

SÉRIE ENFERMAGEM



.....

# FUNDAMENTOS DE SAÚDE COLETIVA E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

.....

Copyright © 2013 Editora Manole Ltda., por meio de contrato com as autoras.

Este livro contempla as regras do acordo ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil.

Projeto gráfico: Texto & Arte Serviços Editoriais

Editoração eletrônica: Francisco Lavorini

Capa: Eduardo Bertolini

Ilustrações: Mary Yamazaki Yorado

Imagem do frontispício – iStockphoto®

Logotipo: Copyright © Associação Brasileira de Enfermagem – Seção São Paulo (ABEn-SP)

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de  
enfermagem / organizadoras Cassia Baldini Soares,  
Celia Maria Sivalli Campos. -- Barueri, SP :  
Manole, 2013. -- (Série enfermagem)

Vários autores.

ISBN 978-85-204-3018-7

1. Cuidados primários de saúde 2. Enfermagem em  
saúde pública 3. Saúde pública I. Soares, Cassia  
Baldini. II. Campos, Celia Maria Sivalli.  
III. Série.

12-13793

CDD-610.734

Índices para catálogo sistemático:

1. Cuidados primários na saúde pública :

Promoção : Enfermagem 610.734

2. Enfermagem : Cuidados primários na  
saúde pública : Promoção : Ciências médicas  
610.734

Todos os direitos reservados.

Nenhuma parte deste livro poderá ser reproduzida, por qualquer  
processo, sem a permissão expressa dos editores.

É proibida a reprodução por xerox.

1ª edição – 2013

Direitos adquiridos pela:

Editora Manole Ltda.

Avenida Ceci, 672 – Tamboré

06460-120 – Barueri – SP – Brasil

Fone: (11) 4196-6000 – Fax: (11) 4196-6021

www.manole.com.br

info@manole.com.br

Impresso no Brasil  
Printed in Brazil

**CONSELHO EDITORIAL**

Profa. Dra. Ana Llonch Sabatés

Universidade Guarulhos – São Paulo – Brasil

Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdman

Universidade Federal de Santa Catarina – SC – Brasil

Profa. Dra. Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

Universidade de São Paulo – SP – Brasil

Profa. Dra. Luz Angelica Muñoz Gonzalez

Universidad Andrés Bello – Santiago – Chile

Profa. Joscélia Dumet

Universidade Federal da Bahia – Salvador – Brasil

## ENFERMAGEM COMO PRÁTICA SOCIAL E TRABALHO EM EQUIPE

MARINA PEDUZZI  
ADRIANA MARQUES DA SILVA  
MARIA ALICE DIAS DA SILVA LIMA



### PONTOS A APRENDER

1. Por que a enfermagem pode ser compreendida como prática social, ao mesmo tempo que também pode ser entendida como profissão e como disciplina ou área de conhecimento.
2. O que é trabalho e processo de trabalho.
3. Divisão social e técnica do trabalho.
4. Características do trabalho em saúde e do trabalho de enfermagem.
5. Mudanças no mundo do trabalho na contemporaneidade e suas repercussões no setor de saúde e no trabalho de enfermagem/enfermeiro.
6. Trabalho em equipe de enfermagem e equipe de saúde.



### PALAVRAS-CHAVE

Trabalho, processo de trabalho, divisão do trabalho, processo de trabalho em saúde, processo de trabalho de enfermagem, trabalho em equipe.



### ESTRUTURA DOS TÓPICOS

Introdução. Trabalho e processo de trabalho. Divisão técnica e social do trabalho. Processo de trabalho em saúde e enfermagem. Processo de trabalho de enfermagem e do enfermeiro. Modelos de organização do trabalho de enfermagem. Mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões no trabalho de enfermagem. Trabalho em equipe de enfermagem e de saúde. Resumo. Propostas para estudo. Referências bibliográficas. Para saber mais.

## INTRODUÇÃO

A enfermagem é reconhecida como profissão e, ao mesmo tempo, como disciplina, e há um entrelaçamento entre ambas, profissão e disciplina. Contudo, esse reconhecimento tende a ocultar um aspecto que é aqui destacado – trata-se de profissão e disciplina constituída ao longo de um processo histórico e social, assim como as demais áreas e todo o campo da saúde.

Ao se referir sobre o caráter histórico e social da enfermagem, busca-se ir além de uma mera abordagem cronológica de datas e fatos, bem como de uma análise restrita às técnicas e procedimentos da área. Procura-se alcançar uma compreensão ampla e contextualizada do que a sociedade reconhece como ações que constituem o cuidado de enfermagem e a inserção de seus agentes no mundo do trabalho.

É justamente a característica de ação ou intervenção sobre determinadas necessidades humanas, as necessidades de cuidado, que confere à enfermagem a marca de prática social. Nesse sentido, as ações que os profissionais de enfermagem executam no exercício de seu trabalho constituem prática social, pois há um modo construído historicamente e reconhecido pela sociedade como legítimo de desempenho do conjunto de atividades próprias da enfermagem. Essas atividades, as concepções que lhes dão suporte e a lógica com que são executadas, resultam de complexos processos sociais que as configuram como práticas sociais.

Antes de prosseguir analisando a enfermagem como prática social, cabe retomar o que a diferencia como profissão e como disciplina. O termo “profissão” refere-se ao domínio de um saber específico que requer um extenso período de formação, com base no qual são realizadas atividades próprias respaldadas também por um conjunto de valores que configura sua ética profissional<sup>1</sup>. O saber e as atividades específicas asseguram um dado monopólio do mercado de trabalho, ou seja, somente as pessoas com o respectivo domínio de saber e das ações podem exercer a profissão. Alguns autores apontam que as ocupações, para serem reconhecidas como profissões, passam por um processo que contempla cinco etapas: tornam-se ocupação de período integral, são criadas escolas específicas para a formação profissional, são constituídas associações próprias, são regulamentadas como profissão e adotam um código de ética profissional<sup>2</sup>.

Quanto ao caráter de disciplina, adota-se a concepção de Japiassu<sup>3</sup>, que entende disciplina “como sinônimo de ciência, muito embora o termo ‘disciplina’ seja mais empregado para designar o ‘ensino de uma ciência’, ao passo que o termo ciência designa mais uma atividade de pesquisa”. Esse autor acrescenta que disciplina é a “progressiva exploração científica especializada numa certa área ou domínio homogêneo de estudo”. Quando se faz referência à disciplina, está-se nomeando uma dada área de conhecimento ou o ensino dessa área.

Assim, a enfermagem moderna é, a partir de meados do século XIX, gradativamente reconhecida como profissão e passa, desde então, a configurar um saber próprio, o saber de enfermagem. Esse saber não nasce como disciplina e ciência, mas como um que tem sua origem na prática dos agentes da enfermagem<sup>4,5</sup>.

A abordagem das práticas sociais também remete à articulação existente entre as diferentes práticas, pois sua constituição ocorre no entrelaçamento dos processos sociais, econômicos, políticos e culturais. Isso significa que há uma relação recíproca entre as práticas sociais, umas influenciando as outras, todas configurando uma rede com conexões e interfaces. Nesse sentido, a prática de enfermagem pode ser melhor e mais profundamente entendida por referência às práticas de saúde e vice-versa. Abordar a enfermagem como prática social significará compreender que esta não se constitui de forma isolada das demais práticas e estranha às dimensões referidas: sociais, econômicas, políticas e culturais. Significará também reconhecer a enfermagem como trabalho, visto que a apreensão mais efetiva das suas práticas sociais se dá justamente na dimensão de trabalho<sup>1</sup>.

Dessa forma, a seguir serão apresentadas as concepções de trabalho, processo de trabalho e divisão do trabalho. Estas permitirão analisar as características do processo de trabalho em saúde, no qual participam as diferentes categorias de profissionais de enfermagem, e do processo de trabalho de enfermagem, com destaque para o processo de trabalho do enfermeiro. Também serão abordadas as mudanças no mundo do trabalho que ocorrem desde os anos 1970, suas repercussões no setor de saúde e no trabalho de enfermagem e seus desdobramentos no trabalho em equipe.

## TRABALHO E PROCESSO DE TRABALHO

As análises de trabalho em saúde e enfermagem desenvolvidas no Brasil e na América Latina tomaram como base o conceito marxista de trabalho, o que remete, inicialmente, ao resgate de sua concepção original.

Trabalho, para Marx<sup>6</sup>, “é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Ao longo da história, é por meio do trabalho que os homens respondem às suas necessidades. Elas são fruto de uma construção social, visto que é por meio de processos sociais que homens e mulheres reconhecem determinados carecimentos como necessidades legítimas que devem ser atendidas. Nesse processo configuram-se necessidades heterogêneas entre os diferentes grupos sociais. Embora resultantes de processos de construção social, a expressão e satisfação das necessidades sociais ocorrem concretamente para cada um dos indivíduos, o que mostra o entrelaçamento das dimensões sociais coletivas e individuais.

Liedke<sup>7</sup>, tomando por base a obra de Marx intitulada *O Capital*, salienta que, agindo sobre as forças da natureza, o homem transforma os recursos naturais em formas úteis à vida e, conseqüentemente, transforma a si mesmo, uma vez que sobre o material manuseado foi idealizado previamente um projeto, atribuindo, assim, um significado ao seu próprio trabalho.

Diz-se, então, que o homem faz parte da natureza, mas consegue diferenciar-se dela por sua ação livre e intencional ao executar um trabalho. A partir desse domínio sobre a natureza, o homem pode desenvolver sua existência sobre a Terra, destacando-se dela como realidade humana. Assim, o trabalho é a atividade orientada a um fim, o trabalho é um processo de transformação<sup>6</sup>.

O trabalho modifica-se ao longo do tempo, adquirindo características distintas em diferentes períodos históricos – como ocorre, por exemplo, nas sociedades escravistas, na economia feudal e na capitalista. Importante observar que as modificações se dão em dois planos interligados: de um lado, nos meios de produção, na dimensão técnica e, de outro, nas relações de produção entre os indivíduos

que participam do processo produtivo, destacando-se os diferentes e desiguais modos de inserção das pessoas no trabalho<sup>8</sup>.

A compreensão do conceito de trabalho, no contexto de economia capitalista, segundo Rubin<sup>8</sup>, requer o reconhecimento de seu duplo caráter, ou seja, da distinção “entre o trabalho como uma totalidade de métodos técnicos (trabalho concreto) e o trabalho observado do ponto de vista de suas formas sociais na sociedade mercantil-capitalista (trabalho abstrato ou trabalho humano geral)”. É exatamente esse duplo caráter de concreto e de abstrato que permite compreender o trabalho como produção de valor, de capital. O trabalho concreto corresponde ao valor de uso – a produção de bens ou serviços que têm utilidade para as pessoas. O valor de uso está voltado à satisfação das necessidades humanas; a criação de valores de uso faz do trabalho momento de realização do ser social. Contudo, todo trabalho é ao mesmo tempo trabalho humano abstrato, gerador de mercadorias. Estas caracterizam-se pelo seu valor de troca e se destinam ao mercado. Pode-se dizer que mercado, de forma genérica, é toda relação entre demanda e oferta mediada por um preço. O trabalho abstrato, independentemente das variações das características particulares dos diversos ofícios e seus produtos, passa a ser representado por um equivalente universal de valor de troca, que é o dinheiro<sup>6,9</sup>.

Portanto, é possível reconhecer no trabalho e no processo de trabalho, este último com sua configuração na esfera microsocial do exercício cotidiano de trabalho, uma dupla dimensão: de um lado, trabalho criativo com potência emancipatória e, de outro, trabalho como alienação e exploração da força de trabalho, da capacidade humana de trabalho<sup>9</sup>.

No desempenho da ação, o profissional pode usar o que já está construído, estabelecido, dando ênfase às tarefas e aos procedimentos, com tendência a um processo de trabalho manual e repetitivo, com uma produção que, ao longo do tempo, aliena o trabalhador. Porém, sempre há possibilidade para que seja questionada a lógica estruturada de produção de cuidados, mesmo nos processos mais arraigados. Assim, o trabalhador pode ampliar sua atuação e autonomia, considerando-se que existe um espaço de exercício de autonomia do trabalhador e que a criatividade pode ser explorada para inventar

novos processos de trabalho, desenvolvendo novas formas de cuidado em saúde<sup>10</sup>.

### **DIVISÃO TÉCNICA E SOCIAL DO TRABALHO**

A autonomia no trabalho refere-se ao espaço que o trabalhador tem para tomada de decisão fundamentada nas avaliações que faz das necessidades de saúde dos usuários/população e de outras relacionadas ao serviço, equipe e demais aspectos do trabalho e, como referido anteriormente, está relacionada às mudanças que podem ser introduzidas no trabalho, particularmente no cuidado em saúde e no cuidado de enfermagem.

Contudo, a autonomia profissional dos trabalhadores de enfermagem é limitada à específica esfera de atuação e responsabilidade de cada categoria que compõe a área no país: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem e, portanto, não contempla todo o processo de trabalho de enfermagem. Isto pode ser compreendido se considerado o processo de divisão do trabalho em saúde e enfermagem.

Até meados do século XVI, o modelo de trabalho predominante era o artesanal, no qual cada trabalhador conhece todas as fases do processo de trabalho em que está envolvido, desde a obtenção da matéria-prima à finalização do produto. Mas nessa época a manufatura introduziu a divisão técnica do trabalho, ou seja, o parcelamento de um dado processo de trabalho que dá origem a diferentes tarefas, cada qual responsável pela execução de um número delimitado de ações que, no conjunto, resultam no produto final<sup>11,12</sup>.

A divisão técnica do trabalho, por um lado, aumenta expressivamente a produção e, de outro, fragmenta-a. Caracteriza um processo que ocorre em todos os setores de produção, inclusive na saúde, que pode ser reconhecida no processo histórico de conformação das diversas profissões da saúde.

Na área de enfermagem, ocorre um processo interno de divisão do trabalho, que resultou no Brasil da atualidade nas diversas categorias profissionais já referidas. No exercício cotidiano do trabalho, essa divisão acarreta a fragmentação das ações e, sobretudo, uma marcante separação entre a concepção e a execução do cui-

dado de enfermagem, expressa pelo fracionamento do denominado cuidado direto e indireto. O primeiro é referido a um tratamento realizado por meio da interação com o(s) paciente(s) e o segundo, entendido como um tratamento realizado distante do paciente, mas em benefício de um grupo de pacientes<sup>13</sup>. No Brasil, as ações de cuidado direto são executadas majoritariamente pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio, e as de cuidado indireto, que envolvem, inclusive, as de cunho gerencial – como planejamento e gerenciamento do cuidado e do serviço –, são realizadas pelos enfermeiros<sup>14</sup>.

A divisão do trabalho de enfermagem, e as desigualdades que ela reproduz, usualmente acarreta tensão nas relações profissionais que compromete a qualidade da assistência de enfermagem, pois o produto final do cuidado dela resulta da conexão das ações executadas pelos trabalhadores das três categorias, e não isoladamente pelas intervenções de cada um deles. Portanto, seja no sentido de garantir a qualidade da assistência, seja no sentido da emancipação dos profissionais e de sua satisfação no trabalho, entende-se como necessário o reconhecimento dessa tensão e o seu enfrentamento por meio da negociação e diálogo.

### **PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E ENFERMAGEM**

O processo de trabalho consiste em uma importante categoria de análise e tem servido de apoio para vários estudos sobre trabalho em saúde e em enfermagem.

As pesquisas sobre o trabalho na área da saúde iniciaram-se nos anos de 1960 na América Latina, com os estudos de educação médica de Juan César Garcia, e no Brasil nos anos de 1970, com Maria Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca. Além destes, estudiosos como Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, Lília Blima Schraiber, Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner Souza Campos produziram uma interlocução com os conceitos marxistas de trabalho, buscando melhor compreensão das dimensões e elementos do processo de trabalho em saúde, considerando a historicidade das práticas.

Na enfermagem, dentre os autores que estudam o processo de trabalho, destacam-se Maria Cecília Puntel de Almeida, que desenvolveu a primeira tese utilizando o trabalho como categoria analíti-

ca em 1984, Cristina Melo e Graciete Borges Silva em 1986, Brigitta Elsa Pfeiffer Castellanos em 1987 e Denise Pires em 1989, entre outros.

No processo de trabalho, destacam-se seus elementos constituintes: a atividade adequada a um fim, que é o próprio trabalho; o objeto de trabalho, que é a matéria a ser transformada, em seu estado bruto ou resultante de um trabalho prévio; os meios de trabalho, os instrumentos utilizados pelo trabalhador nesse processo<sup>6</sup>; e os agentes, que devem ser analisados no interior das relações recíprocas entre o objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo da divisão do trabalho<sup>14</sup>.

A Figura 7.1 mostra o processo de trabalho e seus elementos constituintes: objeto de trabalho, instrumentos, agentes do trabalho e finalidade.



Figura 7.1 O processo de trabalho. Adaptada de Mendes-Gonçalves<sup>15</sup>.

É por meio do agente que é possível observar e expressar a existência concreta de uma dinâmica entre saberes, instrumentos e atividades do processo de trabalho. O agente viabiliza o processo por meio da inserção das ferramentas entre ele próprio e o objeto de intervenção, com certa finalidade que ele tem em mente. Nessa finalidade estão expressos o projeto de trabalho já dado *a priori* e outros dos quais o trabalhador é portador como cidadão e como sujeito do processo, uma vez que traz para dentro do trabalho projetos de caracteres coletivos e pessoais.

O objeto do trabalho é o aspecto específico, recortado da realidade, sobre o qual incide a atividade do trabalho, é o foco dele. A ação do trabalhador dirigida ao objeto requer instrumentos adequados. Assim sendo, de um lado são os instrumentos que possibilitam uma aproximação e transformação do objeto de trabalho; e por outro, são as características do objeto e a finalidade do trabalho que determinam os meios e ferramentas necessários<sup>4</sup>.

Os instrumentos do trabalho são desenvolvidos historicamente pelo sujeito que amplia sua possibilidade de intervenção sobre o objeto e podem ser tanto materiais como imateriais, por exemplo, os saberes, o conhecimento e a informação<sup>15</sup>.

Importante aspecto para compreender como se formaram os processos de trabalho em saúde e enfermagem são as concepções de processo saúde-doença, visto que estas possibilitam destacar e recortar, do conjunto do fenômeno saúde e doença, o que se constituirá em objeto de trabalho ou de intervenção profissional.

Assim, cabe reconhecer que a partir do século XVIII, no contexto histórico-social de conformação da modernidade, constituem-se duas dimensões do processo saúde-doença, pautadas na mesma concepção – uma no corpo individual, com instrumental clínico, e outra no âmbito do coletivo, com instrumental da epidemiologia –, que dão origem a duas finalidades distintas e complementares de processo de trabalho em saúde: a recuperação da força de trabalho e o controle de doenças em escala social<sup>15,16</sup>. Na primeira dimensão, com base nas ciências básicas da fisiologia, patologia e anatomia, a doença passa a ser concebida como alteração morfofuncional, localizada no corpo e que é abordada pelo saber da clínica anatomopatológica. Na segunda dimensão, que deriva das experiências com as epidemias e da capacidade de formalização matemática do raciocínio abstrato, constitui-se o saber da epidemiologia. Este saber se articulou, no final do século XIX e início do século XX, com ações baseadas no saneamento ambiental, na educação em saúde e nas intervenções coletivas das práticas de saúde, que deram origem ao campo da saúde pública<sup>16</sup>.

Embora as abordagens clínica e epidemiológica sejam complementares, observa-se o predomínio da primeira que, inclusive, influencia de forma expressiva a segunda. Isso tem repercussão na concepção de processo saúde-doença, que vai se constituindo e con-

solidando, pois deixa de ser reconhecido o seu caráter imediatamente social e coletivo, prevalecendo sua percepção como um bem compreensível e consumível somente no plano individual.

Esse cenário mantém-se hegemônico até a atualidade – início da segunda década do século XXI –, porém convive com o debate que se estabeleceu ao longo da segunda metade do século XX entre profissionais de saúde, pesquisadores e vários atores sociais, em torno das múltiplas dimensões do processo saúde-doença. Esse debate permite o reconhecimento de outras dimensões para além da biológica, em especial do âmbito psicossocial, resultando no que se denomina modelo biopsicossocial. Este, por sua vez, representa um deslocamento para além do âmbito exclusivamente biológico do processo saúde-doença e coloca em questão a necessidade de construir um modelo de atenção integral à saúde.

Embora esse deslocamento do âmbito biológico para a teoria multifatorial do processo saúde-doença tenha sido o possível e seja o hegemonicamente aceito, do ponto de vista da saúde coletiva não significa atenção integral à saúde. Entende-se que o modelo de atenção integral está em construção no cenário brasileiro, em especial, no processo de consolidação das políticas públicas de saúde que configuram o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, na atualidade se reconhece no processo de trabalho em saúde a finalidade de atenção integral às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidade, ou seja, a necessidade não apenas de recuperação da saúde, mas também de promoção dela e prevenção de agravos<sup>1</sup>.

Convém destacar também que, no processo de trabalho em saúde e enfermagem, a produção e o consumo ocorrem simultaneamente, ou melhor, os indivíduos portadores de necessidades de saúde recebem imediatamente o resultado da intervenção realizada, pois o trabalho no setor de saúde caracteriza-se como produção em serviço<sup>17</sup>. Por isso, o trabalho em saúde e enfermagem é considerado produção não material, que se completa no ato de sua realização, sempre permeado por relações interpessoais<sup>18,19</sup>.

Desse modo, o trabalhador em saúde e enfermagem é diretamente produtor dos cuidados e das ações assistenciais, ações estas que devem buscar a máxima qualidade, incluindo a competência técnica-científica, comunicativa e ética, bem como a viabilidade econômico-financeira para a sua realização.

## PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM E DO ENFERMEIRO\*

O processo de trabalho de enfermagem reúne diferentes categorias profissionais representadas pelo enfermeiro e pelos trabalhadores de enfermagem de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem. Assim, cabe esclarecer que o processo de trabalho de enfermagem e do enfermeiro não são equivalentes, pois estes agentes desenvolvem atividades distintas e também respondem por esferas de responsabilidade diferente. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro tanto a execução de cuidados de enfermagem como a responsabilidade pelo conjunto de ações de cuidado desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

O estudo pioneiro de Almeida e Rocha<sup>4</sup> analisa o trabalho do enfermeiro como gerente da assistência de enfermagem e da organização institucional. Pesquisa empírica posterior de Castellanos<sup>21</sup> confirma a ênfase no trabalho gerencial do enfermeiro em instituição hospitalar, mas destaca que essa atuação é constituída por dois diferentes processos: o processo de trabalho cuidar e o processo de trabalho administrar.

A literatura sobre o processo de trabalho de enfermagem destaca que este é constituído por duas dimensões: assistencial e gerencial<sup>4,14,19,20-27</sup>. Esses estudos têm em comum a interpretação de que a enfermagem configura historicamente um processo de trabalho orientado em duas direções: por um lado, a execução de ações de cuidado de enfermagem, que representa a dimensão assistencial e, de outro, ações voltadas para os agentes do trabalho, o ambiente e a instituição, que constitui a dimensão gerencial. Os estudos também mostram que, no Brasil, as ações de cuidado vêm sendo executadas majoritariamente pelos profissionais de enfermagem de nível médio, técnicos e auxiliares de enfermagem, e as ações de caráter gerencial pelos enfermeiros.

Cabe destacar que pesquisas empíricas desenvolvidas analisam a indissociabilidade das duas dimensões do processo de trabalho de

\* A análise dos conceitos de processo de trabalho de enfermagem e do enfermeiro foi elaborada com base no capítulo do referencial teórico de Silva<sup>20</sup> e contribuições das demais autoras.



enfermagem, tanto nos serviços hospitalares como na Rede Básica de Saúde<sup>19,22-24,28</sup>. Os autores propõem o gerenciamento do cuidado como expressão da articulação de ambas as dimensões, com destaque na inter-relação entre profissionais de enfermagem e usuários e entre os próprios profissionais<sup>19</sup>.

O gerenciamento do cuidado vem sendo apontado como prática orientada para as necessidades de saúde e, especificamente, na atuação da enfermagem em prol das necessidades de cuidado dos usuários e da população do território dos respectivos serviços de saúde. Assim, o gerenciamento do cuidado refere-se às ações gerenciais com foco nos usuários ou pacientes dos serviços, ou seja, ações gerenciais articuladas às atividades de assistência e cuidado. Essas ações gerenciais não têm fim em si mesmas, mas são executadas para qualificar a assistência e o cuidado em enfermagem e saúde.

### **DIMENSÃO ASSISTENCIAL DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM – ÊNFASE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM**

Como foi apresentado anteriormente, uma das perspectivas em que se consolida o processo de trabalho de enfermagem é a assistencial, tratada como dimensão do processo de trabalho, pois convive imediatamente com um conjunto de atividades de cunho gerencial que configuram sua outra dimensão. As atividades assistenciais guardam uma estreita interface com as gerenciais e quando articuladas com foco nas necessidades de cuidado dos usuários e população configuram o que se denomina gerenciamento do cuidado.

Recorrendo aos elementos constitutivos do processo de trabalho, anteriormente apresentados, identifica-se como objeto do trabalho, na dimensão assistencial, as necessidades de cuidado de enfermagem, como instrumentos: equipamentos, materiais de consumo, processo de enfermagem, sistematização da assistência de enfermagem e os saberes de enfermagem presentes nas técnicas e teorias de enfermagem; e como finalidade a atenção integral à saúde<sup>27</sup>.

O cuidado, portanto, consiste no núcleo específico do trabalho de enfermagem e da formação dos profissionais de enfermagem<sup>29</sup>. O cuidado de enfermagem pode ser concebido como um conjunto de ações desenvolvidas no acompanhamento do usuário/população, no transcorrer de doenças e/ou ao longo dos processos sociovitais rela-

cionados à saúde da criança, adolescente, mulher, homem, idoso, trabalhador e outros, que visam à promoção, prevenção e recuperação da saúde<sup>14,19</sup>.

Cabe destacar que a condição mais básica para orientar as ações de enfermagem ao cuidado é privilegiar o diálogo no encontro entre usuário e profissional de enfermagem. O privilégio ao diálogo se expressa efetivamente em: autêntico interesse pelo usuário, poder ouvi-lo e ajudá-lo a ouvir, buscar compreender o significado do que é dito pelo usuário e buscar também se fazer entender<sup>30,31</sup>.

O diálogo, aqui, está sendo concebido no sentido de prática comunicativa, ou seja, prática cotidiana que busca o entendimento e reconhecimento mútuo dos sujeitos implicados em cada situação. Habermas<sup>32</sup> chama de comunicativas as interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação e podem medir o acordo alcançado por meio do diálogo pautado em argumentos, no qual espera-se que prevaleça o melhor argumento.

Entende-se que a interação que ocorre no encontro profissional de enfermagem usuário/paciente está presente no cotidiano do trabalho como se fosse outra face do processo de trabalho, pois se espera que toda ação de enfermagem diretamente realizada junto ao usuário seja permeada por alguma modalidade de comunicação. Nesse sentido, cabe assinalar que a partir de meados dos anos 1990, observou-se a incorporação de outras vertentes teóricas ao referencial do processo de trabalho em saúde e enfermagem que proporcionam o aprofundamento da dimensão intersubjetiva no trabalho<sup>33</sup>. Contudo, essa discussão não será desenvolvida neste capítulo.

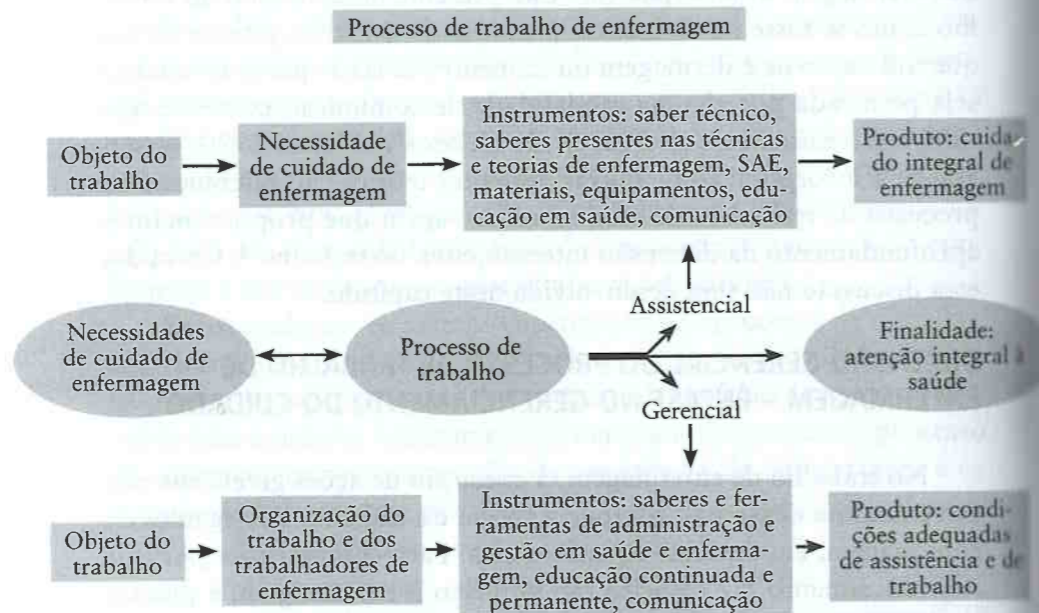
### **DIMENSÃO GERENCIAL DO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMAGEM – ÊNFASE NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO**

No trabalho de enfermagem, a execução de ações gerenciais não é eventual ou ocasional, compõe a rotina do trabalho dos agentes da enfermagem, em especial do enfermeiro. Para compreender por que o gerenciamento diz respeito tão de perto à enfermagem, é preciso lembrar que a constituição dessa prática, na modernidade, deu-se em duas direções que se tornaram complementares: a orientação para o cuidado ao paciente e a orientação para o cuidado da instituição, que contempla a organização do ambiente e dos seus agentes<sup>5,34</sup>.

Novamente recorrendo aos elementos constitutivos do processo de trabalho, na dimensão gerencial do processo de trabalho de enfermagem/enfermeiro se reconhece como objeto: a organização do trabalho e dos trabalhadores de enfermagem; como instrumentos: planejamento, dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção de pessoal, avaliação de desempenho, avaliação de serviços, educação permanente, saberes da administração, gestão e gerência em saúde e enfermagem; e como finalidade: criar e manter condições adequadas de assistência e de trabalho<sup>27</sup>.

A Figura 7.2 mostra as dimensões – assistencial e gerencial – do processo de trabalho de enfermagem, com seus elementos constituintes.

A gerência em saúde e enfermagem é aqui concebida como uma atividade-meio, centrada na execução de ações de articulação e integração dos profissionais, do serviço e da rede de atenção à saúde,



**Figura 7.2** As dimensões do processo de trabalho de enfermagem. Adaptada de Felli e Peduzzi<sup>27</sup>.

e fundamental na efetivação de políticas sociais, especialmente no setor de saúde. Ao mesmo tempo que possibilita a transformação do processo de trabalho, a gerência em saúde e enfermagem também é passível de transformação mediante a finalidade colocada para o trabalho nas organizações de saúde<sup>17</sup>.

Lunardi, Lunardi Filho e Borba<sup>35</sup> reconhecem o enfermeiro como um facilitador do trabalho dos demais profissionais, tanto de enfermagem quanto de outras áreas, visto que mantém normas e rotinas do serviço e coordena os serviços de apoio que, no conjunto, viabilizam a assistência à saúde. O enfermeiro atua na coordenação do cuidado de saúde, à medida que garante todos os insumos para as intervenções cotidianas, conduz a circulação do usuário/paciente entre as diversas áreas envolvidas no tratamento, dialoga com família, acompanhantes e profissionais das demais áreas, articula e encaminha os procedimentos necessários no cuidado à saúde.

Assim sendo, os enfermeiros realizam tanto ações de gerenciamento do cuidado de enfermagem como de gerenciamento da unidade. No gerenciamento do cuidado, preconiza-se que o enfermeiro, além de realizar as ações diretas do profissional com o usuário, planeje a assistência, delegue as atividades, faça previsão e provisão dos recursos materiais, promova ações de aprimoramento de conhecimentos teórico-práticos da equipe de enfermagem, desenvolva projetos de cuidado com e para os usuários, promova a interação com outros profissionais e ocupe os espaços de articulação e negociação em nome da garantia da qualidade do cuidado prestado<sup>19</sup>.

Vários estudos apontam a necessidade de aproximar as ações gerenciais às assistenciais para a consolidação do gerenciamento do cuidado<sup>19,26,36</sup>. Mas para que isso ocorra é necessário promover a reflexão individual e coletiva sobre a prática cotidiana de enfermagem, tendo em vista possibilitar o reconhecimento e o enfrentamento dos obstáculos existentes no processo de trabalho e nas práticas de saúde.

Outro aspecto a ser abordado é a necessidade de mudanças do próprio modelo de gerência e da organização do trabalho de enfermagem, considerando, em especial, os seguintes aspectos: o cuidado integral, o trabalho em equipe, a participação da equipe de enfermagem, usuário e familiar no planejamento e avaliação da assistência; a gestão participativa dos serviços de enfermagem; a educação no

trabalho como forma de garantir o desenvolvimento contínuo dos trabalhadores e também como fator motivador do trabalho<sup>18</sup>.

## MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

A partir da institucionalização da enfermagem como trabalho e profissão, em meados do século XIX, deu-se a elaboração de modelos de cuidado de enfermagem ou modelos de organização do trabalho de enfermagem, que representam um saber-fazer do cuidado, uma forma de nortear as ações dos profissionais da área<sup>37</sup>. Os principais modelos desenvolvidos até o presente são: cuidado funcional, trabalho em equipe, cuidado integral e *primary nursing*.

No cuidado funcional, cada profissional é responsável pela realização de uma tarefa ou técnica, o que torna a assistência fragmentada e a relação com o paciente impessoal e ocasional. Nesse modelo, cada profissional é capaz de assumir um grande número de pacientes, pois com cada um executa apenas um tipo de procedimento, sem considerar o conjunto de necessidades de cuidado individual<sup>38</sup>.

Esse modelo de organização do trabalho de enfermagem foi difundido no país, tomando por base os modelos americanos de ensino e atuação de enfermagem, e sofreu influência das teorias administrativa, científica e clássica, pautadas no princípio de divisão do trabalho para o aumento da produtividade e redução dos custos. No cuidado funcional, os membros da equipe de enfermagem, especialmente os auxiliares e técnicos de enfermagem, têm conhecimento restrito das tarefas que lhe são delegadas, sem ter a visão geral do paciente, do plano de cuidados e de sua evolução clínica<sup>38</sup>.

Para minimizar os efeitos negativos da administração científica na enfermagem, bem como enfrentar o problema da escassez de trabalhadores de enfermagem no pós-guerra, na década de 1950, nos EUA foi divulgada a proposta de trabalho em equipe<sup>4,39</sup>. Contudo, não houve a consolidação do trabalho em equipe de enfermagem integrado, mantendo-se, de fato, o modelo funcional vigente, com ênfase no trabalho fragmentado e sob a liderança do enfermeiro<sup>39</sup>.

As críticas à persistência desse modelo de organização do trabalho levaram à proposta do cuidado integral, no qual cada profis-

sional de enfermagem realiza o conjunto de cuidados indicados a cada usuário/paciente sob sua responsabilidade. O cuidado integral visa assistir todas as necessidades humanas básicas numa perspectiva biopsicossocioespiritual e holística, com base em um método de assistência de enfermagem, que consiste em ações realizadas em etapas sistematizadas e inter-relacionadas<sup>40</sup>.

Contudo, o modelo do cuidado integral mantém usualmente a fragmentação, em particular ao separar as ações denominadas de “cuidados simples”, atribuídas aos auxiliares e técnicos de enfermagem, das mais complexas, sob responsabilidade dos enfermeiros<sup>38</sup>. Essa fragmentação pode ser observada quando ocorre a cisão entre o planejamento e a execução do cuidado, o primeiro realizado isoladamente pelo enfermeiro e o segundo pelos auxiliares e técnicos de enfermagem<sup>14</sup>.

Na década de 1970, nos Estados Unidos, foi proposto o modelo de cuidados denominado *primary nursing*, com a finalidade de promover maior autonomia e responsabilidade pelo cuidado ao enfermeiro e resgatar a relação enfermeiro-paciente, em um modelo de cuidado centrado no profissional, e não na equipe de enfermagem<sup>41</sup>. O *primary nursing* é um modo de organização da assistência de enfermagem em que um único enfermeiro é responsável pela avaliação e elaboração do plano de cuidados dos pacientes sob sua responsabilidade. Esse enfermeiro é denominado enfermeiro principal, por ser a principal referência, tanto para os usuários/pacientes e suas famílias como para a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional<sup>38,42</sup>. A responsabilidade do enfermeiro principal não é delegada ao enfermeiro do próximo turno. A continuidade está baseada no plano de cuidados elaborado pelo enfermeiro principal e na comunicação desse enfermeiro com os enfermeiros associados. Se houver a necessidade de implementação do plano de cuidados, as alterações são discutidas em equipe, convergindo ao enfermeiro principal<sup>38</sup>.

Os diferentes modelos de organização do trabalho de enfermagem também expressam as características do contexto em que se desenvolvem, desde o modelo de organização do serviço às condições de trabalho (turnos de trabalho, acesso as tecnologias adequadas, carreira, outros) que incluem as relações vigentes na própria instituição e na sociedade brasileira. Assim sendo, pode-se dizer que os modelos de cuidado predominantes são os organizados de modo funcional e integral, com o predomínio do primeiro.

## MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Na segunda metade do século XX, o trabalho passou por mudanças importantes em dois sentidos: primeiro ganhou crescente destaque a produção de serviços e diminuíram os postos de trabalho, antes predominantes na agricultura e, em seguida, na indústria. Em segundo lugar, e ainda mais marcante, a partir dos anos 1980, ocorreram transformações tecnológicas e organizacionais que acarretaram a mudança do modelo de produção, que se mantém nos moldes econômicos capitalistas, mas com feições de processo produtivo flexível<sup>9</sup>.

A produção flexível busca assegurar a manutenção da produtividade e da rentabilidade dos negócios em um contexto de competição capitalista global, que se configurou de forma mais clara a partir da crise econômica da segunda metade da década de 1970, nos países centrais. Esse modelo caracteriza-se pelo foco na demanda, pois visa atender a exigências mais individualizadas do mercado altamente competitivo e conta com inovações tecnológicas como a microeletrônica, computadores, química fina, telecomunicações e biotecnologia, que dão a base material para as mudanças no processo produtivo<sup>9</sup>.

Esse processo adquiriu novos contornos, pois a crescente incorporação tecnológica leva à diminuição do tempo de trabalho e do número de trabalhadores necessários, configurando o que se passou a denominar desemprego estrutural, bem como acarreta a ampliação das qualidades intelectuais do trabalho, demandando trabalhadores com maiores escolaridade e qualificação técnica, polivalentes, multifuncionais e com habilidades para trabalhar em equipe<sup>9</sup>.

Também mudaram os padrões de gestão do trabalho, com a diminuição das estruturas hierárquicas e administrativas decorrentes do enxugamento das estruturas organizacionais e da diminuição dos postos de trabalho, tanto no setor industrial como de serviços. Ocorreu uma reestruturação produtiva com flexibilização e precarização do trabalho, que se caracteriza pela desregulamentação das relações de trabalho, ou seja, por mudanças que subtraem direitos que haviam sido incorporados à legislação de proteção do trabalho/trabalhador como: auxílio-doença, férias, 13º salário e aposentadoria<sup>43</sup>.

O processo em curso de flexibilização e precarização do trabalho configura três diferentes modos de inserção no mercado de trabalho:

trabalho flexível, no qual se estabelecem contratos diversificados em regime de prestação de serviço por prazo determinado, usualmente inferior a dois anos; trabalho precário, no qual há total ausência de direitos trabalhistas com condições adversas e precárias de trabalho; e trabalho informal, caracterizado pela ausência de relações contratuais, tanto trabalhistas como fiscais, isto é, o trabalhador não tem nenhum direito de proteção do trabalho, tampouco contribui pagando impostos<sup>43</sup>.

As mudanças do mundo do trabalho se estendem dos países centrais para todos os demais em escala global, mas continuam convivendo com modalidades de trabalho anterior e se moldam às peculiaridades dos diferentes setores produtivos. Nesse sentido, é importante conhecer sua extensão para o setor saúde e, sobretudo, suas repercussões no processo de trabalho em saúde e enfermagem.

Ocorreram mudanças marcantes no modelo de gestão e gerência de serviços, que tiveram repercussões imediatas nas relações de trabalho. Ganhou crescente destaque o que pode ser genericamente denominado gestão/gerência flexível ou baseada na excelência<sup>9</sup>, caracterizada pela busca de produção com flexibilidade de oferta, qualidade e baixos custos. Assim, os trabalhadores/profissionais de saúde e de enfermagem precisam mobilizar-se integralmente a serviço da organização, com um comprometimento total e uma adesão passional que os coloca submetidos a desafios constantes e intensa competição pela manutenção do posto de trabalho.

Esse modelo de gestão/gerência introduz a terceirização, que configura a interposição de um intermediário ou interveniente na relação de trabalho empregado e empregador, o que tende a acarretar dificuldades de especificações e monitoramento objetivo dos resultados, fragmentação institucional e trabalhadores com diferentes vínculos realizando o mesmo trabalho<sup>44</sup>. Como já referido, o atual modo de produção flexível e a flexibilização das relações de trabalho tendem ao enxugamento das estruturas organizacionais, bem como à redução do número efetivo de empregados permanentes e aumento do ritmo de trabalho<sup>9</sup>.

Por outro lado, há outras mudanças como a tendência à divisão de trabalho menos acentuada, que permite aproximar a produção ao controle de qualidade, trabalho em equipe, maior autonomia no trabalho, maior escolarização e qualificação técnica do trabalhador e

expectativas de que tenha polivalência e adaptabilidade permanente às necessidades da organização. No processo de trabalho em saúde e enfermagem, essas características podem configurar brechas para a reorganização do trabalho na perspectiva da integralidade da saúde e maior resolubilidade dos serviços e qualidade do cuidado e da atenção à saúde.

Nessa direção, destaca-se, em especial, o trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional, que se coloca como alternativa para o enfrentamento da marcante fragmentação das práticas de saúde, da crescente incorporação tecnológica do setor de saúde e do aumento da complexidade e dos custos dos serviços<sup>33,45</sup>.

## **TRABALHO EM EQUIPE DE ENFERMAGEM E DE SAÚDE**

As mudanças na organização dos processos de trabalho apresentadas anteriormente põem à mostra uma marcante característica do trabalho contemporâneo em saúde e enfermagem – o trabalho em equipe.

A ideia ainda predominante sobre trabalho em equipe nos serviços de saúde é a coexistência de vários profissionais num mesmo local de trabalho, atendendo aos mesmos usuários. Contudo, isso não implica automaticamente a integração e interação dos profissionais envolvidos, o que pode conformar um mero agrupamento e manter a fragmentação das ações. Com base na proposta do trabalho em equipe, espera-se aumentar o potencial de mudança da lógica assistencial na direção da integralidade da saúde – concepção essa que é, na atualidade, a principal justificativa para a organização do trabalho na modalidade do trabalho em equipe interprofissional e de enfermagem<sup>33</sup>.

Integralidade se refere a uma concepção polissêmica, ou seja, com vários sentidos, dentre os quais se destacam três: o primeiro aplicado às características das políticas de saúde no sentido de articular ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; o segundo, à apreensão ampliada e contextualizada das necessidades de saúde dos usuários e população; e o terceiro, ao modo de organização dos serviços de saúde, que busca a articulação da atenção básica e especializada, bem como a integração das disciplinas, profissões

e setores de atenção: interdisciplinaridade, interprofissionalidade e intersetorialidade<sup>46</sup>.

O trabalho em equipe sob a ótica da integralidade depende do desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e interprofissional da equipe de saúde. A integração dos trabalhos depende da articulação existente entre as unidades, setores e serviços que incluem também as pessoas e as ações, com o intuito de alcançar a resolutividade das necessidades da assistência dos usuários<sup>39</sup>.

A concepção de integralidade considera que os diferentes profissionais da saúde tenham um projeto coletivo de atenção à saúde que seja capaz de identificar e dar respostas às condições de adoecimento que causam sofrimento, bem como identificar outras necessidades de saúde de modo preventivo e orientado para a promoção da saúde<sup>46</sup>. Para que isso seja possível, a equipe de saúde deve elaborar projetos terapêuticos construídos de forma dialogada entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços, considerando ações que sejam voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, recuperação da saúde e reabilitação.

O trabalho em equipe na perspectiva da integralidade da saúde busca a recomposição dos trabalhos parcelares, resultantes do processo de divisão técnica e social, evidenciando a complementaridade e interdependência existente entre os diferentes trabalhos especializados<sup>33</sup>.

Nesse contexto, para que haja a articulação das ações de prevenção, promoção, recuperação à saúde e reabilitação, bem como a apreensão ampliada das necessidades de saúde dos usuários, é necessário que a atuação dos trabalhadores seja articulada, integrada e orientada para a organização do trabalho na modalidade de equipes de saúde e enfermagem.

Merhy e Franco<sup>47</sup> colocam que o trabalho em saúde é sempre coletivo, uma vez que não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do complexo objeto desse trabalho. E o trabalho em equipe, nessa perspectiva, exige a construção coletiva também das ações em saúde, já que pode permitir “troca de informações e a busca de um melhor plano terapêutico, colocando-se a cooperação como instrumento para enfrentar o fazer em grupo”.

O trabalho em equipe, além de ser coletivo, é dinâmico e possui uma plasticidade que pode direcionar os trabalhadores para duas

modalidades de atuação distintas: a **equipe integração**, que se refere às equipes nas quais os profissionais buscam a interação/comunicação e articulação das ações que executam, próxima à prática interprofissional, e a **equipe agrupamento**, que é sinônimo da ideia ainda predominante de trabalho em equipe como mero agrupamento de profissionais, com a fragmentação e justaposição de ações já referida. Essa tipologia permite reconhecer diferentes configurações de equipes, as que tendem à integração e interação e as que representam apenas um agrupamento de profissionais. Em ambas há diferenças técnicas dos trabalhos especializados e desigualdade na valoração social de cada um deles, evidenciando a divisão técnica e social do trabalho em saúde<sup>39,48</sup>.

Assim, as características do trabalho de uma equipe do tipo integração são similares às da prática interprofissional, visto que se referem à colaboração entre os profissionais, ao reconhecimento da interdependência das ações dos profissionais de diferentes áreas, à ênfase nas necessidades de saúde dos usuários/pacientes, à negociação nas situações de tomada de decisão e ao respeito mútuo com o reconhecimento do papel e trabalho das diferentes áreas profissionais<sup>49-50</sup>.

Essa concepção de trabalho em equipe mostra que a comunicação entre os profissionais, assim como entre profissional de enfermagem e usuário/paciente, permeia todas as instâncias do trabalho. Nesse contexto, a comunicação desempenha o papel de mediação das interações e das ações realizadas pelos diferentes profissionais, assumindo o caráter distinto do agir comunicativo, que se caracteriza pela busca do entendimento e reconhecimento mútuo entre os sujeitos partícipes. A prática comunicativa, por sua vez, favorece também a reconfiguração das relações dos profissionais, que podem passar de predominantemente hierárquicas para uma maior horizontalidade e simetria<sup>39,48</sup>.

## RESUMO

A enfermagem é abordada como prática social e trabalho, o que contempla sua constituição histórico-social, articulada com as práticas de saúde, e seus componentes técnico-científicos peculiares. É importante levar em conta os conceitos, o processo e a correlata divisão técnica e social do trabalho, bem como a aplicação desses cons-

tructos teóricos na área da saúde e da enfermagem. No processo de trabalho em saúde se reconhecem duas finalidades distintas e complementares: recuperação da força de trabalho e controle de doenças em escala social, com predominância da primeira, embora se identifique, em curso, um processo de construção de outra abordagem que contemple a integralidade da saúde. A prática de enfermagem é heterogênea, pois reúne diferentes categorias profissionais: os enfermeiros e os trabalhadores de enfermagem de nível médio, auxiliares e técnicos de enfermagem – cabe destacar que seus processos de trabalho, embora bastante próximos, não são equivalentes. Há também duas distintas dimensões a serem consideradas no processo de trabalho de enfermagem: a dimensão assistencial e gerencial; a primeira com ênfase no cuidado de enfermagem e a segunda no gerenciamento do cuidado. O cuidado e o gerenciamento do cuidado são desenvolvidos de diferentes formas, a depender, dentre outros determinantes, do modelo de organização do trabalho de enfermagem: funcional, trabalho em equipe, cuidado integral e *primary nursing*. Algumas mudanças ocorreram no mundo do trabalho contemporâneo com repercussões na saúde e enfermagem, dentre as quais a necessidade de enfrentamento da profunda fragmentação das ações por meio da proposta de trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional.



## PROPOSTAS PARA ESTUDO

- Como se caracteriza a divisão do trabalho de enfermagem desde sua institucionalização como profissão em meados do século XIX e no contexto brasileiro atual?
- Qual a definição clássica de trabalho e os componentes do processo de trabalho?
- Como se caracterizam as duas dimensões do processo de trabalho de enfermagem: assistencial e gerencial?
- Quais os modelos de organização do trabalho de enfermagem? Discuta suas diferenças e semelhanças e qual o modelo predominante até a atualidade.
- Quais as mudanças que ocorreram no trabalho a partir da segunda metade do século XX e no início do século XXI?
- Qual a relação entre trabalho/processo de trabalho e necessidades de saúde?



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida MCP, Rocha SMM (orgs.). Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-26.
2. Machado MH. Sociologia de las profesiones: um nuevo enfoque. Educ. Med. Salud. 1991;25(1):28-36.
3. Japiassu H. Interdisciplinaridade e patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
4. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986.
5. Lopes NM. Recomposição profissional da enfermagem. Coimbra: Quartelo Editora; 2001.
6. Marx K. Processo de trabalho e o processo de produzir mais valia. In: O capital: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil. 1994;14:201-23.
7. Liedke ER. Processo de trabalho. In: Cattani AD (org.). Trabalho e tecnologia: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes; 1997. p.181-3.
8. Rubin IR. A teoria marxista do valor. Coleção Teoria e História 13. São Paulo: Polis; 1987.
9. Antunes RLC. O caracol e sua concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005. p.136.
10. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
11. Pires DE. Divisão social do trabalho. In: Pereira IB. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV. 2009; 2:125-30.
12. Pires DE. Divisão técnica do trabalho em saúde. In: Pereira IB. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV. 2009;2:130-5.
13. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Classificação das intervenções de enfermagem – NIC. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010; 5:xxv-xxvi.
14. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. Rev Bras Enferm. 2002;55(4):392-8.
15. Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cefor; 1992.
16. Mendes-Gonçalves RB. O processo da pesquisa, as questões teóricas e metodológicas. In: Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ Abrasco; 1994. p.15-54.
17. Mishima SM et al. Organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In: Almeida MCP, Rocha SMM (orgs.). O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.251-96.
18. Matos E, Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm 2006;15(3):508-14.
19. Rossi FR, Silva MAD. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(4):460-8.
20. Silva AM. Processo de trabalho e atividades educativas de trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
21. Castellanos BEP. O trabalho do enfermeiro: a procura e o encontro de um caminho para o seu estudo: da abordagem mecânico-funcionalista à pesquisa emancipatória. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1987.
22. Gustavo AS, Lima MADS. Idealização e realidade no trabalho da enfermagem em unidades especializadas. Rev Bras Enferm 2003; 56(1):24-7.
23. Rodrigues FCP, Lima MADS. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. Rev Gaúcha Enferm 2004;25(3):314-22.
24. Garlet ER, Trindade LL, Lima MADS, Bonilha ALL. A resignificação dos processos gerenciais nas práticas do cuidado em enfermagem. Online Braz J of Nurs 2006;5(3):1-10.
25. Azzolin GMC, Peduzzi M. Processo de trabalho gerencial e processo de enfermagem na perspectiva de docentes de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm 2007;28(4):549-55.
26. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. Texto Contexto Enferm 2009;18(2):258-65.
27. Felli VEA, Peduzzi M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: Kurciant P (org.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.1-12.
28. Lima MADS, Gustavo AS, Coelho DF, Schmitz AV, Rosa RB. Concepções de enfermagem sobre seu trabalho no modelo clínico. Rev Bras Enferm 2000;53(3):343-54.
29. Sena RR, Silva KL, Gonçalves AM, Duarte ED, Coelho S. O cuidado no trabalho em saúde: implicações para a formação de enfermeiros. Interface 2008;12(24):23-34.
30. Ayres JRMC. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface Comunic Saúde Educ 2004;8(14):73-91.
31. Deslandes SF (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p.205-31.

32. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. In: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus; 2001.
33. Peduzzi M, Carvalho BG, Mandu ENT, Souza GS, Silva JAM. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis: Rev de Saúde Coletiva* 2011;21(2):629-46.
34. Gomes ELR, Anselmi ML, Mishima SM, Villa TCS, Pinto IC, Almeida MCP. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: Almeida MCP, Rocha SMM (orgs.). Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho; O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.229-50.
35. Lunardi VL, Lunardi Filho WD, Borba MR. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. *Rev Bras Enferm* 1994;47(1):7-14.
36. Ferraz CA. As dimensões do cuidado de enfermagem: enfoque organizacional. *Acta Paul Enf* 2000;13(Esp):91-7.
37. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. *Rev Bras Enferm* 2008;61(1):113-6.
38. Magalhães AMM, Juchem BC. Primary nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do hospital de clínicas de Porto Alegre. *Rev Gaúcha Enferm* 2000; 21(2):5-18.
39. Peduzzi M, Ciampone MHT. Trabalho em equipe e processo grupal. In: Kurcgant P (org.). Gerenciamento em enfermagem. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.105-20.
40. Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem: um caminho para o cuidado complexo. *Rev Esc Enferm USP* 2003;34(4):13-23.
41. Carmona LMP, Laluna MCMC. "Primary nursing": pressupostos e implicações na prática. *Rev Eletrônica Enferm* 2002;4(1):12-7.
42. Marx LC. Primary nursing. In: Competências gerenciais na enfermagem: a prática do sistema de primary nursing como parâmetro qualitativo da assistência. São Paulo: Comunicação; 2000. p.15-28.
43. Baraldi S. Supervisão, flexibilização e desregulamentação do mercado de trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem [tese de doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
44. Cherchiglia ML. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Santana JP, Santos E, Castro JL, Sório RER, Varela RC. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU. Natal: EDUFRRN; 1999. p.367-85.

45. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Rev. Trabalho, Educação e Saúde* 2002; 1(1):75-91.
46. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1411-6.
47. Merhy EE, Franco TB. Trabalho em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ministério da Saúde; 2006. p.276-82.
48. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* 2001;35(1):103-9.
49. Martín-Rodríguez LS, Beaulieu MD, D'Amour, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005;1:132-47.
50. D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* 2008; 8:188.

#### PARA SABER MAIS

- Carvalho BG, Peduzzi M, Mandu ENT, Ayres JRCM. Work and intersubjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. *Rev Latino-Am Enferm* 2012;20(1):19-26.
- Mandu ENT, Peduzzi M, Carvalho BG, Silva AMN. Literatura sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias marxistas. *Rev Bras Enferm* 2011;64(4):766-73.
- Santos JLG, Lima MADS, Klock P, Erdmann AL. Conceptions of nurses on the management of care in an emergency service: descriptive-exploratory study. *Online Braz J of Nurs* 2012;11(1):100-12.
- Santos JLG, Lima MADS. Gerenciamento do cuidado: ações dos enfermeiros em um serviço hospitalar de emergência. *Rev Gaúcha Enferm* 2011;32(4):695-702.
- Garlet ER, Lima, MADS, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto Contexto-Enferm* 2009; 18(2):266-72.