

ENSINO DE ENFERMAGEM E AS RELAÇÕES INSTITUÍDAS NO
HOSPITAL A PARTIR DA DÉCADA DE 1950^aValéria Lamb CORBELLINI^b

RESUMO

A partir de 1950 no Rio Grande do Sul e no Brasil ocorre uma ampliação do número de hospitais, transformados em um cenário para o tratamento da doença. Este estudo teve por objetivo analisar como o ensino de Enfermagem permeou as relações instituídas no hospital, neste contexto. Trata-se de estudo qualitativo, baseado na Arqueologia, Genealogia e na História oral. O estudo envolveu enfermeiras docentes que vivenciaram esse período da história como graduandas em Enfermagem. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista narrativa. Na análise documental, foi utilizada a análise de discurso. Os dados indicam, dentre outros aspectos, a manutenção de uma prática de ensino no hospital, centrado ainda no tratamento de doenças, tornando as ações de Educação para a Saúde de um espaço secundário.

Descritores: Ensino. Educação em enfermagem. História da enfermagem.

RESUMEN

A partir de 1950 en el estado de Rio Grande do Sul y en Brasil ocurre una ampliación del número de hospitales, transformados en un escenario para el tratamiento de la enfermedad. Este estudio tuvo como objetivo analizar como la enseñanza de enfermería primó en las relaciones instituidas por y en el hospital en este contexto. Es un estudio cualitativo, basado en la Arqueología, Genealogía y en la Historia oral. El estudio involucró enfermeras docentes que vivenciaron ese periodo de la historia como estudiantes de enfermería. Para la colecta de datos se utilizó la entrevista narrativa. En el análisis documental, fue usado el análisis del discurso. Los datos indican, entre otros aspectos, el mantenimiento práctico de el que está de educación en el hospital todavía centrado en el tratamiento de enfermedades, acción que se convierte de la educación para la salud un espacio secundario.

Descriptores: Enseñanza. Educación en enfermería. Historia de la enfermería.

Título: Enseñanza de enfermería y las relaciones instituidas en el hospital a partir de la década de 1950.

ABSTRACT

Since 1950, when the number of hospitals started to increase in Rio Grande do Sul and Brazil, the treatment of illnesses has been the main focus of hospitals. This study aimed at analyzing how Nursing training influenced the institutionalized relationships in the hospital. This was a qualitative study, based on Archeology, Genealogy, and oral History, including training nurses that were students at that time. Analysis of discourse was used to study the documents. Among other aspects, findings indicated that the focus on the treatment of illnesses by the hospital still places Health Education in a lesser position.

Descriptors: Teaching. Education, nursing. History of nursing.

Title: Nursing teaching and the relationships established at the hospital since the decade of 1950.

^a Artigo adaptado e elaborado a partir de uma das análises de discurso da Tese de Doutorado em Educação defendida na Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) em 2005 e orientada pela Professora Doutora Marilú Fontoura de Medeiros.

^b Enfermeira, Mestre e Doutora em Educação. Professora Adjunta e Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da PUCRS, Brasil.

1 INTRODUÇÃO

No Rio Grande do Sul (RS), na década de 1950, assim como em todo Brasil, novos regimes de verdades foram sendo constituídos pela sociedade, na Área da Saúde, como por exemplo, a ampliação do número de hospitais, que deixam de ser um local de “depósito” de indigentes e transformam-se em um cenário privilegiado para o tratamento da doença, de todas as camadas sociais, gerando uma expectativa de que o melhor atendimento de saúde ocorreria nesses espaços⁽¹⁾.

A enfermeira, ao ocupar espaço no hospital, na década de 1950, no RS, também seguiu o modelo clínico ao voltar-se somente para a doença. Mesmo que os sanitaristas preconizassem, na época, a importância dessa Instituição também trabalhar a prevenção, não foi o que ocorreu⁽²⁾.

A prevenção não era o foco principal das políticas de saúde. Redes começavam a se formar, indicando um novo caminho para a sua complexa organização administrativa.

O ensino da Enfermagem, nessa década, estava centrado no fazer. Os manuais de técnicas eram as “bíblias” dos estudantes⁽³⁾. A habilidade manual, a capacidade de memorização, a postura na realização das técnicas, além do capricho, organização e perfeição, eram aspectos imprescindíveis, avaliados no ensino.

Se fizermos uma análise desse período até a década de 1980, observamos que a técnica prevalecia no fazer da enfermeira. Entretanto, existia um saber subjetivo que foi construído ao longo da sua trajetória profissional e que partiu de uma prática, por ter sido uma profissão fortemente alicerçada no fazer, considerado no campo da Saúde como um conjunto de “[...] saberes hierarquicamente inferiores”, “saberes desqualificados pela hierarquia do conhecimento ou da cientificidade requeridos”^(4:12).

A enfermeira, assim como docentes de Cursos de Graduação em Enfermagem que supervisionavam estágio na área hospitalar, ao mesmo tempo em que se sujeitaram a essa prática, também sujeitaram outros saberes, tanto com sua equipe, nos cuidados dos pacientes, como também com alunos, entre outros.

Nesse sentido, a História tem nos mostrando grandes movimentos e mudanças no ensino

de Graduação em Enfermagem ao longo dos tempos. Essas mudanças sempre estiveram não somente ancoradas no momento político e social em que o País se encontra, mas também vinculadas a processos de outras épocas que ainda nos influenciam, como a inserção do trabalho da enfermeira na área hospitalar, voltando-se para o cuidado da doença, a partir da década de 1950, e tornando as ações de Educação para a Saúde um espaço secundário.

Assim, essa pesquisa nasce da necessidade de aprofundar temáticas abordadas na Tese de Doutorado⁽⁵⁾, onde foram discutidos regimes de verdades que perpassaram no ensino de Graduação em Enfermagem, a partir da década de 1950, no RS e, a partir de uma análise histórica, encontrar rupturas, para a constituição de novos discursos, novos jogos de verdades de como o ensino permeou as relações instituídas no hospital, a partir de uma prática fortemente alicerçada no fazer, no cuidado da doença, no modelo clínico.

2 UM CAMINHO A PERCORRER

Trata-se de um estudo qualitativo baseado na Arqueologia, Genealogia e na História Oral. Pelo método arqueológico, as ordens de saber são encontradas na formação discursiva de uma determinada época. Ele não procura a compreensão do momento em que ocorreu o fato, e sim, por meio dele, são definidas regras e práticas discursivas que **atravessam obras individuais**, contemplando todo o contexto, embora, às vezes, só se aperceba de uma parte⁽⁶⁾. A Genealogia busca a verdade, a intervenção nos saberes locais, descontínuos e não-legitimados. Pelo método genealógico, pode-se criticar e descrever a trajetória das transformações discursivas⁽⁷⁾. A História Oral dispõe de um meio de transformar tanto o seu conteúdo, quanto sua finalidade, pois, “[...] pode ser utilizada para alterar o enfoque da própria História e revelar novos campos de investigação”^(8:22).

O uso sistemático do testemunho oral possibilita esclarecer trajetórias individuais, eventos ou processos que, às vezes, não têm como ser entendidos ou elucidados de outra forma, desde que não exclua outros documentos⁽⁹⁾.

O estudo envolveu três enfermeiras^c com idade acima de 60 anos que vivenciaram esse período da História como graduandas de Enfermagem e, após, como docentes no Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade Pública.

A entrevista narrativa foi uma das modalidades de coleta. Outras formas de trilhar, em busca de novos enunciados, ocorreram por análise documental, a partir da década de 1950, sempre baseada em questionamentos do presente⁽⁹⁾. Para análise documental, elegeu-se a análise de discurso⁽¹⁰⁾.

Antes de iniciar as entrevistas, respeitando os aspectos éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹¹⁾, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade. Foi apresentado a cada enfermeira o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tendo este sido assinado pela participante e pela pesquisadora após sua leitura. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

3 EM BUSCA DE VERDADES JÁ INSTITUÍDAS

A partir da década de 1950, a Saúde começou a ser organizada, prioritariamente, para atender a uma assistência médica curativa, individual e “hospitalocêntrica”.

Na década de 1980, o movimento social se intensificou, exigindo do Poder Público uma solução para a crise do Sistema de Saúde, que se agravava⁽¹²⁾.

A construção de grandes hospitais e o fortalecimento da Medicina Clínica, voltada para as especialidades, acabam com uma das funções que deveria ser também do hospital: a da prevenção, sendo suprimida pela função curativa.

Até então, as políticas sanitárias tentavam dar conta dos altos índices de mortalidade infantil e das doenças infecto-contagiosas, assim como da precariedade do atendimento às classes trabalhadoras.

Nesse contexto, o atendimento médico e individual, em detrimento do social, torna-se prioritário, e essa assistência passa a ser realizada no hospital, impulsionada pela mudança do foco de trabalho do médico, decorrente dos altos investimentos das indústrias farmacêuticas e de equipamentos⁽¹³⁾.

Paradoxalmente, conforme apresentado nos Anais do 1º Congresso Sul-Riograndense de Higiene, realizado em 1957, o tema “prevenção” foi amplamente defendido pelos participantes⁽³⁾. O hospital, em largo crescimento na época, foi constituído, até então, para suprir uma necessidade pontual, ou seja, a curativa, embora todos os sanitários tivessem como definição que, além dessa, deveriam desenvolver atividades de Medicina preventiva com a mesma intensidade, conforme abordado na fala de um congressista:

Sabem que a função curativa do hospital continua ainda a ser a mais importante, porém deve desenvolver, com a mesma intensidade, atividades de Medicina preventiva, o que pode ser bem evidenciado com a existência dos serviços de assistência materna e à infância, nas instituições hospitalares^(3:129).

Outro ponto importante a ser salientado em relação ao hospital é que ele continua centrado no profissional e não na saúde e no cliente. Além disso, quando direciona seu foco para o cliente, faz isso de forma que a Educação para a Saúde esteja direcionada “do” profissional para o paciente e não “com”, de “fora para dentro”, dizendo o que deve ser feito e denominado como “[...] intelectual universal”^(14:12).

Em relação a essa questão, Sol faz um comparativo da Saúde Coletiva com o hospital, quando coloca a verticalidade com que o paciente hospitalizado é cuidado.

Às vezes a questão, é claro, são hospitais acadêmicos, mas aquela questão de tu teres aquele compromisso que eu passo por essa pessoa na vida dele, é importante que eu ajude, participe de um cuidado, que ele melhore ou que ele seja mais informado, que ele tenha uma educação para a saúde, eu não vejo tanto isso no paciente hospitalizado. Diferente do que eu vejo na Saúde Coletiva e

^c Com o objetivo de proporcionar ao leitor a oportunidade de vivenciar os depoimentos, foram incluídos alguns relatos das enfermeiras ao longo do texto. Para preservar a identidade das entrevistadas, foi solicitado que cada uma escolhesse um codinome. Assim, os nomes das entrevistadas foram identificados por Sol, Rosa dos Ventos e Brisa.

vejo os profissionais da Saúde Coletiva também, me parecem, não sei se a expressão é mais feliz, eles estão mais contextualizados, mais abertos e trocando mais os saberes com as pessoas que estão na comunidade, enquanto que, no hospital, eu percebo ainda bastante a verticalidade e isso é uma coisa assim que eu vejo. O vínculo na comunidade é muito forte, não percebo tanto esse vínculo no hospital (Sol).

Esse discurso nos traz presente a dicotomia de como o paciente/cliente é visto na atenção básica de saúde e no hospital e de como se instituiu fortemente essa prática discursiva de que na comunidade ele é visto no seu contexto social e no hospital, completamente fora dele. Sol também expressou uma realidade que ainda perpassa os tempos atuais, como a cobrança do por que adoeceu, sem contextualizar com a sua realidade social:

Em relação à prevenção da doença, não me recordo que nos era sugerida como importante (décadas de 1950-60). [...] A questão até eu observava que era cobrada, por que adoeceu. Uma criança que ia e voltava por um problema de saúde que era evitável por ações corretas de saúde até era cobrado desta pessoa: "por que não fez isso? Você tem que fazer isso!" Mas o contexto social, socioeconômico ele não era acordado por nós, o que deveria ser feito (Sol).

Nesse sentido, o hospital, ao tornar-se um lugar privilegiado da doença, faz com que a Medicina assuma o topo da hierarquia hospitalar. Repete-se, no Brasil, de como a Medicina ascendeu, a partir do século XVIII, na Europa, com a reorganização das funções do hospital. Ele deixa de ser destinado aos loucos e indigentes, ou seja, de exclusão e passa a ser de inclusão, com função terapêutica sistematizada como instância de controle social⁽²⁾. Mesmo assim, uma inclusão que, em certa medida, segrega as pessoas por classe social, poder aquisitivo, tipos de patologias entre outras.

A reforma dos hospitais, no século XVIII, permitiu à Medicina o controle social das doenças da população, o desenvolvimento de um mer-

cado médico especializado e privado e, acima de tudo, concedeu ao médico poder em todas as instâncias das estruturas administrativas do hospital⁽¹⁴⁾.

A enfermeira, quando começou a ocupar esse espaço, mais efetivamente, a partir da década de 1950, também seguiu o modelo clínico, praticando uma assistência eminentemente curativa. O discurso da época, preconizado pelos sanitaristas, da importância de o hospital também trabalhar a prevenção, conforme apresentado anteriormente, não ocorreu, pois, conforme referendado por Rosa dos Ventos, o hospital tinha como função o tratamento de doenças, enquanto que, na Saúde Pública, o foco era trabalhar a prevenção.

[...] a nossa grande preocupação, na Saúde Pública, era trabalhar a prevenção das doenças, pois no hospital, a enfermeira só cuidava da doença (Rosa dos Ventos).

O discurso de Sol traz muito presente esse modelo construído, nesta época (décadas de 1950-60-70), e complementa:

[...] nós não tínhamos essa visão de enxergar o paciente fora da enfermagem, nós não tínhamos esse olhar. Realmente era o paciente no contexto da doença, do diagnóstico cirúrgico, clínico. [...] não se trabalhava com a prevenção (Sol).

Esse regime de verdade ainda está presente nos discursos atuais, pois em uma pesquisa realizada sobre a produção de um conhecimento, no espaço hospitalar, o autor salienta que a prática profissional da enfermagem, em termos de registros ou anotações, está direcionada à doença e ao corpo doente⁽¹⁵⁾. Brisa justifica como sendo:

[...] um cerceamento da enfermeira, claramente, um jogo de poder [ao abordar o cuidado da enfermagem, no hospital] [...] volta-se somente para a doença, para o motivo da internação (Brisa).

Essas redes de poderes, que Brisa coloca, são espaços nas relações humanas que determinam como é exercida a conduta de um em relação ao outro, tornando visível aquilo que se autoriza a falar, o jogo de verdade que se institui. Se a enfermeira é cerceada por alguém, por um grupo ou mes-

mo pela Instituição, não significa que ela também não exerce essa atitude de dominação em relação ao outro, mostrando que “[...] essas relações de poder são, portanto, móveis, reversíveis e instáveis”^(16:276).

Além disso, para mudar esse espaço, como reduto de cuidado da doença, necessita-se quebrar muros, desprender-se de si mesmo, o que não é fácil, pois a enfermeira, quando ingressa na área hospitalar, já vem com uma imagem ou incorpora, na Instituição, regime e práticas normativas que a ela cabe seguir.

Para romper com esse regime, uma nova cultura de si que abarca atitudes de autoconhecimento de cuidado para consigo e para com o outro precisa ser resgatada, o que só pode ser desenvolvido como uma prática social⁽¹⁷⁾.

Por essa expressão é preciso entender que o princípio do cuidado de si adquiriu um alcance bastante geral: o preceito segundo o qual convém ocupar-se consigo mesmo é em todo caso um imperativo que circula entre numerosas doutrinas diferentes; ele também tomou a forma de uma atitude, de uma maneira de se comportar, impregnou formas de viver; desenvolveu-se em procedimentos, em práticas e receitas que eram refletidas, desenvolvidas, aperfeiçoadas e ensinadas, ele constituiu assim uma prática social, dando lugar às relações interindividuais, a trocas e comunicações até mesmo instituições; ele proporcionou, enfim, um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber^(17:50).

Entretanto, cabe salientar que a forma como a maioria dos profissionais da Área da Saúde ainda trata os pacientes denota todo um cuidado pautado em um ritual de poder e submissão. As pessoas, ao serem internadas, perdem a sua condição de ser saudável, produtivo e incorporam o ser submisso, fazendo com que não assumam “[...] participação ativa no seu próprio tratamento, colocando-se na posição de um mero objeto de trabalho da equipe de saúde”^(18:410).

Observam-se, em várias situações, pacientes, mesmo com grau de instrução elevada, assumirem uma postura de total desconhecimento da sua doença, do seu corpo e, quando são questionados ou orientados sobre como prevenir futu-

ras complicações, eles desconhecem e evitam falar sobre essa questão. Percebe-se que, no hospital, eles só querem tratar do motivo que os levaram a ser internados e de retornarem o quanto antes para a sua casa.

Algumas questões poderiam influir sobre esse fato, como a cultura de que ainda é forte, em nossa sociedade, a maneira de o hospital tratar a doença, fazendo com que as pessoas assumam o papel de pacientes passivos, bem como a fragmentação do objeto de trabalho de todos os profissionais da Área da Saúde, a pouca valorização e interesse das pessoas em relação à sua saúde e à manutenção da mesma, entre outras.

Para entender melhor esse contexto, seria importante analisar a relação entre sujeito e liberdade, quando se aborda a ética do cuidado de si como prática de liberdade. A prática de liberdade de um indivíduo, de um grupo ou de uma população somente ocorre depois de certo número de processos que iniciam pela liberação, que pode ser intencional ou prescritiva, passam pelo cuidado de si, de como o sujeito se conhece a si mesmo, incluindo as regras, as verdades, os deveres, os desejos que acabam se constituindo como práticas sociais e finalizam nas de liberdade, mesmo que na direção do assujeitamento⁽¹⁶⁾.

Porém, cabe salientar que esta etapa não ocorre, necessariamente, nessa ordem. Nem sempre para chegarmos a uma prática de liberdade é necessário iniciarmos pela liberação e, muitas vezes, esta pode não se expressar na liberdade.

Tomemos como exemplo, o sujeito que, ao se internar no hospital, torna-se passivo, passando a ser identificado como paciente do leito “X”, da patologia “Y”, ficando alheio, muitas vezes, ao que está acontecendo ao seu redor e aceitando, com certa naturalidade, essa passividade. Isso ocorre porque os profissionais que o assistem fazem com que ele assuma essa postura. Não existe prática de liberação e nem cuidado de si e para com o outro que faça com que ele desenvolva práticas de liberdade e assumam a sua condição de sujeito ativo.

Essa condição de poder do profissional e submissão do paciente já estava presente na fala de Sol quando verbalizou que este, durante a internação, não podia saber qual a medicação que estava tomando e para o que era indicado,

assim como seus efeitos colaterais (décadas de 1950-60). Entretanto, no dia da alta, era-lhe entregue a prescrição dos medicamentos, sem nenhuma orientação prévia.

Os planos de alta que nós fazíamos era para orientá-los no sentido de como tomar a medicação. Nós tínhamos uma grande dificuldade, isso eu achava difícil, pois os pacientes não podiam saber que medicação eles tomavam. Então veja, quando eles perguntavam, nós já tínhamos a resposta, dizíamos que não sabíamos e na hora da alta, eles tinham que saber qual a medicação, de quanto em quanto tempo eles tinham que tomar e isso ficava muito difícil, porque o nível socioeconômico era precário, mas nós não tínhamos este hábito de orientá-lo (Sol).

Esse exemplo denota uma relação de dominação, em que o sujeito passivo (paciente), assume esse papel porque, nessa relação, existe o outro (profissional) que o declara como tal. Em qualquer relação, a forma como se constituem diferentes sujeitos, depende de como se construíram historicamente essas relações de jogos de verdades. Quando se fala do sujeito louco, doente, delinqüente, sinaliza-se que esse ser se coloca nessa posição porque alguém o declarou como tal e isso não ocorre aleatoriamente, mas “[...] são esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social”^(16:276).

Nesse contexto, cabe refletir: o que faz com que esses profissionais assumam um “poder” de dominação, sem abrir espaço para que o outro possa também encontrar regimes de liberdade?

Nessa reflexão, o hospital se constituiu em um regime de verdade, sobre estas dicotomias, dominação *versus* submissão, classe mais favorecida *versus* menos favorecida, processo saúde e doença, assim como a institucionalização hospitalar e a sua função que continua a permear nos tempos atuais. Essa constituição teve como objetivo restabelecer as bases da ciência médica ocidental, do método anátomo-patológico e clínico, do olhar médico. Esse método representa a história do próprio conhecimento sobre a pessoa doente, e resulta de uma esfera em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte⁽²⁾.

O olhar do clínico [...] pressupõe uma idêntica estrutura de objetividade: em que a totalidade do ser se esgota em manifestações que são seu significante-significado; em que o visível e o manifesto se unem em uma identidade pelo menos virtual; em que o percebido e o perceptível podem ser integralmente restituídos em uma linguagem cuja forma rigorosa enuncia sua origem^(2:109).

Nesses hospitais, o ensino de Clínica Médica e de Enfermagem começou a se constituir e as pessoas, sem nenhum poder aquisitivo, trocavam sua pobreza por um tratamento “digno”, não se importando em ser objetos de estudo. Mas, “[...] com que direito se podia transformar em objeto de observação clínica um doente que a pobreza obrigava a vir pedir assistência no hospital? Pode a dor ser espetáculo?”^(2:94).

E a violência, ou melhor, a violência “muda”, aquela que faz com que o sujeito/paciente se torne um mero expectador de seu próprio sofrimento, que seja um mostruário, um manequim, em que todos aqueles que têm o “poder da cura” possam tocar, mostrar, manusear, sem pelo menos explicar ou pedir licença para dispor de seu corpo, de seu ser. Mas, se este ser se recusasse a “colaborar”, a se oferecer como objeto de instrução, estaria sendo ingrato, perante uma sociedade que lhe deu leito para se tratar. Essa sociedade que, benevolente, acredita estar fazendo o melhor para aquele ser, que desprovido de riqueza se sujeita a perder seu espaço, sua vida. “O homem que sofre, não deixa de ser cidadão [...]”^(2:96).

Na área hospitalar, a Enfermagem, assim como a Medicina, construiu o seu saber classificatório em três dimensões: a Anatomia, a Fisiologia e a Etiologia, não se dando conta de que, quanto mais se detém apenas no olhar clínico, mais este jogo de racionalidade se sobrepõe à subjetividade, a um modo de subjetivação que privilegia a liberdade como uma ética, a caminho de uma estética da existência. O impreciso passa a ser visto somente por equipamentos sofisticados e cada vez mais o ser doente se afasta do ser sadio, transformando a doença em um bem maior, dentro da área hospitalar.

Sol, colaborando com essa afirmação, refere que o enfermeiro, ainda no hospital, só está enxergando o cuidar da doença, mas não está cuidando da pessoa que está doente. Mas, como

olhar a doença ao lado do ser doente? Ou melhor, como olhar o ser sadio, sem categorizá-lo pela doença?

Sobre esse tema, cabe ainda ressaltar que o olhar clínico, suas características e suas modificações,

[...] se abstém de intervir: é mudo e sem gesto. A observação nada modifica; não existe para ele nada oculto do que se dá. [...] Na temática do clínico, a pureza do olhar está ligado a certo silêncio que permite escutar. [...] O olhar se realizará em sua verdade própria e terá acesso à verdade das coisas, se coloca em silêncio sobre elas, se tudo se cala em torno do que se vê. O olhar clínico tem esse paradoxal, propriedade de “ouvir uma linguagem” no momento em que “percebe um espetáculo”^(2:121-2).

A Enfermagem, assim como outras profissões da Área da Saúde, precisa (re)descobrir esse “olhar” que transcenda o olhar clínico e o sujeito e que permita perceber semelhanças, diferenças e afinidades com a saúde e a doença, construindo assim, um sistema de linguagem inscrito na própria configuração do corpo.

Dessa forma, é preciso, como uma prática de liberdade, que os profissionais da área da Saúde incorporem em seu agir, na sua prática assistencial ou docente, que o hospital, além de ser um espaço de ciência, de avanços tecnológicos, no tratamento de doenças, também é um espaço para desenvolver ações de educação para a saúde, possibilitando assim que o paciente assuma como co-partícipe do seu tratamento.

4 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Os vários saberes que foram sendo constituídos na trajetória da enfermeira, a partir da década de 1950, no RS, sejam eles denominados de sujeitados, desqualificados, fragmentados, populares, de lutas, científicos, entre outros, estiveram ancorados na construção histórica da profissão, imprimindo, em nosso cotidiano atual, verdades consagradas, impenetráveis e mantenedoras de múltiplos modos de constituição da existência, do “si-Enfermagem”.

E nessas lutas que se travam, o ensino de Graduação em Enfermagem foi se constituindo como uma prática alicerçada nos saberes que a

enfermeira foi assujeitando e se sujeitando como cuidado de si. Nessa rota, percebe-se que o hospital, como espaço de ensino, iniciou suas práticas discursivas, alicerçado em regimes de verdade construídos para atender a uma ordem instituída. Mas como romper essa ordem? Quais os caminhos possíveis a percorrer para transformar essa Área de assistência, não somente curativa, mas também, voltada para a prevenção, para a Educação para a Saúde?

Talvez, um dos caminhos seja o de problematizar, cada vez mais, no ensino do Curso de Graduação, questões referentes às relações de poderes instituídas na Área da Saúde, assim como redesenhar práticas que permitam ao aluno vislumbrar outras possibilidades como um sujeito que também é co-partícipe dessa realidade social. Essa é uma forma de contrapor os referenciais pedagógicos que ainda vêm sendo utilizados na formação dos profissionais e na educação em saúde, os quais favorecem a reprodução de um modelo de transmissão de padrões a serem cumpridos.

O fato de como nos constituímos, como sujeitos de nosso saber, possibilita vislumbrar outras trilhas como práticas de liberdade, o que a literatura nos sinaliza como sendo cuidar de si, para se conhecer e romper com estruturas, com hegemônias de poderes⁽¹⁶⁾.

Desta forma, ao nos reportar à constituição histórica do sujeito em relação aos jogos de verdades, na área hospitalar, percebemos ainda, pouco avanço em alguns regimes de verdade, entre os quais poderíamos citar: a perpetuação de um ensino, ainda centrado no modelo biologicista, curativo e hospitalocêntrico e a manutenção de uma prática que ainda evidencia o hospital como um espaço somente de tratamento de doenças.

REFERÊNCIAS

- 1 Foucault M. O nascimento da clínica. 5ª ed. Rio de Janeiro: Florense Universitária; 2001.
- 2 Pedroso O. Relatório: o hospital, saúde pública, serviço social. In: Anais do 1º Congresso Sul-Riograndense de Higiene; 1957 out 20-26; Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre: Selbach; 1957. p. 128-9.
- 3 Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.

- 4 Foucault M. Em defesa da sociedade. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- 5 Corbellini VL. Disciplinamento dos saberes como jogos de verdades no ensino de Graduação em Enfermagem [tese de Doutorado em Educação]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2005f.
- 6 Foucault M. A arqueologia do saber. 6ª ed. São Paulo: Florense Universitária; 2000.
- 7 Foucault M. Vigiar e punir. 24ª ed. Rio de Janeiro: Vozes; 1999.
- 8 Thompson P. A voz do passado: história oral. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.
- 9 Ferreira MM, Amado J. Usos e abusos da história oral. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 1996.
- 10 Foucault M. A ordem do discurso. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 2000.
- 11 Ministérios da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comitê Nacional de Ética em pesquisa em Seres Humanos. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 1997.
- 12 Oliveira MAC. As políticas sociais e de saúde no Brasil: uma abordagem histórica. Revista da Escola de Enfermagem da USP 1992;26(1):95-104.
- 13 Nakamae DD. Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão. São Paulo: Cortez; 1987.
- 14 Foucault M. Microfísica do poder. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
- 15 Meyer DE. Processos coletivos de produção de conhecimento em saúde: um olhar sobre o exercício de enfermagem no hospital. Revista Brasileira de Enfermagem 2006;59(1):95-99.
- 16 Foucault M. Ditos e escritos V: ética, sexualidade e política. São Paulo: Florense Universitária; 2004.
- 17 Foucault M. História da sexualidade: o cuidado de si. 7ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 2002.
- 18 Santos LR, Beneri RL, Lunardi VL. Questões éticas no trabalho da equipe de saúde: o (des)respeito aos direitos do cliente. Revista Gaúcha de Enfermagem 2005;26(3):403-13.

Endereço da autora/Author's address:

Valéria Lamb Corbellini
Rua Professor Langendonck, 258, Aptº. 202
90.620-060, Porto Alegre, RS
E-mail: vlamb@pucrs.br

Recebido em: 08/05/2007

Aprovado em: 05/10/2007
