalmente, o respeito às regras de higiene (cuidado com a qualidade dos gêneros alimentícios, com a água e a limpeza das ruas). Nesse momento, se cria o poder de polícia, que controla o espaço urbano em que o indivíduo se insere, excluindo os que não são saudáveis, observando as condições do ambiente, dos alimentos, do ar, da água, do esgoto e do cemitério, entre outros serviços. A Era Vargas, da eugenia da raça, parece estar relacionada com o que Foucault aborda nas questões relativas à higiene, na qual medidas devem ser tomadas em benefício da saúde individual e da comunidade, para a manutenção de uma espécie saudável e, principalmente, produtiva, geradora de riquezas. A saúde torna-se um imperativo individual e de grupo (Foucault, 1989, p. 197-201).

Por efeito dessa filosofia que permeava à época, aliados a uma falta quase que completa de serviços de saúde, foram criados inúmeros hospitais e outros serviços. Observa-se, no período, a construção de hospitais exclusão. A intenção era, provavelmente, “ter um lugar para cada coisa, e cada coisa ter um lugar”. É necessário, segundo Foucault (1989, p.108), disciplinar o mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Dever-se-á se individualizar e distribuir os doentes em um espaço, para que possam ser vigiados e onde será registrado tudo o que acontece com os mesmos.

Em março de 1940, criou-se o leprosário, Colônia Santa Teresa, que se caracterizava, segundo o Relatório, “de um modelar estabelecimento, para o qual a iniciativa do Governo Nereu Ramos obteve apreciável auxílio federal, mercê do patriótico e generoso empenho que o Presidente Getúlio Vargas vem aplicando à profilaxia de lepra no país. Juntamente com a Santa Teresa, é criado o Preventório para os filhos de leprosos, denominado de Educandário Santa Catarina: “Criado num esforço conjugado da iniciativa privada com o auxílio financeiro dos governos federais, estaduais e municipais. Mantido em decisiva parte com esses recursos oficiais, é, todavia, resultado de filantrópica e infatigável atividade da Sociedade de assistência aos Lázarus de Santa Catarina, em cuja frente está um grupo de senhoras da sociedade catarinense”.

O Hospital Colônia Santana é criado em fins de 1941, destinando-se a preencher, segundo o Relatório: “uma velha lacuna no serviço de assistência a enfermos mentais que acorriam, até então, de dois manicômios particulares, menos aprestados para o eficiente tratamento do que para a piedosa e humana assistência e reclusão dos doentes”. Ainda conforme o Relatório: “Os ilustres psiquiatras que o tem visitado, referem que pode servir de modelo, na sua espécie, proporções e extensão e no acabamento de sua aparelhagem técnica, que é uma das mais modernas existentes no país”.

Na capital, ainda no governo do Sr. Nereu Ramos, foram construídos três importantes obras na área de saúde: o Hospital Nereu Ramos, destinado ao tratamento das doenças infecto-contagiosas, o Departamento de Saúde Pública, que tinha sua sede na capital do Estado, e que compreendia a Administração Central e um Centro de Saúde, com serviços especializados no ataque a todas as endemias e na profilaxia de diferentes doenças, especialmente da sífilis, tuberculose, lepra e outras enfermidades cruéis. Finalmente, na capital, não só hospitais, mas também uma Usina de Pasteurização de leite, que foi criada, a fim de dar segurança sanitária ao povo e, em especial, a criança (Santa Catarina, s.d.).

Percebe-se, no entanto, que, apesar das inúmeras instituições de saúde criadas no período, o Hospital de Caridade se caracterizava como o único a atender a todas as outras especialidades (clínicas e cirúrgicas) e as diferentes faixas etárias da população, como crianças, adolescentes, adultos e idosos. Contava para

tanto, de inúmeras enfermarias e serviços, como podemos observar através das seguintes falas:

Naquela época, o Caridade tinha pelo menos uns 300 indigentes, 75 era na clínica médica dos homens, 70 na clínica médica de mulheres, 60 na pediatria, e depois na clínica cirúrgica eram parece 25 ou 30 homens, depois na clínica cirúrgica de senhoras também 30, então soma isso dá mais ou menos 300, não é mesmo? (Mertens, 1997).

Devido ao fato de o Hospital não dispor, desde a sua fundação, de um serviço organizado de registro, e o Serviço de Arquivo Médico Estatístico (SAME), só ser criado em janeiro de 1969, os dados referentes aos números exatos de pacientes internados indicam em torno de 300 indigentes e aproximadamente, 100 pacientes particulares, totalizando 400 doentes internados (Machado, 1999).

Quando se busca saber como era o atendimento prestado, verifica-se que existiam diferentes tipos de atendimento. Estes, estavam relacionadas segundo as classes sociais²³. Mesmo num hospital destinado, inicialmente, à caridade dos pobres, existiam diferentes categorias de atendimento. Com dito anteriormente, havia os pacientes que não contribuíam com absolutamente nada para a sua manutenção, os chamados indigentes, e por isso, ficavam em grandes enfermarias. Havia os que possuíam institutos de saúde e aposentadoria²⁴, como: Instituto de Aposentadoria e Pre-

²³ Classe social, segundo Pires (1998, p.36) baseado em Marx, é a posição que as pessoas ocupam nas relações de produção, nas relações econômicas. Estas classes se organizam, se desorganizam e reorganizam como resultado das lutas desenvolvidas. Classes, portanto, são, “efeitos de lutas estruturadas por condições objetivas que são, simultaneamente, de ordem econômica, política e ideológica”. As classes sociais estão diretamente vinculadas com o capitalismo e, segundo Muraro (1983, p.27), “supõem dois tipos: os trabalhadores e os não trabalhadores. Os primeiros vendem sua força de trabalho, e os segundos possuem os meios de produção, e por isso se apropriam do sobretabalho dos primeiros, com o qual, sob várias formas (juro, lucro, venda), aumentam o seu capital. Existem, ainda, aqueles que, não só possuem os meios de produção, mas também trabalham com eles, com auxílio de membros não remunerados de suas famílias; sendo chamados de pequenos burgueses. Então, assim, teríamos três classes sociais: a burguesia, proprietária dos meios de produção; o proletariado, que vende sua força de trabalho e a pequena burguesia, produtores diretos não assalariados que, num mesmo tempo, trabalham, no que se aproximam do operariado e possuem os seus meios próprios de trabalho, que se aproximam da burguesia”.

²⁴ Com a criação das Caixas de aposentadoria e Pensões (CAPs), pela Lei Eloy Chaves em 1923, foram concedidas aposentadorias, pensões e assistência médica, inicialmente aos trabalhadores urbanos ligados ao setor público, como: os ferroviários, marítimos, e portuários, e posteriormente ao setor privado, como comerciários, transportes bancários e outros. Nos anos 30, as CAPs são unificadas por categoria profissional, em institutos (IAPs – Institutos de Aposentadoria e Pensões) do tipo corporativo, que contam com a participação dos sindicatos na gestão e, até, em cargos de direção. Os sindicatos substituem suas lutas e confrontos em troca do assistencialismo. Esta estrutura descentralizada, com diferenças de poder entre os diversos institutos e a participação do sindicatos nas instâncias de decisão, só muda em 60, com a aprovação da Lei Orgânica de Previdência Social. O sistema é unificado sob intensa repressão política; as representações sindicais são excluídas da esfera de decisão, consolidando-se a centralização e a burocratização da gestão. Até o início dos anos 60, os benefícios concedidos pelo sistema previdenciário, incluíam: aposentadoria (por velhice, invalidez e tempo de serviço); pensões; auxílio doença e prestação de serviços médicos. De 1963 a 1974, são incluídos os acidentes de trabalho, o salário-família e auxílio maternidade. Estes benefícios destinavam-se apenas aos trabalhadores urbanos. O FUNRURAL criado em 1971, e destina-se aos trabalhadores rurais (Pires, 1998, p.55).

vidência dos Bancários (IAPB), Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Industriários (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Comerciantes (IAPC), Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Servidores Estaduais (IPASE), Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Marítimos (IAPM), Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Transportadores de cargas (IAPETEC), “Casa Hoepcke” (transportes de cargas e navegação, entre outros) (Hospital de Caridade – prontosuários dos anos 50 e 60). Esses institutos ainda não haviam sido reunidos num só, o que só veio a ocorrer na década de 60, precisamente em 1966, com a fusão dos institutos num único órgão, o Instituto Nacional de Previdência Social, o famoso INPS (Oliveira, 1979, p. 14), atualmente, o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). Havia aqueles pacientes que eram essencialmente particulares e que, por isso, recebiam um atendimento um pouco mais diferenciado.

A forma de atendimento pode ser evidenciada a partir da seguinte descrição:

Na enfermaria tinha pacientes de 1ª e 2ª classe; nós tínhamos uns 4 na Emergência, que eram da 1ª classe, e tinha o lado direito, que era de 2ª. Era tudo a mesma coisa para os pacientes de 1ª ou de 2ª, só que os de 1ª, tinham regulamentos melhores. Isso quer dizer que eles tinham direito a acompanhantes, podiam ficar de dia e de noite. Esses locais eram salas de 8 a 10 pacientes, os de 1ª classe eram de 2 camas, um quarto com 2 camas, e os de 2ª classe, eram de 8 leitos (Machado, 1998).

Em relação ao tratamento dispensado para os pacientes de 1ª e 2ª classe, há divergências entre os entrevistados em relação à forma como eram tratados. Para uns, os de 1ª recebiam maiores privilégios, enquanto que os de 2ª, tinham menores possibilidade, e o indigentes eram rechaçados e, até mesmo, quase maltratados, como podemos observar através do relato:

Eu me lembro de uma situação: um funcionário nosso, meu amigo, ficou doente muito grave, meio para morrer; era muito calor e não tinha ventilador; aí fui eu conseguir um ventilador emprestado com alguém e ele morrendo de calor e não tinha nenhum. Nos apartamentos tinha ventilador, água gelada, um café melhor, mas para o paciente pobre não tinha isso não. Mesmo a comida era diferente: a comida era horrível; para dizer a verdade para mim era quase uma lavagem de tão ruim, e até a comida dos funcionários era péssima, era tão ruim que deixava a gente com intestino ruim, com diarreia, seboso. Às vezes tinha umas irmãs que eram bem boas e que arranjavam umas comidas melhores para gente (Nacif, 1997).

Irmã Cacilda (1997) reforça que o tratamento era diferenciado e, que desperitava nela um sentimento de muita revolta, conforme o seu desabafo:

O que mais me revoltava no Hospital de Caridade era quanto ao classismo, por exemplo, havia os doentes de 1ª e 2ª classe, e os de enfermaria. Os de enfermaria comiam o que sobrava dos outros: parecia uma lavagem.

Pires (1998, p. 83-85), em seu estudo: *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*, refere que, na Idade Média, a assistência de saúde era realizada por múltiplos agentes, que desenvolviam atividades diversas. O trabalho era dividido por ramos de conhecimento e existia uma prática de saúde exercida pelos religiosos e uma prática de saúde, exercida pelos leigos.

Os religiosos eram os físicos, os filósofos, os intelectuais, os arquitetos, os enfermeiros, os práticos e outros. Apesar de serem considerados profissionais remunerados, havia diferenças de valorização entre estes. Estes profissionais ministravam, ainda, a assistência espiritual. Os mais intelectualizados, eram mais valorizados do que os que se caracterizavam como os de base manual. Os físicos eram médicos, formados em mosteiros, e, depois do século X, formados em Universidades, assim como os padres e os advogados. Os físicos atendiam às camadas mais privilegiadas da sociedade e detinham o saber mais valorizado, desenvolvendo um trabalho mais intelectual, praticamente, sem se envolverem em procedimentos manuais.

O atendimento aos pobres (camponeses e a maioria da população que vivia nos incipientes centros urbanos (cidades)) era feito: em parte pelos religiosos, que tinham especializações; e pelos práticos, homens de ofício (dentistas, cirurgiões, cirurgiões barbeiros, os barbeiros, os algebristas) e os boticários (farmacêuticos); e pelas parteiras, mulheres que dominavam conhecimentos especiais. Esse grande grupo de cuidadores constituirão um contingente de pessoas que farão, da tradição oral, o seu aprendizado, processo em que os mais velhos, que sabem, ensinavam aos mais jovens, que ainda não sabem, num treinamento do tipo mestre-aprendiz. Dessa forma, já se observam na época medieval, diferenças no atendimento à população. Havendo aparentemente um privilegiamento, daqueles que possuem melhores condições econômicas e que portanto, podem pagar pelo seu tratamento, realizado por aqueles profissionais que possuem formação intelectualizada, aprendidas em escolas formais.

Enquanto que aos pobres, o atendimento é feito pelos homens e mulheres do povo. Com o advento do capitalismo, mais uma vez, esta prática irá se repetir, dos que possuem o capital e os que não o possuem, fazendo com que o trabalhador mais desafortunado receba um atendimento diferenciado, em geral, para pior. Posteriormente, esta situação ficará mais evidenciada nos hospitais, quando aparecer o atendimento segundo, as classes sociais.

No Caridade, em termos de atendimento médico e de enfermagem, parece que não havia diferenças na forma de tratamento, inclusive porque a enfermagem basicamente praticada pelo pessoal religioso, não permitia que houvesse diferenças. Quanto ao atendimento médico, segundo São Thiago (1998, p.350), “era honroso e gratificante para os médicos possuírem uma enfermaria no Hospital tradicional e filantrópico”. Onde faziam da sua profissão, na época, um ato de filantropia, quando atendiam um sem número de pacientes indigentes.

Na consulta realizada aos prontuários das décadas de 50 a 60, não foram detectados sinais de diferenças no tratamento dispensado aos pacientes das diferentes classes sociais. Efetivamente, parecia haver certa uniformidade nas falas e nos comportamentos das pessoas a respeito do tratamento oferecido. Entretanto, quando se tratava de condições materiais (físicas – ambiente, alimentares e de vestuário), havia nítidas diferenças.

Outros entrevistados negam estas diferenças de tratamento, muitos, possivelmente, por uma completa falta de conhecimento; outros pela distância, no tempo não recordam; e há os que, pelo fato de serem religiosos, não se permitem admitir que havia diferenças entre os pacientes internados, negando-se a aceitá-las. Há, porém, num dos prontuários consultados, o registro de uma paciente que fez o seguinte relato:

Fui embora. Agradeço pela má comida. Não pude suportar os desaforos. Sou católica, mas vocês são umas atrevidas. Agradeço ao Dr. Mussi por tudo o que fez por mim. Ficarei sempre grata. Elisabeth Lessa (paciente internada em 03/01/56, e que saiu com alta, em 04/01/56).

Aparentemente, esta paciente foi embora por não suportar o tipo de assistência que vinha recebendo, ficando apenas vinte quatro horas internada. O que se pode

deduzir é que, muitas vezes o atendimento ficava muito aquém das necessidades sentidas. Poucos pacientes manifestavam-se ou, pelo menos, não foram encontrados registros de maus atendimentos e maus tratos. Até porque, os pacientes, como ainda hoje nos hospitais, não tinham acesso ao prontuário e não havia outras formas de deixar documentados problemas dessa natureza.

Além das condições econômicas dos próprios doentes para custear o tratamento hospitalar, estes dependiam, em grande parte, das condições oferecidas pelo Hospital, ou seja, dos serviços que o Caridade mantinha, como, por exemplo, o serviço de nutrição, lavanderia, farmácia, radiodiagnósticos, laboratoriais, enfermagem e medicina. Para maior compreensão, faz-se necessário descrever como eram e operavam, estes serviços.

5.2 As condições do Hospital – os serviços de apoio

Dos serviços de nutrição e lavanderia das décadas de 50 e 60, têm-se poucas informações. Há comentários, por parte de alguns dos entrevistados, de que tais serviços eram bastante precários, tanto em máquinas como em equipamentos, e também, em relação ao número de funcionários que lá trabalhavam.

Até aproximadamente o final da década de 50, toda a comida era feita em grandes panelões, cozida em fogão a lenha. Havia um rapaz carroceiro, que trazia diariamente, ao Hospital, a lenha necessária. Posteriormente, em 1958, o fogão a lenha foi substituído por caldeiras movidas a óleo diesel. Para a confecção de pães, havia uma padaria, que ficava nos fundos do Caridade e que fornecia, todo o pão necessário aos pacientes e funcionários, bem como aos acompanhantes. Em 1958, a administração do Hospital, comprou também, uma máquina para fazer bolachas Maria. O Caridade dispunha ainda de um chiqueiro, para a criação de porcos, que, além de fornecer a carne para as refeições, produzia a banha, utilizada na elaboração das comidas. Entretanto, posteriormente, o chiqueiro foi desativado por determinação da Prefeitura Municipal de Florianópolis, pois era incondizente com o Hospital. Há referências de que a cozinha do Hospital sofreu inúmeras reformas e ampliações ao longo de sua existência. Segundo Longo (1997), “a alimentação oferecida na década de 50, era muito boa e caprichada”.

No que se refere às roupas utilizadas no Hospital, estas eram confeccionadas lá mesmo; havia o setor de costura, que tanto confeccionava, como reformava, cerzia, entre outros; e havia a lavanderia que, no início da década de 50, se utilizava de máquinas de lavar comuns, as quais somente batiam as roupas, não faziam o enxagüadura, nem a rotação. Era comum, à época, ferver toda a roupa utilizada. Lavavam-se não somente as roupas, mas também as gazes e as ataduras utilizadas. Todos os pacientes, com exceção daqueles que eram de apartamentos, recebiam pijamas. As roupas de camas utilizadas pelos pacientes dos apartamentos eram jogos de lençóis bordados e engomados, com uma colcha branca, trocadas diariamente, enquanto que os demais pacientes, recebiam roupa somente lavada, não eram trocadas diariamente e somente quando necessários, em casos de estarem sujas ou molhadas. Não havia condições de trocá-las, devido a escassez de roupas, das máquinas serem limitadas em quantidade e qualidade, e de pessoal, que desse conta de lavá-las. No final da década de 50, a administração do Caridade comprou grandes máquinas elétricas para lavação das roupas e calandras para passá-las (Longo, 1997; Mertens, 1997).

Quanto aos serviços radiodiagnósticos e laboratoriais, pode-se inferir que o Hospital contava com o mínimo possível para poder operar, o considerado elementar, essencial, como podemos observar através da seguinte narrativa:

Naquela época, o Hospital possuía um aparelho de Raio X, que era operado pelas irmãs. Elas queriam aproveitar tudo, não eram de gastar muito; de uma chapa de Raio X, faziam duas (Longo, 1997).

A interpretação dos exames radiológicos ficava por conta dos próprios médicos solicitantes, uma vez que não havia médicos radiologistas. O primeiro que veio para cá segundo o Dr. Aragão (1997), “foi o Dr. Antônio Modesto Primo; antes disso era a Irmã Enrica. O Modesto foi quem criou a radiologia por aqui, em 1944” Nesse mesmo período tornou-se o primeiro radiologista do Estado de Santa Catarina, por convite do genro do Nereu Ramos.

Segundo o Dr. Aragão (1997), na época do Provedor, Desembargador Antero de Assis (1930-1943), as condições eram ainda piores, especialmente, quando se tratava de compra de móveis, utensílios e equipamentos para o Hospital. Certa vez, ao ser solicitada a compra de um novo aparelho de Raio X para o Hospital, pois o

mesmo apresentava-se em estado lastimável, quando se ía bater uma chapa, emitia uma “fáisca de dar medo”, o Desembargador reagiu do seguinte modo:

Lá vem esses moços com esses modernismos: esse aparelho de Raio X tá muito bom; sempre serviu e ainda pode servir mais um tempão.

Se, por um lado, o Provedor Antero de Assis mostrava-se resistente à modernização, havia outros provedores que se sobressaíram, como o seu antecessor, o Coronel Germano Wendhausen, florianopolitano de origem germânico-açoriana, que era tido como um indivíduo de grande tenacidade e tirocínio, tendo permanecido no cargo de Provedor, por 36 anos. Nesse período (1894-1930), o Caridade vivenciou grandes transformações, como: a melhoria no atendimento aos órfãos e órfãs, em substituição ao atendimento aos expostos; o atendimento aos leprosos (hoje chamados de hansenianos); a construção do Pavilhão Josefina Boiteux para atendimento aos tuberculosos; o atendimento à ginecologia e obstetrícia (nos casos que não podiam ser resolvidos em casa; até então as mulheres tinham seus filhos com as parteiras, em suas casas; a Maternidade Doutor Carlos Corrêa, foi inaugurada só em 1927); a criação de uma enfermaria especializada em pediatria; a construção de uma gruta a Nossa Senhora de Lourdes; a criação de um novo centro cirúrgico e a implantação do Serviço de Raio X, entre outras (Pereira, 1998, p. 294).

Observa-se portanto, que, dependendo das características de personalidade de quem assume a direção do Caridade, vão ocorrer diferentes transformações. É importante destacar que a implantação do Raio X se dá praticamente no período da inserção das irmãs da Congregação da Divina Providência, ao Hospital. Seguramente terão sido elas, as responsáveis, desde o início, pela realização dos exames radiográficos que acontecem no Caridade. Passado tantos anos da implantação do Raio X, fazia-se necessária a compra de um novo aparelho, o que só aconteceu, após muita insistência e justificativas por parte dos médicos e especialmente da Irmã Superiora.

Quando se focaliza os serviços de diagnóstico, não se pode ignorar o laboratório de análises clínicas, pois tinha grande expressão, nas décadas de 50 e 60. Naquela época, diferente da de hoje, em que há exames diagnósticos de toda ordem (Tomografia, Ressonância Magnética, estes os mais apurados), os exames ficavam por conta dos laboratoriais e rádiodiagnósticos. Este serviço de apoio, o de laborató-

rio, também era operado pelas irmãs. Eram elas as responsáveis pelo preparo do material (lâmina) que, posteriormente era examinado por um médico, pois não havia, até então, no Caridade, bioquímicos e farmacêuticos, como se pode observar através das seguintes falas:

Quase não haviam bioquímicos; os médicos eram quem faziam os exames de laboratório: O Dr. Artur Pereira e o Dr. Mário Wendhausen. Depois é que apareceram os laboratoristas, como por exemplo, o Dr. Jáder (antigo farmacêutico, laboratorista da Carlos Corrêa). Depois esses laboratoristas se formaram em medicina e se transformaram em médicos patologistas (Grisard, 1997).

Se eram os médicos, os responsáveis pelos exames de laboratório, às irmãs cabia a responsabilidade dos serviços radiodiagnósticos, laboratoriais e farmacêuticos, no sentido da provisão, da gerência, da sua organização e manutenção, como se verifica através da seguinte fala:

Tinha o laboratório, e quem cuidava era a irmã Maria Kuhn; tinha o Raio X, quem cuidava era a irmã Enrica; e tinha a farmácia, quem era a responsável era a irmã Licinha (Longhi, 1998).

No laboratório, segundo Kuhn (1997), após o preparo do material (lâminas), era o Dr. Artur Pereira Oliveira, carinhosamente apelidado de Pereirinha, quem examinava o material. Apesar de ser médico, e especialista em pediatria, com a inexistência de um patologista, o Dr. Artur foi estimulado pelo Dr. Isaac Lobato Filho, experiente cirurgião torácico, a realizar um curso de patologia. Por isso, entre outros, vinha realizando os exames de laboratório do Hospital. Posteriormente o Dr. Jader ingressou no Caridade e passou a atuar como bioquímico. Ainda assim, continuou o Dr. Artur como médico patologista.

Naquela época, a Irmã Maria Kuhn era a responsável pelo laboratório, e costumava cuidar de todo o material pertinente aos exames, tanto do instrumental como daqueles materiais colhidos relacionados propriamente com os exames (a busca de sapos), como podemos observar através do seu relato:

A gente se utilizava de seringas de vidro, com agulhas de inox. Eu cuidava das agulhas que estavam rombudas. Costumava ferver todo o material. Eu colhia o material, preparava, centrifugava, colocava na lâmina e depois a lamínula. Tinha um caderno onde se registrava o nome e o número em cima da lâmina, e o mesmo número era colocado com lápis

especial; e aí eu colocava na mesa para ser examinado... além disso costumava procurar minhocas para alimentar os sapos. Os sapos eram utilizados para fazer os testes de gravidez. Estes testes eram feitos do seguinte modo: a gente pegava o sapo na gaiola, tirava a urina dele com uma pipeta e pegava a urina da mulher e injetava a urina na coxinha do sapo. Depois de doze horas, tirava a urina do sapo e se encontrava espermatozóides nesta urina, era porque a mulher estava grávida.

Parece muito estranho, hoje em dia, realizar este tipo de exame, devido às novas tecnologias que têm sido desenvolvidas e implementadas. Entretanto, até bem pouco tempo atrás, esta era uma forma muito comum de realizar o teste de gravidez. Se, por um lado, a tecnologia de um passado muito próximo pode ser considerada um pouco “primária”, “rústica e artesanal”, por outro, houve uma época em que não se faziam muitos exames, especialmente os de análises clínicas, no Caridade. A Irmã Horácia, que lá trabalhou pela primeira vez, na década de 20, ao ser transferida alguns anos depois (aproximadamente seis) para o Hospital de Pelotas, no Rio Grande do Sul, ficou impressionada com o que viu:

Quando eu estava em Pelotas, os doentes não eram operados sem ter realizado exames. No Caridade, era comum os doentes serem operados sem exames. Eu não posso dizer que existissem laboratórios aqui em Florianópolis. Me admirava muito depois, quando estava em Pelotas, que os doentes do Caridade fossem operados sem exames de laboratório.

A afirmação da Irmã Horácia, apesar de parecer inacreditável, pode ser corroborada pelo Relatório referente ao “biennio” de 1928 a 1930, do Provedor Desembargador Antero Francisco de Assis (Souza, 1931), à Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, no qual (relatório) nada consta acerca de gastos efetuados com exames laboratoriais. Há, no entanto, receitas e despesas com Raio X, Violeta e Diathermia²⁵. Portanto, é possível que, nesse período, não se realizassem exames laboratoriais. Mais incrível ainda, é saber que alguns dos médicos que operavam no Caridade (o Dr. Gottsmann, por exemplo) haviam realizado sua formação na Europa e possivelmente estavam acostumados com a necessidade de realização de exames pré-operatórios. Será que não havia uma omissão em operar sem realizar exames? E

²⁵ Diathermia, hoje sem -h-, segundo Ferreira (1986, p.586), caracteriza-se como aplicação terapêutica da eletricidade, com base no desenvolvimento de calor, em virtude de correntes induzidas no interior dos tecidos por aplicação dum campo externo de alta frequência. Diatermia cirúrgica é a formação de calor suficiente para coagular ou destruir um tecido. Diatermia médica, aquecimento dos tecidos sem sua destruição; termopenetração. Provavelmente o mesmo que o aparelho de eletrocautério utilizado em cirurgia.

os riscos? Quantos pacientes podem ter ido a óbito naquela época? Como deveriam ser os casos que ocorriam? Afinal, na época, não havia possivelmente processos judiciais, nem Conselho Federal²⁶ e Conselhos Regionais de Medicina²⁷, para fiscalizarem o exercício da profissão. Havia somente o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado por Carlos Chagas na década de 20, que costumava fiscalizar a medicina, a enfermagem e a farmácia, ficando quase que impossível exercer, efetivamente, uma adequada fiscalização sobre essas profissões. A quem eram submetidos os casos de óbitos que possivelmente ocorriam devido a falhas médicas?

Em relação ao atendimento aos pacientes, havia clara definição em termos de especialidades, o serviço clínico e o cirúrgico, assim como os médicos que atuavam nestes atendimentos. Desde a década de 20, já havia nítida distinção, entre os médicos clínicos e os médicos cirurgiões. Por exemplo, na década de 20, segundo o Relatório do Provedor Antero de Assis (Souza, 1931, p.10), os médicos Antonio Vicente Bulcão Vianna, Carlos Corrêa, Achilles Galloti e, posteriormente, Raymundo Santos eram os clínicos, chefiados pelo primeiro, enquanto que o Dr. Richard Gottsmann atuava quase que exclusivamente na parte cirúrgica, sendo considerado “excelente operador”. Isto não significava, no entanto, houvesse rigidez na distinção de papéis, pois havia, em certos momentos, alguns médicos, que tanto atendiam a pacientes clínicos quanto a cirúrgicos.

Os médicos que ingressavam no Caridade, faziam-no a convite do Provedor. A cada um destes, era destinada uma enfermaria, em geral de indigentes. No início, o Hospital só internava pacientes carentes de recursos; posteriormente, começaram a ser construídos quartos particulares e, mais tarde, apartamentos. Todos os médicos atendiam gratuitamente, não usufruindo de nenhuma remuneração. Na época, eram profissionais autônomos e liberais, pois ainda não se concebia, segundo São Thiago

²⁶ O Conselho Federal de Medicina e os Conselhos Regionais de Medicina foram criados no País em 1957, através da Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958. Antes disso, o Presidente da República, Getúlio Vargas, já havia instituído o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, através do Decreto-Lei nº 7.955, de 13 de setembro de 1945. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Medicina, no seu Art.2º, estavam incumbidos de serem os órgãos supervisores da ética profissional em toda a República e, ao mesmo tempo, julgadores e disciplinadores da classe médica, cabendo-lhes zelar e trabalhar, por todos os meios ao seu alcance, pelo perfeito desempenho ético da medicina e prestígio e bom conceito da profissão e dos que a exerçam legalmente (Conselho Federal de Medicina, 1996).

²⁷ A primeira diretoria provisória designada para presidir o Conselho Regional de Medicina do Estado de Santa Catarina (CREMESC) foi constituída pelos seguintes médicos: Presidente: Dr. Artur Pereira Oliveira; Vice-Presidente: Dr. Miguel Salles de Cavalcanti; 1º Secretário: Dr. Danilo Freire Duarte; 2º Secretário: Dr. Walmor Zomer Garcia; Tesoureiro: Dr. Antônio Modesto Primo, publicado no Diário Oficial da União, em 17/03/58.

(1998, p.350), que os médicos fossem empregados. Estes garantiam sua manutenção com o produto das consultas remuneradas recebidas em seus consultórios particulares ou de suas visitas domiciliares (São Thiago, 1996, p.350) e com a internação de pacientes particulares e dos institutos, no Hospital.

Nos anos 50, essas duas áreas ou serviços de atendimento (clínico e cirúrgico) continuaram a coexistir, com um quadro um pouco mais amplo de médicos clínicos e cirurgiões, alguns dos quais, tiveram uma atuação mais efetiva no Caridade, como os seguintes: Antônio Dib Mussi, Antônio Modesto Primo, Antônio Moniz de Aragão, Antônio Santaella, Armando Valério de Assis, Artur Pereira Oliveira, Augusto de Paula, Danilo Freire Duarte, Ernani Polydoro São Thiago, Ernesto Damerau, Eros Clóvis Merlin, Isaac Lobato Filho, Henrique Manoel Prisco Paraíso, Joaquim Madeira Neves, João Haroldo Bertelli, Júlio Doin Vieira, Miguel Salles Cavalcanti, Ney Mund, Paulo Fontes, Roldão Consoni, entre outros (Prontuários do Hospital de Caridade, 1956-1964). Posteriormente, em 60, esse quadro ampliou-se, ainda mais. Em consequência da criação e implementação da Faculdade de Medicina, outros médicos passaram a integrar o Hospital, como: João Carlos Baron Maurer, Berreta, Murilo Capella, Murilo Motta, Norton de Souza, Paulo Fontes, Paulo Norberto Discher de Sá, Sérgio Luis Francalacci, Waldomiro Dantas, entre outros (São Thiago, 1996).

Um dos serviços que se sobressaía no Caridade, estava relacionado ao de clínica cirúrgica, mais especificamente ao centro cirúrgico. Este, apesar de condições limitadas, do Hospital, possuía, na época, além de ampla estrutura física, os melhores médicos cirurgiões e condições mais adequadas do que a grande maioria dos hospitais do interior, salvo aqueles, de algumas cidades mais desenvolvidas, como Blumenau e Joinville. No Caridade, eram realizadas cirurgias de grande porte, pelos próprios cirurgiões da casa, e também por outros médicos que não integravam o corpo clínico, mas que, eventualmente, vinham realizar cirurgias neste Hospital. É importante ressaltar, no entanto, que já havia, em Florianópolis, a Casa de Saúde e Maternidade São Sebastião, criada em 1942, pelo Dr. Djalma Moellmann, a qual se caracterizava por ser uma clínica privada, equipada com aparelhagem médica e cirúrgica moderna, destinando-se essencialmente a uma clientela economicamente mais bem aquinhoadas. Em geral, afluíam a este hospital, grande contingente de clientes alemães, razão pela qual, muitas vezes, a administração desse

Hospital, buscava trabalhar com pessoas originárias e descendentes de alemães. O corpo clínico, em geral, era fechado.

Para o Caridade, era comum a vinda de grande número de pacientes pobres e particulares da capital e do interior, para ali serem operados. O Hospital contava com um centro cirúrgico que possuía diversas salas, conforme descrição feita por Cunha (1998):

O centro cirúrgico tinha 3 salas. A sala azul, a sala verde, que é uma redonda que tem lá ainda, e a sala cinza, que fizeram depois que eu cheguei aqui. Essa sala tinha um anfiteatro em cima, era mais para dar aula. O paciente estava sendo operado, e o médico falando no microfone para os estudantes²⁸. Essa sala cinza era para as cirurgias maiores, como de abdome, estômago e intestino e esôfago.

Segundo o relato de um médico anestesista da época:

Tinha ainda uma outra sala, a sala branca, como se chamava, que era uma sala no outro extremo do hospital, muito menor do que a de hoje. Ela foi ampliada; onde eram abertos os abscessos, era uma espécie de sala séptica, mas que também se atendiam os casos de ortopedia; correspondia a uma sala de pronto atendimento; ficava no topo da escada, subia-se a escada e se deparava com ela (Duarte, 1997).

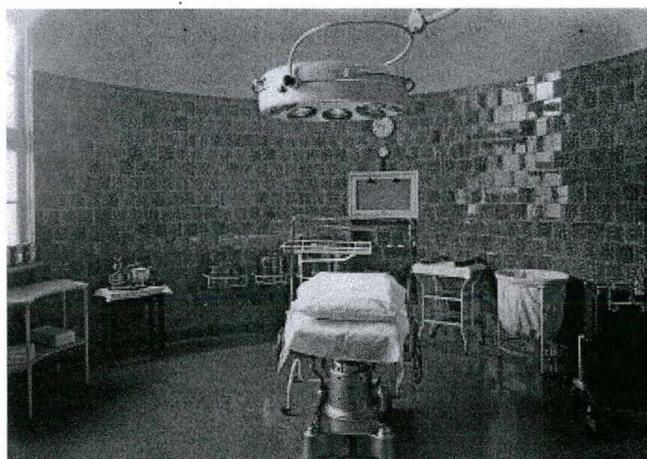


Foto 18 – Sala de cirurgia – Centro cirurgico (1959).

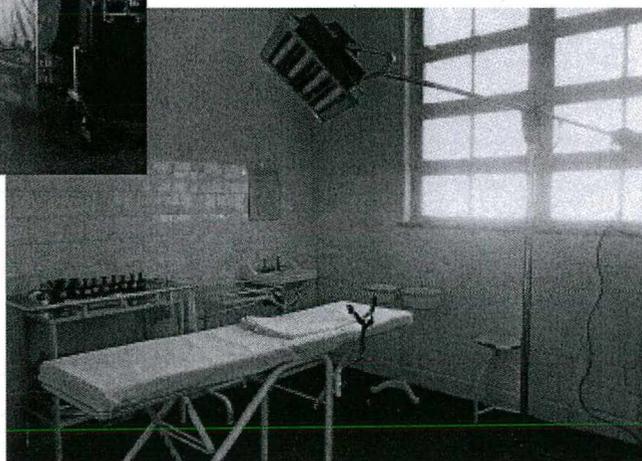


Foto 19 – Sala de pequenas cirurgias (1959).

²⁸ Esta implantação deve ter sido realizada na década de 60, por conta da Faculdade de Medicina – UFSC.

O pessoal que lá trabalhava se caracterizava basicamente pelo pessoal médico, o cirurgião, e de enfermagem, instrumentadoras e circulantes. As irmãs enfermeiras, como já dito anteriormente, em muitas ocasiões, atuavam como assistentes de cirurgia. Até praticamente o início dos anos 50, não havia anestesistas no Caridade; quem costumava realizar as anestésias, eram as próprias irmãs, sendo a Irmã Juanildes a principal responsável pela realização das anestésias. Para isso, ela contava com conhecimentos rudimentares. Posteriormente, em função de problemas que passaram a ocorrer nas anestésias, e em função da realização de cirurgias maiores, que exigiam silêncio abdominal, entre outros, o Dr. Danilo Freire Duarte, que já vinha acompanhando o Dr. Isaac Lobato nas cirurgias pulmonares, assumiu a anestesia do Caridade. Não sem, antes, ter que enfrentar grande resistência dos médicos cirurgiões, receosos, de que, com o ingresso de um anestesista, sofressem redução em seus honorários, ou seja, tivessem que dividir, com o anestesista, os seus honorários médicos.

Naquela época, décadas de 50 e 60, era reduzido o quadro de pessoal, inclusive o técnico-científico, que atuava no Caridade, pois haviam pouquíssimos profissionais das diversas áreas, como se pode perceber através da seguinte fala:

Não havia psicólogas, nem assistentes sociais; eram as irmãs quem faziam a assistência social e espiritual.... Não havia escolas de farmácia e bioquímica e nem de nutrição; não existiam nutricionistas. O médico era quem prescrevia a dieta, a cota de gordura, de carboidratos. Então a irmã da cozinha era quem se encarregava da dieta (Grisard, 1997).

Por isso, basicamente, dois grandes grupos de profissionais irão se constituir no Caridade: o pessoal de enfermagem e os médicos. Ao primeiro grupo, que morava e trabalhava basicamente no Caridade, o Hospital oferecia as seguintes condições de vida e de trabalho.

5.3 As condições de vida e trabalho do pessoal de enfermagem

Ao analisar as condições de trabalho que eram oferecidas aos funcionários de enfermagem no Caridade, nas décadas de 50 e 60, observa-se a inexistência de da-

dos referentes a este pessoal, principalmente se for levar em conta o período de tempo transcorrido e também a perda de documentos nos arquivos e no incêndio que ocorreu em abril de 1994. Há, porém, um documento (Hospital de Caridade, 1988), que faz referências ao quadro de pessoal de enfermagem e médico que lá trabalhava no ano de 1947, quando se comemorava cinqüenta anos de atuação da Congregação da Divina Providência, na instituição. A cronista revela que:

Atualmente trabalham no hospital 26 irmãs, secundadas em seus variados trabalhos por 80 “enfermeiras leigas” e 7 “enfermeiros”. Para atender os muitos doentes (350-370), 18 a 20 médicos trabalham conscienciosamente, procurando trazer, a seus pacientes, a cura, ou, ao menos, alívio em seus sofrimentos.

Esses dados esclarecem que, o número de pacientes era muito grande em relação ao pessoal que trabalhava na enfermagem, inclusive porque muitas das irmãs que são contadas, como que trabalhando na enfermagem, atuavam também em outros setores. As condições eram muito precárias. Segundo informações fornecidas pela Irmã Mansueta (1997), que trabalhou na época como tesoureira e, posteriormente, como Superiora:

A realidade daquela época, talvez vá até chocar um pouco: não tínhamos ainda enfermeiras; então as irmãs tinham que assumir tudo, seja da secretaria, ou contabilidade, ou farmácia, ou cozinha, ou lavanderia. Todo mundo fazia plantão, mas isso não quer dizer que ela fazia sempre esse papel. A verdade é que o paciente tinha mais confiança, eles queriam as irmãs. Tinham as mais antigas, que possuíam mais prática. Era comum irmãs que não trabalhavam na enfermagem fazerem plantão. Os médicos também em geral tinham marcado plantão, mas eles infelizmente saíam quando precisavam.



Foto 20 – Irmãs que trabalhavam no Caridade, em todos os setores (1953).

Aqui, vale ressaltar a questão da memória, pois às vezes, ela é falha e seletiva, e me parece que, nesse caso, há uma pequena falta de clareza da informante sobre a época, tendo em vista que as primeiras enfermeiras entraram no Caridade respectivamente em 1953, 1957 e 1958, e que esta Irmã trabalhou como tesoureira nesse período. Além disso, segundo outras entrevistadas, na época, não havia médicos plantonistas, e, quando havia problemas graves com os doentes, os médicos responsáveis eram chamados via telefone.

Apesar de, na década de 50, já haver, no Brasil, uma constituição que assegurava aos trabalhadores, direitos trabalhistas²⁹ e, como conseqüência, os funcionários do Caridade terem o direito de trabalharem só 8 horas diárias, terem um dia de folga por semana e poderem gozar 20 dias de férias por ano (Hospital de Caridade, 1988, p.34), verifica-se, através do relato de alguns de seus funcionários, que as condições de trabalho não lhes possibilitavam usufruir plenamente desses direitos:

Não se tinha horário, assim tinha horário, tinha a folga da semana, mas a gente trabalhava com tanto amor e carinho, por aquilo que a gente era incentivado pelas próprias irmãs no hospital. Então não tinha horário, a gente trabalhava naquele tempo, quando precisava. Até no dia da folga, a gente estava no meio dos doentes ajudando de repente outro companheiro, porque a gente fazia aquilo com amor e ganhava-se muito pouco: a gente ganhava um avental e um sapato branco para usar e só, não ganhava mais nada. O salário era muito pouco e ainda era descontado quase todo o salário, porque a gente dormia e comia lá no hospital, então eles descontavam muito. A gente ganhava naquela época, 400 cruzeiros e ficava só com 50 cruzeiros por mês, porque se gastava muito com comida, a gente comprava uma comida melhor (Nacif, 1997).

Enquanto o funcionário refere que deixava, muitas vezes, de aproveitar sua folga para poder colaborar com um companheiro no cuidado dos doentes, motivado pelas irmãs, que na sua opinião, eram exemplo de dedicação e bondade, percebe-se, através de outros depoimentos, uma falta aguda e crônica de pessoal, e a inexistência de previsão de substituição de funcionários para trabalharem, por exemplo, no centro cirúrgico, onde apenas um dobrava à noite, quando necessário.

²⁹ Em 1943, Getúlio Vargas, então Presidente do Brasil, decreta a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) que garantia a estabilidade do emprego depois de dez anos de serviço, descanso semanal, regulamentação do trabalho de menores, da mulher e do trabalho noturno; a criação da Previdência Social e a instituição da carteira profissional em março de 1932 para maiores de 16 anos que exercessem um emprego; a jornada de trabalho fixada em oito horas de serviço (Enciclopédia Digital, 1996-1998)



Foto 21 – Pessoal de enfermagem trabalhando na enfermaria (1960).



Foto 22 – Pessoal de enfermagem trabalhando na enfermaria (1960).

No meu tempo não tinha horário, não se batia o ponto; a gente não tinha plantão no centro cirúrgico; nós dormíamos em um dormitório aqui. A gente dormia aqui e, quando tinha cirurgia 'a noite, nós éramos chamadas, nós íamos ali, fazíamos o serviço e voltava para dormir de novo, mas de manhã tínhamos que estar aqui às 7 horas, e não tinha horário para acabar o serviço. As gente saía às 6 (18:00) horas, mas às vezes dava para sair e às vezes não dava, pois chegava as urgências; aí nós continuávamos dia e noite (Cunha, 1998).

Esse relato evidencia que o tempo deveria ser intensificado, sem descanso e controlado, como se o tempo em seu fracionamento fosse inesgotável, ou, pelo menos, que através da sua organização cada vez mais detalhada, pudesse pender para um máximo de utilidade. Trata-se do que Foucault (1987, p.137) denomina de um tempo integralmente útil. É a expropriação do tempo pessoal.

Parece mesmo que, a título de uma religiosidade, obediência e abnegação, irradiadas pelas irmãs, os funcionários de enfermagem eram, na verdade, escravos de uma situação, em que não tinham o uso efetivo de seus direitos garantidos como: horário estabelecido para o trabalho, horário de descanso e férias previstas na Cons-

tituição. Se as irmãs haviam assumido a abnegação³⁰ e com isso deixavam de reclamar seus direitos, uma vez que a religião estava acima de tudo e de todos, os funcionários, que não haviam optado por este tipo de vida disciplinar, de uma certa forma, vinham assumindo conjuntamente com elas. Afinal, para serem reconhecidos, “amados” por elas, pela instituição empregatícia, e mantidos em seus empregos, submetiam-se a vida dentro do hospital, como se fossem escravos. Alguns eram tão pobres e carentes, pois eram órfãos e não tinham ninguém, nem para onde ir, que ignoravam seus direitos; por este motivo provavelmente, eram muito explorados. E se por um acaso, resolvessem requerer seus direitos, a Superiora, seguramente não permitiria. Nenhum advogado assumiria uma causa contra a ordem religiosa, já que elas desempenhavam um poder, o religioso.

Segundo Lunardi Filho (1998, p.55), a fim de poder entender a pouca importância atribuída à profissão da enfermagem em termos de expressão, visibilidade, é necessário buscar respostas na sua própria evolução histórica. O exercício da Enfermagem se dava apenas como ato de caridade, era um trabalho oferecido gratuitamente e aos pobres, sem a tomada de consciência do valor deste trabalho em saúde. Como força de trabalho, todo o pessoal consagrado à caridade, não apenas garantiria o ingresso de recursos às instituições mantenedoras ou ordens a que estava filiado, mas eram-lhe asseguradas em troca, somente condições mínimas de subsistência.

Por outro lado, se, no Caridade, os recursos humanos existentes estavam muito aquém das suas reais necessidades, esta situação não diferia muito do restante do país. Um levantamento feito pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 1957, sobre os Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil, levado a efeito em todo o país, constatou que, em 1957, somente 3,4% da população brasileira era hospitalizada em 1.163 hospitais gerais com uma disponibilidade de 176.296 leitos. Isso demonstra que, o cuidado hospitalar estava restrito a uma pequena parcela da população. Os hospitais estaduais gerais e especializados mantinham 83% dos leitos disponíveis, tendência hoje acentuadamente inversa, uma vez que o crescimento do número de leitos ocorre principalmente na rede privada. Poucas instituições hospita-

³⁰ Abnegação, segundo Ferreira (1986, p.10), significa desinteresse, renúncia, despreendimento, devotamento. Sacrifício voluntário do que há de egoístico nos desejos e tendências naturais do homem, em proveito de uma pessoa, causa ou idéia.

lares, cerca de 38,4%, mantinham, à época, serviços organizados de enfermagem. Havia um reduzido quadro de pessoal de enfermagem, nas suas diversas categorias, e percebia-se, ainda mais, a falta de enfermeiras. Na maioria dos hospitais estudados, a direção de enfermagem estava a cargo dos médicos e farmacêuticos. Algumas unidades, como de obstetrícia e ginecologia, assim como o centro cirúrgico e clínicas cirúrgicas, requisitavam um maior número de enfermeiras, enquanto que nas de pediatria, estranhava-se a ausência delas, talvez porque nestas, os pacientes ainda não conseguiam expressar suas necessidades. O levantamento identificou, ainda, a utilização de enfermeiras em outras atividades (manutenção, lavanderia, etc), dispendendo um tempo que deveria ser utilizado na supervisão ou, mesmo, na administração do cuidado ao doente (Oliveira, 1979, p.13-14).

Já no Hospital de Caridade, em Florianópolis, se por um lado as condições de trabalho deixavam a desejar, as relações intra-hospitalares caracterizavam-se, segundo os entrevistados, por serem bastante amistosas:

Era uma vida de irmandade; os funcionários eram bons, uns com os outros; tinha muito companheirismo, nós morávamos juntos em dormitórios, nos ajudávamos mutuamente, se a gente precisava de um serviço de um ou de outro, havia colaboração. Os doentes eram bem tratados por nós, porque trabalhávamos na enfermaria. No hospital tinha apartamentos também, ali as irmãs ficavam. Com as irmãs, a gente tinha aquele estímulo para trabalhar, porque era ensinado por elas, tinha um vínculo de caridade, de compreensão, isso com o doente, a gente transmitia (Nacif, 1997).

É muito comum, com o passar dos anos, especialmente mais de trinta, haver, por parte dos entrevistados um sentimento de nostalgia do tempo em que eram jovens, de um tempo em que tudo parecia ser mais fácil, das pessoas que eram mais amigas e companheiras; parece ser a idealização de um passado. Um passado cheio de boas e agradáveis recordações.

Até nas questões relativas a bens materiais, como vestuário, um dos entrevistados refere que havia uma grande solidariedade entre os funcionários que lá moravam e trabalhavam, especialmente frente às condições econômicas restritas que viviam, conforme o seu próprio relato:

Naquela época se usava paletó para ir ao cinema; como uns não tinham, pegava-se emprestado do outro; também sapato a gente emprestava do

outro. A gente tinha essa amizade, trocava de roupa um com outro, roupa de sair, porque era caro comprar roupas antigamente. Naquele tempo se usava terno e gravata para sair (Nacif, 1997).

Naquele tempo a gente não tinha quase roupa para sair, então tinha alguns amigos que emprestavam para gente. A roupa de cama o Hospital dava, pois a gente morava lá, em grandes dormitórios (Machado, 1998).

A moda masculina brasileira, do final dos anos 50 e início de 60, caracterizava-se pela utilização de calças de tecidos mais nobres, como algodão e tergal; posteriormente, em meados de 60, passaram a ser vendidas calças de helanca, tanto para homens como para mulheres. As calças possuíam friso, também chamado de vinco, feito com o ferro de passar roupa, ou, às vezes, já vinham frisadas de fábrica. As camisas eram de tecidos variados (algodão, tricoline, voil, entre outros), possuíam colarinho com barbatanas inteiriças, e existiam em variadas cores (Folha de São Paulo, 1990, p.30); porém as de cor branca eram as mais utilizadas. Inclusive, nas escolas de todos os níveis, os alunos costumavam se utilizar de camisas brancas, diferentemente dos dias atuais, em que o uniforme adotado pela grande maioria das escolas brasileiras passou a se constituir de camisetas de malha de algodão, em geral brancas, com algum logotipo, e calças jeans, para ambos os sexos. Na década de 60, surgiu a camisa “volta ao mundo”, feita de um tecido de polyester, em que já não havia a necessidade de ser passada a ferro. Além da calça e camisa, era comum aos homens, a utilização do paletó, gravata, chapéu e, às vezes, abotoaduras. Os sapatos eram de couro, amarrados com cadarço, nas cores escuras, preto ou marrom. Aos jovens, era possível a utilização de calça de brim coringa (o atual jeans, porém num tecido azul mais escuro, e de espessura mais grossa). Os adultos quase não usavam tênis, o que, na verdade, ficava restrito aos jovens; entretanto, na época, quase não havia muita variedade de tênis, diferente dos dias atuais. Estes ficavam limitados só ao que era fabricado no País.

Em relação às questões do lazer, naquela época, os funcionários do Caridade desfrutavam muito pouco das delícias da Ilha. Embora a natureza fosse pródiga, com maravilhosas praias e recantos, possibilitando uma enormidade de lugares para serem desfrutados, “curtidos” com alguns gastos, isso quase não acontecia, segundo o relato de um funcionário:

A gente não saía muito, ficava mais no hospital, ficava ali no dormitório brincando, conversando um com o outro, ou então a gente ia para praia. Naquela época existia muita amizade: os funcionários eram muito amigos um do outro, um companheirismo muito grande e junto com o grupo de médicos e irmãs, era uma família o hospital de Caridade. Foram os melhores anos de minha vida, eu tenho muitas saudades, eu criei amor por causa disso (Nacif, 1997).

Na verdade, os funcionários deixam de aproveitar não só porque era agradável permanecer no Hospital, mas principalmente porque, com o salário que recebiam, não tinham nem roupas, nem condições quase de ir a lugar nenhum. Afinal, mesmo para ir para a praia, necessitavam de dinheiro para o transporte, roupa de banho (calção ou maio, toalhas, chinelos, chapéu, entre outras) e para comprar cremes e protetores solares e, até, para pequenas refeições. Deveriam ainda driblar o cansaço, devido às longas jornadas de trabalho. Como poderiam sair, se estavam muitas vezes exaustos e sem dinheiro?

Uma funcionária faz o seguinte comentário acerca do seu tempo de lazer:

Nós tínhamos férias. Nas férias eu ia para casa de minha irmã, passeava, mas o dinheiro era pouco. No final de semana a gente ficava o dia todo no Hospital; não era hábito ir à praia. Aqui tinha 25 freiras quando eu cheguei; às vezes elas faziam um passeio e levavam alguma moça com elas. Mas eu não era de passear não; eu não era de muito passear; elas gostavam. Quando eu passeei, eu nem sei para onde fui; se for perguntar para mim aonde é que fui, eu não sei mais, só sei que era sempre na ilha (Cunha, 1998).

Enquanto os funcionários faziam pequenos passeios, “quando podiam”, devido aos seus baixos salários e condições, as irmãs ficavam restritas ao próprio Hospital, mesmo nos dias “considerados de folga”. Algumas saíam raramente; quando o faziam, em geral, eram convidadas por um ou outro médico amigo que costumava levá-las, junto com suas famílias, para um passeio de carro pelas praias da Ilha; no entanto, segundo Longo (1997), “nem ao menos, costumavam sair do carro”. Outras buscavam, nos finais de semana, realizar um trabalho comunitário de catequese³¹, subindo nos morros da Capital, para ensinar as crianças e adultos nas questões relativas à educação religiosa. Procuravam, ainda, oferecer às pessoas carentes, roupas,

³¹ Catequese segundo Ferreira (1986, p. 369), caracteriza-se pela instrução metódica e oral sobre as coisas religiosas; doutrinação. Catequizar, segundo Padilha (1998, p.209) apud Sobral, era transmitir princípios de uma religião, doutrinar sobre as questões sociais, procurar convencer que a melhor forma de se viver era docilizando suas ações, imitando a Virgem Maria.

alimentos e medicações (Paulo, 1997). Mesmo quando poderiam estar realizando momentos de lazer e recreação, as irmãs assumem uma disciplina, que não combinava absolutamente com momentos de prazer e relaxamento, tão necessários à manutenção de uma vida saudável. Para as irmãs e para os funcionários da enfermagem, o Hospital passa a representar quase que como uma instituição total, que, segundo Goffman (1961, p.17), se caracteriza por não existir diferenças entre as três esferas da vida: a residência onde se vive; o local onde se trabalha; e o lugares onde se costuma realizar o lazer.

No Brasil, em termos de lazer para a população em geral, estavam surgindo, nesse período, inúmeras novidades. Uma das mais importantes que se tenha dado, na história das comunicações, quando, em 1950, pela primeira vez, a tevê brasileira vai ao ar, precisamente no dia 18 de setembro, com o programa “TV na Taba”. A televisão constituiu uma grande novidade a nível nacional; no entanto, o rádio, nessa época, reinava absoluto. Esse aparelho era ligado na maioria das casas brasileiras, durante várias horas do dia; era um meio de comunicação das massas que supria a sede de informações e o entretenimento do grande público. Emissoras como a Rádio Nacional do Rio de Janeiro tinham audiência em todo o país. Inúmeros eram os programas de auditório e os programas de jornalismo, entre os quais, a “Hora do Brasil”, implantada em 1935, pelo então presidente Getúlio Vargas, que permanece até os dias atuais (Niebuhr, 1997, p. 68-69). Em Santa Catarina, a televisão só entrou no último trimestre de 1963, com uma repetidora local da TV Piratini, de Porto Alegre, mas com uma qualidade de imagem que deixou a desejar, em função da falta de antenas de transmissão (Diário Catarinense, 100 Anos de História, 22/03/98 e 24/09/99).

Em Florianópolis, o jornalista Raul Caldas Filho, para quem o balcão de bar foi a maior invenção da humanidade, pelo seu inigualável poder de congregar os mais variados tipos humanos, traçou em seu livro “Oh! Que delícia de ilha”, um perfil detalhado da vida urbana e da boemia florianopolitana da época. Segundo o autor, os anos 50 eram tempos políticos e de eleições. A rivalidade entre os partidários do PSD e da UDN estava mais acirrada que uma batalha napoleônica. Havia clubes, bares e cafés só freqüentados por pessedistas, e outros só por udenistas. Quem era pessedista dançava no Clube 12 de Agosto, tomava café no Nacional, torcia pelo

Avai e, nas manhãs de domingo, empolgava-se com as disputadas regatas que se realizavam próximo ao Clube de regatas Martinelli e que cortavam as águas da baía sul. Já os udenistas freqüentavam o Lira Tênis Clube, iam aos estádios prestigiar o Figueirense, preferiam o Café do Quindoca e o traçado do Chiquinho e faziam o maior estardalhaço quando o Aldo Luz vencia a regata dominical. O Pessedismo era defendido pelo “O Estado”, enquanto a “Gazeta” fazia editoriais elogiando os princípios udenistas (Diário Catarinense, 23 de março de 1996).



Foto 23 – Clube de Regatas Martinelli (1956).

Nesse clima de rivalidades políticas, o florianopolitano gastava suas horas de folga discutindo, nos bares, o futuro da cidade e do país. Nos anos 50, os moradores de Florianópolis ganharam um novo local para se reunirem: o “Ponto Chic”, entre as ruas Trajano e Felipe Schmidt, o primeiro café em pé. Este bar que agradou tanto, que, com o correr do tempo, se transformou no principal irradiador das novidades e boatos. Certa feita, o “Senadinho” como posteriormente o “Ponto Chic” passou a ser chamado, ganhou tanta importância, que, durante o governo de Irineu Bornhausen, alguém o questionou sobre um assunto importante, e ele, precavido, perguntou ao interlocutor: “já consultaram a Felipe?”³² (Diário Catarinense, 23 de março de 1996).

Entretanto, em Florianópolis, o lazer não se restringia apenas aos clubes, bares, cafés, futebol e regatas. Havia as praias. Nas décadas de 50 e 60, os moradores da região central da cidade aproveitavam os finais de semana para irem às praias do continente, principalmente. Com o passar do tempo, passaram a adquirir e construir

³² A Rua Felipe Schmidt é a principal transversal do centro de Florianópolis, localiza-se em frente a famosa “Praça XV”, é também conhecida pelo seu calçadão; e por onde transitam centenas de pessoas por dia. Antes do aparecimento dos shopping centers na década de 80, era onde se localizavam as melhores casas de comércio de modas da capital. Atualmente, ainda mantém um comércio com muitas lojas (nota da autora).

“casas de praia”, mantidas com a finalidade única de possibilitar maior conforto durante o veraneio.

Nessa época, as praias mais procuradas eram as do Balneário – no Estreito e Coqueiros, a Praia da Saudade, Bom Abrigo, Praia do Meio e Itaguaçu. Eram espaços de lazer muito disputados pelos moradores locais, especialmente nos anos 60. Com o passar do tempo, esses locais urbanizaram-se, tornando-se áreas de residência permanente, e acabaram tornando-se impróprias para banho, em função da poluição resultante do crescimento urbano. Posteriormente, as pessoas da classe média foram descobrindo as praias do norte da ilha (Canasvieiras, Jurerê, Sambaqui, Daniela, entre outras) (Diário Catarinense, 23 de março de 1996).

5.4 Os médicos, o pessoal de enfermagem, as práticas de enfermagem e práticas médicas

Os primeiros médicos que atuaram no Caridade no início deste século (já dito anteriormente), foram: Antônio Vicente Bulcão Viana, Carlos Corrêa, Achilles Galloti, Raymundo Santos e Richard Gottsmann. O primeiro era o chefe médico do Hospital. Este último era um médico alemão, que ficou muito famoso como cirurgião. Os quatro primeiros eram clínicos. Entretanto, naquela época, década de 20, não havia rigidez quanto às especialidades médicas, por isso, muitas vezes os médicos acumulavam funções de clínico e cirurgião ao mesmo tempo (Althoff, 1998, Santiago, 1997). Segundo o Dr. Aragão (1997), “o Dr. Bulcão Viana, de origem baiana, era uma figura central da medicina de Florianópolis. Costumava mandar na política florianopolitana”. Inclusive, assumiu, durante alguns meses, o Governo do Estado (Souza, 1930, p. 10).

Antes do início do século XX, se tem poucos registros dos nomes dos médicos que atuavam no Caridade. Entretanto, os balancetes referem (Pereira, 1998) que o Hospital tinha muitos gastos com pagamentos de médicos, enfermeiros e capelães.

Oswaldo Rodrigues Cabral, em sua obra: “Nossa Senhora de Desterro (1979)” faz inúmeras referências aos médicos que atuavam na Vila do Desterro no século XIX, especialmente àqueles que atuavam no tratamento das grandes e devastadoras epidemias (varíola, febre amarela, cólera) que se alastravam pela Vila. Estas inúmeras doenças epidêmicas que atacavam os ilhéus, davam-se principalmente em decorrên-

cia da chegada de navios nacionais e estrangeiros provenientes de diversos portos brasileiros (Rio de Janeiro, Santos, Paranaguá, São Francisco e outros). No porto do Desterro, não havia controle adequado da tripulação que desembarcava. Esta, em muitas ocasiões, pelo fato de estar doente, causava grandes devastações, com um número considerável de doentes e mortos.

Associado às dificuldades do próprio porto, a cidade vivia em precárias condições sanitárias, pois havia uma falta: de limpeza dos quintais e logradouros, de cemitérios adequados, de recursos para tratamento de doente e doenças, entre outros. Apresentava numerosos becos “sujos” com seus cortiços, e sofria a falta de um sistema de esgoto e de água, o que propiciava um ambiente para o desencadeamento de epidemias.

No início do século XX, exatamente no ano de 1900 (Hospital de Caridade, 1988, p.5), “rebentou uma perigosa epidemia de varíola. Todos sem exceção no Caridade, inclusive o capelão da casa, Pe. Schmees, socorriam os doentes e moribundos. Havia uma enfermaria com 25 a 30 mulheres doentes de varíola, que eram cuidadas pela Irmã Geórgia, pelo médico e pelo capelão. No início de novembro deste mesmo ano, os últimos doentes deixaram o isolamento”. Outras epidemias se alastraram como a da “Gripe Espanhola”, em 1918, e inúmeros casos de febre tifóide, tendo sido criada inclusive uma enfermaria, somente para esses casos. Segundo a cronista (Hospital de Caridade, 1918, p.5), os doentes eram tratados, em geral, por médicos e irmãs “enfermeiras”, que nunca identificaram quem eram estas pessoas.

Nesse período não havia, em Florianópolis, uma política de saúde. A cidade carecia de uma infra estrutura necessária, mas iria transformar-se no primeiro período republicano, por efeito de uma mudança de mentalidade das autoridades no sentido de realizar um novo projeto modernizador da sociedade, com uma nova redefinição do espaço urbano para não haver comprometimento da economia. A cidade requeria uma nova salubridade e urbanidade. Com isso, proceder-se-ia a derrubada e ao deslocamento dos becos, ao aterramento das áreas alagadas para afastar, de vez, a proliferação de insetos, o alargamento das ruas; seriam implantados os canos de água, da energia elétrica e do sistema de esgoto. A cidade ficaria marcada pela construção civil. Deixariam de circular os bondes de tração animal, pois, pela nova ponte recém-construída, a Ponte Hercílio Luz, passariam a circular os ônibus (Coelho, 1998, p.207).

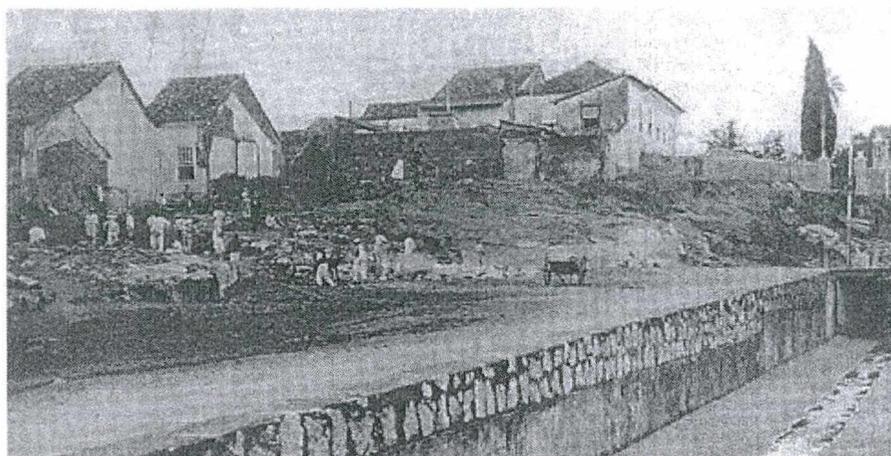


Foto 24 – Instalação de saneamento básico na Avenida Hercílio Luz, nas primeiras décadas deste século.

No que se refere ao saneamento básico, em 1910, se cria, em nível do governo estadual, a Inspetoria de Águas e Esgoto, e nível municipal, o primeiro sistema de abastecimento de água. A Fundação Rockefeller auxilia neste empreendimento, no sentido de sanear as pragas ambientais. Em 1912, criam-se os serviços de água e energia elétrica, e Florianópolis passa a desfrutar de luz elétrica. A partir de 1922, é iniciada a construção do sistema de drenagem das águas pluviais (Átila, 1991, apud Coelho, 1998).

Em 1913, a capital começa a sofrer com a escassez do abastecimento de água e a necessidade de ampliação da rede. O problema, foi solucionado em 1915, com o aproveitamento do manancial da própria Ilha, o Riacho do Córrego Grande. Em 1940, apesar dos esforços empreendidos anteriormente, o problema volta a ocorrer; a solução encontrada, foi a de buscar água na região continental. Desta forma, em 1940, foi criado o Sistema de Captação de Pilões (Rio Vargem do Braço, em Santo Amaro da Imperatriz), que resolveu o problema de água na cidade (Átila, 1991, apud Coelho, 1998).

A solução do problema do lixo na capital veio com a construção de um “forno de lixo”, concluído em 1914. O lixo passou a ser coletado por meio de carroças e trazido para queima sistematicamente. Este sistema funcionou por mais de meio século, até que, em 1958, foi implantado na localidade de Itacorubi, às margens do mangue, a implantação de um aterro sanitário, o que se mantém ainda, nos dias atuais.

Com essas melhorias nos serviços de infra estrutura (água, esgoto, luz e a destinação adequada do lixo), Florianópolis transformou-se numa cidade mais saudável, em termos de “ares, águas e lugares”. Paralelamente a esta reforma urbana,

foram sendo introduzidas melhorias no sistema de saúde, como a criação, em 1919, do Serviço de Profilaxia Rural, que tinha como objetivo, o controle de grandes epidemias do campo, sobretudo a ancilostomíase e a malária. Principalmente a partir dos anos 30 e 40, serão criados importantes serviços e instituições de saúde, no Estado e na Capital, já abordados anteriormente.

Enquanto esses serviços não tinham sido introduzidos, o Caridade caracterizava-se por ser único a atender todos os tipos de problemas, inclusive os ligados à saúde pública. E mesmo depois que passaram a existir esses serviços, os médicos que lá trabalhavam, bem como todo o pessoal de enfermagem, tinham que dar conta de praticamente todos os problemas de saúde acometidos pela população, que lá se internava.

No Caridade, em 1940, o Dr. Bulcão Viana, que era o médico chefe, veio a falecer. A cronista (Hospital de Caridade 1988, p.18) refere que ele “havia trabalhado durante 40 anos no Hospital, com despreendimento e espírito de sacrifício; em seu lugar assumiu, o Dr. Augusto de Paula”. Este médico recém-admitido, iria modificar algumas coisas no interior do Hospital, modernizando a área médica, pois a partir daí, se observa o ingresso de diversos médicos, com diferentes especialidades.

Um dos primeiros a integrar o corpo clínico do Caridade no período, foi o Dr. Antônio Moniz de Aragão. Militar, baiano, veio para Florianópolis, em 1940, para assumir a direção do Hospital Militar. Logo após o término da II Guerra, o exército, querendo transferi-lo de cidade, como era de praxe, encontrou resistência da parte do Dr. Aragão, que se negou em transferir-se, preferindo permanecer na capital. Ele já havia se adaptado às condições da cidade e formado uma clientela considerável. Assim, demitiu-se do cargo de médico militar. Foi convidado, então, para trabalhar no Hospital de Caridade, em decorrência da transferência do cirurgião e Diretor Clínico do Caridade, Dr. Augusto Ferreira de Paula, para o Rio de Janeiro.

No Caridade, o Dr. Aragão, como era chamado, passou a atuar na Ortopedia, embora não fosse muito comum na época; havia realizado o Curso Especialização em Ortopedia e Traumatologia, com o Dr. Godói Moreira, em São Paulo. Junto com o Dr. Aragão, a Irmã Alcídia, carinhosamente chamada de Cidoca, passou a atuar como sua auxiliar direta; “era excelente” na concepção do próprio Aragão e de outras

inúmeras pessoas entrevistadas (Longo, 1997; Consoni 1997; Mertens, 1997). Aragão (1997) era reconhecido como o pronto socorro de Florianópolis; segundo ele próprio, foi um padre quem lhe deu este apelido. Costumava realizar pequenas cirurgias e todas as que estavam relacionadas com fraturas e deslocamentos.

Irmã Alcídia atuava na sala branca e costumava fazer todos os tipos de procedimentos necessários até a hora em que o médico chegasse. Segundo Aragão (1997), quando ela telefonava dizendo: “Dr. chegou aqui um doente que precisava que o senhor viesse, eu ia imediatamente, porque eu sabia que o negócio era “feio”, que a fratura era “horrível”. A Irmã Alcídia era uma criatura de uma eficiência extraordinária, muito inteligente e de muito pouca instrução”.

Quando se tratava de cirurgia geral, havia um médico considerado “fabuloso” pela comunidade local, o Dr. Richard Gottsmann, nascido em 1887, em Würzburg, e formado na própria Alemanha. Veio para Florianópolis recém-formado, a convite do Dr. Fritz Gofferjé, para trabalhar na clínica recém-criada, do próprio Dr. Fritz “Sana-tório Santa Catharina”. Naquela época, Florianópolis tinha uma comunidade alemã constituída por muitas famílias de posses, bem organizada, tinha, até, um Consulado. Para cá vinham da Alemanha, cônsul, secretário e professores de alemão (Gottsmann, 1998). Apesar do convite, o Dr. Gottsmann não permaneceu na clínica por muito tempo, indo trabalhar, quase em seguida, no Caridade, provavelmente a convite do Dr. Bulcão Viana, em 1923.

Gottsmann costumava realizar todos os tipos de cirurgias (estômago, intestino, rins, fígado e até cirurgia ginecológica). Havia casos de partos extremamente difíceis, em que ou se salvava a mãe ou o filho; Gottsmann, no entanto, tinha a capacidade de salvar os dois. Em agradecimento, as famílias costumavam dar o nome dele à criança que nascia. Inúmeras crianças, em Florianópolis, passaram a ter seu nome na forma abreviada: “Ricardo”, em sua homenagem (Gottsmann, 1998).

Além de realizar todos os tipos de cirurgias, Gottsmann escreveu vários trabalhos científicos, bastante inovadores na época; entre as quais um merece especial atenção, pois se trata de um estudo sobre dez casos de esofagoplastias pretorácicas. Nesse trabalho, o autor mostra a evolução de pacientes com problemas esofágicos, por obstrução completa de esôfago, ocasionada pela ingestão de solução concentra-

da de soda cáustica, após terem sido realizadas inúmeras cirurgias, utilizando-se de métodos de substituição do canal esofágico por intestino delgado, intestino grosso, estômago, pele e outros métodos combinados (Gottsmann, 1948).

Segundo Althoff (1998),

Dr. Gottsmann era um grande cirurgião, era muito habilidoso, tinha muita agilidade e gostava muito de mim, porque eu instrumentava com ele. Em 1924, era tudo muito improvisado, fazíamos muita improvisação. Em muitas ocasiões fiquei muito preocupada com a situação, e o Dr. Gottsmann brigava um pouquinho. Ele operava muito ligeiro. Comparando ele com os outros três médicos (Dr. Bulcão Viana, Dr. Carlos Corrêa e o Dr. Galloti), eles não eram capazes de abrir um panarício, eles não tinham coragem. Quando o Dr. Gottsmann começou a operar, passaram a vir para o Hospital uma porção de mulheres solteiras com uma barrigona indescritível. Elas tinham miomas enormes que cresciam, cresciam... .

Há quem diga que o Dr. Gottsmann tinha um gênio horroroso, intolerável, que costumava marcar suas cirurgias conforme seus interesses pessoais e só após tê-las marcado é que permitia aos demais médicos, marcarem as suas. O Dr. Gottsmann permaneceu trabalhando no Hospital de Caridade até o início da 2ª Grande Guerra, quando então foi preso (1942), por ser declaradamente nazista. Gottsmann tinha verdadeira admiração por Goebells, ministro das comunicações de Hitler, e costumava exibir-se, por ter ganho, de Goebells, um rádio com vinte quatro válvulas. Após ter sido liberto em 1945, saiu do Caridade e voltou a operar na Casa de Saúde São Sebastião, do Dr. Djalma Moellmann.

Por ter sido considerado muito competente, é possível que as irmãs que o atendiam antes da Guerra, aceitassem suas críticas e se sujeitassem à sua forma de comportar-se. Inclusive até, alguns médicos, colegas deles. Entretanto, após sua permanência na Penitenciária Agrícola de Canasvieiras (1942-1945), as pessoas já não tinham a mesma tolerância para com ele, e passaram a tratá-lo, inclusive, de forma mais ríspida. Segundo um dos entrevistados, após seu retorno ao Hospital, ele já não era o mesmo, sua época já havia passado.

Em substituição ao Dr. Gottsmann, para atuar na cirurgia geral, veio para Florianópolis, em 1942, o Dr. Roldão Consoni. Antes porém, já havia estado na capital o Dr. Edgar Pinto de Souza, que não se adaptou às condições da cidade. Segundo Consoni (1997):

O Edgar era um homem da alta sociedade paulista, rico, dono de cavalos de corrida, e a sua esposa também, muito rica. Florianópolis era um “aldeão” na época, faltava água, luz, as vezes ficava tudo escuro e a esposa do Edgar chorava noite toda.

Assim que chegou, o Dr. Roldão passou a operar na Casa de São Sebastião, atendendo especialmente a clientes alemães, ricos. Naquela época, segundo Consoni (1997):

As instalações da Clínica eram muito precárias, a anestesia era realizada com máscara de ombrendame, aquela máscara que se utilizava de uma mistura de éter com clorofórmio, chamada de balsofórmio. Se colocava a máscara na cara do paciente, e ele ia respirando, respirando, até respirar só aquela mistura, era intoxicação mesmo. Não havia silêncio abdominal: a barriga sempre fazendo muitos movimentos e os músculos tensos, então ficava difícil para afastar para se examinar o doente, assim que era a cirurgia. Quem me auxiliava era a irmã Veridiana: ela era a chefe do Serviço de cirurgia, era muito competente, uma mulher formidável. Era minha assistente de cirurgia. Quando precisava de alguém para instrumentar, vinha mais uma menina, uma moça qualquer.

O Dr. Roldão permaneceu na Clínica São Sebastião até 1948, quando então se transferiu para o Caridade, em função de problemas pessoais que passaram a ocorrer com a Direção da Clínica. No Caridade, o trabalho no centro cirúrgico era realizado, segundo Roldão Consoni (1997):

Com a Irmã Euclídia; era ela quem me auxiliava no campo cirúrgico; baixinha notável, não podia haver melhor. Às vezes eu tinha que operar com os médicos, uma série de cirurgias (Newton Ávila, Paulo Fontes e outros); no entanto, era bem diferente; a Irmã Euclídia, era muito superior.

Através deste relato, reafirma-se a importância das irmãs que atuavam na enfermagem. Elas, embora não fossem formadas, desenvolviam uma destreza, uma habilidade manual, que, em muitas ocasiões, superava a dos próprios médicos cirurgiões. Demonstravam o exercício de um poder, em função de um saber adquirido ao longo da sua vida de trabalho, um poder-saber, mesmo que este saber fosse aparentemente um saber relativo, restrito à destreza manual, à habilidade manual. Entretanto, quem atua em cirurgias tem conhecimento das diversas etapas do procedimento cirúrgico, conhecimento que nem sempre é fácil de ser aprendido. Faz-se necessário praticar muito e estar muito atento às diversas etapas do processo.

Quando se trata das técnicas até então utilizadas, percebe-se que muita coisa mudou nesse período, como por exemplo:

A cirurgia com que nós operávamos naquela época mudou. A cirurgia de esôfago, a gente fazia com pele de peito, Nas mulheres era mais fácil, porque tinham mais pele; nos homens, o trabalho era desgraçado. Eu me lembro que numa menina, eu fiz 18 operações nela para ficar completa. Isso foi nos primeiros 7 ou 8 anos, depois eu li um artigo numa revista, que era húngara, escrita em inglês; aí eu sei que começaram a fazer com o cólon, o esôfago, ao invés de pele de peito. A operação ficou muito mais curta: em 4, 5 tempos já se terminava. Para se fazer a desinfecção do cólon se entrava com anti-biototerapia. Naquele tempo o antibiótico agia realmente, era muito mais eficiente (Consoni, 1997).

Outro médico que teve uma importância muito grande para o desenvolvimento da medicina, em Florianópolis, foi o Dr. Isaac Lobato Filho. Foi trazido do Rio de Janeiro em 1950, especialmente para preencher uma lacuna no tratamento das doenças pulmonares. Na época, o Governador do Estado, Sr. Aderbal Ramos da Silva, havia adquirido a tuberculose. Para tratar-se, precisou deslocar-se ao Rio de Janeiro, pois aqui ainda não havia os recursos necessários. Após permanecer alguns meses em um sanatório em Correias, no Rio de Janeiro, retornou para a capital. O Dr. Lobato passou a atender, em consultório particular e no Hospital Nereu Ramos, os doentes acometidos de problemas pulmonares, especialmente os casos de tuberculose. Na época, utilizava-se o tratamento cirúrgico no caso de pacientes tuberculosos. Por isso, inúmeras cirurgias foram realizadas no Hospital Nereu Ramos e posteriormente no Caridade. O Dr. Lobato que havia realizado especialização em cirurgia torácica no Rio de Janeiro, era considerado um brilhante cirurgião torácico.

No final da década de 50, o Dr. Lobato, juntamente com outros cirurgiões, como o Dr. Ney Mund, iniciou cirurgias cardíacas experimentais em cães, no necrotério do Hospital Nereu Ramos. Estas cirurgias eram realizadas no período noturno, para evitar complicações com as irmãs, que não concordavam com este tipo de procedimento. Os cães utilizados eram apreendidos pelos próprios médicos. Durante dois anos, foram realizados estes experimentos. Posteriormente, após algumas viagens para São Paulo e os Estados Unidos, onde realizou cursos e estágios, o Dr. Isaac Lobato, juntamente com outros cirurgiões, passou a realizar no Hospital Nereu Ramos, cirurgias cardíacas clássicas, sem circulação extra-corpórea, do tipo de estenose

mitral, estenose pulmonar e outras (Lobato, 1997). Somente em 1963 é que começaram a realizar cirurgias cardíacas com circulação extra-corpórea. A primeira delas foi realizada pelo próprio Dr. Eurípides de Jesus Zerbini, introdutor dos transplantes cardíacos no Brasil, que veio à Florianópolis especialmente para ensinar a técnica aos médicos da capital. A partir de 63, inúmeras cirurgias cardíacas foram realizadas no Nereu Ramos, inclusive com a participação da Irmã Romana, enfermeira cedida do Caridade, para auxiliar nesses procedimentos. As cirurgias cardíacas, posteriormente, foram realizadas em outros hospitais da capital (Mund, 1998).

Falando em cirurgias e médicos cirurgiões, não se pode deixar de abordar as anestésias e quem as realizava. O Dr. Danilo Freire Duarte, teve papel de destaque no que se refere à anestesia no Estado de Santa Catarina. Até o final da década de 40, quem costumava realizar todas as anestésias nos hospitais da cidade e até do interior, eram as irmãs que trabalhavam na enfermagem, especialmente as dos centros cirúrgicos e centros obstétricos. A admissão de novos cirurgiões nos hospitais, introduzirá mudanças, novos métodos cirúrgicos e nova mentalidade, que exigiram a participação de um profissional especializado em anestesia, o médico anestesista.

O Dr. Danilo Duarte veio para Florianópolis, em 1949, com objetivo de tratar de pacientes clínicos, uma vez que havia trabalhado, no Rio de Janeiro, com Dr. Caprillione, na quinta cadeira de clínica médica. No entanto, por influência do Dr. Isaac Lobato, que queria realizar cirurgias torácicas e pela inexistência de anestesistas na Capital e no Estado, o Dr. Danilo foi estimulado à especializar-se em anestesia. Transferiu-se para o Rio de Janeiro, fez o curso em tempo integral com o Dr. Zairo Vieira (especialista em anestesia, recém-chegado dos EEUU) e, em 1950, retornou como anestesista, passando a atuar inicialmente no Nereu Ramos e posteriormente no Caridade, onde foi o precursor da anestesia moderna (Duarte, 1997). O Dr. Danilo teve importante atuação nesta área, tendo inclusive recebido prêmios de reconhecimento por sua brilhante atuação.

Em meados de 50, aproximadamente 1955, o Dr. Ney Mund retornou para Florianópolis, após ter realizado seu curso de medicina na Universidade Federal do Rio de Janeiro, e especialização em cirurgia geral. Segundo ele próprio:

O Hospital de Caridade era o único hospital para atendimento de cirurgias, de quase todos os tipos de cirurgias, pois na época não havia os Hospitais Governador Celso Ramos e Hospital Infantil. A cirurgia era toda concentrada no Caridade. Lá se executavam as cirurgias que os cirurgiões tinham competência para executar; chegou-se até introduzir a cirurgia cardíaca. Mas não fomos nós, quem realizamos; foi o Dr. Zerbini, na década de 60, e o Dr. Jatene era o instrumentista dele.

Também o Dr. Mund teve grande participação na área cirúrgica, pois realizou todos os tipos de cirurgias em adultos e crianças, inclusive, tornando-se posteriormente professor da Faculdade de Medicina de Florianópolis. Em determinada ocasião, já na década de 60, houve o caso de um paciente que fora mordido por uma cobra, e estava em anúria³³. Pela primeira vez na história do Hospital de Caridade, o Dr. Mund, juntamente com outros médicos, a Irmã Cacilda e equipe de enfermagem, tentaram, neste paciente, um tratamento com diálise peritoneal. O soro foi feito no Hospital de maneira rudimentar, e o paciente teve maior sobrevida, vindo a falecer um tempo depois.

Outros médicos da área clínica, que tiveram importante papel na assistência aos pacientes do Caridade, como o Dr. Polydoro Ernani São Thiago, Henrique Prisco Paraíso, Waldomiro Dantas, Ney Gonzaga, Armando Valério de Assis, Sérgio Francallaci contribuíram não somente para a assistência dos pacientes internados, mas também para a criação da Faculdade de Medicina, em Florianópolis, em 1960, a qual depois ficou vinculada à Universidade Federal de Santa Catarina.

As décadas de 50 e 60, no que se refere às práticas médicas e de enfermagem, foi um período em que começavam a se desenvolver novas tecnologias. Os instrumentais ainda eram bastante precários, e as técnicas, restritas. Neste período, iniciava-se, no País, o crescimento da indústria hospitalar e farmacêutica, que força o consumo dessas tecnologias no espaço hospitalar, criando novas necessidades e obrigando, portanto, o pessoal que atuava nestes locais a aprender o seu manuseio e a consumir essas novas tecnologias (Almeida e Rocha, 1986, p. 66). Chama atenção, entretanto, o fato de que, apesar de a grande maioria do pessoal de enfermagem do Caridade, estar engatinhando porque não tinha suficiente preparo técnico – científico, como já dito anteriormente, as técnicas que eram realizadas pelas irmãs práticas

³³ Anúria significa a supressão ou diminuição da produção de urina (Ferreira, 1986, p.135).

de enfermagem e pelos atendentes conseguiam, dentro de suas limitações, realizar algumas coisas espantosas, como veremos através dos relatos a seguir:

Naquela época não se pegava veia, o que se fazia era soro sub-cutâneo, criava um soroma embaixo da pele das crianças e então o soro era absorvido para hidratar. O soro não era absorvido. Ele chamava mais líquido para dentro daquela bolha porque era soro hipertônico. Os equipos eram de borracha com intermediários de vidro fervidos ou na panela ou no fervedor de seringas. As agulhas eram de metal, mas nada descartável. O soro era fabricado na própria farmácia do hospital, era de 500 ml de soro fisiológico, na época se escrevia com Ph.E causava umas reações de pirogenia (Grisard, 1997).

Uma enfermeira faz a seguinte descrição da época:

Na minha época não tinha diferenças das práticas para as atendentes, para as enfermeiras; era tudo igual, todo mundo fazia de tudo. Eles (as práticas e atendentes) faziam todas as práticas, com exceção dos grandes curativos, que, se eu não fazia, os médicos faziam. Os atendentes costumavam ficar na parte da higiene. O material da época era muito precário; por exemplo as seringas e agulhas que se usavam, eram fervidas. Muitas vezes você tinha agulhas que não tinham ponta nenhuma, aí a gente passava em cima de uma pedrinha para fazer a ponta. Tudo era fervido; pouco a pouco, fomos introduzindo os pacotes, onde passaram a ser esterilizados no centro cirúrgico. Centro de material nem tinha naquela época: era tudo no centro cirúrgico. Lá tinha autoclaves e estufas. Mas muito material que deveria ser autoclavado ia para estufa, para ser esterilizado. Levou muito tempo para que o material fosse para autoclave, e que outros fossem para estufa. Às vezes, não queriam ligar a autoclave; botavam roupas na estufa, por fora queimava e por dentro não esterilizava nada (Hackenhaar, 1997).

Os curativos eram feitos pelo pessoal de enfermagem, tanto por práticos como pelas enfermeiras. No entanto, as enfermeiras eram encarregadas dos curativos maiores e mais complexos. Na verdade, essa afirmação da enfermeira é levemente equivocada, pois se todos os funcionários eram iguais, por que a enfermeira faria os curativos maiores e mais complexos? O que acontecia, é que já havia uma consciência na época, de que a enfermeira, por ter realizado sua formação numa escola formal e ter adquirido conhecimentos nas áreas biológicas, psicológicas, sociais, éticas, entre outras, possuía maiores conhecimentos, inclusive de assepsia médico-cirúrgica, e, portanto, tinha maior preparo, e capacidade para realizar as técnicas mais complexas.

Antes do ingresso das irmãs enfermeiras no Caridade, conforme observado quando da consulta aos prontuários do Caridade, eram os cirurgiões quem costuma-

vam realizar os curativos mais complexos. Provavelmente eles passaram posteriormente solicitar às enfermeiras que realizassem os curativos maiores e mais complexos. Isto demonstra que o saber da Enfermagem, que vinha se construindo ao longo do tempo, tendia para a complexificação e portanto na necessidade de serem realizados por quem tinha maior competência. Conseqüentemente, as irmãs das diferentes categorias da enfermagem (enfermeiras, práticas e atendentes) não eram tão iguais e suas competências eram seguramente diferenciadas, apesar de possuírem longa experiência de trabalho na enfermagem. Esta afirmação pode ser corroborada, pelo relato abaixo:

Nós costumávamos realizar os curativos mais complicados, todas as práticas mais complicadas, por exemplo nas cirurgias de pulmão, os cuidados destes pacientes éramos nós quem fazíamos, e principalmente dos pacientes graves, éramos nós, quem cuidávamos (Hammes,1997).

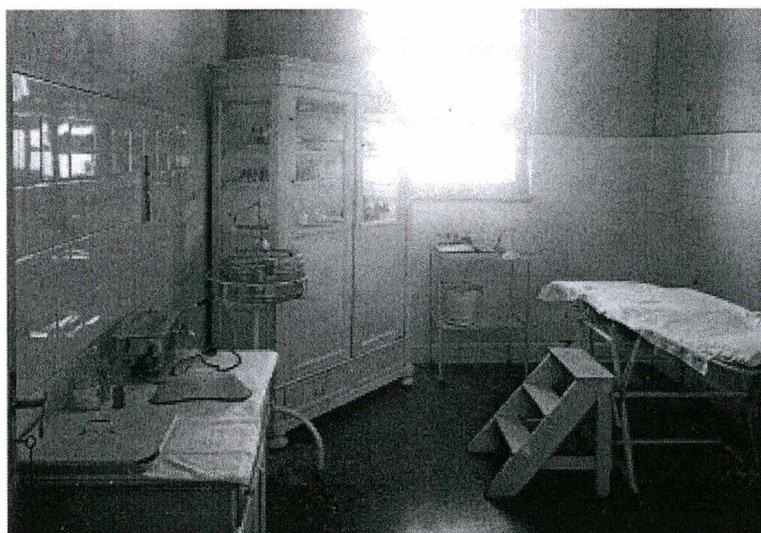


Foto 25 – Sala de curativos da Ala São Camilo (1959).

Segundo Almeida e Rocha (1986, p.29-55), pode-se dizer que uma das primeiras manifestações organizadas e sistematizadas do saber da enfermagem, nas primeiras décadas do século XX, é constituída pelas técnicas de enfermagem, consideradas inicialmente como a arte da enfermagem. Gradativamente à estas técnicas, que inicialmente somente eram descritas passo a passo, são incorporados os conhecimentos científicos, relativos a física, química, bacteriologia, bioquímica, psicologia, ética, sociologia e religião. A produção dessas técnicas básicas de enfermagem expande-se, acompanhando a especialização médica, ou seja, são desenvolvidas as técnicas utilizadas na sala cirúrgica, nas unidades de terapia intensiva, na hemodiálise,

entre outras. O saber da enfermagem não permanece restrito à área manual, mas amplia-se para o trabalho em equipe da enfermagem, e, principalmente nos anos 50, o saber é expresso através dos princípios científicos. Em função da necessidade de um reconhecimento da enfermagem como profissão e ciência impõe-se grande necessidade de incorporação de princípios científicos, o que faz com que as enfermeiras busquem incessantemente construir este saber. Um saber que finalmente imbrica-se com o saber médico, pois fundamentava-se nele. As enfermeiras procuram qualificar-se e assumem conseqüentemente dentro hospital, um reconhecimento pelo seu saber, assumindo a liderança da equipe de enfermagem. Ainda hoje, a enfermagem, na grande maioria dos hospitais, atua basicamente sob duas formas: a da execução da assistência ao paciente, realizada pelas diversas categorias profissionais de enfermagem, e a da gerência e supervisão, feita pelas enfermeiras. Mas, ainda, ressalta-se a questão da execução das técnicas, que ora deveria ser feita pelas enfermeiras, mas que em outros momentos, poderia ser delegada aos auxiliares ou técnicos de enfermagem.

No Caridade, da década de 50, um auxiliar de enfermagem faz a seguinte descrição do material utilizado na realização de um curativo:

Naquela época, para os curativos, se usava a pinça, a tesoura, gaze, água oxigenada, iodo e mercúrio. As pinças ficavam dentro de um vidro com álcool; principalmente as pontas destas pinças ficavam num carrinho que era utilizado por todo mundo. Além destes materiais, havia um material que era esterilizado, que vinha dentro de uma caixa metálica: eram as pinças para fazer o curativo. Mas, às vezes, as pinças que estavam dentro do álcool se utilizava também para os curativos (Nacif, 1997).

Da forma como eram realizados os curativos, parece que não havia grande preocupação por parte do pessoal de enfermagem com o risco de infecções hospitalares. Será que ainda não tinham conhecimento adequado do uso do instrumental e da realização de um curativo? Ou havia uma omissão, uma despreocupação por parte do pessoal, e por este motivo, utilizavam o material de qualquer jeito?

É antigo o conhecimento sobre as infecções³⁴, e as infecções hospitalares³⁵ foram identificadas a partir da metade do século XIX, e tomaram vulto a partir da

³⁴ Infecção segundo Ferreira (1986, p.942), é a penetração, desenvolvimento e multiplicação de seres inferiores no organismo de hospedeiro, de que podem resultar, para este, conseqüências variadas, habitualmente nocivas, em maior ou menor grau.

³⁵ Infecção hospitalar é a que ocorre durante a internação e após a alta hospitalar, e está sempre relacionada à própria internação e a procedimentos hospitalares (Martins, Pacheco, 1997, p.108).

década de 50 do atual século, quando surtos de *Sthaphylococcus aureus* passaram a ocorrer freqüentemente nos hospitais. Estudos epidemiológicos revelaram que os procedimentos e as técnicas praticadas pelos profissionais de saúde que assistem os doentes estavam diretamente ligados à transmissão dos germes causadores das infecções. Ficou também provado que as infecções hospitalares provocam grande aumento nas contas hospitalares, em função do uma maior permanência do paciente no hospital, do tratamento com antibióticos, e dos gastos com material, pessoal, entre outros (Prade et al., 1995, p.26). Se considerarmos que havia uma preocupação muito grande por parte das irmãs, no sentido de reduzir os custos e evitar gastos, certamente a forma como certos procedimentos vinham sendo realizados, parece um contra senso, dá a impressão de incoerência. Especialmente quando são relatados como eram utilizados os materiais relativos aos curativos, como pode ser observado através das seguintes falas:

Na época, as ataduras e gazes mais limpas eram lavadas e reaproveitadas. As pacientes das enfermarias que estavam bem e que tinham suas gazes limpas, se abriam estas gazes e se dobravam para serem reesterilizadas, para os curativos dos outros setores, menos para o centro cirúrgico (Longo, 1997).

Enquanto nas décadas de 50 e 60, no Caridade e, até quem sabe, em outros hospitais brasileiros, se procurava reutilizar as gazes e as ataduras limpas, confeccionadas industrialmente, ao adentrar-se um pouco mais no passado do Caridade, como na década de 20, vamos descobrir uma maneira improvisada de realizar curativos, porém com características muito semelhantes à utilização de gazes, segundo nos relata a Irmã Horácia Althoff (1998):

Quando eu cheguei no Hospital de Caridade, o curativos dos doentes, especialmente naqueles que tinham úlceras, se usava aqueles lençóis velhos, estragados, que eram totalmente desfiadinho, desfiadinho. Então a gente colocava numa bacia e colocava água quente em cima, que a gente simplesmente ia buscar na cozinha, era a água quente de torneira. Se colocava na bacia um pouco de lysol e com aquilo a gente limpava as feridas. Era isso que se usava na época. Eu fiz muito isso na enfermaria.

Hoje em dia, em face das freqüentes infecções, há uma grande preocupação na realização de curativos, tanto que existem inúmeros livros e manuais de técnicas de enfermagem (Fuerst, Wolff, Weitzel, 1977; Atkinson, Murray, 1991; Veiga, Crossetti,

1991; Tiago, 1996, entre outros) que ensinam como os curativos devem ser realizados. Segundo Alvarez e Gelbcke (1997, p.282), o curativo tem a finalidade de fazer a remoção mecânica das secreções e de colônias de bactérias presentes na lesão, assim como a proteção de outras contaminações e traumas. Os curativo tem como objetivos: promover a cicatrização tecidual, prevenir o aparecimento da infecção no ferimento e promover o conforto do paciente.

Provavelmente o material utilizado no Caridade nas décadas de 50 e 60, mantinha-se distante do que hoje em dia, é apregoado³⁶. Talvez, muitos pacientes tenham desenvolvido infecções hospitalares, em decorrência da técnica e do material utilizado. Infelizmente, da época não se tem registros a este respeito.

Entretanto, não só curativos eram realizados pelo pessoal de enfermagem, como também outros procedimentos mais complexos, sendo que estes cabiam mais especificamente às enfermeiras, como por exemplo:

A drenagem pleural, por exemplo, nós acompanhávamos todo o processo. Naquele tempo não tinha nada descartável, nenhum tipo de plástico, somente látex. Então, numa transfusão de sangue, tinha toda uma preparação, um ritual de limpeza, de preparação. Primeiro se removia o sangue velho, depois passava água destilada para lavar bem, depois de fazer a limpeza, fazer o pacote, ensinar autoclavar e esterilizar (Hammes, 1997).

Além dessas técnicas, as enfermeiras, os auxiliares, os atendentes e as práticas de enfermagem costumavam realizar outros procedimentos como: cuidados de higiene e conforto (banho de leito e de aspersão), cuidados com eliminações normais e anormais (urina, fezes, sangramentos, vômitos, e diarreias), controles hídricos, verificação de sinais vitais (pulso, respiração, temperatura e pressão arterial), administração de medicamentos (por via oral, intra dérmica, sub-cutânea, intra muscular e endovenosa), administração de vacinas, instalação de soros, instalação de sondas (nasogástrica, vesical, retal), retirada de sondas, de pontos, instalação de drenagem torácica e controle, entre outros.

³⁶ Segundo Alvarez e Gelbcke (1997, p.283), o curativo deve ser realizado utilizando-se dos seguintes materiais: um pacote de curativo contendo três pinças (uma Kocher, uma dente de rato e uma anatômica) esterilizadas, soro fisiológico, solução antisséptica, pomada e ataduras se necessário, esparadrapo ou outro material fixador, cuba rim e bandeja).

Apesar das múltiplas atividades que os membros da equipe de enfermagem costumavam realizar, havia, em muitas ocasiões, especialmente na ausência de médicos, a necessidade de realizar determinados procedimentos médicos de urgência. Isto se dava principalmente porque, na época, não existia a figura do médico de plantão, no Hospital. Então, muitos procedimentos médicos eram necessariamente realizados pelas enfermeiras e demais membros, especialmente as práticas de enfermagem, que eram, também, muitas vezes, as responsáveis pelo setor, como, por exemplo, a Irmã Alcídia, conforme este seu relato:

Na emergência, quando precisava, eu costurava, não dava para esperar o médico chegar. Então de manhã, ele vinha para fazer o soro, ele vinha, olhava. Quando era criança afogada com um pedaço de carne, eu entubava, fazia tudo, eu mesma colocava o laringoscópio e tirava com pinça. E edema agudo de pulmão, aí a gente botava o garrote, garroteava, aí a gente não dava injeção; conversava com o Dr. Waldomiro, e ele mandava fazer aminofilina, aquelas coisarada, até ele chegar; aí quando ele chegava o doente já estava melhor. Mas tudo dependia do caso, se era uma hemorragia e sangrava muito, a gente perguntava se já podia ir limpando o sangue; a gente já via o tipo de sangue, chamava a menina do banco de sangue; as decisões eram tomadas pelo médico através do contato telefônico. Mas até que o médico chegasse, a gente fazia, porque se não, não dava tempo do doente sobreviver à hemorragia. A gente só tomava atitude conversando com o médico. A gente não ficava apavorada, porque tinha que salvar o doente. Eu nunca tive conflitos com os médicos porque eu não aplicava nada, sem o médico prescrever.

O que se observa, a partir do que foi exposto, é que havia, por parte das irmãs, uma certa obediência e submissão ao poder médico, inclusive realizando o trabalho que deveria ser realizado, por este. Por outro lado, as irmãs que atuavam na enfermagem, tinham que tomar certas atitudes, em função da ocorrência freqüente de casos graves no Caridade e da inexistência da figura do médico de plantão. Elas estavam permanentemente dentro do Caridade, nas vinte quatro horas do dia, pois, além de trabalharem, moravam lá. Além disso, em função dos longos anos de prática, no seu dia-a-dia, adquiriram o conhecimento que permitia que agissem em casos de urgência. Contavam com a permissão dos médicos, para atuarem, inclusive, em procedimentos privativos destes. As irmãs que atuavam na enfermagem, possuíam um conhecimento que extrapolava, muitas vezes, os primeiros socorros, pois inúmeras atividades eram realizadas até que os médicos chegassem. Muitas vezes, conseguiam de forma surpreendente, salvar vidas. Constituíam um saber, e com isso exerciam um

poder, o poder decorrente do saber. Algumas irmãs, como a Irmã Alcídia, mesmo não sendo formada por uma escola autorizada, pois era prática de enfermagem, e portanto não possuía o saber formal adquirido em escolas, conseguia, a partir dos conhecimentos adquiridos no cotidiano do Hospital, realizar procedimentos privativos dos médicos. Provavelmente nos dias atuais, esse tipo de conduta resultaria em infração do Código de Ética Médica, com penalidades, pois no seu Art. 30, referente a responsabilidade profissional, “é vedado ao médico, delegar a outros profissionais atos ou atribuições exclusivos da profissão médica”.

Quando se avalia a situação frente ao atual Código de Ética da Enfermagem, observa-se no Capítulo II, referente aos direitos, em seu art. 7º, “ser permitido ao pessoal da enfermagem recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal”. Assim como, no Capítulo III referente as responsabilidades, no seu art. 17, refere que se deve avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para clientela. Estes direitos e deveres provavelmente não deveriam ser respeitados em função das próprias características das irmãs (de obediência, submissão e abnegação), associadas principalmente a inexistência na época, de um Código de Ética³⁷, que subsidiasse o pessoal de Enfermagem quanto aos seus direitos e deveres. Por outro lado, como se poderia exigir certas condutas e comportamentos, numa época tão carente de tudo?

Além das irmãs que trabalhavam na enfermagem (as práticas de enfermagem, auxiliares e enfermeiras), havia também os chamados “enfermeiros”. Estes se caracterizavam por serem, na verdade, atendentes do sexo masculino, vulgarmente chamados de enfermeiros. Tiveram uma participação muito expressiva na enfermagem do Caridade, e não foram poucos os personagens que participaram dessa história (especialmente os médicos), que falaram a respeito.

Havia o Reinoldo, um rapaz jovem de origem alemã, procedente da Palhoça, que havia entrado no Caridade como paciente portador de osteomielite. Ficou, durante muito tempo, no Hospital e começou a se interessar pelas coisas da enferma-

³⁷ O primeiro Código de Ética da Enfermagem, denominado de “Código de Deontologia de Enfermagem” foi aprovado em sua redação final, em Assembléia de Delegados, realizado em 28 de julho de 1975 (COREn-SC, 1997; Carvalho, 1976). O atual Código, denominado: “Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem”, foi aprovado pela Resolução COFEN, em 12 de maio de 1993. O Código de Enfermagem foi criado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn), que é o órgão disciplinador do exercício de enfermagem, criado em 1973, pela Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973.

gem. No começo, ajudava as irmãs, aprendendo, junto com estas, a trocar a roupa de cama, a roupa do doente, dar banho em pacientes, a fazer curativos mais complexos; então passou a atuar, na enfermagem, como “enfermeiro”. Mas não foi só na enfermagem clínica, que Reinoldo se destacou, mas também no centro cirúrgico e, principalmente, por sua atuação no Banco de Sangue, que, depois na década de 60, passou a funcionar efetivamente. Era considerado um indivíduo muito responsável e “competentíssimo”, a tal ponto que o Dr. Ney Mund lhe teria dito:

Reinoldo, o dia que eu adoecer ou tiver algum problema na sala de cirurgia, tu estás autorizado a continuar minha operação!!!. Pois ele tinha uma habilidade tremenda, porque via a gente fazer; então para ele não era muito difícil de fazer, e talvez, até no manuseio do instrumental, fosse melhor do que a gente.

Infelizmente, Reinoldo veio a falecer ainda moço, motivado por crise hipertensiva, pois era hipertenso desde muito jovem. Segundo o Dr. Danilo Duarte (1997), “o Reinoldo ficou como um símbolo no Hospital de Caridade”.

Havia, também, outros “enfermeiros” que se destacaram, como o Manoel, o Abílio, o Adir, o Jorge Nacif, entre outros.

Quanto às irmãs, havia aquelas que se destacavam tanto por sua atuação na enfermagem quanto nas questões religiosas. A Irmã Juanildes, também chamada de Iorranildes, pois era alemã nata, segundo o Dr. Aragão (1997):

Era instrumentadora, uma trabalhadora infatigável, pois auxiliava uma operação atrás da outra, quase que nas vinte quatro horas do dia. Uma vez ela disse: o senhor sempre está conversando quando está operando, mas quando o senhor fica calado, eu fico com medo, porque deve estar feio (Aragão, 1997).

É interessante observar o olhar do médico sobre a atuação das irmãs, especialmente no que se refere à questão do trabalho. Elas eram bem vistas, provavelmente pela dedicação que tinham pelo trabalho e com os doentes. De certa forma auxiliavam muito no tratamento, inclusive às vezes, nos espaços deixados pelos médicos, que muitas vezes não visitavam regularmente os doentes. Ao consultar os prontuários da década de 50, no Caridade, foi observado que as prescrições não eram diárias e sim repetidas. Pressuponho, por este motivo, que os doentes, em muitas ocasiões, ficavam sem a visita médica diária.

Em relação às irmãs enfermeiras, as que se sobressaíram foram: Romana, Cacilda e Concília, que, segundo o Dr. Danilo Duarte (1997):

Eram criaturas fabulosas. Consideradas exemplares, tanto do ponto de vista de capacidade técnica, quanto do ponto de vista de capacidade de trabalho. A irmã Romana ficava supervisionando milhões de coisas nas enfermarias, enquanto que a Concília trabalhava no centro cirúrgico.

Mais uma vez, a questão “trabalho” vem à tona, demonstrando claramente que os médicos provavelmente consideravam as irmãs, pela capacidade infinita de elas trabalharem. Era a abnegação por completo, a obediência, a submissão e a compaixão pelos doentes, os quais encontravam nelas a força necessária para melhorarem. Afinal, muitos doentes não tinham nada nem ninguém que velasse por eles.

Um sem-número de práticas, atendentes, enfermeiras e “enfermeiros” transitaram pelo Caridade e deram importante contribuição para que a Enfermagem se tornasse consistente do ponto de vista técnico e humano, crescesse e se expandisse.

Apesar dos inúmeros hospitais já existentes na capital e arredores (Maternidade Carlos Corrêa, Hospital Militar, Hospital da Polícia Militar, Hospital Naval, Clínica de Saúde São Sebastião, Hospital Nereu Ramos, Hospital Colônia Santana e Hospital Colônia Santa Tereza), o Caridade caracterizava-se na época, por possuir maior contingente de pessoal de enfermagem e de médicos, sem contar o grande número de doentes. Nesse local, portanto, é que se deram efetivamente as grandes transformações na área da saúde, pois é o local da efervescência, do burburinho, da saúde e da doença, das práticas médicas e de enfermagem inovadoras; e, sobretudo, se estabelecia a maioria das relações entre os profissionais da área da saúde, especialmente entre médicos e o pessoal da enfermagem. Imbutidas tanto nas práticas médicas como nas de enfermagem, estabeleciam-se as relações de poder, e no interior destas, as relações de poder – saber, do poder religioso, do poder disciplinar, dos conflitos de poder, e das resistências ao poder. Continuidades e discontinuidades, ou pequenas rupturas foram ocorrendo.

A literatura, ainda bastante restrita, referente à enfermagem e à sua história, mostra, claramente, que as religiosas que atuavam na enfermagem e, mais recentemente, as enfermeiras e as outras categorias de enfermagem, têm, predominantemente,

mente, se apresentado de forma submissa. Germano (1985), Melo (1986), Miranda (1987), Almeida e Rocha (1989), Lunardi (1995), entre outros autores de enfermagem e outros que não são profissionais de enfermagem, reforçam o papel submisso que a enfermagem, nas suas várias categorias, desempenha. Entretanto, tenho efetivamente dúvidas a respeito, e penso que a enfermagem em muitos momentos, desempenha um poder quase hegemônico no espaço hospitalar. Acredito, ainda, que as irmãs religiosas que atuaram no Caridade nas décadas 50 e 60, assim o fizeram. No próximo capítulo, pretendo historicizar estas relações a partir dos discursos, descrevendo como estas se estabeleceram entre as irmãs com os médicos, com os doentes, com o provedor, com a superiora, enfim, descrever e discutir este círculo de relações.

Capítulo 6

AS RELAÇÕES DE PODER NO CARIDADE

A história que se pode escrever dos estudos sobre as mulheres pertence também ao movimento; não é uma metalinguagem, e irá atuar, tanto no momento conservador, quanto um momento subversivo... não há interpretação teoricamente neutra da história dos estudos sobre as mulheres. A história aí terá um papel atuante.

Jacques Derrida
(1984, p.17)

6.1 As relações de poder antes do ingresso das irmãs enfermeiras

Com a inserção das irmãs enfermeiras, a partir de 1953, no Hospital de Caridade, parece ter havido um antes e um depois nas relações de poder no espaço hospitalar. Reconheço que, pelas características destas irmãs, quer pelo seu conhecimento adquirido em escolas formais de nível superior, quer por suas próprias características individuais de formação familiar e social, elas não pareciam ser profissionalmente, mulheres submissas, obedientes, muito menos dóceis. Provavelmente, até pelo fato de possuírem temperamentos e personalidades marcantes, foram encaminhadas, na época, para os cursos de formação em enfermagem, em outros Estados. Algumas delas já estavam trabalhando em escolas regulares (hoje 1^o e 2^o Grau) da própria Congregação (Irmã Cacilda); outra atuava no Caridade (Irmã Romana); e a Irmã Concília havia recém ingressado na Congregação. Não foram escolhidas ao acaso. Havia sempre uma avaliação preliminar das noviças, pelas irmãs que representavam uma autoridade (madre provincial, madre superiora e irmãs superiores).

É possível e provável que, no seu retorno para o Caridade, após concluírem seus cursos de enfermagem, estas irmãs iriam provocar mudanças nas relações de poder até então estabelecidas, entre o pessoal de enfermagem e os médicos, assim como entre o pessoal de enfermagem, a superiora e o provedor. Outros campos de forças irão surgir. Estas são algumas conjecturas de uma época que se passou há mais de quatro décadas, e do que efetivamente ocorreu, apenas recortes que podem ser reconstruídos e trabalhados. Portanto, é preciso agrupar esses recortes com atenção, procurando observar as suas reentrâncias e meticulosidades, encaixando as peças, como se fosse um quebra cabeças, para, então, finalmente, entendermos a trama das relações de poder que se estabeleceu, no Caridade de 53 a 68, entre os diferentes personagens deste cenário.

No Caridade, a exemplo de outras instituições hospitalares, observamos, através dos discursos dos entrevistados, uma alternância nas relações de poder, que se deu, basicamente entre as irmãs enfermeiras, irmãs práticas, irmãs atendentes, os

atendentes, os auxiliares de enfermagem, a superiora, os médicos e o provedor. Observo, dependendo dos diferentes personagens em questão, a ocorrência de diferentes múltiplos jogos entre estes, ou seja, estes jogos poderão variar, mesmo entre profissionais de uma mesma categoria. Quando nos fala um médico recém-formado, este traz uma visão bastante diferenciada de um outro médico já formado há mais tempo e, portanto, com um saber já constituído e reconhecido e, por isso mesmo, com um diferente exercício de poder, de poder-saber. O mesmo se observa no discurso de uma irmã enfermeira com menor tempo de formação em relação a uma de maior tempo e de admissão, tanto no Hospital, quanto dentro da Congregação.

Em muitos momentos, no entanto, as relações davam-se de maneira bastante harmoniosa, sem conflitos, como quando um médico recém-admitido no Caridade, porém já possuidor de grande experiência anterior, refere seu constrangimento frente às irmãs, práticas de enfermagem (que ele insiste em chamar de enfermeiras):

*Quando eu cheguei aqui no Hospital, em 1940, foi praticamente a primeira vez que tive contato com “enfermeiras” religiosas. Até então, eu nunca tinha tido a oportunidade de trabalhar com enfermeiras religiosas e sim com leigas, e confesso que me sentia um pouco tolhido para trabalhar com elas, **porque eu não tinha coragem de dar ordens a uma religiosa**. No começo fiquei um pouco de mãos amarradas, sem saber o jeito, e tudo era pedido sobre a forma de “faz favor, se a senhora pudesse, se não lhe desagrade”, até que me habituei, e as coisas se tornaram normais (Aragão, 1997).*

Esta forma de comportamento relatado pelo Dr. Aragão, pode estar relacionada com o poder religioso evocado pelas irmãs, com a mística, com a sua religiosidade. Poderia estar relacionado, também, com o próprio médico e com suas dificuldades em lidar com o pessoal religioso, pois, muitas vezes, diante do poder religioso, as pessoas costumam curvar-se. O poder religioso é fruto da reverência, interfere no poder hierárquico e até na hierarquia profissional. O próprio fato de as irmãs fazerem o uso do hábito provocava um distanciamento e uma aura de diferença, de superioridade. Com o passar do tempo, alguns médicos adaptam-se às irmãs e passam a construir um trabalho médico e de enfermagem, com religiosidade. Ocorre uma maior compreensão por parte dos médicos e funcionários leigos, no sentido de atender o paciente também na sua espiritualidade. Mantém-se uma relação de respeito, ligado à religiosidade e às irmãs. Os próprios pacientes sentiam-se mais protegidos por estas, de tal

forma que, muitas vezes, preferiam ser atendidos pelas irmãs, nos cuidados de enfermagem, do que pelos funcionários leigos, por estar imbutido, nesse cuidado, o atendimento religioso. Invariavelmente, os doentes entendiam que este cuidado, assim como era ministrado, curava. Misturava-se o profissional com o religioso. Segundo algumas irmãs nos seus relatos, era como se, ao receber o cuidado de enfermagem, este era complementado pela ação divina. Isto é ressaltado, mais tarde, também por parte de alguns médicos, quando abordam o legado deixado pelas religiosas.

Na década de 50, os valores morais, religiosos, sociais e culturais da sociedade brasileira, caracterizavam-se por serem mais precisos, com estruturas hierárquicas bem definidas, especialmente os relativos à forma de as pessoas se relacionavam aos adultos, aos mais idosos e às religiosas. Os funcionários da enfermagem, em especial os atendentes e os ditos “enfermeiros”, ao se reportarem às irmãs, que trabalhavam na enfermagem do Caridade, relatam como era a relação com elas:

*Entre as irmãs não havia diferenças; em geral **elas tratavam todo mundo igual**, todo mundo muito bem. O relacionamento de funcionários com as irmãs era muito bom, a gente se dava bem, não era irmã lá em cima e a gente lá embaixo, não era isso não. Tanto que nas festas de final de ano tinha esses encontros bons, nós rezávamos sempre juntos, tinha missa e os funcionários quase todos participavam, aquilo era uma família mesmo (Nacif, 1997).*

Efetivamente, parecia uma família. Talvez nesse caso, as irmãs exercessem o poder pastoral, onde havia uma preocupação com o rebanho no seu todo e com cada uma de suas ovelhas, em particular. Entre eles, irmãs e funcionários, havia laços que os uniam. As irmãs tratavam os funcionários com delicadeza e afeto, oferecendo, a estes, algo que não possuíam, como uma família. Moravam no próprio Hospital, não somente por falta de recursos econômicos, mas especialmente por falta de uma estrutura familiar que os abrigassem. Alguns, ainda, eram órfãos. De certo modo, ao ingressarem no Caridade, recebiam, além de um emprego com um salário (embora muito limitado, segundo alguns entrevistados), uma “casa” (dormiam em grandes dormitórios) para morar e afetividade por parte dos colegas, médicos, pacientes e das irmãs, de tal forma que ficavam comprometidos com o Hospital, com os pacientes e amigos, fazendo com que ali permanecessem, embora as condições de trabalho e de salário, do ponto de vista atual, deixassem a desejar. Desta forma, transformavam-se

em indivíduos dóceis, aceitando as condições de trabalho impostas. As irmãs, com uma manifesta docilidade, exerciam um poder, contribuindo para que também os funcionários se tornassem dóceis, obedientes e submissos, submetidos a uma rígida disciplina tanto de horário como de atividades. Muito mais um modo de ser e fazer. Segundo Foucault (1991, p.127), a disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência), em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo; faz dele, por uma lado, uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar; e inverte, por outro lado, a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita”.

Evidentemente que nem todos os funcionários aceitavam as condições de trabalho impostas, e nem consideravam as irmãs tão boas. Havia aqueles que se rebelavam, muitas vezes, contra o sistema, negando-se a realizar algumas tarefas. Para estes, a permanência no Caridade era extremamente curta. Não havia a possibilidade de permanecer, senão se enquadrasse no rígido sistema de vida e de trabalho. Afinal, o Hospital seguia um ritmo intenso de trabalho: onde havia uma distribuição dos indivíduos através da inserção de seus corpos em um espaço individualizado; onde o tempo era controlado; onde a disciplina estabelecia a sujeição do corpo ao tempo; e onde a vigilância era um dos principais instrumentos de controle.

Por outro lado, os funcionários que se adaptavam ao Caridade, estavam tão envolvidos, afetiva e profissionalmente com o Hospital, que, durante um dos nossos encontros, um atendente referiu:

*Quando o Caridade queimou, eu chorei muito; eu gostei realmente mais dele, quando ele era só um Hospital de Caridade; acho que ele perdeu isso porque as irmãs saíram de lá; as irmãs têm a responsabilidade por essa caridade, porque a força e o testemunho delas era importante. Tanto que a gente trabalhava **fora de hora, era noite, era dia**, por causa das irmãs, e essa convivência toda era boa (Nacif,1997).*

Portanto, as irmãs desenvolviam um poder até pela sua própria bondade. No poder pastoral, o pastor sabe o que é melhor para seu rebanho. Desta forma, as irmãs exerciam o poder sobre os funcionários da enfermagem, fazendo com estes trabalhassem em todas as atividades que se fizessem necessárias, mesmo quando estes possuíam o direito de descansarem e realizarem o seu lazer. A docilidade e a obediência apresentadas por muitos funcionários, eram também percebidas no comporta-

mento das irmãs, especialmente naquelas irmãs práticas de enfermagem, mesmo quando estas possuíam um maior conhecimento das práticas da enfermagem e da medicina, adquirida na sua experiência de longos anos de serviço. A docilidade, a obediência, a abnegação e a submissão, estavam presentes nas irmãs como uma característica do próprio fato de se terem tornado religiosas. Afinal, elas abandonaram a vida mundana, para dedicarem-se a Deus.

A docilidade e a submissão podem ser percebidas, através do relato da Irmã Alcídia, que se caracterizava por ser uma excelente executora, tanto das práticas médicas como da enfermagem, e que na presença ou ausência dos médicos, costumava se submeter ao poder de mando destes, conforme este seu relato:

*Eu achava assim, se um médico quer uma coisa, eu vou fazer aquilo que ele quer, eu não vou fazer aquilo que eu quero. **A gente tem que obedecer os médicos**, porque os médicos são velhos, de idade, e ele preferia aquilo, então a gente tinha que fazer a vontade dele, mas muitas irmãs não fizeram. O Dr. Aragão era um médico muito bom. Ele dizia: “eu quero fazer essa cirurgia”, e eu respondia: “estou terminando de esterilizar”. Assim que eu acabava, a gente fazia. Ele era muito bom de trabalhar (Paulo, 1997).*

Segundo Teixeira (1993, p.63), “os médicos têm sido muito mais respeitados por serem os que sabem ordenar e conduzir a instituição hospitalar do que propriamente pelos seus méritos curativos”. Gostaria de acrescentar, ainda, que a questão está ligada à tradição de um poder que vem sendo constituindo há mais de dois séculos no ambiente hospitalar (Foucault, 1989, p.107), quando o médico assume a administração do hospital a partir de 1780 e, através da introdução dos mecanismos disciplinares, transforma o espaço hospitalar; organizando o hospital, em consequência, nasce a clínica. A partir do nascimento da clínica, irá se produzir um saber. Este saber passa a ser um saber do médico; este assume de certa forma o poder, pelo saber, medicalizando o hospital. Na verdade, o poder está também ligado ao mito, do médico como o senhor do saber, o que nem sempre se caracteriza como uma verdade absoluta. Especialmente nos dias atuais, em que a medicina se fragmentou nas suas especialidades, ou seja, cada médico dentro de sua especialidade, sabe cada vez mais, sobre uma parte cada vez menor, desconhecendo o restante.

Se, por um lado, o pessoal de enfermagem se caracterizava em determinados momentos, por ser dócil, submisso e obediente, também, os estudantes de medicina,

em fase final de conclusão de curso, que buscavam o Caridade para estagiar, costumavam apresentar-se, de forma dócil e obediente, como fruto de suas inseguranças profissionais. Estes costumavam acatar as orientações das irmãs práticas da enfermagem, que atuavam como supervisoras, conforme relato a seguir:

Enquanto a gente ainda não era formado, elas (as irmãs) tratavam a gente igual aos doutores mais antigos e ainda davam dicas e mostravam quem era quem. Apresentavam a gente e situavam o problema, dizendo: “tu ficas aqui até as 10 horas que os médicos irão passar, fazer a visita, e tu vais junto. Elas não diziam que isto contava ponto, que era politicamente interessante, medicamente interessante e tecnicamente interessante, elas não diziam isto; só diziam que deveríamos passar com o Dr. Aragão, com o Dr. Roldão, com o Dr. Polydoro, etc... (Grisard, 1997).

Através do relato acima, observa-se que havia, por parte das irmãs, um conhecimento da política de inserção de novos profissionais, mesmo quando estes eram futuros médicos. Eram elas os elos de ligação que mediavam muitas situações, inclusive aquelas relativas à incorporação de novos profissionais médicos ao Caridade. Talvez, elas nem percebessem exatamente o seu poder; entretanto, serviam de elos de ligação. Afinal, eram elas, as irmãs, que passavam quase todo o seu tempo no ambiente hospitalar, junto aos doentes, funcionários e médicos, e que portanto, tinham o conhecimento sobre tudo e todos, e sabiam das particularidades de cada um, inclusive dos médicos assistentes. Havia então, uma malícia, mesmo que positiva, desta introdução e das questões relativas a formação de um aprendiz, o aprendiz médico. Eram elas que, embora não possuíssem um saber formal, o da academia, naquele momento, exerciam o poder, mesmo que, em outros momentos, mais fortemente, o poder fosse exercido pelo médico assistente, pois nos diz Foucault (1989, p.XV), “o poder não é algo que se detém, nem um lugar que se ocupa, nem um objeto que se possui. Ele se exerce, se disputa. E não é uma relação unívoca, unilateral; nessa disputa ou se ganha ou se perde”.

Essas são algumas das inúmeras situações em que se davam as relações de poder entre os diferentes personagens no Caridade, até a vinda das irmãs enfermeiras. Na verdade, ocorriam situações das mais diversas, em todos os lugares (enfermarias, centro cirúrgico e outros) e em todos os momentos; entretanto parece, no momento, ser mais importante trabalhar como se davam essas relações, a partir da inserção das irmãs enfermeiras naquele espaço.

6.2 Relações de poder após o ingresso das irmãs enfermeiras

A partir de 1953, ocorre o ingresso da primeira enfermeira, a Irmã Concília, no espaço hospitalar do Caridade, proveniente da Escola Luiza de Marillac, do Rio de Janeiro. No entanto, ao contrário do que se pode pensar inicialmente, esta não chega como dona do saber. A sua admissão encontra resistências, barreiras, que, paulatinamente procura vencer. As próprias irmãs da enfermagem e as de outros serviços (cozinha, lavanderia, costura, farmácia, laboratório, entre outros) as vêem, com reserva, afinal, possuíam muito mais idade (Irmã Concília tinha apenas 25 anos e nunca havia trabalhado em hospitais; portanto, não tinha quase nenhuma experiência, além do curso realizado), muito mais experiência e por isso achavam que sabiam. Talvez soubessem mesmo; pois tinham uma longa trajetória prática no Caridade e não admitiam que viessem gente nova com novas determinações; tanto que passaram a apresentar resistências ao novo poder que ia se constituir. Eram elas, até então, que representavam o poder na enfermagem. A Irmã Concília (Hackenhaar, 1997) faz o seguinte relato da época, e de como enfrentou a situação:

*No começo eu tinha um pouco de dificuldades com as irmãs, porque **eu era tida como alguém que sabia, elas me achavam superior, então elas não consideravam**; elas não tinham humildade suficiente para virem perguntar: tu podes me ensinar? Isto não acontecia: **mesmo eu tendo conhecimento tinha que me** submeter. No início eu tive que me submeter a muitas coisas assim e ficar quieta, de engolir, porque elas diziam que eu não **tinha prática, isto mais aquilo, mais aquilo outro**. Elas achavam que conheciam muito mais do que eu. Praticamente elas sabiam mais do que eu; agora, na teoria, elas tinham que ficar quietas. Por isso, **aquilo que os médicos diziam, elas obedeciam cegamente**. Então isso tornava muito difícil, mas depois eu fui quebrando as barreiras e não teve mais dificuldades.*

Apesar de parecer contraditório, este relato é perfeitamente compreensível, pois as irmãs que trabalhavam na enfermagem, as práticas, sabiam da nova irmã enfermeira e do seu conhecimento teórico; entretanto, também sabiam da sua pouca prática. Travava-se uma espécie de “guerra” profissional silenciosa, em que cada uma das partes tinha suas armas. Entretanto as irmãs, da enfermagem, sabiam que, mais cedo ou mais tarde, a irmã enfermeira viria a adquirir a prática do cotidiano, e que portanto, dominaria tanto o conhecimento teórico de enfermagem quanto o prá-

tico, e passaria a possuir um saber mais completo, e um outro exercício de poder. Então, as resistências se anteciparam a este poder-saber. Segundo Foucault (1989, XIV), “o poder não é um objeto, uma coisa, mas uma relação. E esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra o seu exercício não possam ser feitas de fora, de outro lugar, do exterior, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede de poder, teia que se alastra por toda a sociedade e a ninguém pode escapar. É exercida com uma multiplicidade de relações de força. E como onde há poder, há resistências, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que se distribuem por toda a estrutura social”.

Com as resistências oferecidas por parte das antigas irmãs que atuavam na enfermagem, Irmã Concília desenvolve uma estratégia de poder, fazendo-se passar temporariamente por submissa, engolindo muitas coisas, mas principalmente, tentando captar a confiança e a amizade destas irmãs, para poder finalmente atuar. Entretanto, as resistências não somente vieram através das irmãs práticas da enfermagem, que atuavam como supervisora das unidades e dos serviços, como também da própria Irmã Superiora, que, através de sua assistente, costumava mandar o seguinte recado, assim que as irmãs enfermeiras reingressavam, individualmente, no Caridade:

Sabe irmã: não precisa fazer muito diferente como aprendeu na escola; faz tudo direitinho, mas não precisa fazer como aprendeu na escola (Longo, 1997).

Segundo a Irmã Romana (Longo, 1997), esse tipo de discurso tinha como objetivo evitar problemas, pois, no Caridade, não havia roupas, instrumentais, equipamentos, nem materiais de consumo suficientes, para a realização adequada das técnicas de enfermagem, e de outros procedimentos que deveriam ser realizados junto aos pacientes. Caso o conhecimento teórico apreendido na escola se implementasse efetivamente na prática, iria esbarrar em inúmeros conflitos e problemas com a direção geral, no caso o provedor. A intenção era a submissão total à direção, à direção de enfermagem, numa condição de subalteridade. A intenção era não criar problemas. Havia necessidade de se submeter à instituição, à disciplina, ao poder instituído da Superiora e do Provedor, figuras que representavam o poder. Este último representava a Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, respondia pela manutenção do Hospital.

Esses conflitos poderiam ser muito prejudiciais, tanto para a própria pessoa, no caso a religiosa, quanto para a superiora e até para a Congregação, que tinha um contrato coletivo de trabalho das irmãs com a Irmandade, que era quem administrava o Hospital. Pois era muito comum a administração religiosa resolver problemas mediante transferências coercitivas para outros hospitais, para outros serviços, para outras cidades e até mediante desligamentos da Congregação. Por outro lado, também não era bom para a direção geral, transferir determinadas irmãs que tinham experiência e realizavam um excelente trabalho na instituição. De certa forma, havia necessidade de manter uma certa harmonia, portanto conflitos não eram bem-vindos, no Caridade, nem para as irmãs, nem para o provedor e principalmente para superiora que teria um grave problema para resolver. Na época (década de 50), era muito comum que as mulheres acatassem as decisões dos homens, as esposas de seus maridos, sem discussões, e em especial as irmãs das ordens religiosas. Somente na década de 60, é que vão ocorrer as grandes transformações no mundo ocidental (a Revolução de 68 na França³⁸; a liberação das mulheres e a sua emancipação através dos movimentos feministas³⁹ na Europa, Estados Unidos e Brasil. Dentro da Igreja Católica, através do Concílio Vaticano II⁴⁰, vão acontecer rupturas dentro da própria Congregação e, por continuidade, no Caridade).

Ainda com relação às resistências oferecidas ao novo exercício de poder que vinha para se configurar, em uma outra ocasião, Longo (1997), logo após o seu retorno ao Hospital, recebeu da Superiora a seguinte ordem:

³⁸ Ocorreu em Paris-França, em 1968, e se caracterizou pela revolta dos estudantes que colocaram de pernas para o ar o tradicional e esclerosado sistema universitário da Europa, bem como as relações de poder entre os jovens e os adultos, entre o governo e a sociedade. A confusão foi creditada ao Partido Comunista Francês, que tinha como frase – chave em punho: “É proibido proibir” (Diário Catarinense, 29/10/99, p.11) .

³⁹ O movimento das mulheres iniciou-se no final do século XIX, e princípio do século XX, tinha como objetivo alcançar a igualdade de direitos e oportunidades entre os homens e mulheres. Este movimento conquistou o direito das mulheres ao sufrágio. Existem três pontos considerados fundamentais no movimento feminista: a solidariedade e a consciência dos papéis que assumem as mulheres na sociedade; campanhas públicas acerca do aborto, igualdade de pagamento e oportunidades no mercado de trabalho, cuidado com as crianças, pornografia e violência doméstica contra as mulheres; e a disciplina acadêmica do estudo da mulher e da cultura (Folha da Manhã, 1996, p.660). Este movimento ganhou maior expressão nos Estados Unidos na década de 60, estimulado em parte pelo movimento dos Direitos Civis e pelas políticas do governo destinadas a estabelecer o potencial feminino, para ir ao encontro da expansão econômica através da sociedade, incluindo as profissões e a academia (Burke, 1992, p. 67).

⁴⁰ O Concílio Vaticano II operou algumas transformações na Igreja Católica e por consequência nas Congregações religiosas tais como: a opção pelos pobres; a revisão de aspectos teológicos; a permissão de a missa ser rezada na língua oficial do país e, finalmente, a permissão para grandes comunidades religiosas poderem formar pequenas comunidades e passarem a residir em casas menores, o que resultou em uma maior liberdade para as irmãs das Congregações Religiosas (Gelain, 1999).

tu vai para o Hospital, mas não vai usar a roupa branca, para não ficar diferenciada. Na hora eu disse: tá tudo bem, só que depois disso, eu usei o branco e fim de papo (Longo,1997).

Apesar da determinação expressa da sua superiora, sem nenhuma sutileza, a Irmã Romana não se submeteu, o que demonstra claramente a resistência ao poder instituído. Afinal, as irmãs enfermeiras não eram sempre tão dóceis nem tão submissas, como se esperava que deveriam ser. Em muitos momentos, resistiam e demonstravam um contra poder ao poder instituído, apesar da disciplina rigidamente estabelecida na vida religiosa e por conseguinte, vida religiosa intra-hospitalar. Por incrível que pareça, nada aconteceu posteriormente ao fato de a Irmã Romana não ter acatado a decisão da Irmã Superiora, que, na época, era a Irmã Eduarde. Talvez seja porque, nesta mesma época, houve uma pequena modificação no hábito das demais irmãs, o que talvez tenha contribuído para a incorporação do uso da roupa branca pela Irmã Romana. É necessário registrar que, nos hospitais brasileiros, as enfermeiras tinham como tradição, o uso de uniformes de cor branca. Na primeira Escola de Enfermagem, a Escola Ana Néri, as enfermeiras usavam não somente o uniforme branco, mas também uma touca, obedecendo, de certa forma, uma tradição religiosa de submissão, o que as enfermeiras incorporaram a partir das ordens religiosas (Sauthier, 1998).

Uma das primeiras ordens religiosas, que veio para o Brasil, foi a Companhia das Irmãs de Caridade, criada pelo padre Vicente de Paulo e Luiza de Marillac, em 1633, na França, que adotou um hábito que a consagraria como Companhia de Caridade, distinguindo-se entre todos os demais hábitos das Congregações religiosas regulares. O hábito era constituído por um pano grosso azul-acinzentado, com saias de largas dobras e com um corpete justo ao busto, mas com mangas que dobravam facilmente, a fim de facilitar os movimentos na realização de quaisquer trabalhos. Preso à cintura, havia um avental da mesma cor. Dentro da manga do braço esquerdo, a irmã trazia um terço com crucifixo, preso ao pescoço por um cordão, que tinha como finalidade manter próximo a mão, a fim de beijá-lo e poder orar. Ao redor do pescoço, por cima do busto, elas usavam um colarinho de tela muito clara de igual largura nas costas, terminando por duas abas largas que se trançavam no peito. Na cabeça, as irmãs usavam uma simples touca branca de camponesa, que lhes ocultava

os cabelos, mas não lhes cobria nem o pescoço, nem as orelhas. O pescoço ficava descoberto, o que as diferenciava das irmãs de clausura. Posteriormente, com o transcorrer do tempo, essas vestes sofreram modificações, com a finalidade de preservar a honestidade e a decência daquelas que iriam cuidar do corpo do outro (Padilha, 1998, p.66-69). Estas se caracterizavam por representarem as vestes da pureza.

No que se refere às vestes das irmãs da Congregação da Divina Providência, elas trajavam o hábito comprido de lã, de cor preta, com mangas largas, na frente toda em pregas, com um terço preso na cintura. Na cabeça, usavam um colar engomado com frontal, e por cima da cabeça uma peça engomada, onde o véu era fixado. Diferente das irmãs de Caridade, o pescoço e as orelhas não ficavam expostos, mas protegidos por um colar branco. No Hospital, as irmãs se utilizavam do mesmo modelo de hábito, porém na cor branca.



Foto 26 – Hábitos que as irmãs da Congregação da Divina Providência costumavam vestir. (Década de 50)

Quando se estudam as resistências oferecidas por parte das irmãs, práticas de enfermagem e da superiora, ao ingresso das irmãs enfermeiras recém-admitidas, havia aquelas que as viam com bons olhos como se costuma dizer, como refere uma irmã prática, que já atuava, há longo tempo, como supervisora na Enfermaria de Pediatria do Caridade, e que diverge totalmente da opinião das demais, segundo o seu próprio relato:

As irmãs enfermeiras eram um apoio para nós. Eu nunca vi elas como metidas, eu até ficava contente quando apareciam porque aí a gente tinha apoio, elas trabalhavam, ajudavam a gente, porque antes era difícil,

porque não tinham enfermeiras, só algumas; então a gente nem tinha tempo de se encontrar e de conversar. Então, quando elas chegaram, as enfermeiras, a gente ficava contente, e o serviço lá não era pouco (Longhi, 1998).

Com o ingresso das irmãs enfermeiras, ocorre um aumento, ainda que incipiente, no número de pessoal. Esse pessoal mais qualificado, as irmãs enfermeiras, servirá com toda a certeza, para apoiar o pessoal auxiliar, que antes realizava uma enfermagem de forma mais rudimentar, sem um maior embasamento científico, e com muitas dúvidas, não expressas. Afinal, estavam na lida da enfermagem, há muito tempo. Embora com muitas resistências, passado o primeiro momento, começaram a perceber que havia diferenças e necessidade de mudanças. As irmãs menos resistentes, mais dóceis, passam a aceitar, logo no início, o apoio das irmãs enfermeiras, que ajudam não só na orientação das técnicas, como no manuseio dos pacientes, mas também na divisão de tarefas.

Posteriormente, com o desenrolar do tempo, conforme a Irmã Concília, as irmãs que trabalhavam na enfermagem e que apresentaram, inicialmente, resistências, perceberam a necessidade de aprimoramento tanto em termos técnicos como científicos, e passaram a aceitá-la melhor. Viram algumas possibilidades com a sua admissão, como por exemplo, de prepará-las para os exames de práticos de enfermagem, que eram oferecidos no Departamento de Saúde Pública de Florianópolis, um vez ao ano. Este ensino, já relatado anteriormente, criou uma convivência maior entre a irmã enfermeira e as irmãs futuras práticas de enfermagem. A irmã enfermeira passou a atuar também como professora, além de desempenhar as atividades assistenciais que vinha desenvolvendo, tanto na supervisão da enfermagem como no centro cirúrgico, onde atuava no campo operatório. Uma nova relação se estabeleceu, de ensino/ aprendizagem, entre a professora e suas alunas.

Segundo Padilha (1998, p. 194), “o ensino de algum tipo de saber dominado geralmente pelas irmãs ou pelos médicos e não pelos exercentes de enfermagem⁴¹, uma vez que estes devem sempre cumprir ordens, implica sempre numa relação de poder de quem sabe, sobre quem não sabe”. No Caridade, este poder era exercido pela irmã enfermeira sobre as irmãs que se tornariam práticas de enfermagem. Im-

⁴¹ exercentes de enfermagem segundo Padilha (1998, p.191-192), eram os “enfermeiros”, antigos doentes curados, africanos e africanas livres, africanos escravos, entre outros.

portante ressaltar que uma irmã que trabalhava na enfermagem, só se tornaria prática de enfermagem ao ser aprovada nas provas realizadas no Departamento de Saúde Pública. Antes disso, era considerada atendente. Embora as irmãs não tivessem titulação formal, eram elas as supervisoras, as responsáveis pelas inúmeras enfermarias e serviços. Isto implicava, mais uma vez, numa submissão, pois, se, nas enfermarias em que eram as responsáveis, necessitavam dar satisfação somente à superiora e aos médicos sobre seus pacientes, como alunas deveriam ainda submeter-se ao poder-saber da professora.

As relações no Hospital travavam-se entre todos os personagens, entre os da mesma categoria, como os de diferentes categorias da enfermagem (irmãs enfermeiras com irmãs atendentes, irmãs enfermeiras com irmãs práticas, irmãs enfermeiras com irmãs enfermeiras, irmãs atendentes com irmãs atendentes, irmãs atendentes com irmãs práticas, irmãs práticas com irmãs práticas, irmãs práticas com atendentes e “enfermeiros”, irmãs enfermeiras com atendentes e “enfermeiros”), e todas as categorias com a superiora e com o provedor. Mas era com os médicos que ocorriam, em geral, as maiores dificuldades, os conflitos de poder. Entretanto como o poder encerra também a sua positividade, pois produz benefícios, induz ao prazer, produz um discurso (Foucault, 1989, p.8), em muitas ocasiões, a relação com eles era muito positiva, pois originava uma troca de saberes e de gentilezas. Mas, fundamentalmente, a relação se caracterizava por ser positiva, porque no embate entre as irmãs enfermeiras e os médicos, havia a necessidade da busca da superação. As irmãs enfermeiras buscavam trocar conhecimentos com estes. Se, por um lado, elas sabiam como cuidar, a eles, os médicos, era atribuído a função de curar dos doentes. Havia a necessidade de ambos trocarem saberes. Pode-se dizer que as irmãs se constituíam em dois tipos de sujeitos: frente aos médicos experientes, elas tinham uma relação de obediência e submissão, e frente aos médicos novatos, eram as que determinavam e, ensinavam até, como deviam portar-se. Por este motivo, é interessante observar como estes médicos percebiam as irmãs no espaço do Caridade, da época:

*Eu havia recém chegado ao Caridade, e minhas relações com as irmãs naquela época, eram muito amistosas. **Elas, as irmãs,** eram o poder dentro do hospital, eram elas que determinavam, **quem decidiam,** mas havia um excelente relacionamento, talvez porque eu estivesse começando. Eu sempre tive muita boa aceitação, até porque eu me*

*dispunha sempre a atender. Eu estava permanentemente disponível no final de semana e à noite, atendendo a doentes que não tinham como pagar. Então havia um bom relacionamento. Eu tive excelentes amigas entre as irmãs, que eram **praticamente quem dirigiam o hospital e quem ditavam as normas e impunham a disciplina** (Dantas, 1997).*

Um outro médico, que se havia se formado há muito mais tempo (1935) e que, portanto, possuía muito mais experiência, referiu:

*Em relação ao tratamento medicamentoso, é possível que, com **alguns colegas mais novos, elas sugerissem**; comigo eu nunca senti, para mim o que se passava era o seguinte: elas me diziam: Doutor, o senhor está atendendo exatamente como deve atender tais e tais pacientes. Agora é possível que naquela época mesmo, ainda existissem alguns colegas mais novos que elas fizessem isso; mas comigo eu não me lembro (Santiago, 1997).*

Mais uma vez é reforçado o poder-saber de algumas irmãs que atuavam na enfermagem, pois o médico, ao referir, que ela havia dito que ele estava fazendo exatamente como deveria ser, demonstra que elas sabiam o que tinha de ser feito, mesmo quando se tratava do atendimento médico. Por outro lado, este tipo de relato reforça o que havia sido anteriormente comentado, de que as irmãs se constituíam em dois tipos de sujeitos frente aos médicos: as que obedeciam e eram submissas aos médicos mais antigos, e as mais experientes, aquelas que, frente aos médicos mais novos, ensinavam e impunham as normas, rotinas e disciplina. Observo, ainda, uma preocupação no empenho de alguns médicos em quererem demonstrar quem efetivamente exercia o poder. Como já dito anteriormente aqueles que estavam ingressando no Caridade tinham determinada visão de quem exercia o poder, enquanto que os médicos mais antigos, reforçavam o seu próprio poder. Havia uma preocupação em mostrar a sua autoridade, um poder de mando. Na medida em que estes, se tornam mais antigos e mais experientes, iam garantindo maior apoio por parte da enfermagem e respeito. Há comentários sobre as diferenças na forma de tratamento das irmãs para com os médicos mais velhos, ou seja, aqueles que possuíam maior experiência, em relação aos mais novos, como nesta narrativa:

*Como hoje em dia, naquela época havia diferenças no tratamento para com os médicos, ou seja, em relação à diferença de idade, tempo de formação, havia um respeito, mas em termos profissionais não, havia uma igualdade de tratamento. **As opiniões não eram discutidas, porque o outro era mais velho.** As irmãs eram mais cordiais, eu*

diria, não subservientes, mas gentis e cordiais com os mais velhos. Havia na época um bom relacionamento (Dantas, 1997).

Portanto, nas relações de poder entre as irmãs (enfermeiras e práticas) e os médicos, pode-se dizer que havia algumas considerações especiais, nos casos em que estes eram mais velhos, mais experientes, possuíam poder-saber. Com estes, faziam-se maiores concessões, ao passo que com os outros, as irmãs conseguiam impor algumas normas que entendiam ser necessárias. Há um caso em especial, em que esta afirmação pode ser corroborada. No centro cirúrgico, a irmã responsável cancelava, muitas vezes, as cirurgias de alguns médicos que se atrasavam. Entretanto, de acordo com o Dr. Mund (1997), isto somente ocorria com aqueles que eram mais jovens, ou seja, que estavam no Hospital há menos tempo e que, portanto, tinham menores possibilidades para discussão. Entretanto, entre os médicos mais antigos, havia aqueles que costumeiramente se atrasavam, quer porque haviam realizado cirurgias até muito tarde no dia anterior, quer por qualquer outro motivo particular. Estes, era muito comum serem aguardados, já com o paciente na mesa cirúrgica, sem reclamações.

Depois que as irmãs enfermeiras, primeiro a Irmã Concília e posteriormente a Romana, passaram a atuar no campo operatório, de forma bastante expressiva, houve um grande reconhecimento, por parte dos médicos, dos serviços prestados por estas irmãs enfermeiras, tanto que, em determinadas situações, muitos médicos deixavam de realizar cirurgias, quando uma Irmã enfermeira não podia acompanhá-lo, conforme o relato da Irmã Romana (1997) a seguir:

*Uma vez eu estava com furunculose aqui no braço, e o Dr. Lobato **suspendeu a cirurgia**, porque não queria que outra gente instrumentasse para ele.*

Seguramente era o paciente, quem sofria as conseqüências por ter sido suspensa a sua cirurgia. É interessante notar que, durante as entrevistas realizadas por mim, poucos foram os momentos em que se buscou discutir sobre os sentimentos dos pacientes internados no Caridade. Talvez pelo fato de haver um grande número de indigentes, pacientes que em nada contribuíam com o Hospital, não havia, da parte do corpo médico e de enfermagem, embora as últimas fossem religiosas, grande preocupação com o que estes doentes sentiam. Não havia muito tempo de ocupar-se com as questões psicológicas e

sociais, face ao número restrito de pessoal e ao grande número de pacientes internados. É interessante notar que o paciente, ao ser internado, parecia perder a sua identidade no meio de tanta gente internada (400 no total). Na época, parece que não havia tanta preocupação com a cidadania do doente, e até, com a ética médica. Tanto que, ocorriam situações extremamente graves, no ambiente hospitalar, como a relatada por Hackenhaar (1997), quando, em uma ocasião essa enfermeira foi solicitada a auxiliar um médico no centro cirúrgico, expressando-se do seguinte modo:

*Com o fulano eu não ajudo mais em cirurgia, me desculpem que eu não vou, e ninguém pode me obrigar a fazer, **eu não estou a fim de ser cúmplice de morte de doentes.** Isso não era comum, ocorria com muito poucos, dois ou três médicos. **Então os médicos ficavam me olhando,** sabiam que eu tinha razão, aí outros iam ajudar.*

Neste momento, observa-se que, com o saber aprendido, a Irmã Enfermeira Concília nega-se a ajudar na cirurgia, pois, afinal, o “outro médico não sabia”. Além da resistência apresentada pelo exercício do poder – saber, a enfermeira preocupa-se com a questão da sobrevivência do paciente. Afinal, a Enfermagem, assim como a medicina, tem como princípios fundamentais⁴² a preservação da saúde e da vida do ser humano. Portanto, o fato de colocar em risco, a vida do paciente, feria esse princípio. Esta foi é uma decisão de importância crucial. Por outro lado, parecia haver até um conluio dos médicos envolvidos: um corporativismo. Afinal, se alguns médicos não possuíam o devido preparo e capacidade, para realizar uma cirurgia, deveriam ser inviabilizados pelos demais. Inclusive impedidos de operarem, até que se capacitassem.

Naquela época, os médicos, assim como os funcionários que eram admitidos pelo Caridade, não eram submetidos a nenhuma prova de seleção, a nenhum concurso, enfim a nenhuma prova admissional, o que possibilitava a contratação de alguns elementos não muito bem preparados. É importante ressaltar, ainda, que os médicos também não recebiam salário pelo trabalho exercido no Caridade: e,

⁴² O Código de Ética dos Profissionais da Enfermagem, no seu Capítulo I, no Art. 1º, determina que: “A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais” (COREn-SC, 1997, p.43).

O Código de Ética Médica, no seu Capítulo I, Art. 1º, determina que: “A Medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e deve ser exercida sem discriminação de qualquer natureza”. No seu Art. 2º, o Código determina que: “O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional” (Conselho Federal de Medicina, 1996).

somente recebiam pagamento referente aos seus atendimentos, através das Caixas de Aposentadoria e Previdência, quando estes doentes possuíam algum tipo de benefício, ou então, quando internavam pacientes particulares. Dos carentes de recursos, nada recebiam. Esta situação, possivelmente facilitava, ao meu ver, certo descompromisso. Na época, pouca consciência se tinha dos direitos dos doentes, e quase não havia processos contra médicos. Situação bastante diferenciada dos dias atuais, quando os pacientes apresentam um pouco mais de consciência dos seus direitos, apesar de ainda estarem distantes, do ideal.

Quando se analisa o conhecimento da técnica cirúrgica e dos tempos operatórios, observa-se que este estava restrito não só às irmãs enfermeiras, mas também a uma irmã atendente de enfermagem que atuou no Caridade, enquanto noviça. Na época, a Irmã Concília foi a responsável pelo aprendizado desta irmã no centro cirúrgico. Anteriormente, esta noviça, quando ainda não era religiosa, já havia atuado no Hospital Santa Isabel de Blumenau, onde adquiriu alguma experiência. Tempos depois, ao ser transferida do Caridade para o Hospital de Rodeio, no Vale do Itajaí, SC, a noviça procurava resolver os problemas dos pacientes, no próprio hospital, da seguinte forma, conforme relata Irmã Romana (Longo, 1997):

Quando a Irmã Lígia estava em Rodeio, e o médico queria mandar o paciente para Blumenau, a Lígia perguntava: Para que mandar o doente para Blumenau? Respondia o médico: Para operar. Então ela dizia: Vamos operar aqui. Dizia ela: eu sei muito bem operar, eu sei muito bem. Vamos operar aqui.

Mais uma vez, se observa que o conhecimento das práticas médicas desenvolvido pelas irmãs que atuavam na enfermagem, a par do desconhecimento médico, bem como da omissão dele, esbarram com o Código de Ética Médico e de Enfermagem. No entanto, por outro lado, proporcionavam à elas, as irmãs, um reconhecimento tão grande e um exercício de poder, que os próprios médicos as viam, em muitos momentos, não como simples auxiliares, mas como suas “mãos direitas”. Certa vez, o Dr. Aragão, ao ser informado que a Irmã Alcídia seria transferida do Caridade, procurou a Madre Superiora, na época Madre Sabina, a fim de solicitar que a mesma não fosse transferida, manifestando-se da seguinte forma:

*Madre, a **senhora me declarou guerra?** Por que a senhora **quer transferir a Irmã Alcídia?** **Acaba comigo, e eu vou entrar em luta com a senhora,** e não tenha dúvidas, que eu vou fazer força! Ela riu e a Alcídia ficou, e, **enquanto eu trabalhei lá, ela** ficou na sala branca.*

Vale ressaltar a importância que tinha a Irmã Alcídia. Apesar de ser prática de enfermagem, ela era considerada uma auxiliar, das melhores que havia, segundo os médicos. Todos os que trabalhavam no Caridade, inclusive não só os que atuavam diretamente com os pacientes, mas de outros setores, a reconheciam por sua grande capacidade no atendimento ao doente, especialmente daqueles que chegavam em estado grave e crítico à sala branca. Assim também o Dr. Aragão, que era tido como um médico de muito prestígio e reconhecimento por sua capacidade técnica e científica. Preocupado com a perspectiva de perder sua auxiliar direta, buscou conseguir com a Madre Superiora, a sua permanência. A Madre, que em geral costumava decidir sobre tudo e sobre todos, tinha, pois, o poder da autoridade concedida, não se atendo a quaisquer solicitações, muito menos às dos médicos, até porque havia uma independência na condução dos assuntos relativos às irmãs.

Havia, inclusive, o reconhecimento por parte de alguns médicos, de que, quando algumas irmãs se sobressaíam, pela capacidade técnica ou estética, e havia elogios a estas, imediatamente seriam transferidas. Os hospitais do interior necessitavam muito mais de pessoal preparado do que o próprio Caridade, uma vez que, nestes locais, as condições eram muito mais precárias (pouco pessoal de enfermagem, de médicos e condições físicas, materiais e equipamentos menos satisfatórios) e portanto necessitavam de pessoal mais qualificado. Os médicos procuravam não elogiar em demasia, para não perder as auxiliares. Era consenso entre o grupo de médicos (Mund, 1998).

No caso da Irmã Alcídia, a Madre reconsiderou o pedido, e a manteve no Caridade. Seguramente havia, por parte da Madre, respeito e reconhecimento do prestígio do Dr. Aragão e da importância da permanência da Irmã Alcídia na sala branca do Caridade. É importante ressaltar que as religiosas não estavam subordinadas a ninguém a não ser à própria Congregação, na figura da Madre Superiora, que costumava tomar decisões irrevogáveis. Profissionalmente estavam subordinadas em última instância, no Hospital, ao Provedor.

Conforme Padilha (1998, p.145-147), para as irmãs de caridade poderem vir para o Brasil e introduzirem seus conhecimentos relativos à saúde e de enfermagem, desenvolvidos e aplicados durante dois séculos em outros países, foi elaborado um Tratado em 1852, firmado em Paris, que determinava as condições da Companhia das Irmãs de Caridade nos estabelecimentos da Santa Casa. Este tratado mantinha seus pontos principais em consonância com o tratado original firmado em 1640. O tratado determinava que as Irmãs de Caridade deveriam ficar subordinadas apenas ao provedor, “sendo obrigadas a conformar-se com as leis, decretos, ordens e regulamentos que regiam a administração do estabelecimento de saúde, sem contudo contrariar alguns dos artigos do presente Tratado, nem aos usos e regras da sua comunidade religiosa”. Portanto, desde que não ferissem os estatutos previamente determinados pela comunidade religiosa, poderiam inserir-se nas normas da instituição hospitalar. Este tratado, embora tenha sido inicialmente elaborado para a Companhia das Irmãs de Caridade, irmãs que não faziam votos perpétuos e que eram leigas, acredito que, possivelmente tenha servido de base para as demais ordens que vieram instalar-se no Brasil. Afinal, as ordens religiosas que vieram a “posteriori”, vinham com os mesmos objetivos de atuação nas santas casas e na criação de escolas.

No Hospital, enquanto as relações entre médicos e as irmãs da enfermagem mantinham-se silenciosas, aparentemente harmoniosas, não havia a necessidade de nenhuma interferência. No entanto, quando as coisas não se saíam bem, e por quaisquer motivos, ocorriam conflitos; a superiora era solicitada a interceder, conforme relata uma das irmãs que então trabalhava como noviça (Maria, 1997):

Sabes, as irmãs tinham tanto poder, que se tivessem algum problema entre um médico com uma irmã, o problema não era resolvido ali, era resolvido com a superiora. A superiora chamava o médico e a irmã, e o médico a respeitava, era como um ser superior, que tinha que dar satisfação. Se a irmã não tinha o poder lá, mas a Congregação tinha. Era o poder da Congregação, porque era uma potência. Agora parece que estão mais fracas, mas a Divina Providência é uma potência. Tudo vem do financeiro. Tu achas que alguém tem poder sem ter dinheiro? Se fosse uma Congregação pobre ninguém ligava. As catequistas lá de Rodeio, que eram pobres, faziam pouco delas, porque não tinham isto aqui, dinheiro. Além disso tinham alguns médicos que haviam sido alunos delas.

A superiora servia sempre de mediadora entre o provedor e as irmãs, entre a Madre e as irmãs, principalmente nas crises entre os médicos e as irmãs. Assumia a sua função de líder, de cuidar das suas comandadas. Evitava, assim, que, eventualmente, o conflito se avolumasse. Naturalmente, havia um reconhecimento por parte de todos funcionários, médicos e provedor, de que a irmã superiora era a responsável por todas as demais irmãs e elas subordinadas: não só as da enfermagem, mas todas as que trabalhavam no hospital. Era como se elas fossem incapazes de cuidar de si próprias. A Igreja assumia a função do poder pastoral, utilizando-se da irmã superiora como mediadora, como a pastora, cuidando de suas ovelhas para que não se perdessem. Com isso, as irmãs obedeciam quase que cegamente à superiora. Assim o poder da Igreja se tornava físico através da irmã superiora, que procurava cuidar não apenas da comunidade como um todo, mas de cada indivíduo em particular durante toda a sua vida (Dreyfus e Rabinow, 1995, p. 237).

Na verdade, quem efetivamente tomava todas as grandes decisões administrativas, dentro e fora do Hospital a respeito do Caridade, era o Provedor. Ele realmente exercia o poder de direito da Irmandade. Estava no vértice da pirâmide e grande parte das decisões estava com ele. Embora, segundo Foucault (1989, p. XV), “o poder não é algo que se detém como uma coisa, como uma propriedade, que se possui ou não”. No Hospital de Caridade, a exemplo de outras instituições similares, como as Santa Casas, o poder de determinar as coisas da casa, estavam ligados a duas pessoas especialmente: o provedor, secundado pela irmã superiora. Eles tinham, segundo Bordieu (1996, p. 87), “o poder da fala oficial do porta voz autorizado que se exprime em situação solene, e, às vezes, não tão solene, e que dispõe de uma autoridade cujos limites coincidiam com a delegação da Instituição”, neste caso a Irmandade do Senhor Jesus dos Passos. Conforme o autor (1996, p.87), estas características estilísticas, “estão relacionadas com a linguagem dos sacerdotes e professores e, de modo mais geral, dos quadros de quaisquer instituições, tais como a rotinização, a esterotipagem e a neutralização, derivam da posição ocupada num campo de concorrência por esses depositários de uma autoridade delegada”.

Ao Provedor, conforme o Livro de Compromissos da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade (Pereira, 1998, p.285), “cabia ser o Presi-

dente da Irmandade e o principal administrador dos seus bens e diretor de todos os seus negócios, devendo, privativamente, convocar a mesa quando se fizesse necessário, propor negócios à mesma, assegurar os despachos na mesa ou fora dela; acompanhar os enterros dos irmãos, nomear e despedir, com votos da mesa, o capelão, médicos, cirurgiões, enfermeiros e demais empregados da igreja e hospital. Ainda, deveria, entre outros, vir ao hospital o mais amiúde possível, informando-se do estado dos doentes, seu tratamento e condutas dos enfermeiros, médicos, cirurgiões e demais empregados. Deveria informar-se do tratamento dos expostos, e da educação a ser dada quando em tempo de recebê-la. E finalmente dar de jóia a quantia de vinte mil reais”. De acordo com Padilha (1998, p.92), havia, por parte da Irmandade, a necessidade de manter, para este tipo de cargo estratégico de provedor, pessoas que possuíssem cargos ou funções políticas, e, portanto, assim pudessem influenciar positivamente nos rumos da Irmandade, para que esta obtivesse assim apoios financeiros de todas esferas da comunidade.

Quanto às irmãs de caridade e aí se inclui a superiora, segundo o tratado, já abordado anteriormente, a irmã superiora tinha como função: a direção e a coordenação de todo o trabalho interno da Santa Casa de Misericórdia e do Hospício Dom Pedro II, cabia-lhe a polícia; ou seja supervisão/controlar o trabalho, e aí se incluíam todos os serviços, inclusive o desenvolvido pelos médicos, a quem não eram subordinadas, mas com quem dividiam funções. Era, ainda, a encarregada das chaves, o que significava dizer que possuía o controle sobre todo o espaço físico do hospital e sobre todos aqueles que ali trabalhavam (Padilha, 1998, p.150).

O quadro a respeito das funções da irmã superiora explicitado através do Regulamento da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, no século XIX, está presente de forma semelhante no Hospital de Caridade, em Florianópolis, embora se trate de outro local e de muito tempo depois.

Em relação à atuação do Provedor no Hospital de Caridade, constata-se um exercício de poder contínuo, e ilimitado, como pode ser verificada através do relatos de alguns funcionários:

*O provedor era quem **comandava assim os médicos, vigiava, fiscalizava.** E ele defendia muito os pobres, inclusive também os*

funcionários. Ele brigava, era exigente, ele brigava com todo mundo, com médico, com as irmãs, com a gente mesmo, até assustava. Agora eu gostava dele, porque era justo, era muito bom (Nacif, 1997).

Além da superiora, que atuava na supervisão geral de todas as irmãs que atuavam no Caridade, o Provedor Medeiros, pelo fato de residir no próprio Hospital, de vivê-lo intensamente, estava atento diariamente a tudo e a todos. Para ele não havia prerrogativas, mesmo quando tratava do pessoal de nível superior, como os médicos e as enfermeiras: todos, sem exceção, deveriam ser vigiados, fiscalizados, com o intuito de realizarem adequadamente seus trabalhos. Estava permanentemente preocupado com o bem-estar dos doentes. Para estes, não haviam restrições. Mesmo quando fossem indigentes ou pacientes particulares, na sua visão, o atendimento deveria ser o mesmo. Conforme o relato de uma irmã prática de enfermagem:

*Quem era o provedor naquele tempo, era o João Medeiros, ele era muito bom, era muito enérgico, mas eu gostava muito dele porque tinha que ser assim; se não fosse assim, sabe como é, né? O Medeiros era chefe de tudo, era o chefe do hospital. Ele passava todo o dia lá na pediatria, **não deixava faltar nada, tinha tudo, porque ele não queria que faltasse nada para as crianças.** Ele era muito amigo, eu gostava muito dele (Longhi, 1998)*

Havia uma preocupação tão especial para com o bem-estar físico das crianças, que, para elas, nada poderia faltar, nem roupas, nem medicamentos, nem alimentação. O próprio provedor inspecionava diariamente a enfermaria das crianças, a fim de garantir que nada faltasse. Como medida de segurança, o leite utilizado pelas crianças do Caridade, era fornecido pela Legião Brasileira de Assistência (LBA), através de um de seus funcionários, que devia entregá-lo diariamente.

Por outro lado, quando as coisas não estavam de acordo com as suas expectativas, o provedor costumava chamar a atenção de forma exagerada, expondo quem quer que fosse, a ponto de alguns funcionários sentirem-se extremamente ofendidos. Através do exame, ou seja, de uma observação permanente, que não fugia a nenhum detalhe, permitia ao provedor qualificar, classificar e punir o funcionário. Nesse caso, recebia uma sanção disciplinar, mesmo que fosse somente uma repreensão oral. Era muito comum acontecerem situações como a descrita por Cunha (1998):

A gente tinha o maior respeito pelo provedor Medeiros Filho. Ele era muito bravo. Naquele tempo tinha uniforme: sapato preto, meia branca,

guarda-pó, toca. Se ele encontrasse a gente no corredor do hospital sem isso, algum destes itens, ele chamava a atenção, rebaixava a gente. Podia estar sozinha, podia estar acompanhada, ele chamava atenção mesmo assim, rebaixava a gente. E a gente tinha que cumprimentar ele: bom dia, senhor provedor! Com os médicos ele também era duro e com as freiras também.

Efetivamente, era o Provedor Medeiros quem dominava o espaço hospitalar, através da sua vigilância contínua e funcional de todos os membros que atuavam no Caridade, não somente os funcionários da enfermagem, irmãs práticas, enfermeiras, mas, também, os funcionários dos vários setores e até os médicos e superiora. Esta última permanecia vigiando constantemente, complementando a atuação do provedor. No sistema disciplinar do Hospital de Caridade, ocorria o poder da individualização, que tem o exame como instrumento fundamental. O exame, segundo Foucault (1991, p. 164), "permite a vigilância permanente, classificatória, que facilita distribuir os indivíduos, localizá-los, julgá-los, medi-los e utilizá-los ao máximo. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir". O provedor, a partir do exame de cada um dos funcionários e não só destes, mas de todas as coisas que ele percebia que aconteciam no Caridade, conseguia avaliar e decidir sobre tudo e todos.

O Desembargador Dr. João da Silva Medeiros Filho foi eleito como Provedor pela Irmandade do Senhor Jesus dos Passos, pela primeira vez, em agosto de 1943, em substituição do anterior, o Sr. Anthero Francisco de Assis, que havia permanecido por treze anos (1930-1943) no cargo até o seu falecimento. O Desembargador já havia ocupado este cargo anteriormente, como provedor substituto. Em 1954, foi reeleito para mais dois anos de mandato, e em 1958, depois de meio ano de descanso, o provedor havia reassumido suas funções no Hospital. Em 68, o Comendador Medeiros Filho completou 25 anos de serviços prestados ao Hospital, na qualidade de provedor, e em 1970 fez 90 anos de idade, quando o Hospital realizou grande festa em sua homenagem, ocasião em que Dom Afonso Niehues, Arcebispo de Florianópolis, celebrou missa. Nesta celebração, inúmeras autoridades estiveram presentes, e o provedor recebeu na Câmara Municipal, o título de Cidadão Florianopolitano. O Provedor Medeiros permaneceu e residiu no Hospital de Caridade até o fim de seus dias, que ocorreu em 1975. Era viúvo da senhora Cora da Luz Medeiros (Hospital de Caridade, 1988).

Quanto ao cargo de irmãs superiores, no período estudado, ou seja, de 1953 a 1968, e antes deste, inúmeras foram as irmãs que ocuparam o cargo de superiora. Ao contrário do que ocorreu com o Provedor Medeiros, que permaneceu por 32 anos no cargo. Esta decisão caracteriza-se como uma política da Congregação de não manter *ad infinitum* as irmãs nos mesmos cargos. Em 1951, a irmã Eduarde assumiu, permanecendo como superiora, até o início de 1956, quando deixou o Caridade, para assumir o cargo de Superiora do Provincialato, ao mesmo tempo que seria sua Assistente Provincial. Em sua substituição, veio a Irmã Horácia Althoff, que já havia anteriormente trabalhado no Caridade na década de 20 e que, posteriormente, trabalhou em vários hospitais como Superiora, tendo, em geral, equilibrado as contas desses hospitais deficitários. Em 1959, Irmã Horácia foi substituída pela Irmã Osvalde. Esta irmã permaneceu somente até 1961, quando, então, foi transferida para Blumenau, também para assumir o cargo de Superiora, no Hospital Santa Isabel. Quem substituiu a Irmã Osvalde, foi a Irmã Mansueta que já havia, durante quase 13 anos, dirigido a secretaria do Hospital de Caridade, na qualidade de tesoureira. Irmã Mansueta permaneceu até 1965, quando, então, foi substituída pela Irmã Ludwiga, que permaneceu no cargo até 1968, quando foi finalmente substituída pela Irmã Concília. Esta última foi a primeira enfermeira a assumir o cargo de Superiora e a modificar inúmeras atividades que até então as superiores haviam assumido e realizado ao longo do tempo.

Pode-se dizer que a Irmã Concília mais uma vez, no seu reingresso no Caridade, na função de Superiora, provocou micro rupturas, quando se negou a assumir a função de tesoureira, referente à parte financeira do Hospital. Até então, todas as irmãs superiores que haviam passado pelo Caridade, haviam assumido, entre outras, essa função. Eram as responsáveis pelo pagamento de todas as contas hospitalares, inclusive dos caixeiros- viajantes, da capital, interior e de outros estados; também recebiam todos os pagamentos, inclusive, como já dito anteriormente, dos honorários médicos. Irmã Concília recusa-se a aceitar, pois pensava que, como enfermeira e superiora, não era de sua responsabilidade assumir esta função; antes tinha como técnica de nível superior, a obrigação de estruturar melhor os serviços, inclusive o de enfermagem, que se faziam necessários. Conseguiu, junto com a enfermeira leiga, Lucilda, que havia sido recém-contratada, organizar o serviço de enfermagem, do qual esta última passou a atuar como Chefe. A partir daí, conseguiu não só criar um

serviço organizado, mas também um espaço físico para si e para a enfermagem, organizando a sala da Chefia de Enfermagem, até então inexistente, conjuntamente a sala da superiora.

Aos poucos, organizou, junto com a nova chefe de enfermagem e com as irmãs supervisoras, equipes de enfermagem nas respectivas enfermarias. Com a saída de muitos funcionários para os outros hospitais e serviços que foram sendo criados na capital (Hospital Infantil Edith Gama Ramos, Hospital Governador Celso Ramos e Laboratório de Fisiologia da UFSC), foi necessário realizar cursos para os atendentes de enfermagem recém-admitidos e treinamentos para o pessoal que estava em serviço. Essas modificações não foram aceitas sem conflitos com o Provedor e com a mesa diretora da Irmandade, que não aceitavam que a Irmã Concília implementasse tantas modificações no interior do Hospital e se recusasse a aceitar a função de tesoureira. No entanto, Irmã Concília se manteve firme na sua decisão, o que fez com que a Direção e a Irmandade buscassem um novo tesoureiro.

Irão acontecer, neste período, inúmeras outras modificações, relativas ao modo de vida das irmãs no Hospital de Caridade, como: promover a obtenção de carteiras profissionais para todas as irmãs que ainda não possuíam, para que passassem a receber um pequeno salário⁴³; prepará-las, através de cursos formadores regulamentados, pois caso resolvessem sair da Congregação, teriam uma formação específica e a possibilidade de um novo emprego; possibilitar residência fora do Caridade, pois dentro do Hospital não havia condições de cuidarem de sua vida pessoal/religiosa por serem constantemente chamadas a resolver problemas, inclusive nos seus horários de descanso e folga; e finalmente, a compra de uma casa de praia, onde pudessem desfrutar seus momentos de lazer, tão necessários. Além das modificações relacionadas à vida pessoal das irmãs, Irmã Concília revolucionou o Hospital, exigindo um maior número de funcionários, material e equipamentos. Diante de tantas mudanças, a Irmã Superiora Concília passou a não ser bem vista pelo Provedor.

Em virtude dos votos (obediência, pobreza e castidade), dentro da Congregação, as irmãs não possuíam quase direitos. Eram submetidas às determinações de

⁴³ Até então, o contrato de trabalho das irmãs da Congregação Divina Providência com o Hospital de Caridade era coletivo, e quem recebia efetivamente os salários, era a própria Congregação, que se servia do mesmo da forma que melhor aprovesse, fornecendo para cada uma das irmãs, o mínimo indispensável às suas necessidades humanas básicas. (Nota da Autora)

toda ordem, como por exemplo, quando se tratavam das transferências, que eram muito comuns. As transferências aconteciam, ao final de cada de ano. As irmãs eram transferidas, sem consulta prévia. Segundo Grossi (1989, p. 62), “o poder da Madre se manifesta sempre que necessário aos interesses da Congregação, enquanto instituição. Mesmo que estes sejam frontalmente contra os interesses pessoais, interesses que não divergem do “campo de possibilidades”. Ele é sentido anualmente em março, quando ocorrem as transferências da irmãs de um serviço a outro. Segundo o estudo efetuado por Grossi, *Jeito de freira – Estudo antropológico num convento de Santa Catarina*, quando as irmãs foram questionadas acerca de suas transferências, elas manifestaram – se da seguinte forma: “A Madre sabe o que é melhor para a gente, ela expressa o desejo de Deus”. Apesar de suas insatisfações quanto as suas transferências, acatavam a decisão, entendendo que seriam mais úteis, dessa forma, à Congregação e aos interesses divinos. Portanto, dentro das Congregações Religiosas, os interesses pessoais são subordinados aos delas, e não são aceitos projetos individuais. A Congregação funciona como uma instituição total, que busca aniquilar com a individualidade, criando uma identidade única, tal qual afirma Goffman (1972) sobre as instituições totais. Ocorre, também, o que Foucault (1987, p.126) chama a docilização dos corpos, “quando é considerado dócil, um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado. Os famosos autômatos, ..., modelos reduzidos de poder...”.

Nas Congregações tradicionais, segundo Velho (1989, p.64) apud Grossi, não há projetos individuais, que implicariam em diferentes desejos individuais, mas, sim, unicamente uma vontade, a “vontade de Deus”. Assim, o projeto da Madre é claro e implícito, pois tem a credibilidade da voz de Deus. O poder da Madre não se limita a fazer com que as inferiores hierárquicas sigam a vontade de Deus, ele estende-se ao controle total do que acontece no interior do convento e no interior de cada uma das irmãs.

Assim como na Congregação existe o poder configurado da Madre Geral, no hospital, existe o poder da superiora; é ela quem exerce o poder de decisão sobre as irmãs, sobre as coisas que ocorrem no hospital, sobre os diversos serviços e até sobre o dinheiro; é ela quem desenvolve um poder de autoridade. Neste poder, se estabelece toda uma trama de relações. No Caridade, as relações estabelecidas pela Irmã superio-

ra irão variar, dependendo com quem elas se darão. Em geral, há uma soberania da irmã superiora, uma rígida hierarquia religiosa, que faz diferença até em relação aos médicos, conforme podemos observar através das falas destes profissionais:

***A irmã superiora era um ser superior e mandava nelas;** nas irmãs comandava em qualquer lugar.... Do ponto de vista econômico, **elas até se metiam no salário;** nós não tínhamos salários iguais; ninguém dos médicos era assalariado no Hospital; no meu tempo não, depois é que começou um salariozinho simbólico. Foram abertos todos os institutos e todos mandavam doentes para o Hospital. A anestesia era cobrada através da irmã; era quem controlava isso e me pagava no fim do mês” Portanto, elas tinham muito poder. Poder de tudo, poder de abrigar até o pagamento médico, até isso elas tinham o poder (Duarte, 1997).*

Era interessante se dar bem com a irmã superiora: ela tinha acesso aos salários dos médicos, podendo inclusive atrasar a entrega destes. Era muito comum que recebessem o pagamento da conta hospitalar, assim como os honorários médicos, logo após a alta, dos pacientes particulares. No entanto, se quisessem, poderiam reter, durante alguns dias, os honorários médicos, e isso eventualmente acontecia, por isso era importante ter bom relacionamento com a irmã superiora. Em geral, ela gostava de ser agradada, e não aceitava quando era desobedecida, conforme refere Consoni (1997):

*A irmã superiora era uma ditadora: não podia ser desobedecida **em nada, ela tratava a gente como filho**, e tá certo acho que assim que tem que ser mesmo, eram irmãs fortes, muito fortes. Ela era muito gentil com as outras irmãs, mas quando havia um problema qualquer na cozinha ou em qualquer outro lugar, ela era brava. Ela atuava a favor da direção!*

Em muitos momentos pode-se dizer que ela exercia o poder pastoral até sobre os próprios médicos; em contrapartida, exigia que não desobedecessem a ela. Efetivamente estava sempre a favor da instituição, a favor do poder da autoridade. Usavam do seu poder, para manter um poder maior, que era o da Congregação, o da Igreja Católica. Mantinham as irmãs submissas, subservientes, não havia discussão; obrigatoriamente as irmãs e todos que estavam abaixo na escala hierárquica, deveriam submeter-se, não discutir. Afinal, se as irmãs haviam optado pela vida religiosa e renunciado à vida mundana, não tinham direito de decidir. Como relata Dantas (1997):

*Naquela época, eu percebia a superiora como essa **figura inatingível, inquestionável, era de difícil relacionamento**, porque ela tinha poder, e muitas vezes era difícil chegar e discutir alguns aspectos, porque ela tinha um ponto de vista firme. Com relação às irmãs e à superiora, elas eram subservientes, não discutiam, não havia nenhuma discordância, pelo menos no ambiente público. **A determinação da superiora não era discutida**, mas eu não sei se saía de um consenso coletivo ou era puramente individual (Dantas, 1997).*

Se, por um lado, a irmã superiora se caracterizava por ser muito autoritária, e quase não permitia discutir suas decisões, por outro, era ela quem conseguia, na maioria das vezes, muitas coisas materiais e regalias para as irmãs e funcionários. Era ela quem tinha acesso direto ao provedor e à mesa diretora da Irmandade Senhor Jesus dos Passos. Também eles necessitavam dela, como quem precisavam de “ar”. Afinal, era ela quem movimentava uma máquina (todo um grupo) que fazia funcionar o Caridade. Se, por um lado, o provedor era o dono do dinheiro, das possibilidades, por outro lado, ela quem tinha o poder de fazer as coisas acontecerem: era a chave da máquina que a fazia funcionar. Isto pode ser corroborado através do seguinte relato:

*A superiora, essa mandava um pedaço, porque era a única pessoa que ousava ir ao provedor para dizer: é preciso isso, é preciso aquilo, não concordamos com isso, não concordamos com aquilo! Ninguém queria brigar com a Ordem da Divina Providência, de modo que as superiores tinham muita autoridade. Muitas vezes era **através delas que se conseguia certas coisas**; eu tinha uma boa relação com elas. Elas tratavam muito bem as enfermeiras e as práticas, elas eram muito irmãs, muito fraternas com as outras irmãs. Muito raro uma superiora tomava uma atitude enérgica; até, pelo contrário, defendia as irmãs (Aragão, 1997).*

Na verdade, o que a irmã superiora possuía era o direito, segundo Bordieu (1996, p. 87), de autoridade, concedido pela instituição que representava (a Irmandade e a Congregação). Além disso, em geral, eram mulheres com características de personalidade marcantes. Muitas alemãs, que se caracterizavam por serem seguras e “extremamente autoritárias”. Tinham conhecimento das coisas e sabiam como mandar, tanto que até nas questões econômicas elas eram as responsáveis. Inclusive no recebimento e pagamento dos médicos. Por elas, passavam todas as compras desde que autorizadas previamente pelo Provedor. Eram elas que contratavam ou demitiam funcionários, também obedecendo às decisões prévias do provedor e finalmente eram elas que encaminhavam as punições. Estas punições poderiam se caracterizar por:

simples olhares reprovadores, olhares graves, palavras de críticas severas até transfêrencias coercitivas das irmãs para outros hospitais e serviços, e até mesmo, solicitações à Madre Geral, de afastamento das irmãs da Congregação Religiosa. Estes afastamentos não se davam sem antes acontecer um processo administrativo provincial ou geral. Portanto as decisões ficavam mesmo por conta das irmãs superiores, que em geral tinham a prévia concordância do Provedor e da Madre Provincial.

Se o Provedor e a Irmã Superiora se encontravam no vértice da pirâmide, porque possuíam o poder de direito delegado pelas instituições (Irmandade Senhor Jesus dos Passos e Congregação Divina Providência), este poder também se encontrava disseminado por toda a estrutura do Hospital de Caridade, como uma rede entre os diversos personagens que estavam atuando naquele cenário, pois como refere Foucault (1989, p.183), “não se deve tomar o poder como um fenômeno de um indivíduo sobre os outros, de uma classe sobre as outras: mas ter bem presente que o poder – desde que não seja considerado de muito longe – não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma rede ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede”.

Capítulo 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho final do historiador também deve aparecer como um momento de reflexão e não como um produto acabado, deve reconstituir o próprio percurso da investigação. Ao apresentar o caminho percorrido, trazendo à luz as evidências, o porquê de sua escolha, como foram tratadas as fontes o pesquisador está trazendo, ao mesmo tempo, o lugar de onde fala e as implicações metodológicas de seus procedimentos. Nesse caso apresenta um conhecimento sobre o objeto e não o conhecimento.

*Maria Pilar de Araújo Vieira,
Maria do Rosário da Cunha Peixoto,
Yara Maria Aun Khoury
(1989, p.50)*

Após três anos de dedicação a este estudo, em que busquei reconstruir a história da enfermagem no Hospital de Caridade, no período de 1953 a 1968, tive inúmeras surpresas. Travei contatos com “pessoas muito especiais”, que tiveram o prazer de compartilhar de vivências delas, dos seus momentos passados, comigo. Graças a estas pessoas, pude compreender melhor o que se passou. Ao rememorarem este passado, muitos dos entrevistados, enalteceram um tempo que passou, e que, na visão destes, “foi um tempo muito maravilhoso”.

Em geral, quando se procura reconstruir a história, através do método-técnica da história oral, utilizando-se, para isso, da memória das pessoas, costuma-se considerar uma representação. Segundo Chartier (1990, p.20), “a representação tem a ver com o modo pelo qual as pessoas descrevem a sociedade e as outras pessoas, tal como pensam que ela é, ou que gostariam que fosse. Isto não é outra coisa, senão a aparência da representação”. Embora os entrevistados acreditem eles próprios, na veracidade de sua narrativa, é importante que o investigador fique atento, e escute criticamente o que dizem. Confesso que, em muitos momentos, me deixei levar e até me contaminei com o que relatavam. Talvez, ao longo do trabalho, eu tenha cometido algum deslize nesse sentido, cabendo ao leitor, examinar. Entretanto, é importante dizer, que, a todo momento, busquei subsídios em documentos, relatórios, livros, revistas e jornais, que pudessem reforçar ou refutar o teor dos depoimentos, a fim de oferecer ao leitor a possibilidade de maior aproximação com a realidade dos fatos. De qualquer maneira, os resultados aqui apresentados estão diretamente relacionados com os relatos dos entrevistados, aos quais procurei ser o mais fiel possível.

Portanto a partir do método-técnica de história oral, utilizando-me de entrevistas semi- estruturadas, e de outros documentos para reconstruir o passado, e do referencial foucaultiano para analisar os dados encontrados, é que passo a formular estas considerações finais:

1) Sem dúvida nenhuma o corpo de Enfermagem e Médico, do Hospital de Caridade desempenhou durante longo tempo, a função de ser **o principal eixo de assistência curativa** no Estado de Santa Catarina, em especial na Cidade de Florianópolis. Não havia, em todo o Estado, outro hospital que tivesse as mesmas possibilidades de atendimento. Desde a sua criação em 1789, e principalmente, no perí-

do focalizado neste estudo (1953-1968), o Hospital caracterizou-se como sendo o principal responsável no atendimento clínico e cirúrgico de pacientes de todas as faixas etárias e classes sociais. Concentrou o maior número de pacientes de todo o Estado (aproximadamente 400), especialmente de indigentes, para o que contou com um quadro de pessoal relativamente expressivo na época, tanto de funcionários de enfermagem como de médicos (embora longe do considerado ideal). Apesar das dificuldades financeiras, presentes em toda a sua trajetória, devido ao fato de suas receitas serem sempre bem inferiores, às suas despesas, seguiu-se a **filosofia**, no período estudado, de que **sempre se procurasse resolver na íntegra a problemática do doente**, mesmo que para isto, o Caridade tivesse que arcar com despesas vultosas;

2) O Caridade por ser, **essencialmente filantrópico**, destinado a atender preferencialmente os pacientes carentes de recursos (na época denominados de indigentes), e por não possuir suficientes fontes de receitas, **sofria restrições de toda ordem**. Estas se manifestavam nas deficiências de suas instalações físicas, bem como na falta de material, de equipamentos, roupas e alimentos. Os serviços de apoio do Hospital (cozinha, lavanderia, limpeza, laboratório, banco de sangue, farmácia e Raio X) funcionavam também, com deficiência de material e pessoal qualificado;

3) Por outro lado, havia **três tipos de pacientes** que costumavam internar no Caridade, **os particulares, os que tinham institutos de previdência e aposentadoria e os indigentes**. Os primeiros, internavam-se em apartamentos, poderiam ficar com seus familiares e recebiam atendimento diferenciado nas condições físicas (ambientais) e materiais. Para estes, não havia restrições. Os de convênios ficavam em quartos de 1ª e 2ª classe, tinham algumas regalias. Finalmente, os indigentes, permaneciam em grandes enfermarias, em leitos enfileirados, com restrições de toda ordem, físicas e materiais (falta de roupas pessoais, de cama, alimentação, materiais para procedimentos, e outros). Não ficou evidenciado, neste estudo, se havia diferenças de tratamento médico e de enfermagem para com estes; entretanto, é possível que isso tenha ocorrido. Os pacientes particulares financiavam em geral os indigentes, ou seja, um paciente particular costumava financiar três indigentes. Estes últimos, muitas vezes, se internavam em estado bastante grave, indo às vezes, logo a óbito, ou então permaneciam internados por longas temporadas. Alguns, inclusive, quando não tinham para onde ir, após a alta hospitalar, e apresentando alguma ten-

dência para trabalhar na enfermagem ou em outro serviço do Hospital, eram incorporados como funcionários (atendentes de enfermagem);

4) **As irmãs da Congregação da Divina Providência**, desde o seu ingresso no Hospital de Caridade, ocorrido em 1897, **participaram ativamente de todos os serviços hospitalares** existentes (enfermagem, farmácia, laboratório, Raio X, cozinha, lavanderia, limpeza, costura, secretaria e tesouraria). Penso, inclusive, que a prestação de muitos desses serviços, foi criadas por elas. Havia recebido as chaves do Provedor Germano Wendhausen, significando com isso, que não só deveriam participar como as responsáveis, chefes de serviços (se é que poderiam ser chamados de serviços), mas também deveriam atuar diretamente na execução das tarefas junto com os demais funcionários e ex-pacientes. Destacaram-se especialmente no trabalho, pelo interesse, pela dedicação e abnegação, características diretamente relacionados com a sua formação, como irmãs. Elas **desempenharam um poder**, tanto pela sua presença marcante durante as vinte quatro horas do dia, quanto pela sua religiosidade, junto aos pacientes, familiares, pessoal de enfermagem leigo, médicos e demais pessoas;

5) Foi **na enfermagem**, entretanto, que as irmãs tiveram maior expressão, sobressaindo-se, deixando sua marca e fazendo história. A partir do ano de 1953, com o ingresso da primeira enfermeira, observa-se **uma micro-ruptura**. Até então, a enfermagem exercida no Caridade, era desenvolvida pelas práticas de enfermagem, atendentes e os considerados “enfermeiros”. O aprendizado se dava no próprio Hospital, no dia-a-dia, no ensinamento da mais nova, ou recém-admitida pela mais antiga, mais experiente. Com o ingresso da irmã enfermeira, passa a desenvolver-se uma enfermagem científica, ou seja, aprendida na academia. Até então, as irmãs, mesmo sendo as responsáveis pelas enfermarias, se submetiam ao poder de conhecimento (poder-saber) dos médicos. Afinal, eram eles os considerados doutores, “os que sabiam”, haviam realizado um curso de nível universitário, o curso de medicina, e por isso tinham o saber e, portanto, o que diziam era considerado “lei”. As irmãs da enfermagem tinham que obedecer, pois, afinal, o conhecimento que possuíam não lhes permitia que se colocassem no mesmo patamar de discussão. Aparentemente, não havia vozes dissonantes. Havia uma aparente harmonia e concordância. A irmã enfermeira, quando ingressa no Caridade com um saber também aprendido na academia, passa a ser percebida como uma ameaça: afinal, também ela tinha adquirido

o saber formal da academia, tinha o aval social, o direito adquirido pelo diploma. Desde então constituiu-se um novo saber no Hospital, um saber de enfermagem reelaborado, aprendido, embasado cientificamente. A irmã enfermeira passa a desempenhar um **poder pelo seu saber**;

6) Por outro lado, no ingresso da irmã enfermeira, aparecem **as resistências**, que em geral são comuns de ocorrerem frente ao novo saber e poder, que iria se firmar. Afinal, as antigas irmãs da enfermagem tinham um saber pragmático construído ao longo de uma existência, no Hospital de Caridade. Ele valia pelo tempo, pela tradição, pelo fazer sem discussão, pelo amor com que se fazia. Na visão de algumas, este era o verdadeiro saber, e o novo conhecimento adquirido, muito pouco ou nada valia. Afinal, se os pacientes sentiam-se bem, do jeito que estavam, se até o momento a coisa havia funcionado, por que mudar? Era difícil de admitir. Ademais, tratava-se do conhecimento de uma pessoa muito mais jovem, quando, na época, o reconhecimento do saber era avaliado inclusive, pela idade das pessoas: quanto mais velha, mais saber teria. Ao ingresso da irmã enfermeira, inúmeras resistências surgiram, por pessoas diversas, inclusive, pela própria irmã superiora, que deveria servir de aliada. Provavelmente, esta tinha a consciência de que a divergência em causa representava desafio para a superiora. A irmã superiora, na maioria das vezes, não possuía conhecimento profundo da enfermagem. Sua função era a supervisão geral de todas as irmãs na casa, tanto no trabalho, como na vida pessoal de cada uma e, principalmente, nas atividades que desenvolviam. Era a responsável pela administração da vida das irmãs, dos funcionários e de tudo que praticamente ocorria no espaço hospitalar. Servia de elo entre as irmãs, funcionários, médicos e o provedor e a mesa diretora da Irmandade Senhor Jesus dos Passos;

7) A irmã enfermeira, frente às resistências oferecidas, teve que desenvolver estratégias de poder para enfrentar tanto as resistências médicas e de enfermagem quanto as da superiora. Com muita sutileza, com “muito jogo de cintura”, foi conquistando, passo a passo, os espaços que antes era difícil penetrar e se manter. Na medida em que esses novos espaços foram sendo conquistados, ela começou a desenvolver uma nova enfermagem e uma “nova era”. Uma enfermagem baseada no conhecimento científico, na fundamentação teórica, não mais, no simples fazer pelo

fazer, mas sabendo as razões de fazê-lo; **um novo saber, o saber da enfermagem.** Resultou uma enfermagem que fazia a diferença, inclusive aparecendo registrada nos prontuários. O doente internado não foi o único que se beneficiou; também os funcionários foram motivados a partir da realização de novos procedimentos, ou de procedimentos antigos com nova abordagem;

8) Com o reconhecimento de uma nova enfermagem no Caridade e dos novos tempos, o poder público e a própria Congregação percebem a necessidade de criar uma escola de formação, para auxiliares de enfermagem. Esta idéia toma corpo e, em 1959, é criada a primeira Escola de Auxiliares Madre Benvenutta, que será, sem dúvida, a **primeira semente do ensino de enfermagem de nível médio** em Santa Catarina. Os alunos dela farão estágio no Caridade, que passa por importantes modificações para se adequar às necessidades de ensino. Importante ressaltar que já funcionava, na Maternidade Carlos Corrêa, em Florianópolis, desde 1935, curso para parteiras. No entanto, este funcionava fora da regulamentação legal. O Curso para Auxiliares de Enfermagem foi organizado dentro das normas da legislação vigente, segundo a Lei Federal nº 775/49. Com isto, o Hospital de Caridade será beneficiado, pois terá pela primeira vez, desde a sua criação, na visão de muitos entrevistados, um pessoal com a devida formação, um pessoal fazendo uma enfermagem diferente, e orgulhoso pelo poder fazer melhor, com um novo estilo, com uma nova abordagem, mas, principalmente proporcionando ao doente internado uma melhor assistência, prestando-lhe uma assistência com qualidade, possivelmente com menos riscos;

9) **O aprimoramento cognitivo da enfermagem, com certeza, irá provocar uma mudança nas relações de poder.** Provavelmente uma enfermagem não mais tão submissa. Afinal, agora as irmãs e funcionários da enfermagem não mais dependiam totalmente dos médicos para enriquecer-se do ponto de vista de conhecimento científico, já haviam adquirido um conhecimento científico da enfermagem. Estavam assumindo uma nova postura: a do saber. Com isso desenvolve-se o poder-saber. O pessoal de enfermagem começa a discutir, levar à frente suas opiniões, recusar-se a colaborar quando percebem a prática de erros, ou quando percebem que esta pode ocasionar riscos. O Hospital de Caridade passa a contar, provavelmente, com um pessoal mais crítico ou, pelo menos, dotado de um pouco mais de

conhecimento, tendo a percepção do correto, do não correto e dos riscos que o paciente poderia sofrer;

10) Em meio a esta novidade ligada ao ensino, o primeiro Curso de Medicina, do Estado, é criado em Florianópolis em 1960, tendo o Caridade como seu principal e único campo de estágio. Paralelamente, dois cursos ligados à saúde são criados, praticamente ao mesmo tempo, e o Hospital começa a sofrer modificações, assim como seu corpo clínico e de enfermagem. Começa a surgir uma **consciência de ensino e se estabelecer uma mudança nas relações de poder**. Desenvolve-se uma discussão entre o pessoal da enfermagem e da medicina, buscando um maior ajuste em benefício do paciente e do ensino;

11) Se de um lado, **aumenta o contingente de pessoal, de outro, as condições de trabalho fogem ao que se poderia chamar de ideal**. Os funcionários, que poderiam cumprir a carga horária conforme a legislação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), extrapolam-na, por falta de substituições. Os salários são reduzidos: embora, a maioria dos funcionários residissem no próprio hospital, o salário mal dava para satisfazer suas necessidades básicas, impossibilitando gastos com lazer, que, em muitos momentos, deixava de ser usufruído. Se as condições de salário não eram boas, as de trabalho não fugiam à mesma condição, haviam muitos pacientes, muitas atividades, falta de roupa, material, instrumental e equipamentos e, principalmente, a crônica falta de pessoal. Por outro lado, as irmãs, numa relação de afeto e apoio, buscavam oferecer aos funcionários outros tipos de possibilidades, quem sabe, até para compensar estas restrições. Na verdade, pela evidente bondade com que se relacionavam com os funcionários, exerciam uma espécie de **poder pastoral, no qual a religiosa atuava como pastora cuidando de seu rebanho**. Este poder, também era observado, em muitos momentos, em relação a alguns médicos recém-admitidos.

12) Em meio às relações de poder e aos poderes instituídos, duas personagens devem ser ressaltadas: as figuras do provedor do Caridade e a da Irmã Superiora. Segundo Bordieu (1996), eles desempenhavam o poder de autoridade, estavam no vértice da pirâmide e mais do que ninguém, aquilo que diziam, era considerado lei. Não havia a possibilidade de discussão. Sua autoridade sobrepunha-se a tudo e

de todos. A irmã superiora servia de elo entre o provedor e as irmãs, assim como entre as irmãs e os médicos. O provedor, de elo entre a superiora e a mesa diretora da Irmandade. Além do poder de autoridade, a irmã superiora desempenhava o poder religioso e o poder-saber;

13) a partir do ingresso da Irmã Concília no Caridade, **outras irmãs enfermeiras passaram a ser admitidas no Caridade, as quais** tiveram importante participação nas mudanças que ocorreram. Muitas, inclusive, **levaram à frente, as primeiras modificações instituídas pela primeira enfermeira, e introduziram outras**, fazendo com que o Caridade estivesse permanentemente se renovando. Como conseqüência, mantinha-se a Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta, que fomentava para um constante aprimoramento de suas professoras (a maioria enfermeiras do Caridade) e o atrelamento delas à Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), órgão que fornecia a estas irmãs a possibilidade de renovação e aprimoramento, através da bibliografia fornecida e outras informações.

Dentre essas considerações, a de maior relevância é, sem dúvida nenhuma, a que se refere a questão do conhecimento formal de enfermagem e à sua introdução, através da Irmã Concília, no Hospital de Caridade, em 1953. Por efeito deste saber, o conhecimento foi-se ampliando ou expandido, como se fosse uma união de elos, de uma mesma corrente. O saber formal vai se difundindo gradativamente, através das técnicas, do conhecimento teórico, da abordagem do doente internado, dos comportamentos, de uma nova postura na vida de cada uma das irmãs e dos funcionários. Posteriormente, este saber é reconhecido não só pela própria Congregação como também pelo poder público, que, na figura do secretário de saúde, sugere a criação de uma Escola de Auxiliares de Enfermagem, que deu origem a Madre Benvenutta.

Essa Escola faz com que não só as irmãs enfermeiras, mas também as poucas enfermeiras que atuavam na capital se agreguem, face às necessidades da Escola e dos alunos. É necessário agrupar esforços. As enfermeiras leigas e religiosas se unem, passando a estudar conjuntamente. Dado que a bibliografia disponível é escassa, voltam-se para ABEn nacional, com sede no Rio de Janeiro, que fornece subsídios para o ensino.

Devido aos freqüentes contatos com a ABEn nacional, e à necessidade de se sentirem ligadas através de um órgão associativo, criam em março de 1962, após trabalho minucioso das irmãs enfermeiras que atuavam em Florianópolis, a ABEn-SC. Algumas irmãs enfermeiras que iniciaram no Caridade, fizeram parte da 1ª diretoria... A partir da criação da ABEn – SC, tomou **impulso um novo modelo de enfermagem no Estado de Santa Catarina**. Através dos meios de comunicação (rádio e cinema) e do contato pessoal nas escolas de 1º e 2º grau, as enfermeiras começam a divulgar a profissão, especialmente durante a semana de enfermagem.

Posteriormente com o apoio do Secretário da Saúde, é criada e aprovada a Lei nº 3.175/63, que eleva a profissão de Enfermeira, ao nível técnico-científico, possibilitando a contratação de novas enfermeiras no Estado de Santa Catarina. Até então, as enfermeiras contratadas recebiam somente o salário mínimo. Portanto, de certa forma, **as primeiras irmãs enfermeiras do Caridade, constituíram-se em elementos vitais e molas propulsoras do desenvolvimento da enfermagem no Estado**. Foram as responsáveis indiretas pela vinda do primeiro grupo de enfermeiras leigas (eram cinco) do Rio Grande do Sul, em 1964, para atuarem no Hospital Infantil Edith Gama Ramos. Essas enfermeiras, criaram em 1969, o Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

As partir do que foi discutido e analisado penso ter ficado evidente que este estudo descreve e analisa de forma expressiva o papel que os personagens que trabalharam e habitaram no Hospital de Caridade desempenharam no período de 1953-1968, a filosofia dominante, as condições dos doentes que nele se internavam, o atendimento prestado, e as diferenças de tratamento, provenientes das diferenças sociais, econômicas e culturais. Como pano de fundo, o estudo busca retratar as condições locais, regionais e até nacionais de saúde, do pessoal de enfermagem e das condições técnico-científicas e filosóficas. Apresenta o berço da enfermagem em Santa Catarina. Evidencia a dinâmica da vida da enfermagem, no jogo do poder-saber. Salienta nesse jogo, a importância de suplantar a enfermagem empírica pela acadêmica científica. Apresenta o trabalho das religiosas sem formação acadêmica e das que possuíam o diploma, e, portanto, tinham maior reconhecimento, as diferenças de

conceito e tratamento provenientes da diferença do saber (irmãs professoras versus não professoras), de diferenças regionais (irmãs alemãs versus irmãs brasileiras).

Mostra o surgimento do avanço técnico-científico e sua influência no Caridade e sua repercussão na Enfermagem catarinense. Nessa direção, evidencia a substituição gradual do saber empírico pelo saber científico com pontos positivos e negativos. No seu todo, mostra as relações de poder, as relações do poder-saber, do saber-poder religioso, do poder disciplinar, do poder pastoral, dos conflitos de poder, suas resistências e rupturas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E FONTES

Fontes orais – Entrevistas

ALTHOFF, Verônica. (Irmã Horácia – Irmã Superiora). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 04 ago. 1988, 04 nov. 1998. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem UFSC.

ARAGÃO, Antônio Muniz de. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 23 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

CONSONI, Roldão. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 20 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

CUNHA, Delci Virgínia. (Atendente). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 27 mar. 1998, 03 abr. 1998. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

DANTAS, Waldomiro. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 27 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

DUARTE, Danilo Freire. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 21 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

GOTTSMANN, Ricardo. (Médico e filho do cirurgião Richard Gottsmann). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 12 nov. 1998. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

GRISARD, Nelson. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 01 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

-
- HACKENHAAR, Thereza. (Irmã Concília – Enfermeira e Irmã Superiora). **Entrevista concedida a autora.** Joinville, 28 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- HAMMES, Otilie. (Irmã Cacilda – Enfermeira). **Entrevista concedida a autora.** São José, 02 fev. 1994, 25 jun. 1996, 25 out. 1997, 30 out. 1998. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- KUHN, Maria. (Irmã Maria – Auxiliar de Enfermagem). **Entrevista concedida a autora.** São José, 16 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- KRISCH, Hilda Ana. (Enfermeira). **Entrevista concedida a autora.** Joinville, 17 jul. 1995. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- LOBATO, Isaac Filho. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 03 nov. 1997. Gravada. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- LONGHI, Edélcia. (Irmã Edélcia – Auxiliar de Enfermagem). **Entrevista concedida a Autora.** Florianópolis, 31 jul. 1998. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- LONGO, Carmela. (Irmã Romana – Enfermeira). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 03 fev. 1994, 02 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- MACHADO, Osmani Oscar. (Auxiliar de Enfermagem). **Entrevista concedida a Autora.** Florianópolis, 02 abr. 1998. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- MACHADO, Oilson Luis. (Agente administrativo). **Informações fornecidas por telefone.** Florianópolis, 07 out. 1999. Não gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
- MARIA. (Noviça e Prática de Enfermagem). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 03 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.
-

MERTENS, Elisa. (Irmã Mansueta – Tesoureira e posteriormente Superiora). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 04 nov. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

MUND, Ney. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 07 abr. 1998. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

NACIF, Jorge. (Auxiliar de Enfermagem). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 22 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

OLIVEIRA, Artur Pereira. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 29 out. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

PAULO, Nair da Silva. (Irmã Alcídia e Prática de Enfermagem). **Entrevista concedida a autora.** São José, 30 nov. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

SÃO THIAGO, Polydoro Ernani. (Médico). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 17 nov. 1997. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

SOUZA, Jairo Nunes de. (Agente administrativo). **Entrevista concedida a autora.** Florianópolis, 05 nov. 1997. Florianópolis. Gravado. Texto com a autora no Departamento de Enfermagem da UFSC.

Obs: uma das entrevistadas que era religiosa na época, não quis ser identificada, por isso foi apenas denominada de Maria.

Referências bibliográficas

- ALBERTI, Verena. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1990.
- ALCÂNTARA, Glete. **A enfermagem moderna como categoria profissional: obstáculos á sua expansão na sociedade brasileira**. Ribeirão Preto, USP/EERP, 1963. Tese de Cátedra apresentada para concurso a professora de História da Enfermagem e Ética.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de., ROCHA, Juan Stuardo Yazlle Rocha. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALVAREZ, Angela Maria, GELBCKE, Francine Lima. Procedimentos básicos de Enfermagem. In: REIBNITZ, Kenya Schmidt, PRADO, Marta Lenise. **Fundamentando o exercício profissional do auxiliar de enfermagem**. 2ªed. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1997. p.136-291.
- ATKINSON, L.D., MURRAY, M.E. **Fundamentos de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.
- BARISON, Eliana de Melo. **Processo saúde-doença e causalidade: uma arqueologia das relações entre a clínica e a saúde pública**. São Paulo, 1995. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, USP, 1995.
- BIASOLI-ALVES, Zélia, MM. Trabalhar com relato oral, quando a prioridade recompor uma história do cotidiano. **Temas em Psicol.** São Paulo, n. 3, p.43-57, 1995.
- BORDIEU, Pierre. **A economia das trocas lingüísticas: o que falar o que dizer**. São Paulo: Edusp, 1996. p.85-126. A linguagem autorizada. As condições sociais da eficácia do discurso ritual.
- BORENSTEIN, Miriam Süsskind, ALTHOFF, Coleta Rinaldi. Enfermagem na UFSC: 25 anos de memória. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.2, n.2, p.111-112, jul./dez. 1993.
- BORENSTEIN, Miriam Süsskind. **Antecedentes históricos, sua criação e a primeira Turma de formandos**. Florianópolis, 1994. Monografia apresentada para Concurso Professor Adjunto – Universidade Federal de Santa Catarina.
-

-
- _____. A Enfermagem catarinense de 1945 a 1995 – 50 anos de memória. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, 1997. Goiânia. **Síntese dos Temas Livres**. Goiânia, CEGUFG, 1995a. p.955.
- _____. A construção do curso de pós – graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47, 1997. Goiânia. **Síntese dos Temas Livres**. Goiânia, CEGUFG, 1995a. p.143.
- _____. Enfermagem na UFSC: os professores pioneiros. In: JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM, 21, 1996, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Imprensa Univ., 1996a. p. 183.
- _____. A criação da ABEn-SC e a sua repercussão após 34 anos de existência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, 1996. São Paulo. **Livro Programa-Livro Resumo**. São Paulo: Gráfica Três Pontas, 1996b. p.452.
- _____. Enfermagem em Florianópolis de 1953 a 1964: um estudo das relações de poder no espaço hospitalar. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.6, n.3, p.331-332, set./dez., 1997a.
- _____. A enfermagem, sua origem e evolução. 2. ed. In: REIBNITZ, Kenya Schmidt, PRADO, Marta Lenise. **Fundamentando o exercício profissional do auxiliar de enfermagem**. Florianópolis: NFR/SPB, CCS – UFSC, 1997b. (Série Auxiliar de Enfermagem, 2. edição).
- BORENSTEIN, Miriam Süsskind, ALTHOFF, Coleta Rinaldi, SOUZA, Maria de Lourdes de. **Enfermagem da UFSC: recortes de caminhos e memórias, 1969-1999**. Florianópolis: Insular, 1999.
- BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade. Lembrança de Velho**. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1987.
- BURKE, Peter. **A Escrita da história**. 2. ed. São Paulo: UNESP, 1992.
- _____. **A Escola de Annales 1929-1989**. 3. ed. São Paulo: UNESP, 1991.
- CABRAL, Oswaldo Rodrigues. **Nossa Senhora de Desterro. 1. Notícia**. Florianópolis: Lunardelli, 1979.
-

-
- _____. **Medicina, Médicos e Charlatões do passado**. Florianópolis: Departamento Estadual de Santa Catarina, 1942.
- CAPONI, Sandra N. C. **Compaixão e disciplina na genealogia da ordem médica**. Florianópolis: UFSC, 1996. Monografia apresentada para Concurso à professor Adjunto – Universidade Federal de Santa Catarina.
- CARVALHO, Anayde Corrêa de. **Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976 – Documentário**. Brasília: Folha Carioca Ed., 1976.
- CHARTIER, Roger. **A História Cultural. Entre Práticas e Representações**. Rio de Janeiro: Bertrand Russel, 1990.
- CENTRO DE ASSISTÊNCIA GERENCIAL DE SANTA CATARINA (CEAG)/SC. **Evolução histórico – econômica de Santa Catarina. Estudo das alterações Estruturais (Século XVIII – 1960)**. Florianópolis, 1980.
- CENTRO DE ESTUDOS CULTURA E CIDADANIA (SC). **Uma cidade numa ilha: relatório sobre os problemas sócio-ambientais na ilha de Santa Catarina**. Florianópolis: Insular, 1996.
- COELHO, Alcides Rabelo. **O urbano e o sanitário na globalização – estudo de questões urbanas e sanitárias da cidade de Florianópolis – SC**. São Paulo, 1998. Tese Doutorado em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública, USP, 1998.
- COLLIÈRE, Marie – Françoise. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Printipo, 1989.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (BRASIL). **Código de ética médica**. Brasília, 1996.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM –SC. **COREN-SC em busca da conscientização**. Florianópolis, 1997.
- CORRÊA, Carlos Humberto Pederneiras. **História oral: teoria e prática**. Florianópolis: UFSC, 1978.
- DAHL, Robert. **The concept of power**. Behavioral Science, USA, n.3, p.201-215, 1957.
-

-
- DERRIDA, Jacques. **Women in the Beehive: a seminar with Jacques Derrida.** Londres, 1984. Transcrição do Seminário de Derrida, promovido pelo Centro Pembroke para o Ensino e a Pesquisa, em Subjects/Objects.
- DIÁRIO CATARINENSE – DC Documento. **Bares e boêmios incríveis.** Florianópolis, 26 mar. 1996.
- DIÁRIO CATARINENSE – 100 ANOS DE HISTÓRIA. **Tempos de JK e JL.** Florianópolis, 30 jul. 1999.
- DIÁRIO CATARINENSE – 100 ANOS DE HISTÓRIA. **Militares no Planalto.** Florianópolis, 29 out. 1999.
- DIÁRIO CATARINENSE – 100 ANOS DE HISTÓRIA. **Planos e Riscos.** Florianópolis, 24 out. 1999.
- DONAHUE, M. Patrícia. **História de la enfermería.** Espanha: Doyma, 1993.
- DREYFUS, Huberts e RABINOW, Paul. **Foucault, uma trajetória filosófica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- EHRENREICH, Bárbara, ENGLISH, Deirdre. **Brujas, Comadronas y Enfermeras – História de las sanadoras.** Barcelona: Lasal, 1984.
- ENGEL, Úrsula. Situação da enfermagem nos hospitais de Santa Catarina. **R. bras. Enferm.**, Rio de Janeiro, n.1-2, p.36-41, fev./ abr., 1964.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Nova Enciclopédia Ilustrada Folha.** São Paulo: Folha da Manhã S.A, 1996. Vol.2
- FOLHA DE SÃO PAULO. **Ilustrada – 1960-1990.** São Paulo: CIA Lithografica Ypiranga, setembro de 1990.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- _____. **Hermeneutica del sujeto.** Madrid: La Piqueta, 1987.
- _____. **Microfísica do poder.** 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- _____. **Tecnologias del yo y outros textos afines.** Barcelona: Paidós Ibérica, 1990.
-

-
- _____. **Vigiar e punir. Nascimento da prisão.** 8. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- _____. **O nascimento da clínica.** 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- _____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Huberts e RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica.** Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p.231-249.
- FOX – GENOVESI, Elisabeth. Placing Women's history in history. **New left Ver.** May./Jun., p. 5-29, 1982.
- FUCK, Irmã Cléa. **100 Anos de História – 1895 – 1995: Congregação das irmãs da Divina Providência.** Florianópolis: EDEME, 1995.
- FUERST, Elinor V., WOLFF, LuVerne, WEITZEL, Marlene H. **Fundamentos de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Interamericana, 1977.
- GALBRAITH, John Kenneth. **Anatomia do poder.** São Paulo: Pioneira, 1983.
- GELAIN, Ivo. **Existência e liberdade: fundamentos de uma conceituação existencial de ética.** Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1979. Dissertação (Mestrado em Filosofia). Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, UFRJ, 1979.
- _____. **O Concílio Vaticano II.** Florianópolis, 1999. Manuscrito
- GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- GETÚLIO, Vargas (1883-1954). In: ENCICLOPÉDIA DIGITAL EM MULTI MÍDIA, 1996-1998, CD-ROM 1.
- GOFFMANN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.
- GOTTSMANN, Richard. Considerações sobre dez casos de esofagoplastias pretorácicas (Plástica pretorácica dermato – enteroesofágica). **Separata da Rev. de Cir. de São Paulo.** São Paulo, v.14, n.1, p.37-52, jul./ag., 1948.
-

-
- GROSSI, Miriam Pillar. **Jeito de freira. Estudo antropológico num convento de Santa Catarina.** Florianópolis: UFSC, 1989. Monografia apresentada para concurso de professor adjunto – UFSC.
- HOSPITAL DE CARIDADE. **Crônica completa – 1897-1988.** Florianópolis, 1988. (Digitado)
- HOSPITAL DE CARIDADE. **Prontuários de 1956 a 1968.** Florianópolis.
- LE GOFF, Jacques. **História e memória.** 2. ed. São Paulo: Ed. da UNICAMP, 1992.
- LUNARDI, Valéria Lerch. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In: WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta Júlia Marques e MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 79-108.
- _____. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem.** 1997. Tese. (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1997.
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho da Enfermagem à Medicina.** 1988. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, 1998.
- MARTINS, Vanessa Gandra Duarte. **História da Ilha de Santa Catarina.** Florianópolis: Papa Livros, 1992.
- MARTINS, Margareth Linhares, PACHECO, Maria Albertina Braglia. O auxiliar de enfermagem e as doenças transmissíveis. In: REIBNITZ, Kenya Schmidt, PRADO, Marta Lenise. **Contextualizando o auxiliar de enfermagem na assistência ao adulto e ao idoso.** 2. ed. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1997. p.103-111.
- MEIHY, José Carlos S. Bom. **Manual de História Oral.** São Paulo: Loyola, 1996.
- MELO, C. M. N. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.
- MIRANDA, Cristina Maria Loyola. **Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucionalizado na estrutura hospitalar.** 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 1987.
-

-
- MORGAN, Gareth. **Images of organization**. Beverly Hills, Califórnia: Sage Publication, INC, 1986.
- MURARO, Rose Marie. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1983.
- NIEBUHR, Marlus. **Memória e cotidiano do operário textil na cidade de Brusque-SC: a greve de 1952**. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em História do Brasil) – Curso de Pós-Graduação em História do Brasil, UFSC, 1997.
- OLIVEIRA, Maria Ivete Ribeiro de. Enfermagem e estrutura social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 31, 1979, Fortaleza: ABEn, 1979. **Anais...** Fortaleza: ABEn, 1979. p. 9-26.
- PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. **A mística do silêncio: a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX**. Pelotas: UFPel, 1998.
- PEREIRA, Nereu do Valle. (Org.) **Memorial Histórico da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos**. Florianópolis: Ministério da Cultura, 1998. 2v.
- _____. **Desenvolvimento e modernização: um estudo de modernização em Florianópolis**. Florianópolis: Lunardelli, 1974..
- PERROT, Michele. **Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- PFEFFER, Jeffrey. **Power in organizations**. Massachusetts: Ballinger Publishing Company, 1981.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- _____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: ANNA BLUME, 1998.
- PORTOCARRERO, Vera. **Filosofia, história e sociologia das ciências: abordagens Contemporâneas**. Rio de Janeiro: FioCruz, 1994. p. 43-65. Foucault: a história do saber e das práticas.
-

-
- PRADE, Sandra Suzana et al. Estudo Brasileiro da magnitude das infecções hospitalares em hospitais terciários. **R. Contr. Infec. Hosp. Brasília**, v.2, n.2, 1^osem., 1995.
- QUEIRÓZ, Maria Isaura de. Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. **R. Ci e Cult.**, v.3, n.39, mar., p.272-290, 1987.
- RENAULT, Abgar. **Nereu Ramos: homenagens a um estadista: discursos e artigos**. Florianópolis: Associação Portobello de Cultura, 1989.
- ROTTMANN, Irmã Elisabeth. **História da Congregação das irmãs da Divina Providência: 1842-1970**. Münster: R.van Acken, 1977.
- RUSSEL, Bertrand. **O poder: uma nova análise social**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- SACHET, Celestino. **100 ANOS DE HISTÓRIA**. Florianópolis, agosto de 1999. 1 arquivo (1 ½ mega bytes). Disquete 3 ½. Programa apresentado na RBS, referente a 10/12/55.
- SACHET, Celestino. **100 ANOS DE HISTÓRIA**. Florianópolis, agosto de 1999. 1 arquivo (1 ½ mega bytes). Disquete 3 ½. Programa apresentado na RBS, referente a 06/12/58.
- SANTA CATARINA. Governador (1935-1937: Ramos). **Relatório do Governo Nereu Ramos**. Florianópolis, [s.n.], [19—].
- SANTOS FILHO, Lycurgo. **História geral da medicina brasileira**. São Paulo: Hucitec, 1991.
- SÃO THIAGO, Polydoro Ernani. **A medicina que aprendi, exerci e ensinei**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1996.
- SAUTHIER, Jussara. **A missão de enfermeiras norte-americanas na capital da República 1921 – 1931**. Rio de Janeiro: EEAN – UFRJ, 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 1996.
- SCARDUELLI, Paulo et al. **A enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina: uma história em movimento**. Florianópolis: Insular, 1997.
- SEYMER, R. Lucy. **Florence Nightingale**. São Paulo: Melhoramentos, [19-].
-

-
- SILVA, Graciette. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- SOBRAL, Vera Regina Salles. **A purgação do desejo: memórias de enfermeiras**. Rio de Janeiro, 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, UFRJ, 1994.
- SOUZA, Cantídio Alves de. **Relatório apresentado ao provedor da Irmandade do Senhor Jesus dos Passos e Hospital de Caridade – biennio 1928 a 1930**. Florianópolis: [s.n], 1931.
- TEIXEIRA, Mário. **Hospício e poder**. Brasília: Senado Federal, 1993.
- TIAGO, Francisco. **Feridas – Etiologia e tratamento**. 3. ed. Ribeirão Preto: Parma, 1996.
- THOMPSON, Paul. **A voz do Passado: história oral**. São Paulo: Paz e Terra, 1992.
- TRIVINÓS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.
- VEIGA, Deborah de Azevedo, CROSSSETTI, Maria da Graça de Oliveira. **Manual de técnicas de enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Luzzato Editores, 1991.
- VEYNE, Paul. **Como se escreve a história**. 3. ed. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 1995.
- VIEIRA, Maria do Pilar de Araújo, PEIXOTO, Maria do Rosário da Cunha, KHOURY, Yara Maria Aun. **A Pesquisa histórica**. São Paulo: Ática, 1989.
- WEBER, Max. **The theory of social and economic organization**. New York: Trans A M. Parsons and T. Parsons, 1947.
-

ANEXO A

ENTREVISTA – a) Irmãs Enfermeiras

Perguntas – Roteiro da entrevista

1. Nome:
2. Data de nascimento:
3. Local de nascimento:
4. Procedência:
5. Filiação:
6. Irmãos:
7. Que motivos que a levaram a ser irmã religiosa:
8. Que trabalho pretendia realizar ao entrar na Congregação da Divina Providência?
9. Que motivo a levou à trabalhar no Serviço de Enfermagem?
10. A senhora já praticava Enfermagem antes de entrar na Congregação?
11. O propósito de realizar o Curso de Enfermagem foi pessoal?
12. De que modo a Congregação interferiu para o ingresso da senhora no Curso de Enfermagem?
13. Qual foi o motivo a levou por ter optado pela Escola na qual se formou?
14. O hospital onde trabalhava interferiu para sua formação de enfermeira?
15. A Congregação e o hospital tinham um contrato ou acordo para que as irmãs atuassem nos serviços do hospital?
16. Qual seria a sua contribuição no seu retorno após sua formação para a Congregação? posição religiosa?
17. Quando a senhora saiu alguém a substituiu na função?
18. Como foi sua formação na Escola de Enfermagem (tempo de curso, carga horária, currículo, assistência hospitalar x saúde pública, campos de estágio, relação teoria prática, uniforme, instrumental, procedimentos, regime de ensino, horário, lazer, férias, condições do local onde as alunas estudavam e onde residiam, relação professores x alunos, professores x irmãs, médicos x enfermeiras, médicos x alunos).
19. Concluído o Curso de Enfermagem, como foi recebida pelas demais irmãs e pela superiora?
20. Como foi a recepção pelo pessoal de Enfermagem, pelo pessoal administrativo e pelo provedor, após seu retorno como enfermeira?
21. Quais seus planos de mudanças no Serviço de Enfermagem, ao retornar como enfermeira?
22. Que dificuldades encontrou para introduzir inovações no novo serviço, ou novas atividades no hospital? Estas dificuldades estavam relacionadas com o pessoal de enfermagem? Médico? Administrativo? Ou de material? Houve algum boicote? Qual? De quem?
23. O que costumava fazer uma enfermeira no Hospital na época? Tudo que aprendeu na Escola?

24. Além do trabalho na enfermagem, a senhora costumava realizar outras atividades? Quais?
 25. Em relação aos pacientes, a senhora costumava interferir no tratamento destes? A senhora costumava sugerir tratamento e altas?
 26. Que autoridade a senhora tinha como enfermeira/irmã à época? Conte algumas passagens, cenas, situações engraçadas ou tristes.
 27. Como eram as relações enfermeira – irmã religiosa em relação ao pessoal de enfermagem?
 28. Como eram as relações enfermeira – irmã em relação ao pessoal médico?
 29. Como eram as relações enfermeira – irmã em relação aos outros técnicos, pessoal administrativo e direção?
 30. Como eram as relações entre médico – enfermeiras?
 31. Como eram as relações entre enfermeira irmã- pacientes?
 32. Como eram as relações entre enfermeira irmã- familiares dos pacientes?
 33. Como as irmãs da enfermagem eram percebidas pelos médicos e pelos outros profissionais?
 34. De que modo se relacionavam? Costumava haver troca de favores? Troca de presentes? Convites para festas particulares? Havia contato com as famílias?
 35. A senhora participava de algum Órgão Colegiado de decisão dentro do hospital?
 36. A senhora costumava ser chamada à Direção para tomarem decisões em conjunto?
 37. A senhora tinha acesso às chaves das diversas salas do hospital?
 38. A senhora tinha acesso a pertences dos pacientes? Tomava decisão em relação a pertences de pacientes que faleciam no hospital e que não tinham parentes?
 39. A senhora costumava manusear dinheiro do hospital?
 40. A senhora costumava decidir sobre a compra de material e equipamentos do hospital?
 41. Como eram as condições dentro do hospital em relação ao seu trabalho (carga horária, liberdade em relação as atividades, uniforme, material para procedimentos, recebimento de salário, férias, folgas, etc)?
 42. Havia no hospital sala destinada à chefia de enfermagem, com planta física adequada, secretária, material, e, horário pré-estabelecido?
 43. Que desejos seus não foram satisfeitos dentro do serviço do hospital? Por quê?
 44. A senhora costumava realizar assistência religiosa para os pacientes e/ou familiares?
 45. Por que a senhora saiu do hospital?
 46. Em relação à Congregação, como era a vida de irmã, em termos de disciplina, condições físicas, econômicas e sociais (atividades religiosas, atividades sociais, lazer, férias, encontros com a família, relações entre enfermeiras irmãs e outras irmãs, com a madre superiora).
 47. Caso a senhora tenha alguma coisa que ainda queira contar, conte, por favor.
 48. A senhora dispõe de algum documento antigo: Diploma, contrato de trabalho, fotografias, cartas, livros ou jomais da época, entre outros?
 49. Endereço atual:
-

ENTREVISTA – b) Médicos

Perguntas – Roteiro da entrevista

1. Nome:
2. Data de nascimento:
3. Local de nascimento:
4. Procedência:
5. Filiação:
6. Irmãos:
7. Formação/Escola:
8. Na década de 50 e 60, em que serviços de saúde, de Florianópolis, o senhor atuava?
9. Quando e como se deu o contato com as irmãs religiosas que atuavam na enfermagem no Hospital de Caridade? Por favor, fale a respeito desse período.
10. Como era o seu relacionamento com as irmãs ligadas à enfermagem?
11. O tratamento que as irmãs enfermeiras dispensavam ao senhor era diferente do tratamento que dispensavam aos outros médicos?
12. Como o senhor as via? Havia diferenças significativas entre as enfermeiras irmãs e as práticas de enfermagem irmãs? Qual era?
13. Que tipos de poder elas exerciam (em relação ao hospital, ao tratamento dos pacientes, ao contato com a direção e outros profissionais, ao pessoal de enfermagem, aos pacientes? As enfermeiras irmãs e as práticas de enfermagem tinham o mesmo poder?
14. Como eram as relações delas com o senhor? Como o tratavam? Eram gentis? Subservientes? Autoritárias? Grau de poder/autoridade?
15. Elas exerciam, assim como o senhor, um poder de conhecimento?
16. Como o senhor pensa que os outros profissionais as percebiam?
17. Elas participavam de algum órgão colegiado de decisão no hospital?
18. Elas decidiam na compra de materiais e equipamentos para o hospital?
19. Elas manuseavam dinheiro do hospital e pertences dos pacientes?
20. Elas tinham algum lugar reservado para elas próprias?
21. O senhor lembra de mais alguma coisa que gostaria de contar? Conte alguns casos.
22. O senhor dispõe de algum objeto antigo dessa época, foto, cartas, livros, cartões, ou outros objetos?
23. Endereço atual:

Obs: nos casos em que os entrevistados não eram enfermeiras nem médicos, as perguntas sofriam pequena adaptação durante a entrevista.

ANEXO B

TERMO DE CESSÃO DE ENTREVISTA

DECLARAÇÃO

Eu, _____ estado civil,
_____ portador da carteira de identidade nº _____,
declaro, para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista gravada, transcrita e autorizada, para leitura e inclusão no trabalho de tese de Doutorado da Prof. Miriam Süsskind Borenstein, podendo ser utilizada integralmente, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Da mesma forma, autorizo o uso da fita gravada, ficando vinculado o controle a esta professora.

Abdico dos meus direitos, abdicação que alcança meus descendentes, subcrevo-me atenciosamente.

Florianópolis, de agosto de 1998.

ANEXO D

Pessoas entrevistadas



Antonio Moniz de Aragão, nasceu em 16/03/1903 em Petrópolis, RJ, filho de Joaquim Hegas Muniz Barreto de Aragão (baiano) e Maria Eugênia Corrêa Muniz de Aragão (pernambucana). Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1926. Posteriormente viajou para Europa, onde realizou curso de aperfeiçoamento. Segundo o Dr. Aragão, na época era muito comum aos filhos de famílias abastadas, viajarem para a Europa, a fim de realizarem cursos de graduação e pós-graduação. Fez Curso de Especialização em Ortopedia e Traumatologia com o Professor Godóy Moreira em São Paulo, embora, no Brasil da época, não fosse muito comum fazer especialidades. Veio para Florianópolis em 1940, como oficial militar médico para atuar no Hospital Militar, onde passou a diretor médico. Depois, desvinculou-se da carreira militar, para poder permanecer na Capital, passando a atuar no Hospital de Caridade, e em clínica particular. Foi Presidente da Associação Médica Mundial, Secretário da Saúde, Provedor do Hospital de Caridade e um dos principais responsáveis pela criação da Faculdade de Medicina em Florianópolis, em 1962. Segundo ele próprio, era homem de sete instrumentos e durante muito tempo foi o pronto-socorro da Capital. Aposentou-se e reside atualmente na Rua Lauro Linhares, nº 438 – Trindade, em Florianópolis, Fone: 333-1123.

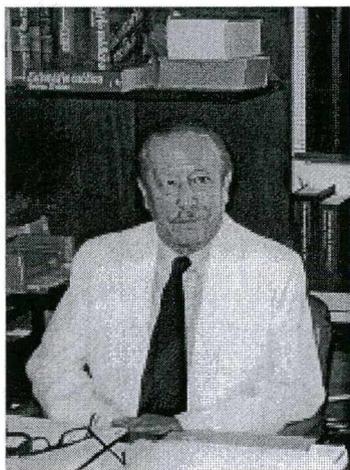


Artur Pereira Oliveira, nasceu em 30/08/1909 em Florianópolis, SC, filho de Antônio Pereira da Silva Oliveira e Maria Adelaide Caldeira Oliveira. Formou-se pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, na Enfermaria do Professor Austragélío, em 1931. Após formar-se, permaneceu por um período de tempo no Rio e depois retornou à Florianópolis. Imediatamente passou a trabalhar na enfermaria pediátrica do Hospital de Caridade, como clínico pediátrico. Posteriormente como não havia nenhum médico com especialização em patologia na cidade, e havia necessidade urgente de um patologista, por influência do Dr. Isaac Lobato, retornou ao Rio de Janeiro, onde se especializou em patologia. Realizou também Curso de Patologia em Ribeirão Preto-SP. Atuou muitos anos no Laboratório do Hospital de Caridade como patologista, tendo sido um dos fundadores da Faculdade de Medicina, e exercido a função de professor. Faleceu em março de 2000, aos 90 anos.



Carmela Longo, nasceu em Timbó, SC, em 01/03/1927, filha de Tercílio Longo e Pierina Ospi. Resolveu seguir a vocação religiosa, pois, enquanto exercia a função de atendente no Hospital Santa Isabel em Blumenau, manteve excelentes relações com as irmãs que lá trabalhavam, animando-se com o tipo de vida que estas levavam. Em 1951, entrou para o Convento e passou a chamar-se de Irmã Romana. Em 1953, foi encaminhada pela Congregação Divina Providência, para fazer o Curso de Graduação em Enfermagem, na Escola Madre Leonie em Curitiba. Imediatamente após sua formatura, em 12/08/57, retornou para Florianópolis e passou a atuar como enfermeira, no Hospital de Caridade. Lá permaneceu por quase trinta anos, com algumas saídas forçadas, por decisão das

superiores. Desvinculou-se da Congregação Divina Providência em 1973 e aposentou-se em 1986. Irmã Romana ajudou a criar a Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta, em 1959, onde atuou também como professora. Foi uma das fundadoras da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Secção Santa Catarina, tendo sido sua primeira tesoureira. Atuou também na Associação dos Hospitais de Santa Catarina. No Hospital de Caridade, exerceu inúmeras atividades, desde a assistência direta ao paciente, o auxílio no campo operatório, a responsabilidade pelo banco de sangue até a supervisão geral. Sempre foi muito considerada por todos, tanto pelos pacientes como pelo pessoal que lá trabalhava. Havia um grande reconhecimento pela sua capacidade técnica e científica, pela sua bondade, bem como pela sua dedicação extrema. Reside atualmente na Av. Pedro Silva, nº 2034, Bloco B, apto 21, Bairro Coqueiros em Florianópolis, Fone: 244-0053.



Danilo Freire Duarte, nasceu em 12/11/1922, em São José de Mipibú, RN. Filho de José Alpino Duarte e Thereza Freire Duarte, formou-se pela Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, em 1947. Estagiou durante dois anos, como interno efetivo da Quinta Cadeira de Clínica Médica com o professor Luigi Caprillhone. Veio para Florianópolis por influência de sua esposa, que era catarinense. Ele a tinha conhecido durante o período em que estudavam no Rio de Janeiro. Chegou em Florianópolis em 1948, quando passou a trabalhar inicialmente no Caridade, no Departamento de Saúde Pública e em consultório particular, fazendo clínica médica. Depois por influência direta do Dr. Isaac Lobato, que era especialista em cirurgia torácica, e por não haver anestesista em Florianópolis, transfe-

riu-se para o Rio de Janeiro para fazer especialização. Em 1950, retornou à Capital onde passou a realizar anestesia no Hospital Nereu Ramos. Posteriormente passou a atuar também, no Hospital de Caridade como anestesista, nos diversos tipos de cirurgia. Foi um dos responsáveis pela criação da Faculdade de Medicina em Florianópolis, onde atuou como professor. Criou a primeira residência de anestesia no Hospital Governador Celso Ramos. Foi presidente da Associação Brasileira de Anestesiologia, vice-presidente da Academia Catarinense de Medici-

na e Diretor do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Recebeu o Prêmio de Mérito Científico da Associação Médica Brasileira por sua contribuição à Medicina Catarinense. E em 1999, a Medalha Nacional do Mérito Médico da Associação Médica Brasileira. Publicou vários artigos. Aposentou-se no final da década de 80 e hoje reside à Rua Armínio Tavares, n.67, apto.802, no Centro de Florianópolis. Fone: 222.3275



Delci Virgínia Cunha, nasceu em 10/07/1933, em Santo Amaro da Imperatriz, SC, filha de Agostinho Bento da Cunha e Fermina Pereira Alves da Cunha. Transferiu-se para Florianópolis em 1955, para trabalhar no Hospital Nereu Ramos como atendente de enfermagem. Depois, por influência de uma prima foi trabalhar com ela no Hospital São Paulo, na capital paulista, onde permaneceu só quinze dias, pois não se adaptou. Retornando à Florianópolis, passou a trabalhar na Maternidade Carmela Dutra como instrumentadora, onde permaneceu por pouco tempo devido ao excesso de trabalho, pois era a única que fazia de tudo, no centro obstétrico. Transferiu-se para o Caridade em 1959, onde desempenhou a função de instrumentadora por mais de vinte anos. Posteriormente passou a trabalhar com a equipe de médicos que realizava endoscopia. Morou no hospital de Caridade de 1959 até 1970. Mudou-se do Hospital, quando a administração dele resolveu acabar com a moradia dos funcionários. Aposentou-se efetivamente em 1998, logo após a data em que me concedeu a entrevista. Atualmente reside a Rua São Martin, nº 604, apto 1, na Prainha – Florianópolis.

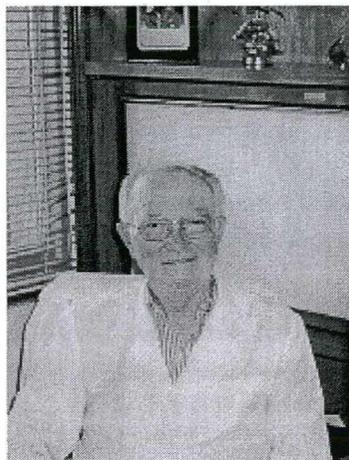


Elisa Mertens, nasceu em 12/10/1916, em Joinville, SC. Filha de Guilherme e Guilhermina Mertens. Resolveu seguir a carreira religiosa por ter recebido um chamado de Deus. Entrou na Congregação Divina Providência em 1947, segundo ela própria “já bastante madura, sabendo o que queria”. Como religiosa recebeu o nome de Irmã Mansueta. Antes de se tornar religiosa, trabalhava em um estabelecimento comercial da própria família, que era relativamente grande, e vendia produtos alimentares, geralmente produzidos pelos colonos. Na Congregação, imediatamente após ter concluído o noviciado, em janeiro de 1950, foi encaminhada para trabalhar na farmácia do Hospital de Caridade. Um ano após, passou para o setor administrativo, em especial na tesouraria. Permaneceu nesta função por dez anos, até 1960. Em 61, após ter permanecido um ano fora, em Tubarão – SC, retornou para o Caridade na condição de Superiora, onde desempenhou a função por mais cinco anos. Depois disso, trabalhou em outros locais, um dos quais foi em Blumenau, no Hospital Santa Isabel durante dez anos, permanecendo no setor de contas até 1993. Atualmente está aposentada, mas exerce atividades na administração do Pronvincialato Coração de Jesus (Casa Matriz) e ainda é a responsá-

vel técnica, pela farmácia do Hospital São José de Jaraguá do Sul, SC. Atualmente reside no Provincialado da Congregação da Divina Providência, à Rua Hermann Blumenau, 102, Centro – Florianópolis, Fone: 222-2744/224-9711.



Edélcia Longhi, nasceu em 31/07/1924, em Blumenau, SC. Filha de José e Maria Longhi. Resolveu tornar-se irmã após ter recebido um chamado de Deus. Entrou para a Congregação Divina Providência em 1942, e recebeu o nome de Irmã Edélcia. Em 1948, foi trabalhar no Hospital de Caridade, como atendente de enfermagem. Já tinha experiência, pois havia trabalhado anteriormente no Hospital Santa Isabel, em Blumenau. No Caridade, trabalhou na Enfermaria Pediátrica, tendo sido a responsável por esta, por mais de vinte anos. Enquanto trabalhava no Caridade fez o Curso de Auxiliar e de Técnico de Enfermagem. Posteriormente a Madre, reconhecendo o excessivo trabalho nesta enfermaria pediátrica, transferiu Irmã Edélcia para o Hospital Militar, para trabalhar na enfermagem com pacientes adultos, onde permanece trabalhando até os dias atuais, apesar de já estar aposentada desde 1976. Reside atualmente no próprio Hospital Militar, sito a Rua Major Costa, nº 85, Centro – Florianópolis, Fone: 229-6500.

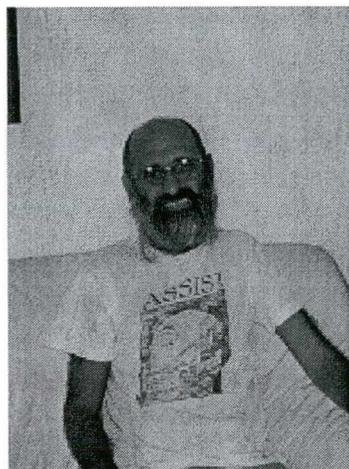


Isaac Lobato Filho, nasceu em 07/08/1924, em São Bento, MA. Filho de Isaac Napoleão Lobato e Martiniana Costa Lobato. Formou-se pela Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro, em 1948. Posteriormente especializou-se, também no Rio, em pneumologia clínica e cirurgia torácica. Mudou-se para Florianópolis em 1950, apesar de excelentes ofertas de emprego que lá havia recebido. Entretanto, por influência de um amigo, que conhecia a realidade florianopolitana, carente de recursos médicos, e pelo fato de o Governador Aderbal Ramos da Silva ter desenvolvido a tuberculose e permanecido por longo tempo internado num Sanatório do Rio de Janeiro (Correas), foi estimulado a vir, sem contar com a proposta de salário, que era oito vezes superior ao que era efetivamente pago aos demais médicos que trabalhavam na Capital. Passou a trabalhar inicialmente no Hospital Nereu Ramos, onde realizava principalmente cirurgia torácica, depois também passou a trabalhar Caridade. Foi um dos precursores da cirurgia cardíaca no Nereu Ramos, um dos principais articuladores da criação da Faculdade de Medicina e seu professor. Foi Superintendente da Fundação Catarinense de Saúde, depois denominada de Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Apesar de aposentado desde 1991, ainda vem atuando ativamente em seu consultório particular, no centro de Florianópolis. Reside atualmente à Rua Rubens de Arruda Ramos, nº 2272, apto 1001, Centro – Florianópolis, Fone: 222-2511/284-1014/223-6332.



Jairo Nunes de Sousa, nasceu em 10/01/1942, em Florianópolis, SC. Filho de Dorvalino Carlos de Sousa e Ernestina Nunes de Sousa. cursou o 2º Grau em Florianópolis e fez vários cursos superiores, não tendo concluído nenhum. Trabalhou no Hospital de Caridade, em 1959, em várias atividades (office boy, em estatística e na farmácia), apesar de ter sido contratado como servente, assim como todos os que não tinham formação específica eram contratados. Finalmente fixou-se na tesouraria, sob a direção da Irmã Mansueta, onde desempenhou por maior tempo suas atividades nesta área. Permaneceu na primeira vez em que esteve neste Hospital em torno de um ano, saindo para cumprir o serviço militar. Posteriormente retornou, para trabalhar na área da contabilidade, mas passou a realizar esse trabalho

em sua própria casa. Durante o primeiro ano que lá esteve, travou um contato bastante próximo com as pessoas, pois, na época, era pequeno o número de pessoal, tanto de médicos, como da própria enfermagem e principalmente das irmãs, que lá trabalhavam. Ao sair do Caridade passou a trabalhar na Secretaria da Fazenda, do Estado de Santa Catarina, onde permaneceu até aposentar-se em 1991. Reside atualmente a Rua Major Costa, nº 118, apto. 402, Centro – Florianópolis, Fone: 222.0974.



Jorge Nacif, nasceu em 22 de janeiro de 1933, em Miracema, RJ. Filho de Acefi Nacif e Lígia Leite Barros Nacif. Transferiu-se para Florianópolis em 1956, recém-saído do noviciado franciscano de Rodeio, SC. Tendo sido encaminhado com uma carta de apresentação para a Direção do Hospital de Caridade. Imediatamente foi contratado para atuar neste Hospital, na condição de atendente. Trabalhava fazendo todas as atividades no Hospital, desde a limpeza do chão, banheiros, equipamentos e utensílios, até cuidando dos doentes, sempre sob a supervisão das irmãs. Em 1959, enquanto trabalhava no Caridade, ingressou na Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta, onde realizou o curso. Permaneceu no Hospital de Caridade até 1962, quando foi convidado a trabalhar na

Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por ocasião da sua criação e da inserção da Faculdade de Medicina, a esta Universidade. Permaneceu na UFSC até aposentar-se em 1988. Atualmente reside em um sítio, na Estrada do Rio Tavares, distante do centro de Florianópolis, em completa harmonia com a natureza, Fone: 237-4640.



Maria Kuhn, nasceu em 24/01/1940, em Concórdia, SC. Filha de José Nicolau e Ella Kuhn. Resolveu seguir a carreira religiosa aos treze anos de idade, quando entrou em contato com irmãs religiosas da Congregação da Divina Providência. Aos treze anos, foi morar e trabalhar no hospital de Itapiranga, onde idealizava todos os tipos possíveis de tarefas. Em 1955, veio estudar no Colégio Coração de Jesus de Florianópolis. Depois foi trabalhar no Caridade e ingressou na Congregação da Divina Providência. Nesta mesma ocasião ingressou no Curso de Auxiliar de Enfermagem Madre Benvenutta. Realizava, portanto, três atividades simultaneamente (postulantado, atividades no laboratório do Caridade e Curso de Auxiliar). Após ter concluído o Curso, ao invés de ser introduzida na enfermagem, continuou no Laboratório (era onde gostava realmente

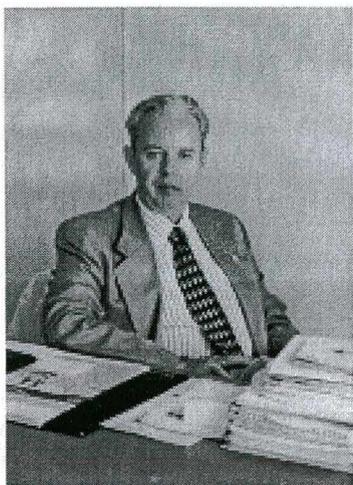
de trabalhar – preparando lâminas e material). Só após dois anos é que foi trabalhar na enfermagem. Permaneceu no Caridade até 1970, quando foi transferida para o Hospital de Laguna. Na década de 70, desligou-se da Congregação Divina Providência, ingressando na Fraternidade Esperança, criada a partir de uma cisão entre as irmãs que estavam na Divina Providência. Atualmente é aposentada, porém continua realizando trabalho na Pastoral da Saúde. Reside a Rua João Jovino Ferreira, nº 156, em Forquilha, em São José, Fone: 357-2891.



Nair da Silva Paulo, nasceu em 30/10/1925, em Santo Amaro da Imperatriz, SC. Filha de José Francisco Paulo e Maria Rita da Silva. Desde os dez anos gostava de cuidar de doentes, e por isso queria trabalhar no hospital. O pai, no entanto não era simpatizante da idéia. Foi trabalhar no Hospital de Caridade por influência da Irmã Geviga em 1944. Depois entrou para a Congregação Divina Providência, e recebeu como religiosa o nome de Irmã Alcídia. Fez vários treinamentos, entre as quais um curso de esterilização e outro de ortopedia e traumatologia, este último promovido pelo Dr. Luis de Vicenci, que a capacitou para atuar nesta área, como auxiliar. Durante mais de vinte anos, atuou na sala branca do Caridade, que era destinada aos

atendimentos de Emergência, onde, portanto, se faziam suturas, engessamentos, pequenas cirurgias e outros procedimentos. A Irmã Alcídia, também chamada carinhosamente pelo apelido de Cidoca, era considerada como o braço direito do Dr. Aragão e tinha o reconhecimento de todos os que trabalhavam no Caridade, em virtude da sua capacidade técnica, pois, apesar de ter estudado pouco, só tinha o título de prática de Enfermagem, adquiriu experiência significativa no período em que lá trabalhou. Alguns médicos sabiam que quando a Cidoca chamava, era porque a situação estava grave. Além dos atendimentos realizados no Hospital, costumava, nos finais de semana, ir aos morros, fazer catequese, atender aos pobres e o povo de um modo geral. Irmã Alcídia permaneceu na Congregação e no Hospital até 1973, quando se desligou de ambos. Abandonou a vida religiosa

por não concordar com as mudanças que as irmãs passaram a implementar dentro da Congregação e, por extensão, no Caridade. É aposentada e reside em um sítio da família, próximo a Florianópolis. Fone: 240.0415



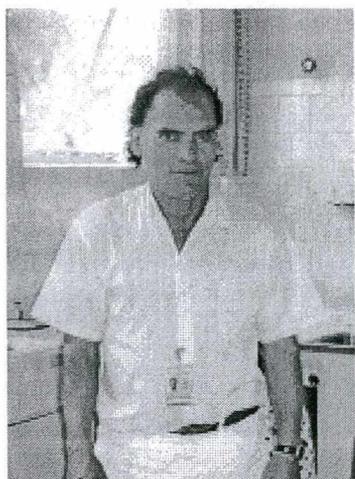
Nelson Grisard, nasceu em 02/12/1936, em Florianópolis, SC. Filho de Maria da Glória Schutel Grisard e Waldyr Grisard. Formou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Paraná, em 1961. No ano seguinte, realizou curso de Especialização em Pediatria no Hospital das Clínicas da USP. Retornou a Florianópolis em 1963, onde passou a atuar no atendimento de crianças, no Departamento de Saúde Pública, em consultório particular e no Hospital de Caridade. Em 1967, realizou o curso de especialização em neonatologia, no Hospital Infantil do México, e, em seguida, completou seus estudos em perinatologia, no Centro Latino Americano de Perinatologia, da OPAS, em Montevideú. Em 1969, retornou à Florianópolis e introduziu a neonatologia como disciplina da pediatria e como

especialidade médica. Trabalhou também na organização e implementação do Hospital Infantil Edith Gama Ramos e do Hospital Universitário (HU). No primeiro, travou os primeiros contatos com as enfermeiras formadas no Rio Grande do Sul, servindo de importante articulador para a criação do primeiro Curso de Graduação em Enfermagem, em Santa Catarina (UFSC). Ocupou diversos cargos na direção de hospitais, dos órgãos de classe da Medicina. Está aposentado da UFSC, continuando com suas atividades profissionais e acadêmicas em nível de coordenação da Residência Médica em neonatologia, na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis. Reside a Av. Rubens de Arruda Ramos, nº 1892, apto 402, Centro – Florianópolis, Fone: 222-1647/222-2559.



Ney Mund, nasceu em 24/09/1928, em Florianópolis, SC. Filho de Emílio Mund e Maria Perrone Mund. Formou-se em 1953, pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro. Fez especialização em cirurgia geral na Casa de Saúde São Miguel, do Dr. Fernando Paulino e na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, na décima Segunda Enfermaria. Retornou para Florianópolis em 1955, passando a atuar no Hospital de Caridade em cirurgia geral. Na época, o Dr. Mund fazia praticamente todos os tipos de cirurgias. Era considerado como um médico muito capaz, que, além de ser excelente cirurgião, era

excelente pessoa, pois ajudava muito os doentes pobres. Foi um dos fundadores da Faculdade de Medicina, tendo sido, por muitos anos, seu professor. Trabalhou além do Caridade em outros hospitais da Cidade (HIEGR e HU). É aposentado e reside a Rua Duarte Schutel, nº 317, Centro, Florianópolis, Fone: 225-6306.

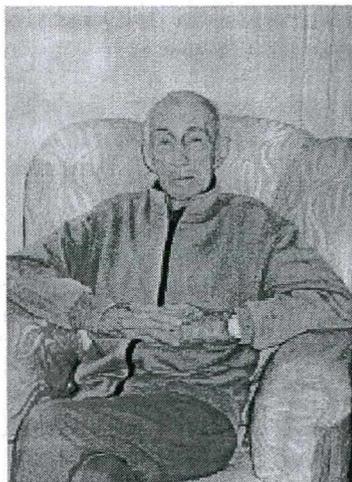


Osmann Oscar Machado, nasceu em 06/10/1941, em Morro Grande, pertencente à Jaguaruna, SC. Filho de Oscar Inácio Machado e Aura Inácio Machado. Passou a trabalhar no Caridade em 1962, como atendente. Costumava realizar todos os tipos de atividades relativas à enfermagem (curativos, medicamentos e instalação de sondas). Fazia também a limpeza da enfermaria. Enquanto trabalhava, fez o Curso de Auxiliar de Enfermagem. Morou no Hospital até 1972, quando a administração resolveu acabar com este tipo de benefício. Depois casou-se. Aposentado, continuou a trabalhar até 1998. Atualmente desvinculou-se definitivamente do Hospital, está aposentado e reside em Florianópolis.



Otilie Hammes, nasceu em 23/07/1929, no Município de Santa Cruz do Sul, Distrito de Sinimbu, RS. Filha de Leopoldo Alberto Hammes e Maria Sausen Hammes. Resolveu seguir a carreira religiosa, pois desde criança, “sentia uma coisa interior”. Havia na Comunidade de São Pedro, RS, uma forte influência do vigário local e da família, para que os jovens buscassem a vocação religiosa. Por isso, segundo seu próprio sentimento, veio para Florianópolis em 1946, quando entrou para Congregação das Irmãs da Divina Providência e como religiosa recebeu o nome de Irmã Cacilda. Após a formação religiosa de dois anos e meio, foi trabalhar no Colégio Stela Maris, em Laguna, onde permaneceu por dois anos. Em 1953, foi para Rio de Janeiro, fazer o Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Luisa de Marillac da PUC, do Rio de Janeiro. Realizou o curso e retornou para Florianópolis em

1956, passando a atuar na Maternidade Carmela Dutra onde trabalhou até setembro de 1957. Depois a necessidade de pessoal levou-a para o Caridade. Simultaneamente organizou a Escola de Auxiliares de Enfermagem “Madre Benvenutta”, que passou a funcionar em 1959. Irmã Cacilda foi diretora e professora dessa Escola. Em 1962, criou a ABEn de Santa Catarina juntamente com outras enfermeiras. Logo após, foi uma das responsáveis pelo encaminhamento, ao secretário da saúde, da criação de uma lei (Lei nº 3.175/63), que oficializou a reclassificação do enfermeiro, ao nível técnico-científico, a semelhança dos demais profissionais (técnico-científicos). Trabalhou durante muitos anos no Caridade e em outros hospitais da Congregação. Em 1978, passou a atuar na Pastoral da Saúde, e depois desligou-se da Congregação da Divina Providência, criando, junto com outras irmãs, a Fraternidade Esperança. Atualmente está aposentada, porém continua participando de trabalhos sociais, na saúde alternativa. Reside atualmente a Rua da Fonte, nº 52, Vila Aparecida – Coqueiros, em Florianópolis, Fone: 249-8949.

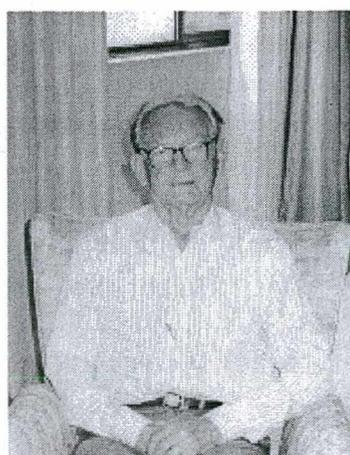


Polydoro Ernani de São Thiago, nasceu em 22/06/1909, em São Francisco do Sul, SC. Filho de Arnaldo Claro de São Thiago e Maria Eugênia Oliveira de São Thiago. Formou-se em 1935, pela Faculdade Nacional de Medicina da Universidade do Brasil. Após sua formatura, retornou para São Francisco do Sul. Em seguida, foi solicitado pelo então Governador Nereu Ramos, para vir trabalhar em Florianópolis, no recém-criado, Departamento de Saúde Pública. Lá trabalhou no recenseamento de pacientes com hanseníase, onde permaneceu por três anos. Durante esta época, fez o curso de leprologia no Internacional no Rio de Janeiro. Depois foi solicitado para trabalhar e morar na Colônia Santa Tereza. De retorno à Capital, Dr. Polydoro passou a atender em seu consultório particular, como clínico geral, e também

no Hospital de Caridade, onde travou maior conhecimento com as irmãs da Enfermagem da Divina Providência. Foi um dos principais articuladores da criação da Faculdade de Medicina em Florianópolis, sendo um dos seus primeiros professores. Foi o idealizador do Hospital Universitário da UFSC e responsável pela sua criação. Ocupou cargos administrativos na UFSC e nos órgãos de classe. Publicou vários artigos e dois livros. Era muito considerado, em função do seu conhecimento, garra e dinamismo. Faleceu aos 90 anos, em dezembro de 1999.



Ricardo Wolfgang Gottsmann, nasceu em 12/04/27 em Florianópolis, SC. Filho de Richard e Aenne Gottsmann. Formou-se em 1967, pela Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (Instituto Hannemanniano). Especializou-se em Oftalmologia no Hospital Gafreé Guinle. Trabalhou como oftalmologista no Rio de Janeiro até 1983, quando se transferiu para Florianópolis, por razões particulares. Desde então, assumiu atividades ligadas ao setor imobiliário. Atualmente é aposentado, reside com sua família a Av. Rubens de Arruda Ramos, nº 1454, apto 1001, no Centro de Florianópolis, Fone: 225-2540.

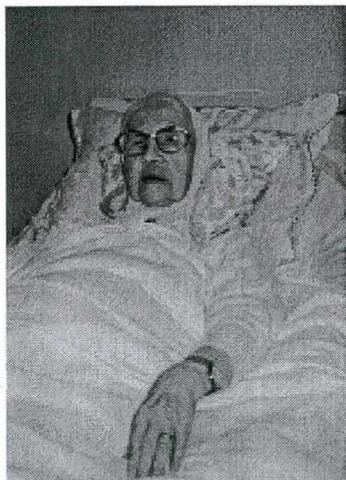


Roldão Consoni, nasceu em 03/05/1915, em Ipoã, Município de São Joaquim da Barra, SP. Filho de Carlos e Maria Consoni. Formou-se pela Faculdade de Medicina em São Paulo em 1940. Veio para Florianópolis em 1942, para assumir o cargo de cirurgião na Casa de Saúde São Sebastião, em substituição ao Dr. Ricardo Gottsmann, que havia sido preso, por suas idéias nazistas. Trabalhou neste Hospital durante seis anos. Em 1948, transferiu-se para o Caridade, onde assumiu uma enfermagem de 30 leitos de cirurgia. Realizava todos os tipos de cirurgias, especialmente as de estenose de esôfago. Trabalhou durante longo tempo no Caridade. Foi um dos responsáveis

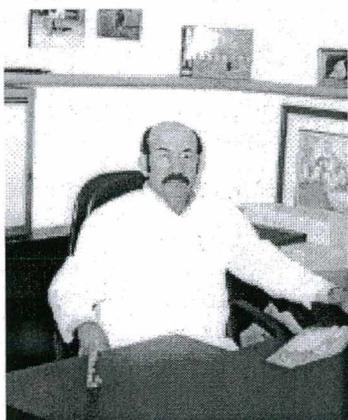
pela criação da Faculdade de Medicina, assumiu a função de professor. Foi eleito vice-reitor da UFSC juntamente com o Reitor Professor Erich Caspar Stemmer, em 1979. Atualmente está aposentado, reside a Rua Alves de Brito, nº 82, apto 201, no Centro de Florianópolis, Fone: 222-3764.



Thereza Hackenhaar, nasceu em 10/08/1928, em Santa Emília, Município de Venâncio Aires, RS. Resolveu seguir a vocação religiosa a partir dos doze anos de idade quando recebeu um chamado de Deus. Entrou para a Congregação na década de 40, e recebeu o nome de Irmã Concília. Inicialmente cursou o Normal (atual Técnico em magistério) e; depois, o Curso de Graduação em Enfermagem na Escola Luiza de Marillac. Logo após a conclusão do Curso, em 1953, ingressou no Hospital de Caridade, passando a atuar em uma enfermagem de cirurgia e traumatologia e no centro cirúrgico, como auxiliar de cirurgia. Trabalhou neste Hospital de 53 a 57 e posteriormente em Porto Alegre, no Hospital Beneficência Portuguesa. Na década de 60, retornou para o Caridade na condição de Superiora. Foi professora da Escola de Auxiliares de Enfermagem Madre Benvenutta e posteriormente Diretora do Curso Técnico de Enfermagem do Colégio Coração de Jesus, de 75 a 78. Desligou-se da Congregação da Divina Providência e do Hospital no final da década de 70, ingressando na Fraternidade Esperança. Passou a trabalhar na Pastoral da Saúde e da Criança, o que vem fazendo desde então. Atualmente está aposentada, porém continua trabalhando em obras sociais. Reside à Rua Bonito Lindo, nº 451, no bairro Aventureiro, em Joinville-SC, Fone: (47) 467-5956.



Verônica Althoff, nasceu em 17/01/1905, em Santo Amaro da Imperatriz, SC. Filha de Pedro e Clara Althoff. Resolveu seguir a vocação religiosa aos quatorze anos, quando recebeu um chamado. Falou com os pais mas estes não permitiram, pois havia uma outra filha que também queria ser religiosa. Aos dezoito anos recebeu a permissão dos pais e ingressou na Congregação Divina Providência. Recebeu como religiosa, o nome de Irmã Horácia. Em 1924, noviça há doze dias, a Madre a encaminhou para o Caridade. Lá trabalhou durante muito tempo auxiliando em diversas atividades, inclusive em cirurgia, com o Dr. Gotzmann. Posteriormente foi transferida para vários hospitais da Congregação, retornando ao Caridade na década de 50, na condição de Superiora. Permaneceu alguns anos neste, saindo em 1958, e nunca mais retornou para este Hospital. Passou por vários outros hospitais, sempre na condição de Superiora, em geral sanando as contas hospitalares. Atualmente é aposentada, tem 95 anos, reside na Casa das Irmãs Idosas da Congregação Divina Providência, à Rua Madre Benvenutta, nº 520, na Trindade, em Florianópolis, Fone: 234-1935.



Waldomiro Dantas, nasceu em 03/02/1933, em Casemiro de Abreu, no Estado do Rio de Janeiro. Filho de Elesbão Fernandes Dantas e Marina Mendonça Dantas. Formou-se pela Faculdade Federal Fluminense em 1958 e fez Residência em Clínica Médica no Hospital de Ipanema, do antigo IAPC (Instituto de Aposentadoria e Previdência dos Comerciantes). Veio para Florianópolis em 1960, por intermédio da Marinha, era do Corpo de Saúde da Marinha, para ficar apenas um ano. No entanto, em função de algumas possibilidades que surgiram, resolveu fixar-se na cidade. Passou a atuar no Hospital Caridade, na Casa de Saúde São Sebastião, no Hospital Nereu Ramos e depois no

Hospital Governador Celso Ramos. Atuou também na criação da Faculdade de Medicina, da qual foi um dos seus primeiros professores. Trabalhou também no Hospital Universitário, sendo um dos professores responsáveis pela Residência em Clínica Médica – Gastroenterologia. Criou o primeiro Curso de Pós-Graduação na área médica em Santa Catarina; o mestrado em Medicina Interna do Departamento de Clínica Médica da UFSC; foi fundador e o primeiro presidente da Sociedade Catarinense de Gastroenterologia; da Academia Catarinense de Medicina e presidiu o Conselho Regional de Medicina e a Sociedade Brasileira de Hepatologia. Atualmente é presidente da Federação Brasileira de Gastroenterologia. Escreveu vários artigos, capítulos de livros e livro, entre outros. Atualmente está aposentado, no entanto continua atendendo em seu consultório particular. Reside na Av. Trompowski, nº 265, bloco A, apto 502, no Centro de Florianópolis, Fone: 222-5070.