

AS RELAÇÕES SOCIAIS PROFISSIONAIS ENTRE ENFERMEIRO E MÉDICO NO CAMPO DA SAÚDE

PROFESSIONAL SOCIAL RELATIONS BETWEEN NURSE AND DOCTOR IN THE HEALTH FIELD

Fátima Rejane Ayres Florentino¹
José Augusto Florentino²

RESUMO: O artigo aborda aspectos conceituais da sociologia do conhecimento e da ciência para uma análise das relações sociais profissionais do campo da saúde, cujas disputas têm suas raízes fincadas em contextos sócio-histórico-culturais, focando sua atenção no campo da saúde, mais especificamente na enfermagem, como disciplina do conhecimento científico, e na profissão de enfermeiro, contextualizando brevemente o surgimento e o desenvolvimento da enfermagem, bem como os avanços – quer seja no conhecimento técnico, quer seja no espaço do modelo biomédico – atualmente obtidos por essa profissão. Posteriormente, problematiza as relações entre a profissão de enfermeiro e a de médico, no âmbito da sociedade brasileira, e como tais relações se refletem na esfera social. Por último, propõe-se uma reflexão de caráter interdisciplinar, contemplando interfaces tais como o campo social e o campo da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Sociologia do conhecimento e da ciência, enfermagem e medicina, poder, saber, subordinação

ABSTRACT: This paper shows conceptual aspects from Sociology of Knowledge and Science in order to analyze the professional social relations in the health field, which disputes have their roots from socio-historical-cultural contexts, centering its attention on the health field, mainly on the nursing, as a branch of the scientific knowledge, and on the nursing profession, contextualizing in brief the appearance and the development of the nursing, as well as the advancements – both in technical knowledge and in the space of biomedical model – actually get by this profession. After that put the problems between the profession of nurse and doctor in the range of Brazilian society and how such relations are reflected on the social sphere. At last, it suggests an interdisciplinary consideration, regarding interfaces such as social field and health field.

KEYWORDS: Sociology of Knowledge and Science, nursing and medicine, power, knowledge, subordination.

INTRODUÇÃO

O presente artigo tem por objetivo abordar aspectos conceituais da sociologia do conhecimento e da ciência para uma análise das relações sociais profissionais do campo da saúde, cujas disputas têm suas raízes fincadas em contextos sócio-histórico-culturais. Nesse sentido, foca

¹ Mestre em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, professora da Faculdade de Enfermagem da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. e-mail: fátima.r.a.florentino@gmail.com

² Mestre em Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, professor no ensino técnico em enfermagem. e-mail: jose.a.florentino@gmail.com

sua atenção no campo da saúde, mais especificamente na enfermagem, como disciplina do conhecimento científico, e na profissão de enfermeiro, contextualizando brevemente o surgimento e o desenvolvimento da enfermagem, bem como os avanços – quer seja no conhecimento técnico, quer seja no espaço do modelo biomédico – atualmente obtidos por essa profissão. Posteriormente, problematiza as relações entre a profissão de enfermeiro e a de médico, no âmbito da sociedade brasileira, bem como tais relações se refletem na esfera social. Por fim, este artigo propõe-se a contribuir com uma reflexão de caráter interdisciplinar, contemplando interfaces tais como o campo social e o campo da saúde. Entendemos que a relação entre profissões e profissionais vai muito além das suas práticas específicas do dia-a-dia. As profissões são construções sociais que se situam no tempo e no espaço daquilo que chamamos “sociedade” e, portanto, fazem parte de uma base existencial, do fenômeno social. Muito do que hoje assistimos em diferentes campos profissionais são reflexos (e refletem) as transformações sociais contemporâneas, sejam elas de caráter tecnológico, moral ou político.

Elementos da sociologia do conhecimento e da ciência e seu contributo para o conhecimento das práticas profissionais

Karl Mannheim, sociólogo nascido em Budapeste em 1893 e considerado o pai da sociologia do conhecimento, ao definir a natureza e objeto, propôs que essa disciplina-ramo da Sociologia analisasse “as relações entre conhecimento e existência [...] [e cuja] tarefa de resolver o problema do condicionamento social do pensamento deveria caber à sociologia do conhecimento” (MANNHEIM, 1972, p. 286). De fato, essa proposta, realizada nas primeiras décadas do século recém passado, vai ganhar, ao longo de todo o século XX, cada vez mais adesão. A partir de então, surgem inúmeras escolas e vertentes que, de uma forma ou de outra, têm buscado lidar com a questão da subordinação do conhecimento (incluindo, em alguma medida, o conhecimento científico) por uma determinada base existencial.

A importância da Sociologia do Conhecimento, como um ramo da Sociologia, reside no fato de que ela busca investigar todo e qualquer tipo de relação, simples ou complexa; causal ou hermenêutica, que estabeleça nexos entre conhecimento(s) de grupos sociais e os múltiplos fatores, sociais, políticos, econômicos, científico, estéticos, religiosos existentes no contexto social de tais grupos. Assim, a Sociologia do Conhecimento tem por objetivo identificar, conhecer e explicar os nexos existentes entre as “condições sociais”, posicionadas historicamente, e as produções culturais

de atores individuais e coletivos, oriundas da interação de conteúdos cognitivos desses atores com a própria "realidade" coletiva (instituições, crenças, doutrinas). Nesse sentido, estaríamos diante da categoria conceitual denominada "interatividade" ou "reflexividade" do conhecimento, o que significa, em última análise, o conhecimento do conhecimento. Lamo de Espinosa, García e Albero (1994, p. 48), ao se referirem sobre a importância da Sociologia do Conhecimento para a compreensão das relações sociais mediadas por conhecimento(s), afirmam que:

[...] a singularidade da Sociologia do Conhecimento deriva do fato de que toma por *objeto todo o conhecimento*, tornando-se um conhecimento do conhecimento, um conhecimento reflexivo [...]. Deste modo a reflexividade é a operação que permite por em descoberto o sujeito do conhecimento, tematizando-o como parte, como parte ativa, do ato de conhecer (1994, p.48 – grifos nossos).

A Sociologia do Conhecimento, portanto, tem sido encarada como um esforço original para dar conta desse problema crucial da Sociologia, qual seja: como se pode identificar e explicar a construção do conhecimento social; como se forjam as visões de mundo, de diferentes grupos sociais (tradições, dominações, costumes, profissões, agremiações e outros), posicionados historicamente num tempo e num espaço, comumente denominados de sociedade. É para essa dimensão da investigação do conhecimento social, que a Sociologia do Conhecimento tem se apresentado como uma possibilidade teórica para a redução da complexidade do social e conseguinte compreensão de como se dá a construção do conhecimento(s) no seio dos diferentes grupos sociais de uma mesma sociedade.

Em outros termos, a Sociologia do Conhecimento tem sido legitimada a conhecer e explicar a interdependência entre a "situação social" – comunidade, nação, revolução, classe; profissão e indivíduo(s) especificamente envolvido nessa situação – e suas características peculiares, tais como: objetivos ocupacionais, aspirações políticas, laços de parentescos, desafetos, rivalidades, alianças, dominações, subordinações, etc., isto é, as representações sociais, o conjunto de imagens que esse grupo constrói e adota acerca de sua situação.

A partir da Sociologia do Conhecimento desenvolvida por Karl Mannheim, já na segunda metade do século XX, o sociólogo norte-americano, Rober King Merton, de forma pioneira, ampliou a concepção da Sociologia do Conhecimento a uma Sociologia que se ocupasse das mútuas implicações entre ciência e sociedade. Como docente e pesquisador concebeu, desenvolveu e institucionalizou um novo campo sociológico: a Sociologia da Ciência, inexistente até então. Elaborou, também, um programa de investigação teórico e empírico, solidificando, assim, a chamada

Escola de Colúmbia. O centro de sua preocupação constituía-se na análise da atividade social da ciência ou numa Sociologia da Ciência, no âmbito da própria Sociologia do Conhecimento. Este campo por ele fundado, cujos trabalhos desenvolvidos iniciaram-se ainda na década de 40, tinha por objetivo principal o estudo da ciência a partir de uma ótica institucional e passou a ser chamado, também, de Escola Mertoniana.

Para Merton (1970, p. 631 – grifos nossos), a Sociologia deveria, também, ocupar-se da “interdependência dinâmica entre a ciência, como atividade social em movimento, *que faz nascer produtos culturais e de civilização, e a estrutura social que a envolve*”. Em sua perspectiva teórica, chegara o momento de ampliar as pesquisas sobre as relações “recíprocas” entre a ciência e a sociedade, uma vez que o estudo dos efeitos da ciência sobre a sociedade não contemplava a influência da sociedade sobre a ciência, atividade esta, considerada como uma classe particular de conhecimento. Merton dedicou-se a um intenso estudo dos antecedentes da Sociologia do Conhecimento. Como resultado dessa pesquisa, em 1945, apareceu o artigo “A Sociologia do Conhecimento”, que, além de fazer críticas a alguns aspectos da Sociologia elaborada por Mannheim, propunha a sua sistematização através do estabelecimento do que ele denominou de “Paradigma para a Sociologia do Conhecimento”³. Seu interesse ao desenvolver um “paradigma” para a Sociologia do Conhecimento era o de suprir lacunas deixadas por Mannheim.

Merton busca estabelecer um conjunto de indagações que serve ao mesmo tempo de objeto e método para a Sociologia do Conhecimento. O estabelecimento deste paradigma tem por objetivo organizar, com maior coerência, os principais questionamentos levantados pela Sociologia do Conhecimento. O vanguardismo de Merton radica, principalmente, no fato de colocar a ciência – vista e tida como uma atividade completamente autônoma – dentro de um sistema de interdependência com a sociedade, ressaltando a sua dimensão funcionalista. Isto posto, é interessante observarmos que, mesmo Merton preservando a chamada “autonomia da ciência”, no sentido específico da atividade científica, ele foi profundamente inovador ao conceber a ciência como uma instituição social que, se, por um lado, possui um *ethos* autônomo (na sua visão), por outro, apresenta uma forte dependência da estrutura social para seu desenvolvimento e existência.

A origem da ciência como instituição social, produtora de um tipo específico de conhecimento, estaria, assim, dependente não apenas dos diferentes “caldos” culturais que facilitam ou inibem seu maior desenvolvimento, como o fez em seus primeiros trabalhos, mas também da

³ Ambos os artigos, escritos em momentos distintos, [1941-1945] aparecem em sua obra “*Sociologia: Teoria e Estrutura*” (1970), nos capítulos XIV e XV, respectivamente.

identificação/construção e vinculação de normas – “imperativos institucionais” – que possibilitam uma ponte entre ciência e sociedade, inexistente anteriormente.

É justamente na interface disciplinar entre o campo das ciências sociais e o campo da saúde que julgamos importante destacar alguns aspectos da história, da relação de poder, saber e subordinação existentes nas práticas de enfermagem e de medicina. É importante, contudo, salientarmos que tais práticas não estão – tampouco devem estar – circunscritas ao campo médico, às ciências biomédicas, como acreditam alguns. A relação entre profissões e profissionais não envolve apenas as suas práticas técnicas cotidianas. Ela, sem dúvida, faz parte de uma base existencial, de uma posição social historicamente construída. Isto significa que a relação entre profissões e profissionais implica muito mais que saberes técnicos. Essa relação está envolta por normas, crenças (no sentido lato), instituições, hierarquias de mando, tradições etc., que fazem parte do estudo e do conhecimento das ciências sociais.

Contemporaneamente, faz-se necessário, à luz de abordagens de caráter transdisciplinar, compreender que as práticas cotidianas das diferentes profissões, traduzem, como bem salientou Merton (1970), aspectos importantes do conteúdo social da própria base existencial (o contexto social) do surgimento das profissões. É importante termos clara a noção que as diferentes disciplinas do conhecimento científico, não se constituem em “leis da natureza” que sempre estiveram “postas no mundo”, mas, sim, que foram criadas, construídas e desenvolvidas pela coletividade social em seu processo sócio-histórico-cultural, vinculadas às visões de mundo de cada época.

A base existencial da Enfermagem e sua disposição no campo da saúde

Mesmo tendo a enfermagem, no século XIX, se firmado como profissão no “campo da saúde”, constituída dos critérios de universalidade, racionalidade, autoridade e competência, portanto, com um estatuto socialmente reconhecido e formalmente legalizado, ainda se discute qual o espaço institucional e social desta prática. Embora não seja propósito deste artigo fazer uma ampla retrospectiva histórica que resgate e analise o desenvolvimento da enfermagem até os dias atuais, é importante pontuar que ela faz parte de um amplo espectro de práticas sociais que os seres humanos produzem e desenvolvem, tendo em vista sua sobrevivência, reprodução e organização como espécie, desde o início dos tempos. Como prática social, a enfermagem transita no campo da saúde

em meio a contingência de conflitos, disputas, interesses e coerções que constituem o cotidiano, este profundamente enraizado nos contextos sociais, culturais, históricos e políticos, onde os seres humanos vivem e se relacionam (WALDON; MEYER; LOPES, 1998).

A enfermagem – como profissão do campo da saúde – como vemos, data apenas a partir do século XIX, com Florence de Nightingale, um importante marco na história da enfermagem. Nightingale evidenciou o que é e o que não é enfermagem, mostrando a possibilidade e a necessidade de uma preparação formal e sistemática para a aquisição de um conhecimento de natureza distinta daquela buscada pelos médicos e cujos fundamentos permitiriam manter o organismo em condições de não adoecer ou de se recuperar de doenças. Sua maneira de ver a doença como um esforço da natureza para restaurar a saúde mostrou-se uma idéia fecunda, dando à enfermagem um valor original, qual seja, a de favorecer esse processo reparativo, mediante o uso do ar puro, da luz e do calor, da limpeza, do repouso e da dieta, com o mínimo dispêndio das energias vitais do paciente, de modo a mantê-lo nas melhores condições para que a natureza nele pudesse agir. Suas instruções sobre como criar e manter o que se chama hoje de ambiente terapêutico permanecem inexcedíveis. Nightingale dedicava-se ao estudo do ambiente limpo, prática exercida na guerra da Criméia (1840), na qual foi enfermeira voluntária; foi com o saneamento do ambiente que conseguiu reduzir o número de mortes entre os soldados feridos.

Partindo desta visão ambientalista Nightingale desenvolveu a Teoria do Ambiente e fundou a primeira Escola de Enfermagem na Inglaterra em 1860. Essa escola tinha como pressupostos concepções teórico-filosóficas, desenvolvidas por Nightingale, segundo os quais a figura do médico constituía-se como a única pessoa qualificada para ensinar, por ter o conhecimento científico sobre as doenças.

É interessante observarmos que, nesse mesmo período, ocorreu a reorganização da instituição hospitalar que deixou de ser um local de exclusão, para onde as pessoas em fase terminal, com doenças infecto-contagiosas e crônicas, eram recolhidas para evitar que suas doenças fossem transmitidas a outras pessoas. Nesse período, portanto, não havia a figura da enfermagem profissional nem da medicina; quem cuidava dos doentes no hospital eram as religiosas e as mulheres socialmente rejeitadas pela sociedade da época: viúvas, prostitutas, todas sem nenhuma qualificação. Os doentes recebiam um atendimento não voltado à cura, mas, sim, ao salvamento de sua alma, visto que a doença era tida como um castigo de Deus ou posse dos maus espíritos.

Com a reorganização hospitalar, o médico passa a ser a figura central, firmando-se, como principal-responsável, da organização, em virtude de sua preparação e conhecimento para curar o

corpo doente. O médico passou a decidir quais de suas funções poderiam ser executadas pelos exercentes da enfermagem. Portanto, exigia que os exercentes da enfermagem tivessem qualificação para executar as funções de higiene, alimentação, administração de medicamentos. Assim, a enfermagem ao executar procedimentos, previamente definidos e estabelecidos pelos médicos, nasce como uma profissão complementar à prática médica, sendo o enfermeiro um suporte para o trabalho médico. Desde então, estabeleceu-se o modelo biomédico – prática assistencial centrada na doença, na parte do corpo doente, que destitui o *ser* que o fragmenta – nas organizações hospitalares, que tem sido reproduzido, até os dias de hoje, mas também muito contestado pelas outras profissões da área da saúde, em especial a enfermagem, que não dissocia o *ser*, vendo-o na sua integralidade.

É nesse modo diferente de pensar e fazer que as disciplinas de conhecimento científico enfermagem e medicina estabelecem as relações de saber, de poder e de luta por legitimação no “campo da saúde”. Disciplinas estas que trazem em seu cerne uma relação de dominação, por possuírem capitais diferentes, maneiras diferentes no seu fazer, porém fazem parte do mesmo espaço social.

Para se analisarem esses diferentes modos de atuação de ambas as profissões é interessante procurar articulá-las em sua interface com a Sociologia do Conhecimento, tendo como lente analítica os conceitos criados por Pierre Bourdieu, eminente sociólogo francês contemporâneo, que desenvolveu os conceitos de *campo*, *capital* e *habitus*, que auxiliam para conhecer o próprio conhecimento social. Para Bourdieu campo, é como espaço relativamente autônomo, no qual as posições dos agentes estão fixadas a *priori*. Bourdieu salienta que existem diferentes campos de conhecimento, tais como o jornalístico, o universitário e o literário, os quais, em seu conjunto, constituem o “espaço social”. O campo opera como um sistema de forças baseado nas relações de dominação e conflito, possuindo regras em seu operar. Normalmente as regras são estabelecidas por quem detém maior capital simbólico (prestígio, saber, reconhecimento). Quanto à posição do agente no campo, observa-se que o médico é o profissional que detém um capital simbólico que lhe dá legitimidade, ou seja, um poder invisível que se propaga no tecido social, estruturando comportamentos e valores que viabilizam a continuidade do prestígio no campo da saúde. Este prestígio institucionalizado atribuído aos médicos constitui o seu maior capital, é o que lhe dá legitimidade e ascensão profissional.

Os enfermeiros lutam pelo reconhecimento de seu saber proclamado pelos princípios científicos que fundamentam seu objeto de trabalho, o cuidar/cuidado. Esta luta está sendo expressa pela mudança de paradigma, ou seja, da multidisciplinaridade, (diferentes disciplinas do

conhecimento do campo da saúde exercem suas funções isoladamente), para interdisciplinaridade, (diferentes disciplinas do conhecimento do campo da saúde passam agir conjuntamente com o foco na melhoria da qualidade de vida das pessoas) das práticas de saúde no contexto social. Entendemos que somente com essa mudança de paradigma, que está sendo proposta pelas Políticas de Saúde, é que se vai chegar a um nível de atenção à saúde, privilegiando as práticas coletivas de saúde com enfoque na promoção, prevenção e reabilitação da saúde, no seu aspecto biopsicossocial.

Seguindo os princípios explicativos de Bourdieu referentes ao campo, é possível afirmarmos que, no campo da saúde, em que o modelo biomédico é predominante, tanto a profissão de Enfermeiro quanto a de Médico são constituídas por *habitus* (bases filosóficas de saberes diferenciados) que lhes autorgam o capital intelectual. O capital intelectual do médico (*expertise*) deu origem ao *capital simbólico*, entendido e reconhecido pela sociedade desde o nascimento da medicina, relacionado ao domínio do conhecimento científico do diagnóstico, da terapêutica e do poder de cura.

No que diz respeito ao enfermeiro, o seu capital intelectual não originou um *capital simbólico*. O domínio do conhecimento científico da enfermagem fundamenta-se no cuidar/cuidado, segundo Waldow, Meyer e Lopes (1998), é uma postura ética e estética frente ao mundo. É um compromisso em estar-no-mundo e contribuir com o bem-estar, com a preservação da natureza, com a promoção das potencialidades e da dignidade humana.

Torna-se evidente, por tudo que se tem escrito, sobre o cuidar/cuidado, que, embora não sendo uma prerrogativa só da enfermagem, é nela que o cuidado se concretiza plenamente e se profissionaliza, por sua característica e dinâmica de trabalho, uma vez que, encontra-se de forma mais assídua junto dos pacientes, ou seja, 24 horas. É o enfermeiro que avalia em primeira instância o paciente, que tem a prerrogativa da tomada de decisão de comunicar toda e qualquer anormalidade, por ventura, que esteja ocorrendo com o paciente. Para melhor compreensão, desta tomada de decisão, vejamos o exemplo: o enfermeiro recebe um exame laboratorial de bioquímica, de um determinado paciente, e percebe que o seu potássio sérico está abaixo do nível considerado normal, portanto, está-se frente ao quadro de hipocalemia. Sua conduta é chamar o médico para que, imediatamente, seja prescrita reposição de potássio; caso contrário, o resultado será desastroso para o paciente, até mesmo fatal, uma vez que dentre as complicações da hipocalemia estão as arritmias cardíacas e a parada cardíaca por assistolia. Para tal tomada de decisão, é indubitável que este profissional tenha conhecimento científico, oriundo de uma base filosófica de sua formação.

Contudo, esse saber/fazer do enfermeiro ainda não é reconhecido pela sociedade. E por falta desse reconhecimento, é natural que o cuidar/cuidado ainda não tenha despertado no “imaginário” da sociedade o *capital simbólico* atribuído ao saber e fazer do médico. Essa dificuldade de reconhecimento, parece ser oriunda de uma tradição, como uma prática vista de maneira subserviente, complementar e sem bases de conhecimento próprio. Sofre influência marcante do modelo biomédico e de paradigmas que se orientam quase exclusivamente por um agir técnico-científico, estruturado, regulado, linear construído dentro de uma racionalidade objetiva. Para Bourdieu (1989), capital simbólico é um poder invisível que se difunde no tecido social, estruturando condutas e valores. Portanto, o capital simbólico dado à medicina viabiliza a continuidade da hegemonia médica, representado pela legitimação das relações históricas de poder e estratégias de acúmulo de prestígio o que fortalece a existência dos sistemas simbólicos subordinado à estrutura do campo em que eles são produzidos e reproduzidos. O que agrava essa existência é o fato de que, através da hegemonia médica, efetiva-se uma relação de poder que extorpe submissões que sequer são percebidas como tais, apoiando-se em expectativas coletivas, em crenças socialmente inculcadas (BOURDIEU, 1996).

Em outros termos, como diria Bourdieu (1989), é o *habitus* que faz parte do campo da saúde onde histórico e culturalmente a enfermagem é tida como uma profissão subordinada ao saber da medicina; conseqüentemente, o saber do enfermeiro é tido como subordinado ao saber do médico. Portanto, o *habitus* que envolve o saber e o fazer da enfermagem se coloca como conhecimento adquirido e decorrente de experiências passadas, duráveis (e, portanto, inscrito na construção social da pessoa) e transponíveis (trafegam de um campo para o outro), estimulando nos indivíduos suas percepções e ações constantemente repostas ao longo da trajetória social e que funciona como um sistema de disposições duráveis e transferíveis, transformadas em disposições permanentes.

Por outras palavras, é o conjunto de atitudes e inclinações a perceber, a sentir, a fazer e a pensar, interiorizadas pelos agentes em razão de suas condições objetivas de existência e de sua trajetória social. Isso significa que o *habitus* contido nas profissões de enfermeiro e de médico relaciona-se a um “princípio gerador e estruturador” das representações e práticas sociais, resulta da interiorização das estruturas objetivas e caracteriza-se como um sistema subjetivo, não individual, constituído por estruturas internalizadas, comuns a um grupo ou classe.

Em razão dessas estruturas internalizadas, isto é, de maneiras de pensar e agir existentes no campo da saúde, a enfermagem, como disciplina do conhecimento científico, vem apostando no trabalho interdisciplinar, na integralidade do cuidar/cuidado, ou seja, um novo paradigma calcado na

consolidação do cuidar/cuidado, focado na promoção da saúde, princípio básico da formação do enfermeiro.

Com a consolidação do cuidar/cuidado como objeto de trabalho, o enfermeiro sentiu a necessidade de um método científico que desse conta da organização e sistematização de suas práticas do cuidado. Em virtude desta necessidade, na década de 1960, enfermeiras americanas desenvolveram o processo de enfermagem, constituindo-se no método científico da enfermagem e que tem sido aceito como o cerne da assistência de enfermagem.

Processo de enfermagem é o método no qual a estrutura teórica da ciência da enfermagem está baseada. Trata-se de uma abordagem deliberativa de solução de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais e está voltada à satisfação das necessidades do sistema do cliente/da família. Consiste em cinco fases seqüenciais e inter-relacionadas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. Essas fases integram as funções intelectuais de solução de problemas, num esforço para definir as ações de enfermagem. Esse método fundamenta-se na importância da identificação e resolução de problemas, relacionados à saúde, para o desenvolvimento das ações de saúde, com objetivo de atender as necessidades dos pacientes, da família e da comunidade. Com o processo de enfermagem, o enfermeiro passou a sistematizar suas ações do cuidar. As ações de enfermagem passaram a ser registradas no “prontuário do paciente”; prática essa outrora exclusiva do profissional médico. O processo de enfermagem conferiu ao enfermeiro no campo da saúde uma conquista de espaço, poder, e de certo reconhecimento de seu saber.

Embora, existam autores da enfermagem, como Waldow, Meyer e Lopes (1998, p.78) que não entendem o processo de enfermagem como uma conquista de reconhecimento, espaço profissional e de refinamento do próprio conhecimento técnico do enfermeiro no campo da saúde, mas, sim, como:

Uma conquista enganosa e falsa, pois na verdade apresenta duas características. Uma é que, apesar de ser considerado um avanço, uma pesquisa, nada mais é do que uma cópia da atividade médica. Outra se repete ações, tais como exame físico, prescrições e diagnósticos.

Acreditamos, porém, que refletir sobre o método científico da enfermagem significa renovar o debate, contribuir para a discussão sobre as relações de poder, sobre os saberes. Não entendemos o processo de enfermagem como uma conquista enganosa, como coloca Waldow e colaboradores, mas uma ferramenta que deu identidade à enfermagem.

No entanto, temos presenciado baixa aplicabilidade do processo na sua integralidade, por gerar conflitos entre os profissionais da medicina e da enfermagem. Os médicos entendem, por exemplo, que o diagnóstico deva ser uma prática exclusivamente médica, uma vez que define a patologia dos pacientes, parecendo não compreenderem que o diagnóstico de enfermagem deriva dos dados sobre o estado de saúde do paciente.

Observamos que a qualificação do enfermeiro, o seu saber e o seu fazer têm corroborado para que ocorra mudança de paradigma, para que se saia do paradigma do modelo biomédico e se passe para o paradigma da interdisciplinaridade, integralidade do cuidar/cuidado. Esta tentativa de mudança de paradigma tem sido motivo de conflitos, de lutas de força por legitimidade no campo da saúde, fazendo com que a medicina passasse a contestar as atividades do enfermeiro contidas no processo de enfermagem e garantidas por lei em seu código de ética. As contestações feitas pelos órgãos de classe da medicina referente às atividades dos enfermeiros – histórico e diagnóstico – são elementos que fazem parte do processo de enfermagem, que geram relações de poder díspares no campo da saúde, ou seja, um sistema de força baseado nas relações de dominação e conflito.

Em função dessa relação conflituosa que envolve as relações sociais entre ambas as profissões no campo da saúde, a enfermagem entra no que Bourdieu chama de “jogo” à procura de prestígio nesse espaço social. Esse “jogo” caracteriza-se pelo querer qualificar-se, cada vez mais, para realizar sua prática profissional, por meio do seu objeto de trabalho o cuidar/cuidado. Isso exige da enfermagem o domínio do saber (conhecimento científico), do saber-fazer (habilidade técnica) e do saber-ser (saber conviver, relacionar-se com o outro).

Para que se tornem possíveis as relações sociais ou, nos termos de Bourdieu, "se dê o jogo", é preciso que haja um motivo, um "objeto de desejo" que motive os indivíduos e leve-os "a respeitar as regras" desse campo. Portanto, no campo da saúde, considerando as relações entre os profissionais enfermeiro e médico, têm sido os médicos – mesmo perante as demais profissões que integram o campo da saúde – e somente eles, quem têm determinado as regras do campo, gerando uma relação assimétrica de poder, de capital simbólico. Podemos dizer que essa assimetria de capital simbólico (status profissional), a favor do profissional médico, também é oriunda de sua formação, com o mito, que permanece até os dias de hoje, que somente o médico detém o poder de curar. Este poder de cura que está latente no imaginário (*habitus*) da sociedade, também advém do espaço social, nos termos de Bourdieu (1989), ou como diria Merton (1970), da base existencial.

A enfermagem, como disciplina do conhecimento científico e, portanto, com a sua autonomia relativa, como as demais disciplinas, tem contestado uma série de questões que foram

tomadas como verdadeiras e imutáveis desde a origem e durante o desenvolvimento da profissão, quais sejam: o espírito abnegado, o altruísmo e a subordinação, isto é, a subordinação das práticas, do conhecimento, da autonomia profissional e de seu objeto de trabalho. A contestação das questões que envolvem o posicionamento dos enfermeiros no que diz respeito a não aceitação de pertencerem a uma profissão tida como altruísta, abnegada e subordinada, além de serem legítimas, pois se trata de profissionais refletindo sobre seus métodos, teorias e práticas, ajuda na compreensão dos atuais debates que tem se travado em torno deste tema. Não obstante, entendemos serem importantes essas colocações referentes ao posicionamento dos enfermeiros sobre o seu saber e o seu fazer, para se compreender as mudanças que têm ocorrido na Enfermagem no que tange a sua formação acadêmica e, conseqüentemente, à profissão de enfermeiro, como, por exemplo, uma maior consistência de sua identidade (no sentido antropológico) e o aprimoramento técnico-científico de seus saberes.

Atualmente, a enfermagem coloca-se como ator da discussão e dos questionamentos sobre o seu conhecimento e seu fazer, as suas fronteiras, as suas possibilidades e o seu relacionamento e papel entre as demais profissões do campo biomédico. Sem dúvida, tais posicionamentos, com o reconhecimento que vem sendo obtido, têm como efeito colateral (indesejável) um aumento na tensão das relações de trabalho, entre as profissões de enfermeiro e de médico. Exemplo disso é a relação de conflito que se estabeleceu a partir do projeto de lei nº 25/2002 – Ato Médico. Lei esta que não reconhece o saber e o fazer do enfermeiro como legítimo, e, sim, como, um saber subjugado ao saber médico.

Na realidade, até aproximadamente uma década atrás o profissional médico não se preocupava com a regulamentação de sua profissão dada a “reserva natural” de seu mercado de trabalho. Entretanto, com o crescimento do saber técnico-científico das outras profissões da área da saúde, em especial o saber técnico-científico da enfermagem, que vem se destacando no campo da saúde, mesmo não detendo um *status* profissional (capital simbólico) semelhante ao do médico.

Mediante ao saber técnico e científico do enfermeiro os profissionais médicos perante o Projeto de Lei nº 25/2002 – Ato Médico –, estão lutando para a regulamentação de sua profissão. Embora afirmem que o Ato Médico não subordina outras profissões aos médicos, não é o que está expresso no Projeto, no qual há um posicionamento da representação hegemônica de sua profissão, excluindo e isolando outras profissões, chamando a si, e somente a si, todas as demais “ações de saúde”.

Este posicionamento deve implicar na reflexão mais profunda sobre o que realmente pode representar a aplicação do disposto no Ato Médico, não somente para os profissionais da enfermagem, como também para outros profissionais da área da saúde (fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, terapeuta ocupacional, odontólogos), mas principalmente para a população, razão última do trabalho de todos os profissionais da área da saúde, em termos de atendimento, de acolhimento.

Vejamos o que diz os Artigos 1º e 3º do Projeto de Lei 25/2002:

Art. 1º Ato médico é todo procedimento técnico-profissional praticado por médico habilitado e dirigido para:

I. Prevenção primária, definida como a promoção da saúde e a prevenção da ocorrência de enfermidades ou profilaxia;

II. Prevenção secundária, definida como a prevenção da evolução das enfermidades ou execução de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos;

III. Prevenção terciária, definida como a prevenção da invalidez ou reabilitação dos enfermos.

Art. 3º as atividades de coordenação, direção, chefia, perícia, auditoria, supervisão, desde que vinculadas, de forma imediata e direta a procedimentos médicos e, ainda, às atividades de ensino dos procedimentos médicos privativos, incluem-se entre os atos médicos e devem ser unicamente exercidas por médicos.

O que está colocado nos Artigos 1º e 3º do projeto de lei 25/2002 indicam uma sobreposição ao colocado na Lei do Exercício Profissional nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, subordinando as ações dos enfermeiros às suas ordens, visto que as práticas de saúde realizadas pelos enfermeiros visam à atenção primária, secundária e terciária de saúde e sua reabilitação. A aprovação de um projeto de lei – o “ato médico”, mas podendo ser qualquer lei nessa mesma direção – poderá implicar na perda de autonomia da enfermagem como profissão no que se refere às práticas dirigidas para a atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. Essas práticas exigem dos enfermeiros conhecimento técnico-científico exercido somente por ele para dar conta de seu objeto de trabalho. Para obter a reabilitação dos pacientes, por vezes, torna-se necessária a realização de procedimentos e ações de enfermagem de maior complexidade, que exigem um conhecimento técnico-científico para o qual o enfermeiro está capacitado, alicerçado em bases filosóficas resultantes de sua formação, de qualificação..

Diante dessa situação, de assimetria nas relações de poder, de saber, de legitimidade – relações essas que são produtoras de conflitos – questionamos: o profissional médico passará a exercer as funções do enfermeiro? Ter-se-ão médicos disponíveis em todos os níveis de atenção a saúde para atender a população durante as vinte e quatro horas? Hoje, sabemos que no sistema vigente – Sistema Único de Saúde – o inverso é o verdadeiro, pois é o profissional enfermeiro e sua equipe (Técnico de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem) que prestam estes cuidados.

Percebemos que é nesse contexto de relativa autonomização, também potencializado pelo avanço no conhecimento científico do enfermeiro, que as conquistas da enfermagem, têm gerado insatisfação dos médicos que tem compreendido a profissão de Enfermeiro como uma profissão que lhes deve obediência, que lhes é subordinada no processo de trabalho. Ainda não reconhecem que o seu saber e o seu fazer de cura só tem êxito porque existe um outro profissional que dá continuidade a sua prática, que tem um caráter mais pontual, específico, e, porque não mais breve, que o diagnóstico médico, o cuidado; pouco adiantaria a prescrição da terapêutica que é baseada no diagnóstico se não houvesse o profissional enfermeiro para aplicá-la. Na verdade, sabemos que o cuidar/cuidado acontece sem a cura, mas a cura não acontece sem o cuidado, o que estabelece uma dependência da medicina em relação à enfermagem, porém negada pela comunidade médica. Entendemos a importância dos profissionais possuírem um instrumento legal regulador das práticas profissionais, entretanto, como está posto no modelo apresentado no referido projeto de lei, a atividade dos demais profissionais de saúde, fica subordinada às ordens médicas. Talvez o mais grave, seja o fato de que as demais profissões, que, ao longo dos tempos, foram se desenvolvendo, definindo seu objeto de conhecimento e aplicação do saber por meio de pesquisas e especialização de seu conhecimento, tenham que abrir mão desse patrimônio a favor de um retorno a uma medicina centrada na parte do corpo doente, na doença.

Nesse contexto, julgamos não ser equivocada a avaliação de que a profissão de médico está passando por uma crise de identidade advinda do entendimento de que as práticas de outros profissionais da área da saúde (Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional etc), principalmente da Enfermagem, estão infringindo o Código de Ética Médico. Evidentemente, essa crise pouco ou nada tem a ver com o conhecimento biomédico em si, mas, antes, com uma reconfiguração social e científica do conhecimento, em que as fronteiras de diversas disciplinas se tornam menos evidentes (borradas), emergindo novos saberes nessas interfaces. Na verdade, as crises identitárias não raramente se vinculam a mudanças estruturais (ciência, tecnologia, conhecimento,

mundo do trabalho) pelas quais passam as sociedades contemporâneas. Na perspectiva da sociologia do conhecimento e da Ciência, tais crises advêm de uma mudança na “base existencial da sociedade”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo, cuja reflexão é feita sob a lente analítica das Ciências Sociais, buscou trazer à tona os fatores vinculados à gênese do campo da saúde, focando especificamente as profissões de enfermeiro e de médico. Nesse campo, os diferentes capitais simbólicos, o *habitus*, bem como a *episteme*, isto é, o substrato que propiciou o desenvolvimento do modelo biomédico constitui-se em fatores que predispõem relações assimétricas de poder, saber e legitimidade.

A Medicina apresenta um capital social e simbólico, reconhecido pela sociedade, intimamente ligado ao domínio do conhecimento científico sobre o diagnóstico, a terapêutica e a cura. A enfermagem, por sua vez, é uma profissão que carrega, em seu cerne o cuidar/cuidado como eixo norteador de seu saber e de seu fazer e, principalmente, com o advento de novas tecnologias no campo da saúde, surgiram novas exigências de conhecimentos não somente técnicos como também científicos para o profissional. Não obstante todas as mudanças ocorridas ao longo dos tempos, em termos de legitimação de seu corpo de conhecimento técnico-científico, as relações profissionais entre o enfermeiro e o médico parecem não ter avançado, pois reproduzem, na prática, a mesma assimetria de poder, saber e subordinação no interior do campo da saúde; decalam o mesmo “imaginário”, as mesmas representações da época em que tais profissões foram forjadas.

Verificamos uma interdependência entre as profissões de médico e de enfermeiro no processo de trabalho junto ao paciente hospitalizado, sendo importante tanto a essencialidade do trabalho do médico como a do enfermeiro para a determinação do diagnóstico e da terapêutica. Essa interdependência entre enfermagem e medicina vem ocorrendo de modo gradativo e ascendente, a partir do momento que a enfermagem deixou de ser uma profissão somente técnica e passou a ser uma disciplina do conhecimento científico no campo da saúde. Portanto, a ampliação de estudos da enfermagem tornou-se motivo de conflitos, uma luta de força por legitimidade, fazendo com que as relações de poder, saber e subordinação se tornassem muito fortes na sociedade, frente à medicina, e, com isso, o campo da saúde passasse a operar como um sistema de forças baseado nas relações de poder, saber e subordinação, gerando dominação e conflito.

Para sair dessa relação de conflito, de poder, de saber e de subordinação e de luta por legitimidade a enfermagem, como profissão do campo da saúde, vem apostando na atenção integral e

na interdisciplinaridade, um novo paradigma para o modelo médico, e aprimorando o estudo sobre o cuidar/cuidado. Observamos, nas práticas cotidianas no campo da saúde que as relações de poder, de saber, de subordinação e de *status* profissional entre os profissionais de medicina e de enfermagem são assimétricas; primeiramente, porque o médico detém um capital simbólico, “o poder de curar”, advindo do seu capital intelectual, reconhecido pela sociedade, que não é observado na enfermagem, mesmo após sua cientificidade. Em segundo lugar, a enfermagem surgiu como uma profissão marcada por um traço sócio-histórico-cultural que tem contemplado a subordinação, a questão de gênero e a não legitimação do seu saber e de seu fazer. Essa assimetria na relação entre os profissionais de enfermagem e de medicina pode ser compreendida a partir da gênese do campo da saúde. Em terceiro lugar, as organizações de saúde, como um espaço de produção de capitais e de trocas simbólicas, têm propiciado a reprodução da hegemonia médica, independentemente dos saberes dos enfermeiros.

Portanto, para compreender as conseqüências dessa relação no campo da saúde, bem como os resultantes daí advindos para as práticas de saúde nas diferentes trajetórias das profissões, buscamos, nas Ciências Sociais, mais especificamente, em uma abordagem sociológica, um referencial teórico que desse sustentação ao conjunto de problemas quanto às relações de poder, de saber, de subordinação, de legitimidade e de *status* profissional existentes entre as profissões de médico e de enfermeiro, a fim de realizarmos uma reflexão de caráter multidisciplinar e interdisciplinar, contemplando interfaces entre o conhecimento social e o campo da saúde. Trouxemos, assim, a história dos saberes constituídos como verdades nas profissões de enfermeiro e de médico, sua formação e constituição como profissão, a questão do poder, do saber, da subordinação e do *status* médico no campo da saúde.

Ao falarmos em relação de poder, de saber e de legitimidade entre as profissões de enfermeiro e de médico, procuramos captar o imaginário, as representações que tais grupos apresentam sobre as suas profissões num contexto histórico no qual se reproduzem as relações assimétricas de poder-saber no campo da saúde. Realizar essa discussão, na área da sociologia significou ir em busca de interesses de novos conhecimentos e posicionamentos. O interesse em adquirir novos conhecimentos, no que concerne às profissões de enfermeiro e de médico quanto às relações que envolvem o poder, o saber, a legitimidade, a subordinação e o *status* profissional, tem como objetivo afastar-se da visão “empiricista” sobre aspectos sócio-histórico-culturais da relação entre essas duas profissões no modo de trabalho e no âmbito da sociedade e ir em direção ao conhecimento científico que perpassa a relação de tais grupos profissionais.

Buscamos, portanto, colocar em descoberto – ou, pelo menos, problematizar, com um novo enfoque explicativo – as relações sociais entre grupos profissionais, no seio da sociedade, no que diz respeito ao saber e o fazer do enfermeiro e do médico.

Destacamos, também, dois aspectos de suma relevância social: Primeiro, em um país em que o modelo de atenção à saúde valoriza o acolhimento do usuário pelos profissionais, o pressuposto deveria ser que as relações entre os membros da equipe também se caracterizassem pela acolhida, pelo reconhecimento do outro como igual em direitos; segundo, também é valioso por dar voz às duas partes envolvidas no conflito, abrindo a possibilidade de transformá-lo positivamente, de aproveitar o seu potencial para promover o crescimento de enfermeiros e médicos e, conseqüentemente, da qualidade da atenção à saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa/ Rio de Janeiro: DIFEL/ BERTRAND BRASIL, 1989.

_____. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas: Papius, 1996.

LAMO DE ESPINOSA, Emilio; GARCÍA, José; ALBERO, Cristóbal. **La Sociología del Conocimiento y de la Ciencia**. Madrid: Alianza, 1994.

MANNHEIM, Karl. **Ideologia e Utopia**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.

MERTON, Robert K. **Sociologia: Teoria e Estrutura**. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1970.

NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.

WALDOW, Vera Regina; MEYER, Dogmar Estermann; LOPES, Marta Júlia (org.). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto alegre: Artes Médicas, 1998. 241 p.