



REFLEXIONES - ENSAYOS

PROFESIÓN Y TRABAJO: REFLEXIONES EN EL SECTOR SALUD.

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.

Palabras Clave: Trabajo en salud; el proceso del trabajo en salud; profesiones de la salud.

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

RESUMEN

El trabajo en salud es esencial para la vida humana y requiere conocimientos de sus profesionales, que se esmeran en la realización de los cuidados. Es necesario aclarar los aspectos del trabajo, de las responsabilidades y del arte de cada profesión. Se realizó una revisión de la literatura sobre las prácticas de la Medicina, de la Enfermería y de la Fisioterapia. Se marcó como contenido de la reflexión, conceptualización, elementos del proceso de trabajo, resumen histórico y análisis sociológico, ya que estas profesiones encierran una división técnica y social con determinación histórica del trabajo, que tiene papel preponderantes para el sector. Ellas tienen finalidades e instrumentos específicos para la intervención, siendo el objeto y el producto comunes en el proceso del trabajo. Es un trabajo colectivo y, no siempre, integrado, generando conflictos entre los profesionales y fragmentarización de la asistencia. Interdisciplinaridad y reorganización para el cuidado integral, en el oficio de enfermera, son algunas de las tendencias que despuntan en este sector.

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. Interdisciplinarity and reorganization for the integral care, in the nursing, are some of the trends that blunt in this sector.

INTRODUCCIÓN

El trabajo para la salud es esencial para la vida humana, realizándose a lo largo de los años por los trabajadores que tienen dominio sobre sus conocimientos y sobre las técnicas utilizadas, buscando asistir a los individuos o grupos con problemas de salud o con riesgo de enfermar¹.

En nuestros días, el trabajo en salud es desarrollado por profesionales de diversas profesiones, siendo por lo tanto, un trabajo colectivo que exige por parte de cada uno una parcela de conocimientos de área para que el producto, la asistencia en la salud de la población, sea realizada con rapidez y calidad.

Con el desarrollo técnico-científico y la evolución tecnológica, el trabajo en todas las áreas se hace más complejo, exigiendo cada vez más conocimiento. El sector de la salud no escapa a esta regla, pasa a requerir de un mayor conocimiento para orientar las habilidades y la competencia de sus ejecutores. Las profesiones se desarrollan en especializaciones, volviendo cada vez más tenue la demarcación en la frontera del quehacer, entre una y otra, cuando se trata de cuidar. Esto no se presenta de manera armónica, al contrario, el conflicto, motivado principalmente por la disputa del poder, se establece tornando las relaciones difíciles, en un trabajo que, contradictoriamente, busca la restauración de las fuerzas y del equilibrio del ser humano.

Estudios que exploren no solamente el conocimiento, sino también, el reconocimiento de las acciones, de las competencias, y del mérito de las diferentes profesiones del sector de la salud son necesarias para aclarar los aspectos del trabajo, la contribución efectiva, las responsabilidades y el estado del arte de cada profesión en la búsqueda de un trabajo interdisciplinario que, sin lugar a dudas, sería el salto cualitativo en relación a la práctica asistencial para la salud.

Este trabajo tiene como objetivo reflexionar sobre el proceso del trabajo en la salud, sus principales elementos y sobre la influencia que profesiones como Fisioterapia, Medicina y Enfermería con sus caracterizaciones, particularidades y el desarrollo han representado para este sector.

CONCEPTUALIZACIONES NECESARIAS

Profesión², es considerada como una ocupación a tiempo integral, donde se hace evidente un fuerte componente vocacional y una orientación para el servicio, manteniéndose un alto grado de autonomía en el trabajo. Para la autora, profesión sería entonces una actividad ejercida por individuos que presentan destreza y habilidades específicas, que son capaces de desarrollar un trabajo determinado con autonomía técnica.

Profesión¹ se conceptúa también, como la cualificación de un grupo de trabajadores especializados para la realización de determinadas actividades, donde estos dominan los conocimientos que fundamentan su actividad. Los profesionales son seres que controlan la producción y la reproducción de los conocimientos necesarios para su trabajo, establecen reglas para el ejercicio profesional de su grupo, se organizan en entidades de tipo asociativo para garantizar el respeto frente a las reglas establecidas, buscando el perfeccionamiento profesional y llevando a cabo medidas que buscan la defensa del grupo.

Varios autores² consideran que la existencia de un cuerpo esotérico de conocimientos y la orientación para un ideal de servicios son atributos incuestionables para definir una profesión y hacen una división entre la **profesión** y **semiprofesión**, considerando la medicina, la abogacía, la ingeniería, el clero y el profesorado universitario como una profesión, y todas las demás son denominadas semiprofesiones. Dentro de las **semiprofesiones** en el área de la salud, se incluyen la enfermería, farmacia, fisioterapia, entre otras, justificándose para ésta diferenciación, la ausencia de un cuerpo específico de conocimiento, la falta de existencia de un mercado de trabajo inviolable, así como la ausencia de una negociación con una clientela específica.

En el análisis de Wilensky² dos características sociológicas distinguen a la **profesión** de la **ocupación** en el mercado de trabajo. Estas son: el carácter técnico de la actividad, que presupone un cuerpo de conocimiento sistemático adquirido a través de un entrenamiento sistematizado y estandarizado, y la existencia profesional de normas y reglas que orientan el trabajo.

Wilbert Moore² manifiesta que el profesional precisa tener algunos atributos para ser identificado como tal. Siendo estos: desarrollar actividades a tiempo integral y vivir de la remuneración proveniente de esa ocupación; destacar debido a su vocación; aceptar normas y modelos profesionales apropiados; identificarse con sus colegas conservando una fuerte noción de colectividad y organizarse en entidades propias. A través de la adquisición de un cuerpo formal de conocimientos podrá ofrecer y brindar servicios especializados en su campo de actuación, lo que facilitará su acceso al mercado de trabajo. El autor refuerza aún, que para medirse el grado de profesionalización de una determinada profesión, se necesita medir el grado de éxito en la reivindicación de la competencia técnica exclusiva, así como el grado de apelación y entrega al ideal del trabajo.

Autores como Good, Klegon, Durand, Donangelo y Abott², hicieron algunas críticas con relación a las definiciones de la profesión de autores clásicos como Wilensky, Moore y otros. Para Good estos autores construyeron una historia natural de profesionalismo omitiendo elementos esenciales de la profesionalización, no separando lo que es genérico de lo que es derivado. En sus definiciones, los autores clásicos consideran que todas las profesiones se derivan de dos profesiones conceptuadas y tradicionales: la medicina y el sacerdocio, lo que equivale a decir que el modelo sociológico adoptado, confiere y otorga una importancia capital, por ejemplo al elevado grado de prestigio, influencia, requerimiento de un alto grado educativo, autonomía, código de ética, monopolio de actividades, entre otros. Klegon refiere que se observa una inconsistencia en los atributos empleados para las definiciones de las

profesiones, y que estos atributos son difíciles de ser aplicados para ocupaciones concretas. Critica también la producción de conocimientos como la base para la definición de una actividad típicamente profesional, puesto que se tiende a enmascarar diversas ocupaciones consideradas como profesiones. Ya Durand observa que las definiciones utilizadas son elitistas y desviadas de la realidad social. Sugiere que estos autores no tomaron en cuenta el movimiento simultáneo y el correlato de la desprofesionalización, definido como el aumento en el número de profesionales asalariados, por la emergencia de la organización del sindicato y debido a las huelgas que provoca la clase operaria, así como por la reducción en el diferencial de salario, el prestigio y el control en el proceso de trabajo del trabajador no manual. Abbott también se opone a los teóricos clásicos, manifestando que, en su gran mayoría, analizan a las profesiones tomando como criterio el proceso de profesionalización. En realidad, su análisis está más centrado en la organización de las profesiones, y no en la organización de los profesionales para el trabajo. Considera así el concepto de profesionalización como engañoso porque descuida a los actores sociales².

MEDICINA, ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

La Medicina - Su rescate histórico y consideraciones generales

Muchos registros en la literatura indican que la tarea de curar a enfermos era practicada desde las sociedades primitivas por los hechiceros, quienes fueron considerados los médicos de la época. Las prácticas de curar se pautaban en la magia, la religión y el conocimiento empírico de plantas medicinales. Por otro lado, la génesis de la profesión médica se da, también, por la vertiente religiosa cuya práctica terapéutica era realizada por los sacerdotes, en los templos religiosos denominados “santuarios”³.

Con Hipócrates (351 a.C.) la medicina mística pasa a ser negada, dándose inicio a la observación cuidadosa de los hechos clínicos. En esta fase, se amplía la idea de que la enfermedad se origina por el desequilibrio de los humores del cuerpo, ligadas a las condiciones atmosféricas y climáticas. Sin lugar a dudas, la obra de Hipócrates, en su conjunto, ejerció, a través de los siglos, una gran influencia en la medicina Occidental, despertando un enorme interés en las intervenciones de las enfermedades. Por otro lado, el crecimiento del poder económico y político de la Iglesia, en la Edad Media, buscó consolidar el cristianismo, influyendo en los modos de organización de la Medicina y de la Enfermería.

En relación a la educación universitaria, los monasterios y conventos, fueron considerados como locales de formación médica, disponiendo de varias bibliotecas en donde congregaban el conocimiento producido hasta entonces. El centro de estudio médico más antiguo se localizaba en la Universidad de Salerno en el siglo X; después surgieron la Universidad de Bolonia y la de París a fines del mismo siglo¹. Por consiguiente, en la segunda mitad del siglo XVIII y el siglo XIX, la medicina se expande, consagrándose a ésta como la medicina científica moderna, inicialmente en Inglaterra y después en Francia y en los Estados Unidos. Durante este período acontecen los grandes avances con el descubrimiento de diversos conocimientos (histología, anatomía y fisiología), los que sirvieron como base de sustentación para la consolidación del saber médico, determinando un aura profesional y una autonomía del trabajo médico para la salud.

En términos de avances profesionales, este período se caracteriza porque el saber médico se transfiere desde los monasterios a las universidades, y de éstas a los hospitales. Justamente, es en este espacio que el médico pasa a hacer uso del hospital para el estudio de la enfermedad y para su propia educación práctica, asumiendo desde entonces, la centralidad del trabajo en la salud.

Con la expansión del capitalismo, la medicina se constituye como el instrumento de manutención y reproducción de la fuerza de trabajo, en la medida en que desenvuelve una práctica para recuperar cuerpos adolecidos, al mismo tiempo que esta se proyecta como una profesión liberal, siendo reconocida socialmente.

En Brasil, la profesión médica tuvo su origen a partir de la colonización por el hombre blanco, desarrollándose desde los primeros treientos años después del descubrimiento, hasta el inicio del siglo XX. Las prácticas de curar eran ejercidas por los hombres de oficios, llamados cirujanos-barberos y los físicos, los que llegaron con las expediciones exploradoras. Estos últimos, eran considerados los detentadores del saber teórico-filosófico, saber éste, sistematizado en las universidades medievales europeas. Ellos eran reconocidos como los médicos con el derecho de emitir y exponer su parecer sobre los demás practicantes de la medicina.

Solamente, en el año 1808, es donde la medicina se consolida como una profesión médica institucionalizada en el campo de la salud en Brasil, a raíz de la llegada de las primeras escuelas de enseñanza médica, las Academias Médico-Quirúrgicas de Bahía y de Rio de Janeiro, creadas con la venida de la familia real portuguesa para el país¹.

La medicina autónoma desarrollada a partir del siglo XIX, era fundamentalmente la práctica en el consultorio y la "medicina de los llamados" a domicilio, que se caracterizaban, como una forma aislada de servicio, constituyéndose así como uno de los espacios de gran reconocimiento social del trabajo médico, obtenidos por la confianza, la autonomía y la aplicabilidad del saber médico⁴.

Con el avance del siglo XX, los profesionales pasan a ejercer simultáneamente la modalidad de medicina liberal, medicina filantrópica y en las eventuales formas de sociedad de amparo y auxilio mutuo, como por ejemplo, la expansión de las Cajas de Jubilados y Pensionistas, que se configuran como un mercado de trabajo asalariado para el médico. A partir del año 1930, la medicina se adhiere a la atención de la población por la vía del Sistema de Pensionistas, y más tarde, ésta se integra en la producción de servicios en el sector privado.

La superación definitiva del modelo de la medicina liberal tradicional, ocurrió sólo a partir del año 1960. En este panorama, el médico fue condicionado a reorganizarse y adaptarse al modelo típicamente empresarial. Como corolario, se diseminan, en la década del 70, otros focos de contraposición al consultorio médico tradicional con la denominada medicina de grupo y el seguro de la salud. El consultorio médico se transfiere entonces al hospital, las clínicas de los servicios públicos, filantrópicas o privadas, los centros y puestos de salud y, de esta manera, el trabajo se hace más colectivo, a medida que éste es compartido y operacionalizado por los diferentes agentes.

Basándonos en las consideraciones hasta aquí presentadas es posible afirmar que la profesionalización de la medicina y la práctica médica ejercida por los profesionales, ocurrieron de forma creciente y progresiva a lo largo de la historia. Contemporáneamente, el alcance y el crédito social que incorpora la profesión médica, en gran parte, son fruto de los progresos de las ciencias biomédicas y de las conquistas de clase, que se obtuvo a través de una amplia e intensiva práctica clínica y de la conquista de los derechos privados del ejercicio profesional, conquistado, sobre todo, por las sólidas estrategias organizativas de la cooperación⁵.

La profesión médica, desde el punto de vista conceptual, está asociada a las características del profesional. Cualquier concepto de profesión médica debe comprender los principales atributos de la profesión siendo estas: el monopolio de una área específica de

actividad a partir de una prolongada formación intelectual y de un sistema particular de valores que reconoce, legitima y sustenta los padrones del comportamiento profesional, en cuyo núcleo se encuentran el ideal de servicio y el ideal de la autonomía. “La profesión médica se caracteriza como un trabajo, en cuyo interior asume relevancia la calificación técnico-científica de sus agentes, sus códigos de ética específicos, haciendo que la profesión se configure como el trabajo de una amplia autonomía de desempeño y de un profundo carácter intelectual, cuya finalidad es atender al sujeto individual y colectivamente a través de las acciones de prevención, diagnóstico y terapéutica”^{4:151}.

En el escenario actual, se puede afirmar que la medicina es una profesión relevante para la salud, construida históricamente en función de su estatuto del saber técnico-científico y ético, el cual aseguró una autonomía exclusiva con relación al diagnóstico y a la terapéutica del paciente. Dicho saber, se hace más notorio y valorado por la sociedad, a medida que los resultados redundan en los tratamientos eficaces. Ya desde el abordaje sociológico, este conocimiento es denominado esotérico porque no es fácilmente codificado por el lego, tornándose por lo tanto, un conocimiento de propiedad exclusiva del profesional, rodeado de científicidad, preservando así, la autoridad del médico.

La historia de la organización de las profesiones del área de la salud demuestra el proceso de institucionalización de la medicina como la detentadora legal del saber de la salud y como el elemento central del acto asistencial. Obviamente, este saber garantizó una hegemonía profesional notoria, a partir de la segunda mitad del último siglo, con los espectaculares avances de los saberes tecnológicos incorporados por la medicina.

Otro aspecto que merece destacarse es, con relación al proceso de transición de la medicina liberal a la medicina tecnológica, que impuso al médico, un mayor desarrollo en sus locales de trabajo (consultorios y clínicas), volviendo su trabajo más tecnificado y con una cierta interdependencia con respecto a otros agentes de la salud⁴.

Considerándose el trabajo para la salud en su conjunto, la medicina se constituye como una profesión que detiene el control del proceso asistencial, pero es de configuración colectiva, desarrollando varias especialidades y disciplinas, generando una fragmentación, parcelarización y alienación del profesional médico y, en consecuencia, un menor dominio del trabajo en su totalidad.

Con relación al mercado de trabajo, los puestos de trabajo se han ampliado, tanto en el segmento público (ampliación de unidades asistenciales y programas) cuanto del sector privado, con la oferta de empleos en las empresas, industrias, hospitales, clínicas especializadas y consultorios. Hoy, la múltiple oferta de empleos asumidos por el profesional médico, determina nuevas conformaciones en su trabajo, debiendo conciliar el empleo público con el privado, denotando una expresiva connotación del trabajo asalariado.

La finalidad del proceso del trabajo médico es el diagnóstico y la acción terapéutica de la salud; el objeto es el individuo o grupos enfermos, sanos y/o expuestos a riesgo; y su instrumental de trabajo sería tanto los instrumentos materiales/tecnológicos como el saber; y su producto, la propia prestación de la asistencia de salud que se produce en el momento exacto en que ésta es consumada¹.

Actualmente, se ha observado un conjunto de cambios en el contexto del trabajo médico; un aspecto que se hace visible es la intensa incorporación de la tecnología punta, la cual exige cada vez de más acometidas y la necesidad de una cualificación de los trabajadores médicos para mantenerse como profesional en el mercado de trabajo. Esto ha llevado a un considerable aumento de los costos en la atención a la salud, especialmente en la definición del diagnóstico y la recuperación de la salud. Además, la autonomía fundada en las bases

técnicas y éticas se demuestra todavía con mucha fuerza en la relación interindividual entre el médico y el cliente. Esta relación está calcada en la aceptación del tratamiento, apoyada fundamentalmente en el aparato tecnológico, la confianza y, sobre todo, en la imagen e identidad que se va construyendo en el acto técnico del trabajo.

Considerando todo el ideario de la profesión médica y el espacio que ella ocupa en el sector de la salud se ha observado un conjunto de cambios históricos en la profesión, como ha sido el caso del mercado de trabajo, el trabajo asalariado y una autonomía, que, gradualmente, se viene tornando relativa, cara a las acciones de otros profesionales de la salud. Así mismo, el profesional todavía continúa preservando el monopolio de la asistencia de la salud y el mantenimiento del control de los otros profesionales, porque ésta continúa siendo una fórmula satisfactoria de práctica y un ideal indicativo de la corporación. En este sentido, la corporación médica, está disputando junto al Congreso Nacional la aprobación de un Proyecto de Ley del Ejercicio Profesional (PL25), la que objetiva asegurar su espacio, proponiendo que cargos de gerencia y actividades profesionales como la prescripción y el diagnóstico, pasen a ser exclusivos de la categoría médica.

La Enfermería: Su rescate histórico y consideraciones generales

Algunas evidencias sobre la enfermería se remontan a la era cristiana. Según Deloughery⁶, grupos organizados por diáconos y diaconisas con la función de cuidar a los necesitados se desarrollaron bajo los ideales de la fraternidad, el servicio, la caridad y el auto-sacrificio, preconizados por el cristianismo. Jamielson y Dolan⁶ relatan que la asistencia para la salud era ofrecida a las personas en sus propias casas o en las casas de algunos cristianos que deseaban ejercer su caridad, proporcionando refugio a los enfermos pobres. [...] “por consiguiente, los agentes de enfermería eran personas ligadas a la Iglesia quienes procuraban salvar su alma, salvando el alma del enfermo, a través del cuidado, en una relación directa con el enfermo para el cual ejecutaba el cuidado, orientado por el modelo religioso.”^{6:37}

La influencia del cristianismo permaneció durante el feudalismo en la Edad Media. Otras organizaciones como las ordenes militares, regulares y seculares, comenzaron a surgir después de la Edad Media, las cuales tenían entre sus finalidades el cuidado del enfermo que no se articulaba con la práctica médica. Así, a pesar de las dos profesiones, la medicina y la enfermería, tener el mismo objeto de trabajo, cada una incorporó un aspecto de su vida, o sea, el cuerpo enfermo con la medicina y la enfermería se interesaba más con el confortar del alma. Se verifica aquí, que la medicina y la enfermería tuvieron orígenes independientes y existieron durante muchos siglos sin tener mucho contacto⁶.

Los hospitales de Europa, desde la Edad Media eran instituciones de asistencia a los pobres y servían más para recoger a los enfermos que podrían propagar y difundir las enfermedades, así como proteger a los demás contra el peligro del que el paciente era portador. Además de los enfermos, había en estos hospitales, el personal hospitalario que eran caritativo (laico o religioso) y allí hacían obras de misericordia que les garantizaban la salvación eterna⁷.

Con la emergencia del capitalismo, surge la necesidad del cuerpo como una fuerza de trabajo y corresponde a la medicina su manutención y restauración. El saber médico, que hasta el siglo XVIII estaba, básicamente, localizado en los libros, pasa a ocupar un lugar en el hospital con el intento de observar, vigilar, conocer y curar al individuo quien pasa a ser el objeto del saber y de la práctica médica⁷.

Ese saber^{5:40} [...] “se cristaliza en el poder, en la cúspide de la jerarquía hospitalaria y pasan a dirigir todas las prácticas que advienen de la división social del trabajo en el

hospital. Las relaciones de dominación-subordinación se establecen y la práctica de enfermería, de independiente pasa a ser una práctica dependiente y bajo la subordinación de la práctica médica”.

La institucionalización de la enfermería como profesión ocurre, básicamente, dentro de los hospitales, en los cuales pasa a actuar sobre el ambiente, con el uso de aire fresco, luz, calor, limpieza, silencio, además de la administración de la dieta y de medicamentos y el cataplasma ofreciendo condiciones para que la naturaleza actúe en el cuerpo del paciente⁵. Surgen las Escuelas para la formación de las enfermeras, cuyo modelo fue estructurado dentro de los siguientes principios: la formación de una escuela propia, dirigida por enfermeras y anexa a un hospital en el cual las alumnas aprendían las prácticas de la enfermería, al mismo tiempo que llevaban cuenta de la asistencia ofrecida por el hospital; una rigurosa selección de las alumnas quienes deberían ser del sexo femenino y dotadas de valores morales, físicos, intelectuales y de aptitud profesional¹.

En Brasil, como en otros países, durante un largo período, la Enfermería fue relegada al plano doméstico o religioso sin ningún carácter técnico o científico. Pocos hospitales existentes eran destinados a la atención a las víctimas de las epidemias, soldados heridos en la guerra e indigentes. El cuidado era realizado por esclavos y religiosos; la asistencia a las mujeres enfermas, las embarazadas y a las puérperas era, la mayoría de las veces, realizado por una partera muy influida por la medicina.

La Enfermería como profesión se establece de hecho con la llegada de la enseñanza de la Enfermería, cuyos primeros cursos tuvieron una duración de 2 años y la egresada recibía un diploma. Entretanto, las primeras escuelas del campo de la salud, representaron una estrategia médica y gubernamental en establecer las reglas de formación y del ejercicio de la práctica de aquellos que ejercían las acciones de la salud, de manera que la autonomía, antes existente, fuese substituida por el control, tanto del gobierno como de la categoría médica, la cual se estructura para ser hegemónica en el sector y que actúa sirviendo a los gobernantes y a las necesidades de intervención en el espacio urbano y de la familia.

En el año 1908, fue fundada la Cruz Roja con el apoyo de la Sociedad de Medicina, cuyo objetivo era promover la solidaridad entre los hombres y la auto-ayuda contra el sufrimiento y la muerte, sin ningún tipo de discriminación. En 1916, fue creada la primera Escuela de Enfermería de la Cruz Roja con el fin de formar voluntarias para el ejercicio de la enfermería en los frentes de batalla. En 1921 fue reglamentado según ley, el trabajo de enfermería desarrollado por los enfermeros del ejército. La existencia de los hospitales militares fue desde el siglo XVII, sin embargo, el trabajo de enfermería realizado en aquella época sólo aparece reglamentado por ley en el año de 1921, cuando comienza la formación del personal de enfermería para actuar en estos hospitales.

El servicio de los enfermeros del Departamento Nacional de Salud Pública - DNSP fue creado en el año 1922, con igual nivel de las inspectorías y de los hospitales existentes, directamente subordinados a la dirección general. Este hecho fue bastante positivo para la profesión a nivel internacional. Este era el responsable del trabajo sanitario de toda la municipalidad de Rio de Janeiro, absorbiendo, bajo su responsabilidad, a las visitadoras de higiene entrenadas con carácter de emergencia para desarrollar un trabajo de vigilancia sanitaria global, quienes tendrían directamente el derecho de ingresar en la escuela para completar los estudios.

En el año 1926, la Escuela de Enfermeros del DNSP pasó a ser llamada de Anna Nery, según Decreto nº 17.268 /1926 y el curso pasó a tener una duración de 2 años y 8 meses. Al final de este mismo año, ya se habían formado 35 enfermeras, quienes fueron ocupadas por

el servicio del Departamento Nacional en sustitución a las visitadoras. Aquellas que se destacaron, recibieron beca de estudios para el curso de perfeccionamiento en los EUA. La Escuela Anna Nery surge en el momento en que el Estado brasileño instituye las primeras políticas en el campo de la salud para coordinar y ejecutar las acciones de cuño colectivo.

Ya, en el año de 1936, “Lais Neto dos Reis crea en Belo Horizonte, en la Escuela de Enfermería Carlos Chagas, el primer Curso de Auxiliar de Enfermería con una duración de 1 año donde se extendió a la Escuela Anna Nery con una duración de 18 meses. En 1949 fueron institucionalizados definitivamente los criterios y el tiempo de formación de los auxiliares de enfermería en 18 meses. En 1955, con la institucionalización de la Ley nº 2604 fue reglamentado el ejercicio profesional de las parteras, los practicantes y los auxiliares de enfermería”⁸.

Actualmente, la Enfermería brasileña está organizada en Escuelas, en todos los niveles de formación, nivel medio, de graduación y postgrado, y está procurando cada vez más desenvolver un cuerpo de conocimientos técnico, científico y filosófico que sustentan esa área del saber humano. Esta se organiza también en Instituciones de Clase, cuenta con las Leyes para el Ejercicio Profesional de la década de los 80, y ya se prepara para elaborar el Proyecto de Actualización. También, cuenta con el Código de Ética y Deontología y con un sistema de fiscalización profesional a través de sus Consejos Federal y Regionales de Enfermería.

La Enfermería es conceptualizada como [...] “una acción, o una actividad realizada predominantemente por mujeres que necesitan de ella para reproducir su propia existencia y utilizan un saber que viene de otras ciencias y de una síntesis producida por ella misma para aprehender el objeto de la salud en aquello que concierne a su campo específico (el cuidado de enfermería) apuntando el producto final, de atender a las necesidades sociales, o sea, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la recuperación del individuo, o para el control de la salud de la población. La función peculiar de enfermería es ofrecer asistencia al individuo sano y/o enfermo, familia o comunidad, así como el desempeño de las actividades para promover, mantener o recuperar la salud”⁹:

La profesión de Enfermería es considerada como esencial, de utilidad pública, y de un valor social incuestionable y presenta, desde el punto de vista de un análisis sociológico, los siguientes aspectos que la caracterizan como: una fuerte participación femenina que históricamente ingresa al mercado de trabajo tarde; típica de segmentos sociales cuestionables (religiosos, damas y mujeres de una vida mundana); los actos y los servicios a lo largo de la historia no siguieron un padrón de remuneración de mercado; jornada de trabajo en turnos seguidos, con un descanso después de una larga jornada, sobrecargando la vida personal. Esta adquirió un enorme conocimiento empírico en el ambiente de trabajo; posee el dominio de la cotidianeidad con el paciente y del ambiente hospitalario; guarda informaciones privilegiadas, con todo no posee el monopolio de conocimientos, esto significa que no supo guardar y preservar el saber y la práctica profesional; experimenta en la propia estructura interna una fuerte concurrencia, no sólo en la división del trabajo sino también en la disputa por el mercado de servicios, dificultando su efectiva profesionalización (de 700 mil profesionales, 10% eran enfermeros en Brasil en 1999); según la visión del cliente quien recibe el cuidado, para él los diferentes niveles de ocupación realizan más o menos las mismas cosas; no se constituye con un saber específico, llevando a la fragilidad frente a la concurrencia en el mercado de los servicios de la salud cuando ésta reivindica el monopolio del ejercicio profesional. Sin embargo, acaba disputando el mercado de trabajo con aquellas llamadas de ocupaciones afines, técnicos y auxiliares de enfermería; tiene una autonomía técnica reducida, puesto que son pocas las actividades que se ejecutan sin la coordinación técnica del médico, y también por la idea que la población tiene acerca del trabajo del

enfermero, el que sus actividades pueden ser ejecutadas por otras ocupaciones de la enfermería, promueve la visión de que el enfermero no es esencial para la sociedad; una fuerte dependencia del trabajo asalariado en las instituciones de la salud, ya sea en el sector público o privado, llevándola de este modo a una reducida autonomía económica².

En la actualidad, se observa que la enfermería presenta cambios significativos en la fragmentación del trabajo con la implantación de los “cuidados integrales”, rompiendo con el modelo que separa la concepción y la ejecución, facilitando de esta forma para el trabajador, el entendimiento de las necesidades del enfermo acerca de sus cuidados; satisfactoriamente se viene organizando en un trabajo cooperativo mediante los grupos de estudios. La informatización que viene siendo implantada en la asistencia para la salud, como el uso de la tecnología de modo racionalizado, con una preparación técnica de los profesionales, contribuye mucho para optimizar el trabajo de la enfermería. El énfasis en la educación continua de parte de los trabajadores de enfermería, ha proporcionado a los profesionales que refuerzan sus conocimientos y reflexionen en conjunto sobre la asistencia ofrecida, así como la profesionalización, que es un de los elementos indispensables para una mejor asistencia de enfermería ofrecida a la población.

La Fisioterapia: Un rescate histórico y consideraciones generales

Es interesante observar que agentes físicos como el sol, calor, agua y la electricidad, como también los masajes y los ejercicios, son empleados con fines terapéuticos desde los principios de la humanidad hasta nuestros días. Esta práctica intuitiva y empírica fue transformándose con el paso del tiempo hasta alcanzar lo que ahora se entiende como Fisioterapia.

China registra obras de cinesioterapia en el año 2698 a.C., así mismo, en la India casi en la misma época ya se usaban los ejercicios respiratorios para combatir la constipación y/o estreñimiento. En el Occidente se practicaba la helioterapia (baños de sol) citada por Herodoto en 484 a.C, la hidroterapia (en las famosas termas) y los masajes citados por Hipócrates en 460 a.C, la electroterapia con el pez eléctrico citado por Aristóteles en 381 a.C. y, la cinesioterapia con los ejercicios físicos citados por Galeno en el año 199 a.C¹⁰.

En la historia más reciente, cuando los grandes conflictos bélicos aliados a la evolución de la farmacoterapia y de los procedimientos médicos, comenzaron a presentarse un número cada vez mayor de pacientes, sobrevivientes y consecuentemente de aquellos con secuelas, en su gran mayoría amputados, sintiéndose la necesidad en la formación de profesionales específicos para el área de rehabilitación, así fue como se dio origen a los primeros cursos de Fisioterapia. El primer curso fue en el año de 1902 en la ciudad de Kiel y a continuación Dresden en 1918, ambos en Alemania. A partir de ahí, se desarrollaron trabajos en las regiones cercanas como Suiza con la “Doctrina Funcional del Movimiento” de Susanne K. Vogelbach y el “Tratamiento Neuroevolutivo en los Bebés” de la fisioterapeuta Mary Quinton. En Inglaterra se desarrolló la masoterapia con la padronización de sus métodos y las manipulaciones articulares, también, la ginesioterapia respiratoria con Winifred Linton y la neurológica con Berta Bobath¹⁰.

Con el objetivo de intensificar el desarrollo de la fisioterapia a nivel mundial se crea en 1948 la WORLD CONFEDERATION FOR PHYSICAL THERAPY con sede en Londres. En la América del Norte hubo una contribución importante, principalmente en el empleo de pruebas musculares y de la mecanoterapia. En América del Sur, Argentina fue pionera en cursos de Fisioterapia.

En Brasil la historia de la Fisioterapia se inicia en el año 1879, con la creación del primer sector de electroterapia en la Santa Casa de Rio de Janeiro, y en 1929, se instala el servicio

de Fisioterapia en el Hospital de las Clínicas en Sao Paulo. En 1954, se fundó la Sociedad Brasileña de Fisioterapia. En 1951 se inició el primer curso de formación de técnicos en Fisioterapia. En el año 1956 la Asociación Brasileña Benéfica de Rehabilitación crea el primer curso de Fisioterapia de nivel superior del país, en Rio de Janeiro.

La década de los 60 se caracterizó por las intensas movilizaciones de la categoría, igualmente de forma centralizada en el puente de Rio - Sao Paulo, y que culminó con el Decreto Ley nº 938, de la fecha 13 de Octubre de 1969 reconociéndose la profesión de Fisioterapeuta. En 1975 se crea el Consejo Federal de Fisioterapia y consecuentemente los Consejos Regionales.

Actualmente, existen al rededor de 200 cursos de graduación y 50.000 profesionales actuando en Brasil distribuidos en 9 Consejos Regionales. La Organización Mundial de la Salud-OMS preconiza que debe haber una proporción de 1 Fisioterapeuta por cada 2.000 habitantes, en este sentido, tenemos espacio en Brasil para aproximadamente 35.000 nuevos profesionales, y en Santa Catarina de 1.500 nuevos profesionales.

La Fisioterapia es una ciencia de la salud que estudia, previene y trata los disturbios cinéticos funcionales intercurrentes en los órganos y los sistemas del cuerpo humano, generados por las alteraciones genéticas, traumatismos y enfermedades adquiridas. Esta fundamenta sus acciones en los mecanismos terapéuticos propios, sistematizados por los estudios de la biología, las ciencias morfológicas, las ciencias fisiológicas, las patologías, la bioquímica, la biofísica, la biomecánica, la ginesia y la sinérgia funcional de los órganos y sistemas del cuerpo humano. El Fisioterapeuta es un profesional de la salud con una formación académica superior, habilitado en la construcción del diagnóstico de los disturbios cinéticos funcionales, en la prescripción de las conductas fisioterapéuticas, su ordenación e inducción en el paciente, así como en el acompañamiento de la evolución del cuadro funcional y su alta del servicio. Tiene como principales atribuciones: elaborar el diagnóstico ginesiológico funcional, prescribir, planear, ordenar, analizar, supervisar y evaluar las actividades fisioterapéuticas de los clientes, su eficacia, resolutivez y las condiciones del alta¹¹.

Las principales áreas de actuación son: la Fisioterapia Clínica que se desarrolla en los hospitales, clínicas, ambulatorios, consultorios y los centros de rehabilitación; la Salud Colectiva que abarca los programas institucionales, las acciones básicas de la salud, la fisioterapia del trabajo y la vigilancia sanitaria; la Educación que incluye la docencia, la extensión, la investigación, supervisión, dirección y la coordinación de los Cursos de Fisioterapia; la Industria que abarca los proyectos de aparatos de fisioterapia y la supervisión de calidad; el deporte que se lleva acabo en los clubes deportivos, selecciones de modalidades colectivas; y la Fisioterapia veterinaria la cual trata de los animales domésticos y los caballos de carreras. Las especialidades reconocidas por el Consejo Federal son: la Fisioterapia Neurofuncional, Fisioterapia Neumofuncional, Acupuntura, Osteopatía y la Quiropraxia.

El foco actual de trabajo de la gran mayoría de los fisioterapeutas brasileños se encuentra concentrado en el paciente con secuelas, dado que el gran porcentaje de los clientes acontece en los accidentes de trabajo y de tránsito, sumados estos a los eventos ortopédicos cotidianos.

Como profesión joven, atraviesa todavía por dificultades estructurales y organizacionales, no obstante demuestra un progreso a través de actitudes como la ausencia de la figura del técnico en fisioterapia y la eliminación de las leyes brasileñas las cuales exigían de un fisiátra como el responsable técnico de las clínicas de fisioterapia. El desenvolvimiento de la

actividad terapéutica de forma multiprofesional nos muestra un camino de fortalecimiento y un avance tecnológico-científico respaldando cada vez más la importancia del Fisioterapeuta en el área de la salud.

CONSIDERACIONES FINALES

Al reflexionar nosotros acerca de cómo el proceso del trabajo en la salud se viene desarrollando a lo largo de los años, se observa que en las últimas décadas se ha definido un crecimiento notable en las diferentes disciplinas y las prácticas ligadas al campo de la salud, ya sea en Medicina, Enfermería, Fisioterapia, entre otras, siendo que esta rama del conocimiento tuvo una complejidad tal, que diversificó sus saberes y sus prácticas de tipo cualitativo y cuantitativo, por lo que no se puede considerar a ésta simplemente como una mera disciplina, o mantenerlas subordinadas a las reglas establecidas por una corporación, en el caso de la Medicina, como se viene observando a lo largo de la historia en el sector de la salud. Se debe mencionar, que todas las profesiones del área de la salud, acumularon un acervo de conocimientos específicos expresivos, que tienden a afirmarse y a crecer en el sentido de la especialización.

Lo que se observa en las últimas décadas es que la salud de las poblaciones a nivel mundial, y principalmente, en los países donde existe una grande desigualdad social, ésta se deterioró acentuadamente, provocando de esta forma una demanda explosiva de los recursos terapéuticos, percibiéndose en la demanda de la población la búsqueda de la atención y del cuidado integral que la medicina no ha ofrecido, en su opción por la especialidad y de la intervención o las patologías.

Una de las tendencias a ser apuntada en el trabajo para la salud es la interdisciplinaridad, notándose una caída en el desarrollo de los trabajos integrados de las diferentes disciplinas, articuladas o no al campo biomédico, demostrando no solamente la preservación de la diversidad en la práctica, sino la afirmación de la complejidad como modelo ¹².

REFERENCIAS 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