

A interação entre médicos e enfermeiras em um contexto hospitalar

The interaction between doctors and nurses in the context of a hospital ward

Leandro Augusto Pires Gonçalves¹
André Luis de Oliveira Mendonça¹
Kenneth Rochel de Camargo Júnior¹

Abstract *This article addresses a fundamental, albeit scarcely discussed, issue in health studies: the relationship between doctors and nurses. We rely on an ethnographic observation and in-depth interviews undertaken in a female ward of a public hospital in order to analyze certain aspects of these relationships, based on hermeneutics and science studies. The empiric observation showed that Doctors organized their practice and clinical decisions on certain abstractions and dialogued in a structured, highly specialized and restricted language. Nurses materialized medical decisions, guided by the prescriptions. They had no room to interfere in clinical decisions, being very busy with their tasks and not dominating the clinical discourse, which is crucial for discussing the decisions. In the context of this study, physicians and nurses maintained a distance established by the theory, technique and values shared by each professional group. Thus, we suggest that knowledge, practices and medical values and nurses were incommensurate with each other, and that this directly affected the health care actions performed in that setting.*

Key words *Nursing, Medicine, Health work, Hospital, Incommensurability*

Resumo *Este artigo visa lidar com um assunto fundamental e pouco discutido entre as pessoas que estudam, debatem e experimentam o trabalho em saúde: as relações entre médicos e enfermeiras. Para isso, nos baseamos na experiência etnográfica em uma enfermaria feminina de um hospital público para elaborar algumas reflexões sobre tais relações. Experiência etnográfica que se inspirou na hermenêutica e nos “science studies” e fez uso de entrevistas semiestruturadas. Tal experiência revelou médicos que organizavam suas práticas e decisões clínicas a partir de abstrações e dialogavam em termos que estruturavam um discurso altamente especializado e restrito. As enfermeiras materializavam as decisões médicas, orientadas a partir das prescrições. Não tinham espaço para interferir nas decisões clínicas por estarem atarefadas no limite do tempo e por não dominarem o discurso clínico, crucial para os debates quanto às decisões. No contexto desta experiência, entre médicos e enfermeiras havia uma distância garantida pela teoria, técnica e valores compartilhados por cada grupo profissional. Assim, sugerimos que os saberes, práticas e valores de médicos e enfermeiras eram incomensuráveis entre si, e que isto afetava diretamente as ações em saúde cotidianas.*

Palavras-chave *Enfermagem, Medicina, Trabalho em Saúde, Hospital, Incomensurabilidade*

¹ Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ, R. São Francisco Xavier 524/Bl. D/7º, Maracanã. 20550-013 Rio de Janeiro RJ Brasil. gonalves.lap@gmail.com

Introdução

Na literatura especializada em enfermagem é comum a referência às “enfermeiras” para marcar o corte de gênero da profissão. Há trabalhos que referem a importância desta profissão para a inserção de mulheres no mercado de trabalho¹⁻⁴. Deste modo, adotamos também a referência às enfermeiras. Para os médicos, seguimos o uso masculino genérico, naturalizado na nossa cultura.

Relação entre médicos e enfermeiras: assunto tabu?

Quando nos deparamos com as práticas em saúde, em ato, nos encontramos com inúmeros sujeitos, cada qual legitimado para lidar com determinado assunto, a entrar em cena em situações determinadas. Isso diz da complexificação do setor saúde, que abarca a incorporação de distintas tecnologias instrumentais e gerenciais, inúmeros profissionais que lidam com elas, assim como novos modelos organizacionais para operacionalizar tudo isso; um “estado de caos” constante, em que o diálogo é sempre tenso e a harmonia parece algo “fora de lugar”. As transformações são comuns, as novidades fazem parte do cotidiano e o que parece coeso, sempre se desmancha em novos arranjos e possibilidades de lidar com o “caos”.

Entretanto, algumas categorias e equipamentos se mantêm e se adaptam a todas essas transformações, se confundindo com a própria trajetória moderna do setor. Assim podemos falar da Medicina e da Enfermagem, que, ainda que se especializem e formem crescentes subgrupos, guardam em seus coletivos um conjunto de técnicas e valores que atravessam o tempo, e os legitimam. Da mesma maneira, o hospital e a clínica sobrevivem a tudo e seguem com papel central nos modos de fazer saúde e formar sujeitos^{1,5,6}.

Apesar de guardarem certa perenidade, isso não quer dizer que as relações entre sujeitos médicos e enfermeiras, dentro do hospital, no contexto da clínica, sejam mais tranquilas que as outras. É do senso comum a ciência que há animosidade entre esses sujeitos. Contudo, sabemos muito pouco sobre como tal animosidade é tratada no cotidiano das práticas, como afeta as próprias práticas. Sequer sabemos, do ponto de vista acadêmico, se há animosidade. Em pesquisa bibliográfica realizada na biblioteca científica Scielo, com os termos “Medicina”, “Enfermagem” e “Hospital”, foi possível encontrar apenas um

artigo que tratava do tema, do ponto de vista médico. Neste artigo, de tratamento estatístico, baseado em entrevistas estruturadas com médicos, as autoras afirmam não se tratar de relações tensas, apesar do conflito ser iminente. É iminente, pois diversos fatores podem desencadeá-lo, desde a divisão das tarefas às discrepâncias salariais⁷.

Desse modo, diante da falta de trabalhos com que dialogar, propomos discutir essa relação a partir da prática, em aproximação hermenêutica. Baseados em pesquisa de campo realizada em uma enfermaria de clínica médica feminina de um Hospital Universitário público, na cidade do Rio de Janeiro⁸, nos apropriamos da hermenêutica como proposta por Rorty: mais que um método, a atitude necessária para lidarmos com aquilo com que ainda não estamos suficientemente familiarizados⁹. Imbuídos desta atitude, entramos pela enfermaria e trazemos os relatos e análises decorrentes desta entrada, na forma de uma narrativa.

A Hermenêutica e os Science studies como modos de traduzir o real

Antes de entrarmos pela enfermaria e trazermos seus sujeitos, instrumentos e discursos, cabe dizer sobre o modo como nos preparamos para o “mergulho hermenêutico”. Nos inspiramos nos *Science studies*. Tais estudos sobre a ciência sugerem interpretações desta como uma atividade humana histórica e culturalmente situada, assim como entendemos, também, as práticas em saúde. Para lidar com este caráter contingente, os adeptos dos *science studies* lançam mão de conceitos e ferramentas multidisciplinares¹⁰⁻¹². Ainda que, em geral, hermenêutica e *science studies* sejam tidos como campos distintos e até díspares, adotamos aqui a interpretação de Videira: este sugere que os representantes dos *science studies* promoveram a entrada da hermenêutica pelo território das ciências naturais, evidenciando que a capacidade destas ciências de produzir verdades é tão provisória e situada quanto esta que propomos¹³.

Entre os conceitos e instrumentos que nos valem, a pesquisa base deste artigo se enquadra entre as qualitativas, e usou como técnicas a observação etnográfica e entrevistas semiestruturadas¹⁴. O exercício hermenêutico posto em curso desde a projeção da pesquisa não se esgotou com o seu término: teve continuidade e se fez presente na produção deste artigo, ao modo de uma narrativa. Para sustentar a opção pela narrativa, a assumimos como um “relato de risco”, da manei-

ra como propõe Latour para se descrever redes e atores¹⁵. Acreditamos que, dessa forma, conseguimos oferecer profundidade a quem experimenta as duas dimensões desta tela ou folha de papel.

Sobre a maneira que encontramos de descrever os sujeitos, médicos e enfermeiras, optamos por fazê-lo enquanto *experts*. Estes seriam os sujeitos que sabem sobre o que estão falando ou fazendo¹⁰. Foi o modo que nos permitiu enquadrar tais profissionais de modo simétrico, já que, no terreno da profissionalidade, medicina e enfermagem são apresentadas com certo desnível. Na literatura que trata do tema, no campo da “sociologia das profissões”, é possível encontrar termos como “profissão imperial”¹⁶ e “profissão nobre”¹⁷, para designar a medicina, e “ocupação subalterna”² e “semiprofissão”³, como referência a enfermagem. Partindo destes termos, adotariamos uma perspectiva desigual. A categoria *expert* nos pareceu adequada pois é pouco possível questionar que médicos e enfermeiras saibam sobre o que falam e fazem, enquanto estão em seus campos de atuação.

Tendo a categoria *expert* como o ponto central da nossa análise, cabe dizer um pouco mais sobre ela e dos usos que faremos. Seguimos a argumentação de Harry Collins e Robert Evans: para falarmos sobre *experts*, é preciso estar onde eles agem e interagem; e não basta observarmos, é preciso interagir com eles, também. Para sustentar esta proposta, os autores indicam que, aquilo que diferencia os *experts* em determinada área dos demais sujeitos, seria o compartilhamento, entre eles, de um “conhecimento tácito”, que se imiscuiria com aquele de ordem lógico-formal. Este tipo de conhecimento diria respeito “a compreensão profunda que um indivíduo apenas pode obter por meio da imersão social em grupos que a possuem” (p. 10)¹⁰. Seria uma unidade complexa compartilhada por meios que os próprios transmissores não seriam capazes de explicar. Logo, o processo de aquisição de expertise seria “um processo social – uma questão de socialização dentro das práticas de um grupo de *experts* – e pode ser perdida caso se passe um tempo longe desse grupo”¹⁰. Esta socialização levaria tempo e demandaria esforço daquele sujeito que pleiteia se tornar *expert*, seria um verdadeiro processo de “enculturação”¹⁰, uma adequação a um dado “estilo de pensamento”¹⁸. Com relação a lidar com esta forma de conhecimento e com os processos de enculturação, foi importante a realização da pesquisa em um hospital universitário.

Sobre o modo como os *experts* se organizam, conformam suas coletividades, adotamos como referência o conceito de “Coletivo de pensamento”¹⁸, de Fleck. Dentro destes coletivos, seus sujeitos não se conscientizariam do “estilo de pensamento” compartilhado, que se exerce através da coerção ao pensamento individual. Este estilo fluiria entre os seus membros, se transformaria, e sofreria as influências desse trânsito, o que fariam aparecer “novos motivos que o pensamento isolado e individual seria incapaz de gerar: propaganda, imitação, autoridade, concorrência, solidariedade, inimizade e amizade”¹⁸. Com isso, condicionando estes sujeitos, este estilo estaria também exposto a um processo de condicionamento social que é próprio a cada coletivo. Assim, apesar de toda a fluidez, o pensamento e os sujeitos que o compartilham apenas teriam legitimidade dentro de um coletivo, “entre pessoas da mesma constituição mental”¹⁸.

Quanto ao “estilo de pensamento” interno a cada coletivo, este se constituiria por um sistema de opinião que seria capaz de resistir a tudo que o contradissesse, construído na história do grupo. A combinação do “caráter fechado deste sistema, os efeitos recíprocos entre o conhecido, as coisas a serem conhecidas e os atores do conhecimento garantem a harmonia dentro do sistema, que é, ao mesmo tempo, uma harmonia das ilusões”¹⁸. Seria nesta harmonia que determinadas práticas ganhariam o *status* de “naturais” àquele coletivo.

Desse modo, dentro de cada coletivo, conforme um estilo e a harmonia necessária, utilizam-se conceitos claros, garantidos por essas características, pois estão associados àquela visão de mundo. Contudo, “apesar dessa clareza, o entendimento imediato entre os adeptos de estilos de pensamento diferentes é impossível”¹⁸; isto porque cada harmonia garante uma visão de mundo, afinal “apenas as palavras e os costumes unem as pessoas num coletivo”¹⁸. Assim, “já na estrutura da linguagem reside uma filosofia imperiosa da comunidade, já numa única palavra se encontram teorias emaranhadas”¹⁸, o que permite, no nível da linguagem, uma suposta identificação relacionada ao coletivo a que pertence o sujeito que fala.

Compreendendo Médicos e Enfermeiras enquanto *experts*, organizados em “coletivos de pensamento” distintos, com seus “estilos de pensamento” próprios, fomos à enfermagem persegui-los em seu campo de atuação.

O campo de pesquisa, seus coletivos e experts

Para os limites deste artigo, cabe uma breve descrição do cenário em que se passou a pesquisa, assim como dos sujeitos que foram entrevistados e “perseguidos” durante a fase de observação, por quatro meses e meio. A observação foi feita em uma enfermaria feminina, que apresentava no seu interior duas salas improvisadas e em posições opostas, reconhecidas como “ilha de medicina” e “ilha da enfermagem”. Estas ilhas garantiam certa privacidade: de dentro, os profissionais podiam observar tudo o que se passa na enfermaria. No mais, a enfermaria tinha sete leitos, quase sempre ocupados.

Sobre os sujeitos da pesquisa, aqueles que foram entrevistados, quatro eram enfermeiras e três, médicos. Entre as enfermeiras, duas eram residentes, Amanda e Lúcia, Erika era a diarista - aquela que assume cotidianamente as ações de gestão da equipe e do cuidado de enfermagem -, e Margarete era a enfermeira chefe. Entre os médicos, os três eram residentes, Vítor, Tatiane e Letícia. As posições destes sujeitos têm peculiaridades na organização do trabalho dos dois coletivos, que serão brevemente exploradas no horizonte deste relato. Todos os nomes dos profissionais aqui referidos são fictícios.

Os médicos e seu mundo clínico-fisiológico

Os médicos falavam entre si numa espécie de dialeto clínico. Neste dialeto, usavam termos que é impossível a um estranho entrar em diálogo. As usuárias eram referidas não pelos seus nomes, mas pelos nomes técnicos das suas doenças; os sinais e sintomas apresentados por elas eram descritos em termos precisos, objetivos e instrumentais. Um médico era capaz de articular em longos discursos, frases que se estruturavam quase que unicamente com estes termos e parâmetros clínicos, intercalados. Mais que articular longos discursos: médicos eram capazes de sustentar longas conversas usando tais termos.

Para desenvolver esta linguagem clínica, os médicos precisavam passar por um longo período de “enculturação”. Os médicos residentes eram a base da atividade médica na enfermaria. Já eram médicos, tidos como pares. Entretanto, precisavam provar envolvimento com a prática médica para seguirem percursos mais promissores. E este envolvimento era garantido pelo domínio da clínica, de sua linguagem, e pela capacidade de trabalho. A linguagem e a prática só

se desenvolviam a partir da intensa vivência de casos clínicos, do afiamento de seus discursos a partir dos debates em torno destes casos. Assim, os médicos estavam sempre em busca de acumular casos, experimentar aqueles mais complexos e afiar cotidianamente sua argúcia clínica, buscando sempre o debate. Como nos disse Tatiane: “quanto mais plantão você dá, mais coisa você vê, mais coisa você aprende, mais gente você ajuda, melhor você vai ficando e aí mais prática você tem”. Desta maneira, a vida do médico se amoldava ao trabalho, tornava-se orgânica a ele. Como nas palavras de Tatiane:

a minha vida é, mais ou menos, trabalhar... até o meio desse ano, eu trabalhava todos os dias, de segunda a segunda... por muitos finais de semana, emendava trinta e seis horas direto. Fazia plantão de vinte e quatro horas, no dia seguinte ainda tinha que passar visita nos pacientes

No incansável processo de acumular casos e experiência, os debates clínicos tinham centralidade. Eram nestes debates que os médicos provavam “saber do que se está falando”¹⁰. Nas inúmeras discussões clínicas, era valorizada a astúcia com que o médico construía seus argumentos, a rapidez com que respondia a uma sugestão, acatando-a no curso da sua hipótese ou negando-a nas impossibilidades advertidas pela sua experiência. A preocupação do “bom médico” era apresentar um discurso robusto, tecnicamente codificado, que oferecia a base, na forma de hipótese diagnóstica, para que se avançasse nas tentativas de tratamento. Vítor, Letícia e Tatiane queriam tornar-se esse médico, e revelaram muito do que é relevante na prática médica, dos valores compartilhados entre estes experts. Em inúmeras vezes apresentaram hipóteses convincentes, mesmo que erradas. Em inúmeras vezes refaziam suas hipóteses em plena construção, a partir da argumentação de alguém mais experiente. Em poucas vezes expunham dúvida sobre alguma hipótese, e quando isso acontecia era algo tão discreto que podia ser dividido apenas com aquele colega que se tinha mais intimidade.

Neste contexto, toda a objetividade dos termos que usavam, dos números a que recorriam, desaparecia nas longas frases e efeitos técnicos explorados no decorrer de um debate clínico. Médicos se apoiavam nestes termos para falar, e só falavam nestes termos, e seu discurso tinha um fim orientado para a decisão diagnóstica. Contudo, a objetividade dos termos não garantia a inviolabilidade do discurso. As hipóteses diagnósticas eram intensamente debatidas entre os pares, e a capacidade de dominar o uso dos

termos, dos números e associá-los à bagagem clínica que traziam era fundamental. Como dito no parágrafo anterior, o domínio da linguagem clínica era essencial para o reconhecimento, mas não garantia a certeza e veracidade das decisões e hipóteses. Estas eram efetivamente expostas a inúmeras sugestões, novos elementos e refutações feitas pelos pares, até tornarem-se oficiais, em reuniões rotineiras. Bastavam dois médicos encontrarem-se para iniciarem uma discussão clínica, para além dos encontros oficiais diários, conhecidos como *rounds*. Estes *rounds* eram o momento mais aguardado do dia, aquele em que os casos seriam discutidos, as hipóteses e decisões testadas; em que os médicos especialistas, o chefe e os clínicos mais experientes visitavam a enfermaria. Ali os médicos em treinamento, menos experientes, eram postos a prova; ali se tornavam “médicos safos”.

A categoria “médico safo” era algo que aparecia com certa recorrência para se descrever os colegas. Nas palavras de Tatiane, era “safo” aquele que: “não fica pensando muito tempo, toma decisão rápida! As pessoas que eu mais admiro como médicas, elas sabem tomar uma decisão rápida!”; pois: “se há um embate com alguém, se você pensar rápido, vai se sair melhor. Se você tá aqui pedindo um exame e a pessoa falar assim: ‘não!’, não pode ouvir o não, tem que pensar rápido; tem que sair da situação, ser “safo”, saber contornar a situação”. A negociação, a articulação rápida de elementos numa argumentação convincente aparece como algo crucial. Entre os elementos fundamentais, para Tatiane: “não basta conhecimento, deve saber usar seu conhecimento pra prática. É saber articular o que conhece, o que você tem de informação, e fazer aquilo funcionar”. Em geral, para se tornarem referência na enfermaria, precisavam tornar-se “safos”.

Havia ainda outra característica comum entre estes *experts*, já revelada em outro trabalho¹⁹: a relação fetichizada com o conhecimento, com a ciência, com as evidências. Nas entrevistas com os três médicos, todos disseram que o “bom médico” precisava ter vasto conhecimento científico e experiência. Com exceção de Vítor, que colocou experiência e conhecimento científico no mesmo patamar, as outras duas colegas disseram que não confiariam em alguém que tivesse ampla experiência e pouca “ciência”. Pareciam não reconhecer a dimensão política e argumentativa do próprio trabalho, achando que bastava ao “bom médico” saber – ter experiência e ciência -, apenas, de um ponto de vista individual. Acontece com os médicos aquilo que Collins havia visto entre os cien-

tistas, algo como a “cristalização da certeza”²⁰: o processo contingente da prática médica é sublimado em favor do entendimento que o médico que acerta é aquele que sabe, e não aquele que articula seus saberes em meio às sociabilidades daquele grupo, articulando os elementos com destreza.

Assim, estes *experts* vão se construindo no cotidiano, acumulando casos, afiando o discurso, robustecendo sua capacidade de construir hipóteses coerentes e, principalmente, debate-las com os pares. A coesão médica era tão assustadora quanto a distância que guardavam da materialidade física da enfermaria. Esta materialidade era retomada no momento em que a enfermagem imprimia as prescrições médicas em sua “ilha”; a partir deste ponto, todas as contingências – a dinâmica dos corpos, dos instrumentos e técnicas pela enfermaria, a escassez material – emergiam de rompante para a solução possível que só as enfermeiras podiam e sabiam dar.

As enfermeiras e a “gestão das contingências” – o saber fazendo

As enfermeiras falavam pouco não apenas com os médicos, mas também entre si. Quando era preciso fazer alguma intervenção clínica, com base na prescrição médica, elas estavam prontas para isso. Em atividade, estavam quase sempre divididas, silenciosas; se não houvesse dúvidas, nem falavam. Raramente debatiam com o médico sobre o procedimento a ser feito, dificilmente discutiam entre si se havia algo melhor a ser feito. Faziam, todo o tempo.

Falar, para elas, se confundia com perda de tempo e confabulações. Diferente dos médicos, estas *experts* viviam em relações tensas com as colegas. Para Lúcia, há uma diferença clara entre os *experts* que dividem a enfermaria: “vejo o médico muito corporativista, um ajuda o outro; eu não vejo isso na enfermagem”. Tais questões, da ordem das relações entre sujeitos humanos, pareciam sofrer as consequências de um trabalho apressado e custoso. Da mesma forma, as enfermeiras referiam ter dificuldade de refletir sobre o que faziam; inclusive, de articular o que faziam com o conhecimento técnico que tinham. Como nos disse Amanda: “porque parar para falar, ter uma discussão na equipe, isso não dá. É só mesmo na beira do leito... Eu tento trazer a discussão para o procedimento, durante o procedimento”.

Nas entrevistas, referiam que a rapidez com que agiam, o volume das ações que acumulavam, impedia a reflexão pessoal e teórica sobre a prá-

tica, revelavam que esta reflexão era algo custoso em meio à pressa do dia-a-dia. Como nas palavras de Amanda:

a enfermagem fica num dilema: na situação geral da enfermagem, que é aquela de você ter que fazer muitas atividades, se você não ficar na prática, pra tentar poder refletir um pouco, você acaba não conseguindo prestar a assistência. Então, qual a sua escolha?

Estas *experts* aprendiam fazendo, apressada e solitariamente. Elas diziam que faziam porque tinham que fazer e, às vezes, aprendiam enquanto faziam, pedindo ajuda a quem estivesse ao seu lado, fosse a enfermeira chefe, fosse um técnico de enfermagem mais experiente. No intenso labor do dia-a-dia, as enfermeiras construía o seu conhecimento prático, pessoal e transferível na medida do seu silêncio.

Neste cotidiano silencioso e pesado, as enfermeiras falavam a linguagem burocrático-institucional: as usuárias eram referidas pelo número do leito – “a leito dois”, “a leito sete” –, as práticas e frases eram organizadas em consonância com os fluxogramas de atividades e as prescrições devidas. Tendo as ações fracionadas e parciais, desenvolviam saberes e fazeres também fracionados e parciais. Elas lidavam e desenvolviam habilidades muito específicas, dependendo a que atividades estivessem diretamente ligadas; em geral, eram habilidades técnicas manuais e gerenciais. Se estivessem à beira do leito, desenvolviam técnicas eficientes de intervenção quando passavam sondas e acessos, aplicavam medicamentos, coletavam sangue; apuravam o olhar clínico, embora dificilmente desenvolvessem a linguagem como os médicos.

Se estivessem na gestão da equipe, precisavam negociar intensamente com os pares as responsabilidades destes, montar escalas de trabalho, interagir constantemente com outros setores que desconheciam, estes setores, a realidade da enfermaria, tendo que traduzir o sentido de “urgência”, em algumas ocasiões. O conhecimento técnico era importante para legitimar e dar segurança a estas atividades; entretanto, estas profissionais estavam muito mais expostas às circunstâncias limitadoras institucionais e materiais. Elas precisavam desenvolver um senso de adaptação a estas circunstâncias que produziam um corpo de conhecimentos gerados localmente, muitas vezes de maneira individual, em uma interminável e sucessiva “gestão das contingências”.

Elas faziam parte do “mundo enfermaria”, dentro do hospital, e o conhecimento biomédico era parte do arsenal de ferramentas que elas usavam para operar dentro dele. O que era possível

fazer quando estava prescrito um procedimento e não havia material para fazê-lo? Nestas ocasiões, a enfermeira, tendo os argumentos biomédicos à mente, imaginava, com o material que havia à disposição, a possível realização do procedimento de uma maneira prudente. Segue a descrição de Lúcia sobre agir nessas condições:

Aí tu vê um paciente precisando [e diz]: ‘olha, não posso te dar, porque eu tenho um outro paciente que tá com mais necessidade ainda’. Tô vendo a necessidade e não posso agir?! Aí a gente vai pro improviso, mas no improviso tem que se respeitar algumas técnicas; é como passar um cateter vesical de demora [sonda na bexiga para a passagem da urina] sem a bandeja: uso o campo estéril da luva. Tô respeitando o princípio [de assepsia]? Tô, tô tentando manter estéril, mas vai ser 100%? Eu posso garantir?

Nas palavras de Amanda, a questão foi colocada de modo parecido:

[...] se você não tem material, fica complicado. Aí começa a tentar improvisar... primeiro que as coisas não funcionam tão bem quanto era pra funcionar se tivesse o material, e, segundo, que se perde muito tempo tentando montar algo que não existe e se quer criar: corta alguma coisa daqui, coloca o esparadrapo dali... e às vezes não funciona direito

Nos depoimentos anteriores, aparece algo da carência material em que se encontrava o hospital pesquisado. Não entraremos em detalhes sobre essas condições, nem sobre as condições do Sistema de Saúde. Mas vale evidenciar o peso que essas questões tinham sobre o trabalho na enfermaria, sobretudo no da enfermagem.

Para encerrar esta seção, nem sempre as enfermeiras assumiam e consumavam as decisões médicas. Nas raras vezes em que pudemos ver discordância procedimental entre médicos e enfermeiras, esta nunca foi resolvida por meio de argumentos técnicos. Sempre se instaurou o conflito e o dissenso. Quando a enfermagem discordava da prescrição ou da conduta médica, tentava-se argumentar, mas a decisão médica dificilmente era revertida. Parecia não haver termos de diálogo, os argumentos técnicos de um e outro lado não se faziam ouvir. A discordância quase sempre se transformava em conflito, exposto nos termos da linguagem comum, da violência verbal e institucional. Como a prescrição era médica, quase sempre era essa a decisão que prevalecia. Entretanto, quando possível, as enfermeiras conduziam o procedimento do modo que achavam correto, contrariando a decisão médica.

Em resumo, o que foi dito sobre os mundos de médicos e enfermeiras: o dos médicos é

aparentemente ilimitado, transcendente; nele se podem experimentar diversas conjecturas pelo seu relacionamento com a teoria e a experiência clínica, explorar indefinidamente os casos mais complexos, produzir, negociando, inúmeras interpretações e decisões. O da enfermagem é contingente materialmente; a ação de uma enfermeira, sob o seu modo de ver o mundo, deve caber entre a decisão médica, a ação de seus colegas, as vontades das usuárias, os fluxos de outros serviços e setores, aquilo que a instituição consegue proporcionar materialmente... Estavam em “ilhas” distintas, olhavam e operavam o mesmo mundo de distintas maneiras.

A exceção que confirmava a regra: uma “enfermeira aliada”

Sobre a questão da linguagem e o quanto esta interferia na relação entre médicos e enfermeiras, vale uma breve referência a única enfermeira que era procurada pelos médicos quando estes desejavam opinião clínica, antes de tomarem suas decisões. Era Lúcia. Esta dizia, durante a entrevista, que passou a ser tratada pelos médicos com respeito, como uma colega de trabalho, quando mostrou que também conhecia e manipulava o dialeto clínico. A enfermeira referiu ainda que esta sua característica nunca foi interpretada por qualquer médico como algo ameaçador, que nunca foi desautorizada a usar tal dialeto ou opinar quando achasse conveniente. Os médicos gostavam e diziam contar apenas com ela. Sobre sua relação com os médicos, disse:

[...] no caso da relação com os médicos, você consegue uma melhor relação com eles através do conhecimento. O conhecimento, ele é poder, a informação tem um poder. Então, quem tem mais informações é que se sente superior; quem não tem, é desprovido, fica subordinado

Lúcia revelou, na entrevista e na observação, certo encantamento com o conhecimento biomédico. Este encantamento a levou a desenvolver-se nestes argumentos, inclusive no afiamento do dialeto clínico. Isto a fez interagir com os portadores diretos e legítimos deste dialeto, os médicos. Quanto a isso, Lúcia dizia ainda sentir-se insegura em sustentar um diálogo baseado na linguagem clínica dos médicos:

[...] às vezes, sendo sincera, eu fico com receio por falta de termo técnico. Mas por estar tão imbuída na prática, sessenta horas todo o dia aqui, eu gostaria de estudar mais e alguns termos técnicos caem em desuso. E quando preciso lançar mão, eu consigo reproduzir o que o paciente falou: “é dor na

barriga”, “a dor na lombar”, mas não vem de imediato, por exemplo “lombalgia”, “disúria”

Para lidar com a dificuldade de desenvolver-se no dialeto médico, a enfermeira buscou aprender a interpretar exames na tentativa de aprimorar a sua interação com aqueles profissionais; e ela tem conseguido, como disse na seguinte passagem:

[...] porque ele [médico] lê exame de imagem como ninguém, interpreta aquele laudo perfeitamente. Eu não, porque eu não aprendi isso. Por exemplo, analisar raio X, eu não tive nenhuma disciplina, nenhuma aula sobre isso, e eles já tiveram, porque o foco deles é diagnóstico. Mas como eu fiz um curso à parte, eu consigo falar: ‘o que é que vocês acham? Tem uma área congesta, né?’, ‘Th, esse raio X tá ruim, tá rodado!’; aí eles me olham assim [faz um gesto expressando surpresa, com os olhos]

A enfermeira dá ainda outro exemplo sobre essa tentativa de interação com a equipe médica, um exemplo que trata com clareza da naturalidade com que estes profissionais deixam de interagir no cotidiano:

[...] eles [médicos] pegam o resultado da gasometria [exame que tem o objetivo de quantificar a configuração dos gases sanguíneos] e voltam; quando chegam [pergunto]: ‘e aí, como é que tá o resultado da gasometria?’, aí eles falam: ‘ah, tá melhor’. Eu falei: ‘melhor como? Como é que está esse PH [Índice que faz referência ao equilíbrio ácido-base em soluções]?’ [...] Nesse [episódio] da gasometria, eu mostrei pra eles que eu sabia ler. Às vezes eu joga alguma coisa assim pra eles verem que eu não estou desantennada; e isso é legal, porque eles [vêm]: ‘olha aqui esse outro resultado, o que é que você acha?’. Isso até motiva a estudar mais, até pra sempre estar à altura de poder conversar com eles.

“Estar à altura de poder conversar com eles”... Muito está contido nesta frase, quase toda a distância entre estes profissionais. Quando perguntada diretamente como eles reagiam quando ela os surpreendia com tais respostas, disse assim: “Se surpreendem, aí eles ficam abertos à comunicação. Eu percebo, quando mostro que sei, que eles gostam, e percebo que eles nos veem como aliado”. “Nos veem como aliado”...

Médicos e enfermeiras em interação – a dinâmica do “conflito latente”

Na entrevista com Erika, quando perguntada se conseguia recordar alguma ação compartilhada com os médicos que a tivessem marcado, assim respondeu a enfermeira, secamente: “Não. Geralmente as ações que fiz foram com enfermeiros”.

Era como se não concebesse os médicos articulados às suas ações, como se todas as barreiras os fizessem invisíveis, no dia-a-dia.

Contudo, a invisibilidade é aparência, por mais contraditória que esta frase possa parecer. Nas palavras de Lúcia, médicos e enfermeiras experimentavam, cotidianamente, a dinâmica do “conflito latente”:

tem o conflito latente, isso é muito presente: você tá aqui, aí chega o outro e não fala ‘bom dia’; isso hoje, amanhã é a mesma coisa; ele te olha diferente, são comportamentos que denunciam esse conflito latente; ele é percebido, porém ele não é falado, e isso atrapalha, com certeza, na assistência

O “conflito latente” atravessava a prática, a prestação direta das ações. Dessa forma, atingia também os sujeitos que necessitavam destas ações. Sobre tal interferência direta na prestação do cuidado, Lúcia disse o seguinte:

[...] com o médico, eles entram e não se identificam, não falam ‘bom dia’, você está ali e nada... só vai te perguntar se for interessante; tem paciente aqui que eles vêm e falam com a gente: ‘ah, terminou? Como é que tá as fezes? E a ferida, você fez o curativo?’; e acabou, não quer mais saber de nada. [...] Você só fala o necessário, só o necessário. E o que é necessário?

“O que é necessário?” Nesta dinâmica, parecia que a ação médica era aquela necessária para lidar com as “necessidades” das usuárias. Lúcia disse como esta questão a afeta:

[...] com o médico você tem que conquistar, e quando são aqueles que você pouco convive, como é que se conquista? E aí você vê, por um comportamento não verbal, pela leitura do corpo, que ele “tá” te tratando como um subordinado; ele só te recorre quando ele necessita. Porque eu percebo vários deles fechados, e ficam entre eles, parece um clã. Mas até a própria conformação do setor já tá dizendo que existem “ilhas”. Mas, e na beira do leito? É de quem? [...] Quando é o enfermeiro que “tá” ali, eles [médicos] vêm entrando, ‘interrompe um pouco o banho pra escutar o coração, é rapidinho’; mas eu sou profissional, não me respeita? Eu posso estar avaliando, e eu necessito da atenção desse paciente, e ele me roubou a atenção; mas eu não vou discutir ali porque é na frente de um paciente... e a ética, com relação a um outro profissional? Mas depois a gente: ‘ah, passou...’ Mas é sempre...

O conflito é latente pois era normalizado e naturalizado no cotidiano na forma do silêncio. As discussões não explícitas pareciam se materializar como limites às práticas, o que está claro nas passagens de Lúcia, assim como na seguinte, de Amanda:

[...] acontece da gente estar fazendo algum procedimento, precisar fazer algum procedimento, e aí o médico quer porque quer que seja feito o procedimento que ele quer, naquele momento, que ele precisa fazer; não sabe esperar, porque existem prioridades... então, tem que ver qual é a prioridade... qual o procedimento que é prioritário? E, às vezes, isso acaba sendo atropelado pelo médico porque ele acha que tem todo o... como se fosse esse o território dele

Através destes depoimentos de Lúcia e Amanda se reafirmam as distâncias entre os dois coletivos. Particularmente nestes trechos anteriores, se vê que médicos e enfermeiras, no cotidiano, estavam pouco interessados e solidários ao fazer do outro. Os médicos decidiam lá, as enfermeiras davam conta de suas demandas cá, e se houvesse que habitar um perímetro comum, a pressa do médico era mais valiosa. A tensão deste cotidiano cindido alimentava o “conflito latente”, que latejava em cada procedimento e na vida de cada usuária, mas que se sustentava no silêncio e na ordem operante naquela enfermaria. Uma ordem médica.

Para não concluir...

Ordem médica que, para tornar-se visível, foi necessário compreender sua articulação com a linguagem, com os saberes, com as técnicas, além das questões corporativo/profissionais. Compreensão possível através da imersão no cotidiano, que se fez nesta pesquisa. O que garante esta Ordem não é simplesmente o médico ou o seu status profissional – embora isto esteja garantido –, ela é transversal a tudo o que se faz na enfermaria: está na prescrição e na aplicação de um medicamento; está no modo como se refere a uma usuária; está no masculino médico e feminino enfermeira; está nas palavras e nas vestimentas de cada um destes profissionais; está na ilha de enfermagem e na ilha de medicina. A Ordem médica é invisível e é estruturante do “conflito latente”, e se reproduz sob um estridente silêncio. Como Ordem, se manifesta sem a consciência clara dos sujeitos, atravessa os corpos e as falas sem qualquer estranhamento, como se vê nas palavras da médica Tatiane, quando fala sobre a relação com a equipe de enfermagem:

[...] aqui é muito difícil! Eles são mais refratários. Na [clínica privada em que trabalha] eles são mais tranquilos: os enfermeiros vêm, eles conversam, e as coisas são trocadas, tipo: ‘doutora, você não acha que tem que fazer aquilo? Doutora você

não acha que tem que fazer aquilo outro?... é um pouco diferente. Aqui não, aqui você tem que ficar em cima: 'quem tá com acesso [passagem venosa provocada por instrumentos para a infusão de substâncias externas]? Quem não tá com acesso? Tem que trocar o acesso! Porque é que não tirou o acesso, ainda?

Para a médica, a colaboração da enfermagem se concretiza no momento em que os componentes desta a reconhecem como referência e quando cumprem as prescrições como determinado. Isso é natural e cotidiano, as enfermeiras e os médicos não problematizam este tipo de fala: ela flui. O estranhamento é um elemento externo.

Para não encerrar as questões aqui expostas, caminharemos para o fim deste artigo propondo uma provocação. Na década de 60, Thomas Kuhn lançou a controversa Tese da “incomensurabilidade”^{11,21,22}, para dizer de grupos que, na ciência, disputavam a liderança político-epistêmica em um determinado campo científico. Entre estes grupos, a partir de um conjunto teórico-prático-axiológico comum a cada grupo, haveria algo como uma barreira, como uma quebra das possibilidades de interlocução, pois os grupos seriam portadores de visões de mundo diferentes e in-

compatíveis¹¹, logo, incomensuráveis. Não haveria consenso possível entre esses grupos.

Já na década de 90, após décadas de revisão e debate sobre a Tese de Kuhn²³, Mario Biagioli lançou o argumento que a “incomensurabilidade” poderia se dar, também, em virtude de processos por meio dos quais as identidades socioprofissionais são formadas. Nesta nova interpretação, a barreira entre grupos distintos seria motivada – através da teoria, da técnica e dos valores compartilhados – por interesses sócio-profissionais específicos e cativada na relação entre os representantes destes. Biagioli qualificou como “incomensurabilidade sócio-profissional” esta sua proposta^{21,24}.

Tendo em consideração tudo o que trouxemos até aqui – enfatizando os aspectos contextuais desta pesquisa, que se dá em um determinado tempo e lugar – lançamos à área da Saúde Coletiva a seguinte provocação: seriam os saberes, práticas e valores, de médicos e enfermeiras, incomensuráveis? Caso sejam, o que poderemos fazer a respeito?

Será que tivemos o azar de pesquisar em uma instituição *sui generis*? Gostaríamos de acreditar que tivemos essa falta de sorte.

Colaboradores

LAP Gonçalves foi responsável pela redação e concepção do artigo. LAP Gonçalves, ALO Mendonça e KR Camargo Júnior são responsáveis pelo alinhamento teórico-metodológico, análise e interpretação dos dados e pela revisão crítica final.

Agradecimentos

Agradecemos aos sujeitos que aceitaram participar da nossa pesquisa e também aos colegas do Grupo de Estudos Sociais em Tecnociência e Saúde – BIOMEDSCI –, sediado no IMS/UERJ, que em muito contribuíram para que a pesquisa e o artigo acontecessem.

Referências

1. Castro Santos LA. A duras penas: estratégias, conquistas e desafios da enfermagem em escala mundial. *Hist Cienc Saúde Manguinhos* 2008; 15(1):13-28.
2. Castro Santos LA, Faria L. As Ocupações Supostamente Subalternas: o exemplo da enfermagem brasileira. *Saúde de Soc* 2008; 17(2):35-44.
3. Machado MH. Sociologia de las profesiones: un nuevo enfoque. *Educ Med Salud* 1991; 25(1):28-36.
4. Pereira Neto AF. Interfaces da História da Enfermagem: uma potencial agenda de pesquisa. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006; 10(3):524-531.
5. Camargo Júnior KR. Das Necessidades de Saúde à Demanda Socialmente Construída. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, Abrasco; 2005. p. 91-101.
6. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
7. Oliveira AM, Lemes AM, Machado CR, Loyola e Silva F, Miranda FS. Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010; 10(Supl. 2):S433-S439.
8. Gonçalves LAP. *Medicina e Enfermagem – saberes e práticas incomensuráveis? Uma abordagem à luz da hermenêutica e dos science studies* [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2014.
9. Rorty R. *A Filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994.
10. Collins H, Evans R. *Repensando a expertise*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
11. Kuhn T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 2ª ed. São Paulo: Perspectiva; 1978.
12. Latour B, Woolgar S. *A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997.
13. Videira AAP. Fenomenologia hermenêutica das ciências naturais: os desafios do Science Studies. *Ekstasis: revista de fenomenologia e hermenêutica* 2013; 1(2):13-40.
14. Spink MJP, Menegon VM. A pesquisa com prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink MJ. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 1999. p. 63-92.
15. Latour B. *Reagregando o Social: uma introdução à teoria do Ator-Rede*. Salvador, Bauru: Edufba, Edusc; 2012.
16. Vargas HM. Sem perder a megestade: “profissões imperiais” no Brasil. *Estudos de Sociologia* 2010; 15(28):107-124.
17. Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade (o médico e seu mercado de trabalho)*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora; 1975.
18. Fleck L. *Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
19. Camargo Júnior KR. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad Saude Publica* 2003; 19(4):1163-1174.
20. Collins H. *Mudando a Ordem: Replicação e indução na prática científica*. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2011.
21. Mendonça ALO, Videira AAP. Progresso científico e incomensurabilidade em Thomas Kuhn. *SCIENTIAE studia* 2007; 5(2):169-183.
22. Tossato CR. Incomensurabilidade, comparabilidade e objetividade. *SCIENTIAE studia* 2012; 10(3):489-504.
23. Mendonça ALO. O legado de Thomas Kuhn após cinquenta anos. *SCIENTIAE studia* 2012; 10(3):535-560.
24. Biagioli M. The anthropology of incommensurability. *Studies in the History and Philosophy of Science* 1990; 21:183-209.

Artigo apresentado em 09/01/2017

Aprovado em 15/03/2017

Versão final apresentada em 17/03/2017