

CONOCIMIENTOS Y PODERES NECESARIOS PARA RECONSTRUIR LA ENFERMERÍA FRENTE A LOS CAMBIOS ADMINISTRATIVOS EN UN HOSPITAL DE ENSEÑANZA¹

Elizabeth Bernardino²

Vanda Elisa Andres Felli³

Este estudio fue realizado en un hospital de enseñanza del Sur del país, el cual adoptó un modelo de administración que provocó el desmantelamiento del Servicio de Enfermería y la desmovilización de sus trabajadores. El objetivo general fue promover la construcción de los cambios que deberían ser implementados en la reorganización del trabajo en enfermería. Se trata de estudio de caso con abordaje histórico dialéctico, cuyos datos fueron recolectados entre marzo y abril de 2005, utilizando la técnica de grupo focal. Los sujetos de la investigación fueron 8 enfermeros, 2 técnicos y 2 auxiliares de enfermería. Los datos fueron analizados utilizando la técnica de análisis de contenido en la modalidad de análisis temático. Los resultados muestran que los mayores desafíos para la enfermería de ese hospital son: construir una nueva identidad, realizar el trabajo en equipo, manteniendo la identidad profesional, adquirir visibilidad en la institución, cambiar el cuidado y ampliar la administración.

DESCRIPTORES: enfermería; innovación organizacional; organización y administración

KNOWLEDGE AND POWER NECESSARY TO RECONSTRUCT NURSING AFTER MANAGEMENT CHANGES AT A TEACHING HOSPITAL

This study was carried out at a teaching hospital in Southern Brazil, which adopted a management model that provoked the dismantling of the nursing service and the disbandment of nursing professionals. Its general goal was to promote changes that would be implemented in the re-organization of nursing work. It is a case study with a historical-dialectic approach, whose data were collected in March and April 2005 through the focal group technique. The study subjects were eight nurses, two technicians and two nursing auxiliaries. Data were analyzed through thematic content analysis. Results evidenced that the greatest challenges nursing faced at this hospital were: to construct a new identity, carry out teamwork while maintaining its professional identity, acquire visibility in the institution, change care and expand management.

DESCRIPTORS: nursing; organizational innovation; organization and administration

SABERES E PODERES NECESSÁRIOS À RECONSTRUÇÃO DA ENFERMAGEM FRENTE A MUDANÇAS GERENCIAIS NUM HOSPITAL DE ENSINO

Este estudo foi realizado em um hospital de ensino do Sul do país, o qual adotou modelo gerencial que provocou o desmantelamento do Serviço de Enfermagem e a desmobilização de seus trabalhadores. O objetivo geral foi promover a construção das mudanças que deveriam ser implementadas na reorganização do trabalho em enfermagem. Trata-se de estudo de caso com abordagem histórico-dialético, cujos dados foram coletados em março e abril de 2005, utilizando a técnica de grupo focal. Os sujeitos da pesquisa foram 8 enfermeiros, 2 técnicos e 2 auxiliares de enfermagem. Os dados foram analisados utilizando a técnica de análise de conteúdo na modalidade de análise temática. Os resultados mostram que os maiores desafios para a enfermagem desse hospital são: construir nova identidade, realizar o trabalho em equipe mantendo a identidade profissional, adquirir visibilidade na instituição, mudar o cuidado e ampliar a gerência.

DESCRITORES: enfermagem; inovação organizacional; organização e administração

¹ Artículo parte de Tesis de Doctorado; ² Enfermera, Doctor en Enfermería, Profesor Adjunto de la Universidade Federal do Paraná, Brasil, e-mail: elizaber@ufpr.br; ³ Enfermera, Profesor Asociado da Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil, e-mail: vandaeli@usp.br.

INTRODUCCIÓN

En los locales donde la implantación del Sistema Único de Salud (SUS) avanzó, formando redes de atención, los hospitales fueron incentivados a integrarse totalmente, lo que impuso modificaciones conceptuales y operacionales en la forma de administrarlos.

En abril de 2002, debido a la necesidad de adecuar el modelo asistencial de atención en red y mejorar su desempeño, el hospital de este estudio inició la implantación del modelo de administración basado en "líneas de cuidado", que es expresión de flujos asistenciales seguros, ofertados a los usuarios para la atención de sus necesidades⁽¹⁾.

En este nuevo modelo, la organización de los servicios por "equipo" substituyó la lógica tradicional por "profesión". Para adecuarse a la nueva propuesta, los servicios y las unidades sufrieron grandes modificaciones en sus estructuras, siendo que la más emblemática fue la sustitución de la Dirección de Enfermería (DE) por la Coordinación de Enfermería (CE).

Se entiende que algunas modificaciones deberían ser realizadas para repensar la práctica asistencial dentro de otra lógica, además de la clínica. Sin embargo, el argumento del cambio de modelo de administración, que es válido y legal, para responder por la asistencia dentro de otra lógica, tenía implícito e intencionalmente, el desmantelamiento del Servicio de Enfermería y la desarticulación/desmovilización de sus trabajadores, en un momento de disputa de competencias entre médicos y enfermeros.

Entendiéndose que esa propuesta caminaría para su total implantación y existiendo la necesidad de tomar una decisión sobre la nueva posición de la enfermería en la institución, la cuestión orientadora de este estudio fue: ¿Cómo promover la enfermería para que esta asuma el protagonismo en el proceso de cambio del nuevo modelo de administración del hospital estudiado, asumiendo y decidiendo sus propios rumbos, garantizando su espacio, de hecho y de derecho, en el desarrollo del trabajo en enfermería?

El presente estudio tuvo como objetivo general promover, junto a los trabajadores de enfermería, la reconstrucción de la enfermería frente al nuevo modelo de administración. Como objetivos específicos se tienen: reconstruir los determinantes históricos implicados en la institución de los modelos

administrativos de enfermería; identificar el contexto actual del modelo de administración, su significado y las posibilidades futuras; aprender las estrategias de enfrentamiento de esa problemática en lo que se refiere a los conocimientos y poderes y elaborar una propuesta con estrategias para la reconstrucción de la enfermería en la institución.

TRAYECTORIA METODOLÓGICA

Esta investigación es de abordaje cualitativo, en la modalidad estudio de caso. El estudio de caso fue escogido porque puede contribuir para comprender fenómenos sociales complejos y para lidiar con las condiciones contextuales pertinentes a esos fenómenos⁽²⁾.

Como el estudio de caso es uno de los tipos de investigación cualitativa de los más relevantes, cuyo objeto es una unidad que se analiza profundamente⁽³⁾, los resultados del presente estudio de caso, son válidos solamente para este hospital, sin embargo, el conocimiento profundo de su realidad puede permitir formular hipótesis⁽³⁾.

Esta investigación está fundamentada en la Determinación Social que explica el proceso del desarrollo social en la perspectiva histórica y dialéctica. El proceso, en la Teoría de la Determinación Social, se contrapone a la visión estática del positivismo y expresa el carácter dinámico de los hechos vinculados a la salud y enfermedad en todas sus dimensiones⁽⁴⁾. La metodología dialéctica es una metodología específica de las ciencias sociales porque es más fecunda para analizar los fenómenos históricos, ya que la visión dialéctica privilegia: a) la contradicción y el conflicto predominando sobre el consenso; b) el fenómeno del cambio sobre la estabilidad; c) el movimiento histórico, y d) la totalidad y la unidad de los contrarios⁽⁵⁾.

El escenario del estudio fue un hospital de enseñanza pública, de gran porte, localizado en la ciudad de Curitiba, PR, Brazil. La población estudiada corresponde, aproximadamente, a 1.233 profesionales de enfermería que totalizan 34,5% de toda la fuerza de trabajo del hospital. Los sujetos de la investigación fueron 12 trabajadores de enfermería, siendo 8 enfermeras, 2 técnicas y 2 auxiliares de enfermería, que trabajaban en la institución hace 5 años o más y que aceptaron componer el grupo.

El proyecto de investigación fue analizado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el número CEP/HC 954.184/2004-1.

La recolección de datos se hizo durante los meses de marzo y abril de 2005, utilizando la técnica de grupo focal, considerada como la mejor estrategia en el sentido de reunir diferentes actores de la práctica profesional, en un espacio investigativo, propiciando la reflexión crítica sobre la situación a ser estudiada⁽⁶⁾.

El número de encuentros fue determinado por los objetivos específicos que fueron tres: los determinantes históricos implicados en el cambio, la situación actual de la enfermería, su significado y las posibilidades futuras y las estrategias de enfrentamiento: conocimientos y poderes. Posteriormente, los encuentros fueron grabados y transcritos, en 7 encuentros grupales que permitieron concluir que se había respondido a las tres cuestiones.

El análisis del material transcrito fue constituido por tres fases: el pre análisis, la exploración del material y el tratamiento de los datos⁽⁷⁾. Entre las técnicas de análisis de contenido, se optó por el análisis temático, con el intuito de aprender los "significados" de las transcripciones.

Los criterios que orientaron la lectura, en ese caso, fueron las categorías empíricas, "construidas con una finalidad operacional, objetivando el trabajo de campo"⁽⁸⁾ que fueron dadas por los objetivos específicos. Las categorías analíticas, "consideradas hitos para el conocimiento del objeto en sus aspectos generales"⁽⁸⁾, que fundamentaron la discusión de las categorías empíricas, fueron: políticas de salud en Brasil, modelos administrativos adoptados por los hospitales y competencias generales para el ejercicio de la enfermería.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los determinantes históricos que influenciaron la situación de la enfermería en el hospital

Para la recomposición de la categoría *determinantes históricos que influenciaron la actual situación de la enfermería en el hospital*, fueron aprendidos en la realidad de la enfermería y expresados por el grupo focal en cuatro determinantes, siendo el primero, el *extrañamiento de la enfermería con las políticas de salud*.

En esa categoría, se considera que, históricamente, la enfermería viene, eficiente y eficazmente, reproduciendo acciones que son centralmente determinadas por las políticas, programas e instituciones gubernamentales⁽⁹⁻¹¹⁾. Así, el poco poder de decisión que las enfermeras han asumido en las instituciones de salud está más centrado en la operación que en la formulación de políticas⁽⁹⁾.

Alienadas del escenario de las políticas de salud, las enfermeras de los hospitales siempre "acompañaron" el hospital en el tope de la pirámide, con conocimientos específicos, relacionados a las prácticas curativas y administrativos. Con el proceso de municipalización, los hospitales son incluidos posteriormente en la red de atención a la salud, dificultando, inicialmente, la comprensión de las enfermeras acerca de como los cambios en el modelo asistencial influyen en la administración del hospital.

El grupo entiende que, inclusive con argumentos fuertes, era necesario cambiar el modelo administrativo adoptado por el hospital, el cambio mostró la *intencionalidad de ese desmantelamiento*, por parte del grupo directivo, considerado, en este trabajo, como el segundo determinante de la actual situación de la enfermería.

Entre los motivos presentados por el grupo, está la "apropiación" de las quejas de los funcionarios de enfermería, y su utilización, por los dirigentes, para legitimar su acción de extinguir la DE. Otro motivo habría sido la propia lógica del modelo propuesto que prevé la reducción de directorias, como forma de disminuir los niveles jerárquicos. La disputa política y la necesidad de "debilitar" la enfermería en el hospital también fueron citadas por el grupo como una de las causas del "desmantelamiento".

El tercer determinante aprendido es la *constitución histórica del trabajo de la enfermería* que fue relacionada a la formación tradicional que privilegia una cultura de subordinación; la organización rígida y jerarquizada en el trabajo que dificulta la inserción de nuevos modelos; la cuestión del género y del acceso a la información. En esa constitución histórica, la enfermería no es preparada para tomar decisiones estratégicas.

El cuarto determinante aprendido se refiere a la *idea de que las enfermeras, cuando ocupan cargos de confianza dejan de ser enfermeras*, percibido cuando algunas enfermeras que asumieron posiciones estratégicas (destacadas) en la nueva

estructuración, se denominaron "administradores" y no "enfermeras".

En los hospitales, fuera del contexto de la enfermería, tradicionalmente, la enfermera no ocupa cargos de dirección o similares. En la lógica de las profesiones (o en los hospitales), muchos elementos pueden explicar el "mal" posicionamiento de las enfermeras. Primeramente, el modelo tradicional muy jerarquizado, es dominado por la práctica curativa médica que determina el papel de las otras profesiones. Segundo, la longevidad de ese modelo hace que los hospitales sean reticentes a cambiar su estructura jerárquica y sus modos de administración. Por último, esa superioridad (o hegemonía) de los médicos en relación a la enfermería es frecuentemente "escondida" por mecanismos institucionales⁽¹²⁾.

La organización del trabajo por la lógica del equipo, más democrática, menos "profesional", puede explicar y favorecer la ascensión de enfermeras a cargos más elevados, por muchos motivos, entre los cuales esta la formación administrativa de las enfermeras brasileñas. Esa formación contribuye para el desempeño del papel de habilidosas coordinadoras, en las zonas de intercambios entre las dimensiones de integración⁽¹³⁾.

El contexto actual, su significado y las posibilidades futuras

Para la recomposición de la categoría *contexto actual, su significado y las posibilidades futuras* fue aprendido en el grupo focal la *crisis de identidad* de las enfermeras, causada por la pérdida de la DE, por la convivencia entre los dos modelos y la gran desorganización del hospital al pasar de un modelo para otro.

Tanto la pérdida de la DE como la dificultad de convivencia entre los dos modelos parece relacionarse con la dependencia de un poder legítimo, más que a una dirección. Se nota, en los diálogos, que en lo cotidiano de la enfermería poca cosa cambió, principalmente en lo que concierne al *cuidado* y al *poder*. Se resalta, aquí, el simbolismo de la DE como la única fuente de poder legítimo, en la opinión de las enfermeras.

Se percibe una "cristalización" del modelo marcado por influencias de la Administración Científica – división del trabajo y especialización del trabajado, de la Teoría Clásica – jerarquía, y de la Teoría de la

Burocracia – regímenes, reglamentos y el carácter formal de las comunicaciones⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

En lo que se refiere al *cuidado*, de manera general, para los técnicos y auxiliares no hubo cambios significativos. Sin embargo, aparece subliminalmente en los diálogos, de las enfermeras, que el cuidado está decayendo porque el trabajador no está siendo cuidado, resaltándose, en el discurso, más el "tono" de fatalismo que la idea en sí; lo que confirma que el proceso de trabajo de la enfermería viene sufriendo la influencia de otro orden de valores, contaminado por el trabajo mesiánico, por el sufrimiento que tiene en su misión y en el sacrificio, el delineamiento de la imagen profesional marcando parte de su constitución⁽¹⁶⁾.

En lo que se refiere al *poder*, se puede decir que hay contradicciones en el discurso, con las enfermeras diciendo que perdieron poder, y técnicos y auxiliares diciendo que ellas ganaron poder, porque quedaron más próximas de su equipo y menos dependientes de una dirección.

Es necesario, para dilucidar la dimensión de la pérdida de la DE para las enfermeras, apropiarse de los conceptos de poder simbólico y capital simbólico⁽¹⁷⁾. Esos significan, respectivamente, el poder de construcción de la realidad que tiende a establecer un orden de reconocimiento, y todo y cualquier capital, cuando es percibido por un agente cuando es conocido y reconocido como tal. Como la DE tenía potencial simbólico para las enfermeras, su pérdida produjo un significado, que se nota en la sensación de no pertenecer más a ningún grupo, en la falta de reconocimiento y de identidad.

Con relación a las *posibilidades futuras*, el grupo entiende que una persona o un grupo deben conducir los cambios. Las perspectivas concretas no existen, sin embargo, se puede observar que la reflexión permitió encontrar una perspectiva, tal vez futura, sobre la necesidad de aceptar nuevos perfiles profesionales demandados por los nuevos modelos de administración.

Estrategias de enfrentamiento: conocimientos y poderes

Para la recomposición de la categoría *estrategias de enfrentamiento: conocimientos y poderes* fue aprendido, en el grupo focal, que en virtud de las perspectivas estar comprometidas por el

pesimismo y por la apatía, las estrategias emergieron como una posibilidad real de forma tímida.

El *poder*, en esa categoría, es rescatado como estratégico y políticamente "necesario", para que la enfermería pueda viabilizar sus proyectos asistenciales y de administración. En lo que se refiere al *saber*, las competencias operacionales de la enfermera en hospital fundamentaron la discusión.

Se observa, por la secuencia de los diálogos, que el grupo cree que, al movilizar a la enfermería, podría haber oportunidad de revertir el cuadro actual y rever la DE como la única forma de *legalizar el poder* de la enfermería dentro de la estructura del hospital.

Sobre la centralidad de la DE como única opción, se puede, de modo intencional, ambicionar ser más "sujetadores" que "sujetados" en ciertas circunstancias y que, para eso, se debe explorar las capacidades de actuar e interpretar el lugar donde se está incluido, tratando de interferir en sus reglas y abrir líneas de fuga para nuevos "escenarios"⁽¹⁸⁾.

Partiendo de esos presupuestos, se puede suponer otra estrategia, para que, en caso de fracaso en la negociación, el grupo pudiese fortalecerse y recuperarse, encontrando en otras "líneas de fuga" el poder necesario para reestructurarse. Significa, específicamente, que la enfermería podría usar el "poder" del conocimiento, de la especialización, para producir nuevas formas de actuar en la asistencia y en la gerencia.

Una segunda estrategia de poder sería *encontrar un líder* que, según el grupo, debería tener competencia política (articulación, poder de agregar personas) y competencia técnica (ser reconocidamente una profesional respetada en el hospital por sus conocimientos). Ese perfil es ambicioso y de cierta forma transfiere toda la responsabilidad de la reconstrucción para otra persona.

Las estrategias que se refieren a los *conocimientos* están conectadas a un *saber contextualizado*, quedando bien clara la necesidad de construir un *proyecto asistencial propio*, lo cual debería estar en consonancia con el contexto de salud, con la misión institucional y con los objetivos de la propia enfermería.

Un proyecto puede ser el camino encontrado por el grupo para trabajar los conflictos, una estrategia de agregación, que puede fortalecerlo en la búsqueda de un objetivo común. Ese proyecto

propio, consolidaría (porque ya reconocen que tienen poder en la coordinación del cuidado), o retomaría, a través de la competencia, el poder y permitiría la reconstrucción de una nueva identidad.

Propuesta para el desarrollo de la enfermería del hospital

La percepción de la necesidad de cambio demuestra que el grupo quiere y necesita reestructurarse en ese nuevo escenario, sin embargo la falta de motivación y de preparación frente a los nuevos desafíos tornaron tímidas sus propuestas. Sin embargo, es posible, que en la discusión de todas las categorías, se pueda encontrar pistas, a través del propio grupo, que pueden ayudar en la construcción de otras estrategias de enfrentamiento. Para esa proposición, fue necesario rescatar los aspectos considerados esenciales al proceso de reestructuración de la enfermería. El primero es el *poder* y, el segundo, el *saber*.

Lo que se visualiza es que el poder pueda ser usado para reconstruir, para rescatar, para reestructurar. Una vez que la CE no es reconocida, por las enfermeras, como símbolo de poder, se propone, primeramente, rescatar el poder individual, o la capacidad de empowerment que cada enfermera posee y que puede ser usado en ese proceso.

De cualquier modo, una vez que no se reconoce un "poder formal", el grupo debe analizar las posibilidades de reestructurarse en otras bases. Eso incluye la adquisición de algunas competencias que pueden conferir poder. En principio, la adquisición de competencias, de manera general, puede conferir poder, sin embargo se trata, aquí, de la adquisición de competencias específicas de la dimensión política, comunicativa y de desarrollo de la ciudadanía, inherentes a la actividad administrativa de la enfermera⁽¹⁹⁾.

Esas dimensiones abarcan, primeramente, crear una conciencia en los trabajadores de enfermería en la perspectiva de su emancipación como sujetos sociales; posteriormente, la preservación de la unidad de la enfermería como categoría que tienen responsabilidades con los proyectos institucionales y los usuarios, y que tienen la legitimidad de actuar en materia de su propia competencia, como la organización del trabajo en enfermería, por ejemplo.

Finalmente, la enfermería debe recuperar o conquistar el derecho de, efectivamente, tener un papel en las decisiones concernientes al proceso de trabajo en salud del hospital, del cual es parte indisoluble. Por lo tanto, el cargo debe, oficialmente, constar de la estructura organizacional del hospital.

Las estrategias para adquirir nuevas competencias exigen disposición y oportunidad. Al considerar que la adquisición de competencias incluye la movilización de conocimientos en una situación de acción⁽²⁰⁾, se presupone que se deba extraer desafíos y tareas complejas del propio contexto.

Con relación al *saber*, el análisis de los diálogos permitió apuntar la necesidad que tiene el grupo de adquirir conocimientos más contextualizados y, por otro lado, muestra una gran preocupación con la manutención/actualización del conocimiento "clínico/asistencial" más relacionado al cuidado, que siempre confirió competencia, a la enfermería del hospital.

Se considera que, dentro del hospital, los subprocesos *cuidar* y *administrar* son los más presentes y que el subproceso *administrar* puede *extrapolar los límites* de la enfermería en ese nuevo modelo. Los conocimientos necesarios para contribuir con la adquisición de nuevas competencias incluyen tanto los aspectos administrativos como los de cuidado⁽¹⁹⁾. Para esto, deben abarcar el conocimiento de las políticas de salud y su operacionalización en el ámbito del país, del municipio y del hospital. Más específicamente en el cuidado, nuevos conocimientos deben incluir prácticas de cuidado que colocan al usuario en el centro de la acción de la enfermería. Cabe destacar que es a partir de la administración, en lo que se refiere a la posibilidad de instituir lo nuevo, que esas propuestas son visualizadas.

CONSIDERACIONES FINALES

El contexto actual muestra la crisis de identidad de las enfermeras, causada principalmente por la pérdida de la DE. En este sentido, se puede observar cierta "nostalgia", un "tono" de fatalismo que lleva a la inmovilidad, al apego desmesurado a las reglas, a las normas, a la protección y al control escondido en una dirección, cuya extinción muestra la pérdida del poder y del capital simbólico y representan grandes pérdidas, porque fueron fruto de una lucha histórica bien sucedida.

La ocupación de cargos fuera del contexto de la enfermería establece y amplía las áreas de influencia de la enfermería en el hospital. Esas nuevas posiciones pueden ser estratégicamente aprovechadas para ayudar en su recuperación. Quiere decir que existe un modelo a ser superado: internamente, en el contexto de la enfermería, tanto en la asistencia como en la administración, y fuera de ese contexto, en la ocupación de cargos de confianza y en la coordinación de equipos multidisciplinarios. Esos nuevos papeles necesitan ser identificados y trabajados como un nuevo desafío, pudiendo traer beneficios para el usuario y para el trabajador de enfermería.

Es necesario destacar que la enfermería, al asumir, sola, toda la responsabilidad por su recuperación, reconoce que perdió su posición en la institución, lo que no es verdad. Existe una responsabilidad que debe ser compartida: la enfermería debe repensar su proceso de producción y adecuarse a los nuevos perfiles asistenciales y administrativos, y la institución debe reconocer que ningún proyecto institucional puede ser llevado a cabo sin su participación. Reconocer ese hecho significa respetar, institucionalmente, que la enfermería tiene su propio saber y es capaz de reorganizarse, significando, también, que la institución debe asumir su responsabilidad para crear un ambiente institucional compatible con los presupuestos teóricos que pregona valorizar el cuidado como su primera misión y favorecer un sistema de oportunidades de crecimiento y desarrollo para sus trabajadores.

En Brasil, las asociaciones, los consejos y las escuelas formadoras podrían estar más atentos a la implantación de nuevos modelos de gestión. Los principios del modelo asistencial del SUS pueden ser respetados sin que sean usados, por las instituciones de salud, para justificar los "desmantelamientos" comprendidos, cada vez más, como "necesarios" para su operacionalización.

En lo que se refiere a la adquisición de nuevas competencias, las Directrices Curriculares ya contemplan competencias y habilidades necesarias para el ejercicio de la profesión y más concordantes con los principios del SUS. Las enfermeras del hospital, que poseen formación tradicional, necesitan adquirir esas mismas competencias, tal vez con más énfasis en la política, en un escenario que ya cambió. A su favor, cuentan con la experiencia y el conocimiento adquiridos a lo largo de muchos años, que las califican a hacer, si así lo desearan, un cambio bien sucedido.

REFERENCIAS

1. Magalhães HMJr. Apresentação. In: Merhy EE, Magalhães HMJr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo (SP): Hucitec; 2003.
2. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
3. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2002.
4. Fonseca RMG, Bertolozzi MR. A epidemiologia social e a assistência à população. In: A classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva e o uso da epidemiologia social. Brasil: Associação Brasileira de Enfermagem; 1997.
5. Demo P. Metodologia científica em ciências sociais. 2ª ed. São Paulo: Atlas; 1989.
6. Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem; 1999.
7. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
9. Queiroz VM, Salum MJL. Globalização econômica e a apartação em saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1996; São Paulo. São Paulo (SP): Aben; 1996.
10. Galleguillos TGB, Oliveira MAC. A institucionalização e o desenvolvimento da Enfermagem frente às políticas de saúde. Rev Bras Enferm 2001; 54(3):466-74.
11. Barbosa MA, Barreto IS, Brasil VV, Pereira MS. Considerações sobre a organização política da Enfermagem. J Assoc Bras Enfermagem 2003;45(1):6.
12. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 3ªed. Rio de Janeiro (RJ): IMS/ UERJ, CEPESC-ABRASCO; 2006.
13. Contandrioupolos A-P, Denis J-L, Touati N, Rodriguez R. Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. Ruptures 2001; 8(2):38-52.
14. Moura GMSS, Magalhães AMM, Chaves EHB. O serviço de enfermagem hospitalar- apresentando este gigante silencioso. Rev Bras Enferm 2001; 54(3):482-93.
15. Matos E, Pires D. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. Texto e Contexto Enferm 2002; 11(1):187-205.
16. Pereira A. O imaginário sobre o trabalho dos gêneros profissionais: a vertente do sofrimento e do prazer no trabalho da (o) enfermeira (o). Texto e Contexto Enferm 2002; 11(1):105-20.
17. Bourdieu P. O poder simbólico. 8ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2005.
18. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo (SP): Hucitec; 2002.
19. Almeida MCP, Fortuna CM, Pereira MJB, Mishima SM, Villa TCS. Gerência na rede básica de serviços de: processo de trabalho saúde. In: Anais do X Encontro de Enfermagem do Nordeste; 1994; Salvador; 1994.
20. Lucchese R, Barros S. Pedagogia das competências - um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem - uma revisão de literatura. Acta Paul Enferm 2006; 19(1):92-9.