



REFLEXIONES - ENSAYOS

PROFISSÃO E TRABALHO: REFLEXÕES SOBRE O SETOR SAÚDE.

PROFESSION AND WORK: REFLECTION ON THE SECTOR HEALTH.

*Rocha Magalhaes, Z., **Oliveira, M.E., ***Cartaxo Moreira, L., ****Osmar Adamczyk, V., *****Honorio, M.T.

*Docente da Escola de Enfermagem da UFMG. Doutoranda em Enfermagem pela UFSC. Membro do EDEN-Núcleo de Pesquisa de Educação em Enfermagem. **Docente do departamento de Enfermagem da UFSC. Doutoranda em Enfermagem pela UFSC. Membro do GIATE-Grupo de invenções e adaptações tecnológicas em Enfermagem. ***Professor da Escola de Enfermagem da UFMG. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina -PEN/UFSC. ****Fisioterapeuta. Gerente Técnico no Serviço de Reabilitação da Secretaria da Saúde do Estado de SC. *****Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC, Especialista em Serviços de Saúde e Mestranda em Enfermagem pela UFSC. Brasil.

Palavras Chave: Trabalho em saúde; Processo de trabalho em saúde, Profissões de saúde.

Key Words: Work in health; Process of work in health, Professions of health..

RESUMO

Trabalho em saúde é essencial para a vida humana e requer mais conhecimentos de seus profissionais. Estes se esmeram no desenvolvimento do cuidado, tornando tênue a fronteira do seu fazer. Torna-se necessário elucidar as interfaces do trabalho, das responsabilidades e o estado de arte de cada profissão. Foi realizada uma revisão de literatura sobre as práticas da Medicina, da Enfermagem e da Fisioterapia. Demarcou-se como conteúdo da reflexão, conceituação, elementos do processo de trabalho, breves histórico e análise sociológica. que Estas profissões encerram uma divisão técnica e social com determinação histórica do trabalho, têm papéis preponderantes para o setor. Elas têm finalidades e instrumentos específicos para intervenção, sendo o objeto e o produto comuns no processo de trabalho. É um trabalho coletivo e, nem sempre, integrado, gerando, conflitos entre os profissionais e fragmentação da assistência. Interdisciplinaridade e reorganização pelo cuidado integral, na enfermagem, são algumas das tendências que despontam neste setor.

ABSTRACT

Work in health is essential for the life human being and requires more knowledge of its professionals. These if perform with care the development of the care, becoming tenuous the border of its to make. One becomes necessary to elucidate the interfaces of the work, the responsibilities and the state of art of each profession. A revision of literature on the practical ones of the Medicine, the Nursing and the Fisioterapia was carried through. It was demarcated as content of the reflection, conceptualization, elements of the work process, brief description and sociological analysis that These professions lock up a division social technique and with historical determination of the work, has preponderant papers for the sector. They have specific purposes and instruments for intervention, being the common object and the product in the work process. It is a collective work e, nor always, integrated, generating, conflicts between the professionals and spalling of the assistance. Interdisciplinaridade and reorganization for the integral care, in the nursing, are some of the trends that blunt in this sector.

INTRODUÇÃO

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana, sendo realizado ao longo dos anos, por trabalhadores que têm o domínio sobre os seus conhecimentos e as técnicas utilizadas, buscando assistir os indivíduos ou grupos com problemas de saúde ou em risco de adoecer¹.

Em nossos dias, o trabalho em saúde é desenvolvido por profissionais de várias profissões, sendo portanto, um trabalho coletivo que exige de cada um uma parcela de conhecimentos da área para que o produto, a assistência à saúde da população, seja realizada com presteza e qualidade.

Com o desenvolvimento técnico-científico e a evolução tecnológica, o trabalho em todas as áreas, se torna mais complexo, exigindo cada vez mais conhecimento. O setor saúde não foge à regra, passa a requerer mais conhecimento para orientar as habilidades e a competência de seus executores. As profissões desenvolvem-se em especializações, tornando cada vez mais tênue a demarcação da fronteira do fazer, entre uma e outra, quando se trata de cuidar. Isto não se dá de forma harmônica, ao contrário, o conflito, motivado principalmente pela disputa de poder, se instala tornando as relações difíceis, num trabalho que, contraditoriamente, busca a restauração das forças e do equilíbrio do ser humano.

Estudos que explorem não só o conhecimento, mas, também, o reconhecimento das ações, das competências, e do mérito das diversas profissões do setor saúde se fazem necessários para esclarecer as interfaces do trabalho, a contribuição efetiva, as responsabilidades e o estado de arte de cada profissão em busca do trabalho interdisciplinar, que, sem dúvida, seria o salto qualitativo em relação à prática assistencial em saúde.

Este trabalho tem como objetivo refletir sobre o processo de trabalho em saúde, seus elementos principais e sobre a influência que profissões como a Fisioterapia, Medicina, Enfermagem com suas caracterizações, peculiaridades e desenvolvimento têm apresentado para este setor.

CONCEITUAÇÕES NECESSÁRIAS

Profissão², é considerada como uma ocupação em tempo integral, na qual se evidencia um forte componente vocacional e uma orientação para o serviço, mantendo um alto grau de autonomia no trabalho. Para a autora, profissão seria então uma atividade exercida por indivíduos que apresentam destreza e habilidades específicas, sendo capazes de desenvolver um determinado trabalho com autonomia técnica.

Profissão¹ é conceituada também como sendo a qualificação de um grupo de trabalhadores especializados na realização de determinadas atividades, sendo que estes, dominam os conhecimentos que fundamentam a sua atividade. Os profissionais são seres que controlam a produção e a reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, estabelecem regras para o exercício profissional do seu grupo, organizam-se em entidades do tipo associativo de modo a garantir o respeito às regras estabelecidas, buscam aprimoramento profissional e desenvolvem medidas que buscam a defesa do grupo.

Vários autores² consideram que a existência de um corpo esotérico de conhecimentos e a orientação para um ideal de serviços são atributos inquestionáveis para definir uma profissão e fazem uma divisão entre **profissão** e **semiprofissão**, considerando a medicina, a advocacia, a engenharia, o clérigo e o professor universitário como profissão, sendo que as demais são denominadas de semiprofissões. Nas **semiprofissões** na área da saúde, incluem a enfermagem, a farmácia, a fisioterapia, entre outras, tendo como justificativa para esta diferenciação, a ausência de um corpo específico de conhecimento, a inexistência de um mercado de trabalho inviolável, bem como, a ausência de negociação com uma clientela específica.

Na análise de Wilensky² duas características sociológicas distinguem a **profissão** da **ocupação** no mercado de trabalho. São elas: o caráter técnico da atividade, que pressupõe um corpo de conhecimento sistemático adquirido por meio de um treinamento sistematizado e estandardizado e a existência de normas e regras profissionais que orientam o trabalho.

Wilbert Moore² refere que o profissional precisa ter alguns atributos para ser identificado como tal. São eles: desenvolver atividades em tempo integral e viver da remuneração proveniente dessa ocupação; ter destaque devido a sua vocação; aceitar normas e modelos profissionais apropriados; identificar-se com seus colegas mantendo uma forte noção de coletividade e organizar-se em entidades próprias. Através da aquisição de um corpo de conhecimento formal para tornar-se apto a prestar serviços especializados no seu campo de atuação, recebe o passaporte para o mercado de trabalho. O autor reforça ainda que para se medir o grau de profissionalização de uma determinada profissão, é necessário medir-se o grau de êxito na reivindicação de competência técnica exclusiva, assim como, o grau de apelo ao ideal de trabalho.

Autores como Good, Klegon, Durand, Donangelo e Abbott², fizeram algumas críticas em relação as definições de profissão de autores clássicos como Wilensky, Moore e outros. Para Good estes autores construíram uma história natural de profissionalismo omitindo elementos essenciais de profissionalização, não separando o genérico do que é derivado. Nas suas definições, os autores clássicos, consideram que todas as profissões derivam de duas conceituadas e tradicionais profissões: medicina e sacerdócio, o que representa dizer que o modelo sociológico adotado, confere importância capital, por exemplo ao elevado grau de prestígio, influência, requerimento de alto grau educacional, autonomia, código de ética, monopólio de tarefas, entre outros. Klegon refere que se observa inconsistência nos atributos empregados nas definições de profissões, e que esses atributos são difíceis de serem aplicados às ocupações concretas. Critica ainda a produção de conhecimentos como

sendo base para definição de atividade tipicamente profissional, pois tende a mascarar diferenças de ocupações consideradas como profissões. Já Durand observa que as definições utilizadas são elitistas e deslocadas da realidade social. Sugere que estes autores não levaram em conta o movimento simultâneo e correlato de desprofissionalização, definido pelo aumento do número de profissionais assalariados, pela emergência da organização sindical e pela prática de greve a que apelam as frações operárias, assim como, pela redução do diferencial de salário, de prestígio e de controle do processo de trabalho do trabalhador não manual. Abbott também se contrapõe aos teóricos clássicos referindo que em sua grande maioria, analisam as profissões tomando como critério o processo de profissionalização. Na realidade, sua análise está mais centrada na organização das profissões, e não na organização dos profissionais para o trabalho. Considera assim, o conceito de profissionalização como enganador porque negligencia os atores sociais².

MEDICINA, ENFERMAGEM E FISIOTERAPIA

Medicina - Resgate histórico e considerações gerais

Registros na literatura apontam que a tarefa de curar de doentes era praticada desde as sociedades primitivas por feiticeiros, que eram os médicos da época. As práticas de cura pautavam-se na magia, religião e conhecimento empírico de plantas medicinais. Por outro lado, a gênese da profissão médica se dá, também, pela vertente religiosa cuja prática terapêutica era realizada por sacerdotes, em templos religiosos nos chamados “santuários”³.

Em Hipócrates (351 a.C.) a medicina mística passa a ser refutada, tendo início a observação cuidadosa dos fatos clínicos. Nesta fase, amplia-se a idéia de que a doença se origina no desequilíbrio dos humores do corpo, aliadas às condições atmosféricas e climáticas. Sem dúvida, a obra de Hipócrates, em seu conjunto, exerceu, através dos séculos, grande influência na medicina do Ocidente, despertando enorme interesse nas intervenções das doenças. Por outro lado, o crescente poder econômico e político da Igreja, na Idade Média, buscou consolidar o cristianismo, influenciando de forma marcante os modos de organização da Medicina e da Enfermagem.

No que tange à educação universitária os mosteiros, foram considerados os locais de formação médica, dispondo de várias bibliotecas que congregavam o conhecimento produzido até então. O centro de estudos médicos mais antigo, localizava-se na Universidade de Salerno e data do século X; depois surgiram a Universidade de Bolonha e a de Paris no final do mesmo século¹. Em conseqüência, na segunda metade do século XVIII e século XIX, a medicina se expande, consagrando-se como medicina científica moderna, inicialmente na Inglaterra, depois na França e Estados Unidos. Neste período ocorrem os grandes avanços na descoberta de vários conhecimentos (histologia, anatomia e fisiologia), os quais serviram de base de sustentação para a consolidação do saber médico, determinando uma aura profissional e uma autonomia do trabalho médico na saúde.

Em termos de avanços profissionais, este período se caracteriza como um divisor de águas importante, porque o saber médico se desloca dos mosteiros para as universidades, e destas, para os hospitais. É justamente nesse espaço que o médico passa a usar o hospital para o estudo da doença e para sua própria educação prática, assumindo a partir de então, a centralidade do trabalho na saúde.

Com a expansão do capitalismo, a medicina se constitui como instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho, na medida em que desenvolve uma prática de recuperar corpos adoecidos, ao mesmo tempo em que se projeta como profissão liberal e é reconhecida socialmente.

No Brasil, a profissão médica teve sua origem a partir da colonização pelo homem branco, desenvolvendo-se desde os primeiros trezentos anos após o descobrimento, até o início do século XX. As práticas de cura eram exercidas por homens de ofícios, os ditos cirurgiões-barbeiros e os físicos, vindos com as expedições exploradoras. Esses últimos, eram considerados os detentores do saber teórico-filosófico, saber este, sistematizado nas universidades medievais européias. Eles eram reconhecidos como médicos com direito de emitir parecer sobre os demais exercentes da medicina.

Somente, em 1808, é que a medicina consolida-se como profissão médica institucionalizada no campo da saúde no Brasil, face ao advento das primeiras escolas de ensino médico, as Academias Médico-Cirúrgicas da Bahia e do Rio de Janeiro, criadas com a vinda da família real portuguesa para o país¹.

A medicina autônoma desenvolvida a partir do século XIX, era fundamentalmente, a prática de consultório e a dita “medicina dos chamados” em domicílio, as quais se caracterizavam, como forma isolada de serviço, constituindo-se assim, como um dos espaços de grande reconhecimento social do trabalho médico, obtido pela confiança, autonomia e aplicabilidade do saber médico.⁴

Com o avançar do século XX, os profissionais passam a exercer simultaneamente a modalidade de medicina liberal, medicina filantrópica e nas eventuais formas de sociedade de auxílio mútuo, como por exemplo, a expansão das Caixas de Aposentadorias e Pensões, que se configuram como um mercado de trabalho assalariado para o médico. A partir de 1930, a medicina adere ao atendimento da população pela via do Sistema Previdenciário, e mais tarde, integrando-se à produção de serviços no setor privado.

A superação definitiva do modelo de medicina liberal tradicional, ocorreu somente a partir de 1960. Neste panorama, o médico é condicionado a reorganizar-se e adaptar-se ao modelo tipicamente empresarial. Como corolário, dissemina-se, na década de 70 outros focos de contraposição ao consultório médico tradicional com a chamada medicina de grupo e o seguro saúde. O consultório médico se desloca então para o hospital, clínicas de serviços públicos, filantrópicos ou privados, centros e postos de saúde e, desse modo, o trabalho torna-se mais coletivizado na medida em que é compartilhado e operacionalizado por diferentes agentes.

Com base nas considerações até aqui apresentadas é possível afirmar que a profissionalização da medicina e a prática médica exercida pelos profissionais, ocorreram de forma crescente e em progressiva escala ao longo da história. Contemporaneamente, o alcance e crédito social que incorpora a profissão médica, em grande parte, são fruto de progressos advindos das ciências biomédicas e de conquistas da classe, obtida através de ampla e intensiva prática clínica e, de consecução de direitos privativos do exercício profissional, alcançado, sobretudo, por sólidas estratégias organizativas da corporação⁵.

A profissão médica do ponto de vista conceitual está associada às características do profissional. Qualquer conceito de profissão médica deve compreender os principais atributos da profissão que são: o monopólio de uma área específica de atividade a partir de uma prolongada formação intelectual e um sistema particular de valores que legitima e sustenta padrões de comportamento profissional, em cujo núcleo se encontram o ideal de serviço e o ideal de autonomia. “A profissão médica caracteriza-se como um trabalho, no interior do qual assume relevância a qualificação técnico-científica de seus agentes, seus códigos de ética específicos, fazendo com que a profissão se configure como trabalho de uma ampla autonomia de desempenho e de um profundo caráter intelectual, cuja finalidade

é atender o sujeito individual e coletivo através das ações de prevenção, diagnóstico e terapêutica” 4:151 .

No cenário atual pode-se afirmar que é uma profissão relevante na saúde, construída historicamente em função de seu estatuto de saber técnico-científico e ético, o que assegurou uma autonomia exclusiva em relação ao diagnóstico e à terapêutica do paciente. Tal saber, torna-se mais notório e validado pela sociedade, na medida em que os resultados redundam em tratamentos eficazes. Na abordagem sociológica, este conhecimento é denominado de esotérico porque não é facilmente codificado pelo leigo, tornando-se portanto, um conhecimento de propriedade do profissional, cercado de cientificidade, preservando assim, a autoridade do médico.

A história da organização das profissões de saúde mostra o processo de institucionalização da medicina como detentora legal do saber da saúde e elemento central do ato assistencial. Obviamente, que este saber assegurou uma hegemonia profissional, notadamente, a partir da segunda metade do último século com os espetaculares avanços de saberes tecnológicos incorporados pela medicina.

Outro aspecto que merece destaque diz respeito ao processo de transição da medicina liberal para a medicina tecnológica, a qual impôs ao médico, maior investimento nos seus locais de trabalho (consultórios e clínicas), tornando seu trabalho mais tecnologicado e com certa interdependência em relação aos outros agentes da saúde⁴.

No conjunto do trabalho em saúde, a medicina se constitui como uma profissão que detém o controle do processo assistencial, mas é de configuração coletiva, envolvendo várias especialidades e disciplinas, gerando fragmentação, parcelarização e alienação do profissional médico e, por conseqüência, menor domínio da totalidade do trabalho.

Em relação ao mercado de trabalho, os postos de trabalho têm se ampliado, tanto no segmento público (ampliação de unidades assistenciais e programas) quanto no privado, com oferta de empregos em empresas, indústrias, hospitais, clínicas especializadas e consultórios. Todavia, a multiplicidade de empregos assumidos hoje pelo profissional médico, veio determinar novas conformações no seu trabalho, tendo que compor emprego público com privado, denotando expressiva conotação de trabalho assalariado.

A finalidade do processo de trabalho médico é o diagnóstico e a ação terapêutica de saúde; o seu objeto é o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco; o seu instrumental de trabalho, seria tanto os instrumentos materiais/tecnológicos como o saber; e o seu produto, a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida¹.

Atualmente, tem-se observado um conjunto de mudanças no contexto do trabalho médico, entretanto, um aspecto que tem alcançado notoriedade, diz respeito à intensa incorporação de tecnologia de ponta, a qual, vem exigindo cada vez mais investimentos e necessidade de qualificação dos trabalhadores médicos para manter-se como profissional no mercado de trabalho. Isso tem levado ao aumento considerável dos custos na atenção à saúde, especialmente na definição de diagnóstico e de recuperação da saúde. Além disso, a autonomia assentada nas bases técnicas e éticas mostra-se ainda com muita força na relação interindividual entre o médico e o cliente. Essa relação está calcada na aceitabilidade do tratamento, ancorada fundamentalmente, no aparato tecnológico, confiança e sobretudo, na imagem e identidade que vão se construindo no ato técnico do trabalho.

Mesmo considerando todo o ideário da profissão médica e o espaço que ela ocupa no setor saúde tem-se observado um conjunto de mudanças históricas na profissão, como tem sido o caso do mercado de trabalho, o trabalho assalariado e uma autonomia, que, gradativamente, vem tornando-se relativa, face às ações de outros profissionais da saúde. Mesmo assim, o profissional ainda consegue preservar o monopólio da assistência de saúde e a manutenção do controle dos outros profissionais, porque essa, continua sendo uma fórmula bem sucedida de prática e um ideal marcante da corporação. Nesse sentido, a corporação médica, está pleiteando junto ao Congresso Nacional a aprovação de um Projeto de Lei do Exercício Profissional (PL25) que objetiva assegurar o seu espaço, propondo que cargos gerenciais e atividades profissionais como prescrição e diagnóstico, passem a ser restritas à categoria médica.

Enfermagem: resgate histórico e considerações gerais

Evidências sobre a enfermagem remontam à era cristã. Segundo Deloughery,⁶ grupos organizados por diáconos e diaconisas com a função de cuidar de necessitados desenvolveram-se sob os ideais de fraternidade, serviço, caridade e auto-sacrifício, pregados pelo cristianismo. Jamielson e Dolan⁶ relatam que a assistência à saúde, era prestada às pessoas em suas próprias casas ou nas casas de alguns cristãos que desejavam exercitar sua caridade, proporcionando refúgio aos enfermos pobres. [...] “portanto, os agentes de enfermagem eram pessoas ligadas à Igreja que procuravam salvar a sua alma, salvando a alma do doente, através do cuidado, numa relação direta com o doente para o qual executavam cuidado, mediados pelo modelo religioso.”^{6:37}

A influência do cristianismo permaneceu durante o feudalismo na Idade Média. Outras organizações como ordens militares, regulares e seculares, começaram a surgir depois da Idade Média, e tinham entre suas finalidades o cuidado do doente que não se articulava com a prática médica. Assim, apesar das duas profissões, medicina e enfermagem, terem o mesmo objeto de trabalho, cada uma incorporou um aspecto de sua vida, ou seja, o corpo doente com a medicina, sendo que a enfermagem importava-se mais com o conforto da alma. Verifica-se aqui, que a medicina e enfermagem tiveram origens independentes e existiram por muitos séculos sem muito contato.⁶

Os hospitais da Europa, desde a Idade Média eram instituições de assistência aos pobres e serviam mais para recolher os doentes que poderiam propagar as doenças e proteger os demais contra o perigo de que o paciente era portador. Além dos doentes, havia nestes hospitais, o pessoal hospitalar que era caritativo (laico ou religioso) e ali estava para fazer obras de misericórdia que lhe garantissem a salvação eterna.⁷

Com o emergir do capitalismo, surge a necessidade do corpo como força de trabalho e coube à medicina a sua manutenção e restauração. O saber médico que até o século XVIII estava, basicamente, localizado nos livros, passa a ocupar um lugar no hospital com vistas a observar, vigiar, conhecer e curar o indivíduo que passa a ser objeto do saber e da prática médica.⁷

Esse saber^{5:40} [...] “cristaliza-se em poder, no topo da hierarquia hospitalar e passa a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho no hospital. As relações de dominação-subordinação se estabelecem e a prática de enfermagem, de independente passa a ser uma prática dependente e subordinada à prática médica”.

A institucionalização da enfermagem como profissão ocorre, basicamente dentro dos hospitais, nos quais passa a atuar sobre o ambiente, com o uso de ar fresco, luz, calor, limpeza, silêncio, além da administração de dieta e de medicamentos e cataplasma visando oferecer condições para a natureza agir no corpo do paciente⁵. Surgem as Escolas para

formação de enfermeiras, cujo modelo foi estruturado dentro dos seguintes princípios: formação em escola própria, dirigida por enfermeiras e anexa a um hospital no qual as alunas aprendiam as práticas da enfermagem, bem como, tomavam conta da assistência prestada pelo hospital; seleção rigorosa das alunas que deveriam ser do sexo feminino e dotadas de valores morais, físicos, intelectuais e de aptidão profissional¹.

No Brasil, como em muitos outros países, durante um longo período, a Enfermagem foi relegada ao plano doméstico ou religioso sem nenhum caráter técnico ou científico. Poucos hospitais existentes eram voltados para o atendimento às vítimas das epidemias, soldados feridos na guerra e indigentes. O cuidado era realizado por escravos e religiosos; a assistência às mulheres doentes, às grávidas e às parturientes era, na maioria das vezes, realizada por uma parteira e grandemente influenciada pela medicina.

A Enfermagem como profissão se estabelece de fato, com advento do ensino de Enfermagem, cujos primeiros cursos tiveram a duração de 2 anos e o egresso recebia um diploma. Entretanto, as primeiras escolas do campo da saúde, representaram uma estratégia médica e governamental de estabelecer regras de formação e de exercício da prática dos exercentes das ações de saúde, de modo que a autonomia, antes existente, fosse substituída pelo controle, tanto do governo como da categoria médica, que se estrutura para ser hegemônica no setor e que atua servindo aos governantes e as necessidades de intervenção no espaço urbano e da família.

Em 1908, foi fundada a Cruz Vermelha com o auxílio da Sociedade de Medicina, cujo objetivo era promover a solidariedade entre os homens e a auto-ajuda contra o sofrimento e a morte, sem qualquer tipo de discriminação. Em 1916, foi criada a primeira Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha com a finalidade de formar voluntárias para o exercício da enfermagem nas frentes de batalha. Em 1921 foi regulamentado por lei, o trabalho de enfermagem desenvolvido pelos enfermeiros do exército. Os hospitais militares existem desde o século XVII, porém o trabalho de enfermagem ali desenvolvido só aparece regulado em lei em 1921, quando começa a formação de pessoal de enfermagem para atuar nestes hospitais.

O serviço de enfermeiros do Departamento Nacional de Saúde Pública - DNSP foi criado em 1922, no mesmo nível das inspetorias e hospitais existentes, diretamente subordinado à direção geral. Este fato foi bastante positivo para a profissão a nível internacional. Este, era responsável pelo trabalho sanitário de todo o município do Rio de Janeiro, absorvendo, sob sua responsabilidade, as visitadoras de higiene treinadas em caráter emergenciais para desenvolver um trabalho de vigilância sanitária global, que teriam subseqüentemente, direito de ingressar na escola para completar os estudos.

Em 1926, a Escola de Enfermeiros do DNSP passou a ser chamada de Anna Nery, pelo Decreto n. 17.268 /1926 e o curso passou a ter a duração de 2 anos e 8 meses. No final deste mesmo ano, haviam sido formadas 35 enfermeiras, que foram absorvidas pelo serviço do Departamento Nacional em substituição as visitadoras. As que se destacaram, receberam bolsa de estudos para o curso de aperfeiçoamento nos EUA. A Escola Anna Néry surge no momento em que o Estado brasileiro institui as primeiras políticas no campo da saúde para coordenar e executar ações de cunho coletivo.

“Lais Neto dos Reis cria em 1936, em Belo Horizonte, na Escola de Enfermagem Carlos Chagas, o primeiro Curso de Auxiliar de Enfermagem com a duração de 1 ano que se estendeu para a Escola Anna Nery com a duração de 18 meses. Em 1949 foi institucionalizado definitivamente os critérios e o tempo de formação dos auxiliares de

enfermagem em 18 meses. Em 1955, com a institucionalização da Lei nº 2604 foi regulado o exercício profissional das parteiras, dos práticos e dos auxiliares de enfermagem”⁸.

Atualmente, a Enfermagem brasileira está organizada em Escolas, em todos os níveis de formação, nível médio, de graduação e pós-graduação, e vem buscando desenvolver cada vez mais um corpo de conhecimentos técnico, científico e filosófico que sustentam essa área do saber humano. Organiza-se também em Entidades de Classe, conta com Leis de Exercício Profissional da década de 80, e já se prepara para elaborar Projeto de atualização. Conta com Códigos de Ética e Deontologia e com um sistema de fiscalização profissional através de seus Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Enfermagem é conceituada como sendo [...] “uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem) visualizando o produto final, atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população. A função peculiar da enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde”⁹:

A profissão Enfermagem é considerada como uma profissão essencial, de utilidade pública, e de valor social inquestionável e apresenta, do ponto de vista de análise sociológica, os seguintes pontos que a caracterizam: forte participação feminina que historicamente ingressaram no mercado de trabalho tardiamente; oriunda de segmentos sociais questionáveis (religiosos, damas e mulheres da vida mundana); os atos e serviços não seguiram ao longo da história um padrão de remuneração de mercado; jornada de trabalho em turnos contínuos, com descanso após longa jornada, sobrecarregando a vida pessoal. Adquiriu enorme conhecimento empírico no ambiente de trabalho; possui o domínio do cotidiano do paciente e do ambiente hospitalar; detém informações privilegiadas, porém não possui o monopólio do conhecimento, isto é, não soube resguardar nichos de saber e prática profissional; experimenta na própria estrutura interna forte concorrência, não só na divisão do trabalho assim como na disputa pelo mercado de serviços, dificultando sua efetiva profissionalização (700 mil profissionais 10% enfermeiros no Brasil em 1999); na visão do cliente que recebe o cuidado os vários níveis ocupacionais fazem mais ou menos as mesmas coisas; não se constitui com um saber específico, levando à fragilidade perante a concorrência no mercado de serviços de saúde quando esta reivindica monopólio de exercício profissional. Acaba disputando mercado de trabalho com as chamadas ocupações afins, técnicos e auxiliares de enfermagem; autonomia técnica reduzida, pois poucas são as atividades que são executadas sem a coordenação técnica do médico, e pela idéia de que o trabalho do enfermeiro pode ser executado por ocupações da enfermagem, promove no imaginário social, a visão de que o enfermeiro não é essencial à sociedade; forte dependência do trabalho assalariado em instituições de saúde, seja no setor público ou privado, levando a uma reduzida autonomia econômica².

Na atualidade, observa-se que a enfermagem apresenta mudanças significativas na fragmentação do trabalho com a implantação dos “cuidados integrais”, rompendo com o modelo que separa concepção e execução, facilitando assim ao trabalhador, o entendimento das necessidades do doente sob seus cuidados; vem organizando-se de forma mais satisfatória num trabalho cooperativo com grupos de estudos. A informatização que vem sendo implantada na assistência à saúde, assim como o uso da tecnologia de forma racionalizada, com preparação técnica dos profissionais, contribui sobremaneira para otimizar o trabalho da enfermagem. A ênfase na educação continuada dos exercentes da

enfermagem, tem proporcionado aos profissionais reforçarem seus conhecimentos e refletirem em conjunto sobre a assistência prestada, assim como, a profissionalização, é um dos elementos indispensáveis para a melhoria da assistência de enfermagem prestada à população.

Fisioterapia: resgate histórico e considerações gerais

É interessante observar que agentes físicos como o sol, calor, água e eletricidade mais massagens e exercícios são empregados com finalidades terapêuticas desde os primórdios da humanidade até hoje. Essa prática intuitiva e empírica foi transformando-se com o decorrer do tempo até atingir o que hoje se constitui a Fisioterapia.

A China registra obras de cinesioterapia em 2698 a.C., sendo que na Índia quase na mesma época já se usavam exercícios respiratórios para combater a constipação. No Ocidente praticava-se a helioterapia (banhos de sol) citada por Heródoto em 484 a.C., hidroterapia (nas famosas termas) e as massagens citadas por Hipócrates em 460 a.C., a eletroterapia com o peixe elétrico citada por Aristóteles em 381 a.C. e a cinesioterapia com os exercícios físicos citados por Galeno em 199 a.C.¹⁰.

Na história mais recente, quando os grandes conflitos bélicos aliados à evolução da farmacoterapia e dos procedimentos médicos começaram a produzir um número cada vez maior de pacientes, isto é, de sobreviventes e conseqüentemente de seqüelados, sendo na sua grande maioria amputados, sentiu-se a necessidade da formação de profissionais específicos para a área de reabilitação e assim nasceram os primeiros cursos de Fisioterapia. O primeiro no ano de 1902 em Kiel e a seguir Dresden em 1918, ambos na Alemanha. A partir daí, desenvolveram-se trabalhos em regiões circunvizinhas como na Suíça com a “Doutrina Funcional do Movimento” de Susanne K. Vogelbach e o “Tratamento Neuro-evolutivo em Bebês” da fisioterapeuta Mary Quinton. Na Inglaterra desenvolveu-se a massoterapia com a padronização de seus métodos e as manipulações articulares, também a cinesioterapia respiratória com Winifred Linton e a neurológica com Berta Bobath¹⁰.

Com o objetivo de intensificar o desenvolvimento da fisioterapia a nível mundial cria-se em 1948 a WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY com sede em Londres. Na América do Norte houve contribuição importante principalmente no emprego de testes musculares e da mecanoterapia. Na América do Sul, a Argentina foi o país pioneiro em cursos de Fisioterapia.

No Brasil, a história da Fisioterapia inicia em 1879, com a criação do primeiro setor de eletroterapia na Santa Casa do Rio de Janeiro, e em 1929, instala-se o serviço de Fisioterapia no Hospital das Clínicas em São Paulo. Em 1954, funda-se a Sociedade Brasileira de Fisioterapia. Em 1951 tem início o primeiro curso de formação de técnicos em Fisioterapia. Em 1956 a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação cria o primeiro curso de Fisioterapia de nível superior do país, no Rio de Janeiro.

A década de 60 caracterizou-se por intensas mobilizações da categoria, mesmo que de forma centralizada no eixo Rio-São Paulo, e que culminou com o Decreto Lei nº 938, do dia 13 de Outubro de 1969 reconhecendo a profissão de Fisioterapeuta. Em 1975 cria-se o Conselho Federal de Fisioterapia e conseqüentemente os Conselhos Regionais.

Atualmente existem cerca de 200 cursos de graduação e 50.000 profissionais atuando no Brasil distribuídos em 9 Conselhos Regionais. A Organização Mundial da Saúde preconiza que deve haver uma proporção de 1 Fisioterapeuta para cada 2.000 habitantes, neste sentido, temos espaço no Brasil para aproximadamente 35.000 novos profissionais, e em Santa Catarina de 1.500 novos profissionais.

A Fisioterapia é uma ciência da saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, traumas e doenças adquiridas. Fundamenta suas ações em mecanismos terapêuticos próprios, sistematizados pelos estudos da biologia, das ciências morfológicas, das ciências fisiológicas, das patologias, da bioquímica, da biofísica, da biomecânica, da cinesia e da sinergia funcional de órgãos e sistemas do corpo humano. O Fisioterapeuta é um profissional da saúde com formação acadêmica superior, habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais, a prescrição das condutas fisioterapêuticas, sua ordenação e indução no paciente, bem como, o acompanhamento da evolução do quadro funcional e sua alta do serviço. Tem como principais atribuições: elaborar o diagnóstico cinesiológico funcional, prescrever, planejar, ordenar, analisar, supervisionar e avaliar as atividades fisioterápicas dos clientes, sua eficácia, resolutividade e condições de alta¹¹.

As principais áreas de atuação são: a Fisioterapia Clínica que se desenvolve em hospitais, clínicas, ambulatórios, consultórios e centros de reabilitação; a Saúde Coletiva que abrange programas institucionais, ações básicas de saúde, fisioterapia do trabalho e vigilância sanitária; a Educação que inclui a docência, a extensão, a pesquisa, supervisão, direção e coordenação de Cursos de Fisioterapia; a Indústria que abrange os projetos de aparelhos de fisioterapia e supervisão de qualidade; o Esporte desenvolvido em clubes esportivos, seleções de modalidades coletivas; e a Fisioterapia veterinária que trata de animais domésticos e cavalos de corrida. As especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal são: Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Pneumofuncional, Acupuntura, Osteopatia, Quiropraxia.

O foco de trabalho atual da grande maioria dos fisioterapeutas brasileiros encontra-se concentrado no elemento sequelado visto que a grande porcentagem dos clientes, advém de acidentados de trabalho e do trânsito, somados aos eventos ortopédicos do cotidiano.

Como profissão extremamente jovem ainda passa por dificuldades estruturais e organizacionais, mas demonstra evolução através de atitudes como a eliminação da figura do técnico em fisioterapia e a eliminação das leis brasileiras que exigiam um fisiatra como responsável técnico das clínicas de fisioterapia. O desenvolvimento da atividade terapêutica de forma multiprofissional tem nos mostrado um caminho de fortalecimento e avanço tecnológico-científico respaldando cada vez mais a importância do Fisioterapeuta na área da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletirmos sobre como o processo de trabalho em saúde vem se desenvolvendo ao longo dos anos, observa-se que nas últimas décadas têm-se definido um notável crescimento nas diversas disciplinas e práticas ligadas ao campo da saúde, seja na Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, entre outras, sendo que este ramo do conhecimento complexificou-se de tal forma, diversificando seus saberes e práticas de forma qualitativa e quantitativa, que não dá mais para se considerar uma só disciplina, ou mantê-las subordinadas às regras estabelecidas por uma corporação, no caso, a Medicina, como vem sendo observado ao longo da história da saúde. Deve-se assinalar, que todas as profissões da área da saúde, acumularam um acervo de conhecimentos específicos expressivos, que tendem a se firmar e a crescer no sentido da especialização.

O que se observa nas últimas décadas é que a saúde das populações no mundo, e sobretudo, em países em desigualdade social profunda, deteriorou-se acentuadamente, provocando uma demanda explosiva de recursos terapêuticos, percebendo-se na demanda

da população, a procura da atenção e do cuidado integral que a medicina não tem oferecido, por sua opção pela especialidade e de intervenção ou patologias.

Uma das tendências a ser assinalada no trabalho em saúde é a interdisciplinaridade, notando-se uma queda para o desenvolvimento de trabalhos integrados das diversas disciplinas, articuladas ou não ao campo biomédico, demonstrando não apenas a preservação da diversidade na prática, mas a afirmação da complexidade como modelo¹².

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pires, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume Editora, 1998
2. Machado, MH. As profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
3. Silva, GB. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
4. Schraiber, LB. O médico e seu trabalho: limites de liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.
5. Coelho, EC. Físicos, sectários e charlatães: a medicina em perspectiva histórico-comparada. In: As profissões de saúde: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
6. Almeida, MCP. Saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986
7. Foucault, M. Microfísica do poder. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
8. Paixão, W. História da enfermagem. 5a ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis; 1979.
9. Almeida, MCP e Rocha, SMM (coord.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.
10. Rebelatto, JR. Fisioterapia no Brasil, Fundamentos para uma ação preventiva e perspectivas profissionais. 2a ed. São Paulo: Manole, 1999.
11. Leis e Atos Normativos das Profissões de Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional. 2a ed. Porto Alegre. Crefito 5. 2001. 12.
12. Luz, MT. Ato médico: conceito ético ou categoria ideológica. (on line), 2003. URL: <http://www.abennacional.org.gov>.

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia