

## A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação?

Academia and the social division of nursing work in the Government sector: sinking or surpassing?

*Yasmin Lilla Veronica Bujdoso*<sup>1</sup>

*Carla Andrea Trapé*<sup>1</sup>

*Érica Gomes Pereira*<sup>2</sup>

*Cássia Baldini Soares*<sup>2</sup>

**Abstract** *This paper is based on the assumption that the widening gap between manual labor and intellectual tasks tends to weaken the inherent potential of the labor force. Its purpose is to analyze current trends in the division of labor in the Brazilian nursing sector. This is exemplified by the findings of recent surveys conducted by graduate students who studied various aspects of the work processes involved in healthcare, education and research through a qualitative meta-analysis. The non-appropriation of the object by the work process agents was common to all three studies: the graduate students plan an approach to the object that is altered by the advisor in compliance with research interests; reports on educational experiments conducted by nurses highlight the gap between planning and implementation of the activities, hampering full exploration of the purpose of educational efforts; community health agents perform tasks assigned by the nursing staff. Dealing with this alienation is an urgent task, through training and upgrading the subjects so that they have full mastery of the object, the purpose and the work tools, able to share their expertise and work closely together with a critical approach in order to transform the epidemiological profiles of the various social classes.*

**Key words** *Nursing Work, Meta-analysis*

**Resumo** *Este artigo parte do pressuposto que o aprofundamento da divisão entre trabalho manual e intelectual na enfermagem acaba por prejudicar as potencialidades inerentes ao trabalho vivo e seu objetivo foi analisar tendências atuais da divisão de trabalho na enfermagem brasileira, exemplificadas por resultados de pesquisas recentes de pós-graduação, que tomaram como objeto diferentes aspectos dos processos de trabalho de assistência, ensino e pesquisa em enfermagem, a partir de uma meta-análise qualitativa. Mostrou-se comum aos três trabalhos a não apropriação do objeto pelos agentes do processo de trabalho: os estudantes de pós-graduação idealizam um recorte do objeto que é modificado pelo orientador segundo sua linha de pesquisa; os relatos das experiências educativas desenvolvidas por enfermeiros mostram a divisão social entre planejamento e execução da atividade, o que impede o esquadramento do objeto do trabalho educativo; os agentes comunitários de saúde executam tarefas indicadas pela equipe de enfermagem. Trata-se de tarefa urgente superar essa alienação por meio da formação e aperfeiçoamento dos sujeitos para que dominem o objeto, finalidade e instrumentos do trabalho, para que possam compartilhar seus saberes e solidariamente trabalhar criticamente na transformação dos perfis epidemiológicos das diferentes classes sociais.*

**Palavras-chave** *Enfermagem, Trabalho, Meta-análise*

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo 455/2º andar, Sumaré. 01246-903 São Paulo SP. yasminlilla@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

## Introdução

O objeto deste estudo é a divisão de trabalho na enfermagem. Não há como negar a qualificação das práticas sociais em saúde e, especificamente, a de enfermagem, como trabalho. Tal compreensão tende a possibilitar a proposição de estudos e ações de intervenção concernentes ao desenvolvimento e utilização de ferramentas que potencializam o **trabalho vivo em ato**, a fim de propiciar satisfação, autonomia e emancipação dos trabalhadores e dos usuários para uma assistência qualificada de saúde<sup>1</sup>.

Alves<sup>2</sup> define **trabalho vivo** como *a dimensão anímico-pessoal do homem criativo, sujeito de vontade e de desejo, do produtor autônomo, imprevisível como a lógica da vida e que se contrapõe, por exemplo, na sintaxe marxiana, ao trabalho morto, identificado com as máquinas, os autômatos plenamente adequados à produção capitalista*. Esse conceito vem sendo aplicado à área da saúde por Merhy<sup>3</sup>, para quem o **trabalho vivo** se refere ao trabalho em ato, o trabalho criador, que traz possibilidades de mudança, uma vez que é liberado pelos profissionais de saúde durante a relação entre o usuário e o trabalhador de saúde no momento do cuidado.

A enfermagem responde a específicos valores sociais e sua capacidade de intervir na situação de assistência à saúde encontra-se na dependência direta do grau de conhecimento que ela tem desta situação, a par de sua competência técnico-científica<sup>4</sup>.

Desde a publicação do ensaio pioneiro de García<sup>5</sup>, passando pela contribuição inegável de Mendes Gonçalves<sup>6</sup>, um conjunto de pesquisadores em enfermagem ocupou-se de examiná-la sob a perspectiva marxista, fosse analisando o cuidado como sua especificidade<sup>7</sup>, fosse buscando reconhecer os elementos fundamentais do processo de trabalho na prática do enfermeiro e dos demais trabalhadores que compõem a força de trabalho na enfermagem<sup>8</sup>.

No processo de produção de saúde, a divisão social vem se expressando na relação entre a prática hegemônica - médica - e as demais práticas sociais. O trabalho médico é determinante e dominante do processo de trabalho em saúde, sendo que a enfermagem contribui para a parte mais manual, que por sua vez foi redividida cabendo ao enfermeiro “mais qualificado” o trabalho mais intelectual e aos auxiliares - “menos qualificados” - a parcela mais manual do trabalho. Por outro lado, as outras práticas sociais como a psicologia, a fonoaudiologia, a fisioterapeuta, entre outras,

dividiram o trabalho intelectual com a prática médica<sup>6</sup>.

Nos últimos séculos, o campo da saúde constituiu-se como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, no qual o modo médico de agir foi tornando-se hegemônico. Porém, mesmo neste modo particular de agir tecnicamente na produção em saúde, há uma enorme multiplicidade de maneiras, ou modelos de ação<sup>3</sup>.

Assim, ao médico destina-se maior poder e salário. O enfermeiro, com salário intermediário, executa o trabalho intelectual de comando do pessoal auxiliar, incluindo-se atualmente os agentes comunitários de saúde do PSF, precariamente remunerados, a quem se destina realizar atividades simplificadas e manuais.

Tomando por pressuposto que o aprofundamento da cisão entre trabalho manual e intelectual na enfermagem acaba por prejudicar as possibilidades de **trabalho vivo** em saúde e que pesquisas contemporâneas devem detectar a persistência e/ou agravamento dessa situação, o objetivo deste artigo consiste em analisar as tendências atuais da divisão de trabalho na enfermagem brasileira, no setor público, representadas exemplarmente por resultados de estudos recentes em âmbito de pós-graduação, que tomaram como objeto diferentes aspectos dos processos de trabalho de assistência, ensino e pesquisa em enfermagem, bem como o papel da academia nesse processo.

## Considerações teóricas: a divisão social do trabalho

A divisão social do trabalho é consequência da organização do modo de produção capitalista, em que as **mediações de primeira ordem**, que realizam o intercâmbio comunitário com a natureza, ficam subordinadas às **mediações de segunda ordem**, imperativos para a reprodução do capital, promovendo a separação e alienação do trabalhador dos meios de produção, isolando-o de seus produtos e das condições de seu trabalho, perdendo o controle sobre o processo de trabalho<sup>9</sup>.

Por isso, a completa subordinação das necessidades humanas à reprodução do valor de troca - no interesse da auto-realização expansiva do capital - constituiu a emergência de **mediações de segunda ordem** com a natureza<sup>9</sup>. Uma vez que, para converter a produção do capital em propósito da humanidade, ocorreu a separação entre seu valor de uso e valor de troca, subordinando o primeiro ao segundo, a relação do homem com a natureza

ficou subordinada à relação homem-homem para a satisfação das necessidades humanas.

O trabalhador incorpora trabalho humano ao transformar a matéria, objeto do seu trabalho, e valor além do necessário para sua reprodução social. O produto do seu trabalho será, portanto, alienado porque não pertencerá ao trabalhador, mas sim ao capitalista, que prolongará o tempo de trabalho para produzir valor além do necessário, a fim de extrair a mais valia por meio do trabalho produtivo<sup>10,11</sup>.

O trabalho produtivo, além de extrair mais-valia, transforma o objeto em produto material e predomina no setor secundário da economia. No entanto, o trabalho não produtivo é consumido como valor de uso e não como gerador de valor de troca, característica do setor público terciário que vende um produto imaterial, um serviço, ou seja, ele vende o valor de uso de um determinado trabalho que é útil não como algo concreto, mas como atividade humana<sup>9,11</sup>.

No decorrer do século XX, o desenvolvimento tecnológico possibilitou a divisão pormenorizada do trabalho, transformando o trabalhador em especialista numa pequena parte do seu processo de trabalho, momento em que aparece a subsunção real<sup>9</sup>.

Os dirigentes são os que recebem a educação científica e tecnológica, considerados portadores de saberes que os tornam competentes e por isso com poder de mando. Já os executantes apenas executam tarefas sem conhecer as razões e as finalidades de sua ação, por isso são considerados incompetentes e destinados a obedecer. Essa divisão social converteu-se na **ideologia da competência técnico-científica**, que coloca o “possuidor” do conhecimento como naturalmente dotado de poder de mando e direção, que se propagou nas escolas, hospitais, universidades, serviços públicos, dentre outros, sendo todos separados entre os “competentes” que sabem e os “incompetentes” que executam<sup>12</sup>.

A dicotomia entre trabalho manual e trabalho intelectual há muito apontada, a começar por Marx, freqüente assiduamente a literatura que trata da universidade. A hierarquização do trabalho manual sob o intelectual faz com que os universitários se transformem numa elite privilegiada, com vantagens na apropriação não apenas do saber, mas também dos salários e da renda, e de parte da riqueza da sociedade e que para manter esse privilégio monopolizam o conhecimento<sup>13</sup>.

De uma outra perspectiva, a convivência entre esse ato e a sua ilusão tem se configurado uma marca registrada das classes médias, cujos traba-

lhos estão alinhados a uma dimensão ilusória imprescindível; entende-se porque o professor, tal como qualquer outro profissional liberal, pode se pauperizar sem se identificar com os ideais e os destinos proletários, tendo sempre a esperança de encontrar um trabalho menos sujo, simbolicamente mais prestigiado, sem se aperceber que com isso pode ter seus rendimentos reduzidos e trocar uma alienação por outra<sup>14</sup>. Num mundo em que as ciências se tornaram forças produtivas, em que toda a produção se articula com saberes objetivados, onde cada trabalhador trata de reservar para si o monopólio de um conhecimento, carece de sentido procurar um critério exclusivamente não simbólico para a caracterização de classes, uma vez que suas identificações e seus antagonismos estão permeados pelos atos de fazer e de fazer de conta.

## Metodologia

O processo de análise dos resultados de três pesquisas tomadas exemplarmente configura-se numa meta-análise qualitativa<sup>15</sup>, que se caracteriza por demarcar as tendências contemporâneas que os resultados de pesquisas com objetos particulares representam.

Os três trabalhos analisados<sup>16-18</sup> foram conduzidos em São Paulo e constituem dissertações de mestrado defendidas na Universidade de São Paulo em junho/julho de 2005, sendo duas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva - e uma do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Embora não tivessem como foco principal a divisão social do trabalho, todas apresentaram resultados que podem ser explicados por essa categoria.

As pesquisas obtiveram aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa a que se reportaram. Os procedimentos metodológicos são sintetizados a seguir:

### Pesquisa 1

A pesquisa, de natureza qualitativa, foi conduzida na Escola de Enfermagem da USP, tendo como sujeitos dezoito mestrandos ingressantes entre 2001 e 2003 e seis orientadores dos diferentes programas de Pós-Graduação da unidade, que foram entrevistados para proceder à coleta dos dados. O material foi transcrito e procedeu-se à análise de conteúdo. O foco principal do estudo foi o estresse no mestrando de enfermagem. A

escolha do mestrando como sujeito/objeto da pesquisa é decorrente de um questionamento intrínseco do que estaria representando para esses indivíduos este momento de retomar o estudo e quais suas relações com o trabalho.

### **Pesquisa 2**

A pesquisa de revisão bibliográfica foi dirigida especificamente aos trabalhos que apresentaram relatos de experiência educativa dos enfermeiros brasileiros publicados entre 1988 e 2003. Os parâmetros de seleção foram: autoria de enfermeiros, docentes ou não; descrição de um processo educativo em saúde realizado em unidades básicas de saúde ou em instituições sociais do território adscrito. Os 46 relatos de experiência educativa foram selecionados a partir dos bancos Lilacs e PeriEnf e analisados a partir de indicadores referentes aos elementos do processo de trabalho educativo: objeto, instrumentos e finalidade, que constituiu o foco principal de investigação.

### **Pesquisa 3**

A pesquisa de natureza qualitativa foi conduzida em quatro Unidades Básicas de Saúde sob a responsabilidade da Supervisão Técnica de Saúde da Subprefeitura do Butantã, tendo como sujeitos 39 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas individuais e em grupo (grupos focais). As entrevistas foram gravadas e transcritas e os discursos foram recortados por meio de análise temática. O foco principal de investigação foi a prática educativa dos ACS.

## **Resultados**

### **Pesquisa 1: predomínio de práticas da universidade operacional não produz crítica à divisão social do trabalho na enfermagem**

O mestrando de enfermagem questiona se sua função é assistir, supervisionar ou ensinar; se o objeto de seu trabalho é cuidar do doente, é promover a saúde, é promover assistência ou é supervisionar uma equipe, uma vez que seu espaço institucional não está delimitado, e o cuidado é compartilhado por outros profissionais da saúde e da enfermagem. Essa ambigüidade perpassa o desenvolvimento de sua dissertação, em que reproduz essa indefinição, já que não tem claramen-

te definida a finalidade de seu trabalho acadêmico, qual seria sua ocupação ideal, se enfermeiro, pesquisador ou professor, qual seria a utilidade de sua pesquisa, e que mudanças isso traria para sua vida.

A maioria dos mestrandos era formada em instituições públicas, com poucos anos de formação; era especializada e pensou em realizar o mestrado quando já estava formada. Trabalhavam predominantemente em hospital, a maioria relatando interesse em ser bolsista e apenas estudar; porém, destacaram a impossibilidade de sobreviver apenas com o valor da bolsa.

Escolheram o orientador em função da linha de pesquisa desse, sendo que foram levados a modificar o objeto e a metodologia para se adequarem. Quando havia proximidade entre objetos, houve uma preocupação em não conseguir um devido distanciamento com seu objeto de estudo; porém, reconheceram que isto acabou por facilitar a apropriação do objeto da dissertação, uma vez que este emergiu de uma questão formulada a partir do trabalho cotidiano. No entanto, quando existia um distanciamento, a formulação do problema e o desenvolvimento da dissertação ficavam confusos e os mestrandos frustrados; porém, mostravam-se resignados em ter que seguir a linha do orientador, que procuravam com aproximadamente um ano de antecedência para que o pré-projeto estivesse praticamente pronto para o exame de qualificação, em função do prazo exíguo de trinta meses para a conclusão do mestrado.

A relação com o orientador revelou-se ambígua, pois se sentiam cobrados por eles, ao mesmo tempo que esperavam que os orientadores estivessem sempre disponíveis mesmo quando eram eles que estavam atrasados. Os orientadores tinham preferência pelos mestrandos mais jovens, que já tinham desenvolvido iniciação científica, porém não negavam acesso aos mais velhos que tinham maior experiência de vida, mas também maior dificuldade para lidar com os aspectos metodológicos, sendo que a preocupação com a qualidade do trabalho foi muito mais evidente no relato dos orientadores, que referiam que os mestrandos manifestavam maior preocupação com sua utilidade para a prática profissional da enfermagem.

Houve diversas questões acadêmicas que permearam o processo de dissertação, como a preocupação em conciliar no campo prático os conhecimentos desenvolvidos no campo teórico, sendo que apesar de a maioria dos mestrandos relatar que o motivo para realizar o mestrado era

capacitar-se para ser docente, os orientadores descreviam o processo como ensino de pesquisa e não de docência; porém, viam a necessidade de a universidade estar mais próxima da assistência. A pressão dos órgãos de avaliação foi uma preocupação importante para os orientadores, que consideravam que isso comprometia todo o desenvolvimento da dissertação, havendo uma preocupação em selecionar mestrados que terminassem a dissertação no prazo e não os fizessem perder tempo.

As questões relativas ao conflito da própria profissão influenciaram o processo de dissertação, pois os mestrados e orientadores relataram características bem marcantes da enfermeira que acreditavam que se reproduziam na universidade. Viam a enfermeira como autoritária, abnegada, que preferia aspectos práticos, sistemática, seguia normas, porém buscava sua autonomia, sendo que alguns dos orientadores entrevistados manifestaram considerar, dentro do possível, a incorporação dos questionamentos advindos do trabalho no mestrado como forma de buscar respostas para os conflitos ocupacionais enfrentados pelos mestrados; porém, um dos orientadores foi bastante enfático em colocar as limitações que a linha de pesquisa impõe para a escolha do tema da dissertação, o que inviabilizaria que o mestrado estudasse uma questão pessoal de trabalho.

Os mestrados que trabalhavam na assistência ocupavam cargos de chefia ou de supervisão nos hospitais e os que estavam vinculados a instituições públicas que realizavam programas de saúde específicos exerciam cargos de gerência, assumindo o papel de trabalhadores intelectuais da enfermagem. No entanto, viam a profissão ainda muito associada ao hospital. Os que ainda trabalhavam nesta instituição declararam estar aí por falta de opção, aguardando uma oportunidade no ensino, daí porque a maioria ter visto no mestrado uma oportunidade de saída e os que entraram imediatamente após a graduação, como uma oportunidade de não trabalharem aí, sendo que os vinculados aos programas governamentais anteriormente haviam trabalhado em hospital.

Na análise dos aspectos mais prazerosos, o que se destacou foi a visão do mestrado como um espaço de discussão, indicando consistir na busca de suporte das questões do trabalho, e também como fuga, quando relatavam o “dentro” da universidade, protegendo-os do “fora” e reforçando com isso a perspectiva da opção do mestrado como mecanismo que facilitaria lecionar e com isso sair do hospital.

O mestrado era visto como um espaço de legitimação do saber e de seu trabalho intelectual, para conquistar o reconhecimento que não encontrava na assistência, onde era ou se sentia desprestigiado, sendo que nem o médico, que continuava hegemônico dentro da equipe hospitalar, nem o paciente o diferenciava do trabalhador manual, emergindo deste contexto sua necessidade de fugir do hospital.

O espaço acadêmico era idealizado como algo que traria reconhecimento, prestígio e poder; porém, reconheciam que a universidade sofria das mesmas vicissitudes do mundo de “fora”, isto é, da assistência, embora com outras especificidades, já que a própria carreira de docente de enfermagem era predominantemente feminina, relativamente desprestigiada e também hierarquizada, apresentando igualmente dificuldades para conciliar ensino e pesquisa, teoria e prática e ensino e assistência.

### **Pesquisa 2: as experiências educativas dos enfermeiros são extensões das práticas reiterativas da universidade operacional**

Entre os relatos de experiência analisados, a participação dos docentes no planejamento do trabalho educativo em saúde foi marcante, dos sujeitos para os quais a atividade educativa se destina foi bem menor, sendo ainda mais restrita entre os alunos de graduação e os trabalhadores da rede básica de serviços de saúde. Se por um lado, vem se chamando o denominado “público-alvo” à participação, por outro, reproduz-se a divisão social do trabalho, consubstanciado na divisão técnica do trabalho, restringindo a participação dos diversos agentes e, por conseguinte, dos sujeitos no processo de trabalho educativo.

A participação requerida aos sujeitos é aquela necessária à legitimação dos saberes técnicos, que são reconhecidos como os que devem ser incorporados aos sujeitos *não-técnicos* para operar as modificações comportamentais necessárias ao controle dos determinantes do processo saúde-doença. Ou seja, o conhecimento é dos técnicos, mas a ação é dos indivíduos. Essa ação é amparada pelo *saber operante/instrumental* que durante o processo educativo é multiplicado a fim de que indivíduos isolados, não portadores de uma identidade de classe, identifiquem-se com a finalidade do trabalho dos técnicos e, dessa forma, aliem-se aos propósitos da *Nova Saúde Pública*, cujo eixo principal é o projeto da Promoção à Saúde<sup>19</sup>.

O sujeito será encarado como co-produtor do processo educativo quando for incorporado



como participante do *saber fazer* dos agentes – concepção de saúde e de educação – a fim de objetivar o ideário sobre o tema que será transformado com a atividade educativa. Ou seja, para que o processo se desenvolva com a participação real, o saber a ser incorporado na ação (práxis) deverá ser a somatória entre o *saber operante/instrumental* dos agentes – concepção de educação em saúde sobre o tema a ser apreendido pelos sujeitos – e, o *saber fazer* – concepção de saúde e de educação – tanto dos agentes quanto dos sujeitos, que articulam todas as fases do processo.

A assistência não tem sido a necessidade geradora do trabalho educativo, mas o ensino. Uma primeira incursão analítica leva a crer que o ensino do trabalho educativo em saúde está se efetivando. No entanto, o agente-docente de enfermagem foi incumbido, na maioria das vezes, do trabalho intelectual, nem sempre chegando à completude do processo educativo, uma vez que não participou do trabalho em si; o agente-aluno de graduação em enfermagem que implementou o processo possuía uma idéia operativa do que seria atingido com o trabalho, na maioria das vezes, não participando da elaboração. O agente-aluno de pós-graduação em enfermagem pareceu ser o único que tem possibilidade de participar tanto do momento da ideação quanto do momento da concretização, constituindo-se uma exceção por encontrar-se em um lugar provisório, o de educador e educando.

O processo de trabalho do ensino não foi utilizado em toda a sua potencialidade para o aperfeiçoamento da força de trabalho dos alunos de graduação, mas de fato o foi para os alunos de pós-graduação.

Os alunos de graduação serão os futuros trabalhadores dos serviços que também não participarão do momento subjetivo da atividade. Os docentes e alunos de pós-graduação não compartilharam do momento da concretização da ideação que têm sobre o que será transformado com o processo educativo. Talvez isso justifique porque o processo de trabalho da assistência gerou poucos processos de trabalho educativos entre os relatos de experiência analisados.

Os resultados encontrados nesta pesquisa indicam que as universidades poucas vezes se articulam com os trabalhadores da rede básica de serviços de saúde para o planejamento e execução dos processos de trabalho educativos em saúde.

Os trabalhadores dos serviços, subordinados formalmente à reprodução social dos saberes implicados nos processos de trabalho na produção dos serviços de saúde, não conseguem se ar-

ticular facilmente com as distintas práticas sociais em saúde e com as universidades para transformar o trabalho rotineiro em *trabalho vivo* potencializador de mudanças.

Mesmo os meios e instrumentos tiveram sua utilização fragmentada e foram utilizados pelos agentes para transformar a ideação subjetiva do objeto a ser incorporado pelos sujeitos em exteriorização objetivada do mesmo objeto, de um produto/finalidade no processo de trabalho educativo.

Alguns relatos estavam ancorados sobremaneira no uso indiscriminado de *saberes instrumentais*, sem a concepção de saúde e de educação para nortear o esquadramento do objeto a ser transformado com a prática educativa. O produto *não-material* esperado dependerá da incorporação de conhecimentos e valores (formação que acompanha o processo educativo) durante toda a vida do sujeito e, portanto, a transformação ou parte da transformação somente ocorrerá a médio e longo prazo. Nas experiências relatadas, nem sempre se tentou apreender essas transformações.

Pode se apreender com os relatos que ocorreu uma certa divisão pormenorizada do trabalho educativo, tendo o docente e o aluno de pós-graduação como os que trabalham o *saber fazer* e os alunos de graduação e de pós-graduação em enfermagem como os agentes que trabalham o *saber que se passa*.

### **Pesquisa 3: os encarregados do trabalho manual são mantidos alienados**

A prática social dos agentes não permite a apreensão do que seja o objeto, os instrumentos e a finalidade do processo de trabalho em saúde; cabendo-lhes, na divisão social do trabalho, a execução de algumas tarefas consideradas marginais para o processo de produção em saúde, não encontrando apoio e respaldo para realizar um trabalho transformador da realidade de saúde.

Dessa forma, sua alienação resulta em impossibilidade de concretizar o projeto antevisto para transformação do objeto, conforme o discurso dos agentes que se percebem impossibilitados de serem sujeitos do processo de trabalho.

As conseqüências de não serem sujeitos do processo de trabalho se traduzem em um sentimento de impotência diante das tarefas que as atividades lhes apresentam, ou seja, a resolução dos problemas atinentes ao trabalho e à vida dos moradores do seu bairro, bem como aqueles atinentes à clínica, como a prescrição de medicamentos.

O sentimento de impotência é mais evidente

em relação a situações complexas que envolvem o âmbito social, quando os agentes relatam que a própria população coloca no agente a responsabilidade de resolver os problemas, responsabilidade esta que eles também acreditam ter e que se estende inclusive para o atendimento na unidade, sentindo-se compromissados com a boa qualidade da atenção.

O fato de assumirem a responsabilidade de atender às necessidades da população em paralelo a uma impossibilidade de definir a finalidade do trabalho parece resultar na ansiedade referida pelos agentes em ver rapidamente os resultados do trabalho quando estes seriam alcançados a médio e longo prazos. Esta indefinição provoca ambigüidade na relação com a comunidade, que passa a cobrar diretamente do agente o atendimento de suas necessidades, uma vez que estes estão ao alcance dos moradores da área de abrangência. Essa proximidade, por trabalharem diretamente na casa das pessoas, traz o receio de envolver-se em questões que são do âmbito privado e acarreta ainda uma relação diferente com o trabalho, pois continuam trabalhando mesmo depois do término da jornada.

Entretanto, as dificuldades encontradas no trabalho não são percebidas pelos agentes comunitários como atinentes à compreensão restrita e reproduzida - pelos processos de capacitação profissional - do objeto e finalidade do processo de trabalho. As queixas limitam-se às deficiências em relação aos instrumentos, como a organização do trabalho na unidade, o fluxo de informações ou a falta de estrutura para trabalhar.

Os agentes ainda sentem que o processo de trabalho educativo é dificultado pela falta de preparo/treinamento/capacitação na linguagem técnica da saúde, pois almejam apoderar-se de informações sobre saúde e de instrumentos clínicos, em detrimento de meios políticos que lhes possibilite desenvolver/liderar discussões sobre o processo saúde-doença como processo social, abordando as desigualdades em saúde em uma perspectiva emancipatória que mobilize as classes sociais para a transformação da realidade.

Na mesma direção está a valorização de capacitações que instrumentalizam pelo acesso a informações como “siglas” utilizadas na área da saúde, ficando o trabalhador mais potente devido à proximidade com informações que deveriam ser de domínio público.

Os agentes referem falta de apoio da instituição como um problema relacionado ao trabalho, tanto quando encontram dificuldades na condução das intervenções ou quando necessitam de

apoio psicológico para lidar com as diversas situações que se apresentam. Essa falta de apoio também se manifesta por meio da conduta de outros profissionais que contradizem suas orientações à população relativas ao fluxo de atendimento do serviço e ao desconhecimento por parte da coordenação sobre a realidade do trabalho. Há ainda receio da não continuidade do programa em função da instabilidade das políticas governamentais, o que implicaria na perda do emprego.

Uma outra consequência da alienação é o conflito do ACS entre pertencer à comunidade (sociedade civil) ou à instituição de saúde (Estado), pois ao não dominar o processo de trabalho em saúde não tem clareza dos limites de sua intervenção. Atuar na comunidade fazendo parte dela traz consequências como: ser cobrado pelo bom atendimento da UBS, colocando a “cara à tapa”, “trabalhar 24 horas por dia” e “temer as consequências da invasão de privacidade dos usuários”.

Por outro lado, o homem, por natureza, busca resistir a essa alienação apropriando-se de alguma forma do produto do processo de trabalho, o que Haraszti<sup>20</sup> chama de *pombos-correio*: produtos que são contrabandeados pelos operários para fora da fábrica. Essa forma de trabalho é livre e criativa porque esse produto vai servir a quem o produziu e subverte a lógica da exploração, conformando-se como um mecanismo de resistência.

No caso dos agentes comunitários de saúde, dada sua função de conter a demanda não contemplada pelo PSF, no momento em que amplia o encaminhamento dos usuários, “leva para casa” uma satisfação - produto *não-material* - uma vez que é visto pela população como benfeitor, subvertendo o processo de produção de serviços de saúde como forma de resistência.

## Discussão

Uma das questões comuns aos três trabalhos diz respeito a não apropriação do objeto pelos agentes do processo de trabalho: os alunos de pós-graduação idealizam um objeto que acaba sendo modificado pelo orientador segundo sua linha de pesquisa; os relatos das experiências educativas, realizadas por docentes de enfermagem, alunos de graduação e pós-graduação, mostram a divisão social entre o planejamento e a execução da atividade, o que impede o esquadramento do objeto do trabalho educativo; já os agentes comunitários de saúde executam tarefas indicadas pela equipe de enfermagem.

O que a literatura aponta acerca das escolhas de objeto é a necessidade de conciliar as demandas internas e externas<sup>21</sup>, pois desconsiderar a relação do sujeito com seu trabalho pode ser perigoso<sup>22</sup>; porém, não se pode tampouco desconsiderar os compromissos e adesões necessárias para ser um pesquisador<sup>23</sup>, assim como seus aspectos organizacionais<sup>14</sup>.

Ao estar separado do objeto e de seus produtos, o trabalhador não tem controle sobre o processo de trabalho. Dessa forma, a separação e a alienação entre o trabalhador e os meios de produção são condicionadas e fundamentadas pela divisão do trabalho, “em que o trabalhador se sente separado de seus produtos porque outro se apropria deles e determina essas condições”<sup>24</sup>. Assim, a prática dos trabalhadores se caracteriza por uma práxis reiterativa em que ocorre a fragmentação dos agentes, pois o *objeto ideal* já está dado e aos sujeitos cabe a execução de atividades manuais para a produção de um *objeto real* que não lhe pertence<sup>24</sup>.

Pelo fato de não se apropriarem do objeto e não terem claro a finalidade do processo de trabalho, os agentes se detêm nos instrumentos e na mera execução de atividades. O trabalhador detentor do *trabalho vivo* que acrescenta valor à mercadoria, ao esquadrihar o objeto do seu trabalho, se torna mediador da tecnologia do *trabalho morto* que já possui armazenado em si mesmo o trabalho humano. As relações de produção se coisificam, já que a relação homem-homem estabelecida na *mediação de segunda ordem* subordina a relação ontológica com a natureza para a satisfação de suas necessidades<sup>9-11</sup>.

O setor saúde presta serviços e compõe o setor terciário da economia, cuja organização do trabalho indiretamente apóia a produção de acumulação por meio da utilização de tecnologias produzidas pelo setor secundário. Dessa forma, o médico utiliza instrumentos produzidos pela indústria de equipamentos e/ou farmacêutica na consecução do seu trabalho<sup>25</sup>.

No processo de trabalho em saúde, há uma convergência entre o agente produtor, com suas ferramentas - conhecimentos, equipamentos e tecnologias - e o agente consumidor, que se torna em parte objeto da ação daquele que produz, porém sem que com isso deixe de ser também um *agente em ato*, uma vez que põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como modo de sentir e elaborar necessidades de saúde para o momento do trabalho<sup>3</sup>.

No que diz respeito à finalidade do trabalho, a falta de clareza causa ansiedade para os mes-

trandos e para os agentes comunitários de saúde, sendo que nos relatos de experiência educativa esta se restringe à reprodução de práticas estabelecidas, próprias da práxis reiterativa.

Buarque<sup>13</sup> considera que o primeiro compromisso de qualquer trabalho, especialmente do trabalho intelectual, é com a qualidade que, ao lado da seriedade, do ineditismo e de sua funcionalidade, deve ser atributo básico das universidades. Porém, na medida em que esta se isola em uma minoria que deixa de representar a vanguarda, por ser dependente e por ter esgotado seu projeto para o país, o trabalho ali realizado perde sua funcionalidade e cai na repetitividade, perdendo, conseqüentemente, a qualidade. Aponta ainda que se se fizer uma análise do conjunto de teses dos cursos de pós-graduação das universidades brasileiras, percebe-se uma constante repetição dos mesmos temas, das mesmas respostas, apenas agregando pequenos detalhes, o que, ao lado do sentimento de perda de qualidade, evidencia a perda da capacidade de a academia responder ao que dela espera a sociedade. Em momentos de crise, a sociedade cria problemas de dimensões tão diferentes, em uma velocidade tão crescente, que a universidade não consegue responder.

Os mestrandos assumem o papel de trabalhadores intelectuais e os agentes comunitários de saúde de trabalhadores manuais da enfermagem. Nos relatos de experiência educativa, apesar de realizados em princípio por trabalhadores intelectuais da enfermagem, há uma redivisão do trabalho, pois os docentes apenas planejam e os alunos de graduação apenas executam, sendo que os mestrandos são os únicos que participam de ambos os processos.

*A técnica não existe isolada de sua apropriação diferenciada na reprodução das diferenças de classe, e o controle dos momentos ‘mais intelectuais’ do trabalho garante o poder sobre o conjunto do processo [...] [reproduzindo] o mesmo tipo de dinâmica geral característica da reprodução social, acarretando contradições que opõem, de um lado, uma racionalidade puramente técnica, mas abstrata, e de outro lado, a necessidade de reprodução de relações sociais, em si mesma também abstrata*<sup>6</sup>.

E, nesse sentido, os conhecimentos científicos e as aplicações técnicas que legitimam suas práticas sociais *cercam os técnicos ou os profissionais da autoridade contra a qual nenhum outro saber pode recorrer. Essa cultura [...] vivida espontaneamente, de modo não consciente, como a “posse de conhecimentos, habilidades e gostos específicos” [...] entranhada tanto nas mentalidades quanto nos procedimentos rotineiros, adquire o caráter de uma*



**tradição que resiste à mudança e procura impor-se mediante o recurso da autoridade – ou seja, autoritariamente**<sup>6</sup>.

Por seu turno, os docentes, também subordinados formalmente à produção/reprodução dos saberes, enfrentam barreiras para promover essa articulação, uma vez que tendem a ser submissos às “demandas da burocracia acadêmica”<sup>27</sup>, servindo ao ideário da **universidade operacional**<sup>2</sup>. Assim, a gerência do trabalho acadêmico consubstancia-se como “espaço de afirmação do poder (e nem sempre de autoridade), mais valorizado do que os espaços dos laboratórios, dos serviços e das salas de aula”<sup>27</sup>.

Os “parâmetros produtivistas” adotados pelos órgãos de avaliação determinam a alienação no âmbito da produção do conhecimento de enfermagem (e em geral), pois o orientador é levado a selecionar o objeto a ser estudado, sem poder respeitar a preocupação original do mestrando em Enfermagem, o qual terá que se enquadrar em sua linha de pesquisa e cumprir prazos que abrirão caminhos para uma certa capacidade do docente obter financiamento num “mercado” cada vez mais “competitivo” e que é estimulado pela instituição acadêmica, o que induz a uma alienação do próprio docente orientador<sup>16</sup>.

Assim, os trabalhos educativos empreendidos pelos enfermeiros tendem a ser extensões das práticas reiterativas da **universidade operacional**, que é determinada pela própria forma de inserção (ou afastamento) da universidade na sociedade<sup>17</sup>.

Os enfermeiros formados por esta **universidade operacional** serão os principais responsáveis pela supervisão dos agentes comunitários de saúde, contribuindo para a perpetuação da alienação destes do processo de trabalho por meio da repetição de tarefas.

A alienação do ACS<sup>18</sup> é subvertida através da ampliação da demanda dos serviços, que se traduz no encaminhamento para consultas médicas, fetiche que no caso do mestrando é a obtenção do título<sup>16</sup> e no caso dos enfermeiros que relatam experiências educativas é a utilização de instrumentos emancipatórios<sup>17</sup>.

Outro campo de constituição da lógica tensional de agir em saúde está delimitado pelo fato de que hegemonicamente a produção de atos em saúde é um terreno do **trabalho vivo em ato**, que consome **trabalho morto** visando à produção do cuidado<sup>3</sup>.

Os agentes sentem falta de apoio tanto psicológico quanto dos outros profissionais da equipe<sup>18</sup>; e os enfermeiros mestrandos buscam esse apoio na universidade, pois relatam que o mes-

trado é um espaço de discussão e de busca de suporte para as questões do trabalho, assim como fuga: o “dentro” universidade protegendo do “fora” assistência<sup>16</sup>.

Diversas pesquisas em enfermagem levantam a necessidade de se criar grupos de discussão ou buscar aprimoramento profissional para aliviar o sofrimento, o desgaste ou o estresse das enfermeiras<sup>28</sup>, podendo o mestrado ser um desses caminhos encontrados. A literatura também aponta que o debate de idéias pode melhorar as condições de vida<sup>14</sup>, assim como a vida acadêmica pode tanto significar uma tentativa de defesa e isolamento, como a formação de coletivos de luta contra as atuais condições de vida ou de trabalho<sup>6,22,29</sup>.

Atualmente, o modelo assistencial dos serviços é centradamente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da lógica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar, sendo que, neste modelo assistencial, as ações dos outros profissionais de uma equipe de saúde obedecem a essa lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica com seu núcleo cuidador também empobrecido<sup>3</sup>. Com isso, deve-se entender que são forças sociais que têm interesses e os disputam com outras forças, que estão definindo as conformações tecnológicas. Nestes processos de definição do “para quê”, se organizam certos modos tecnológicos de atuar em saúde, sempre imbricados social e politicamente por grupos de interesse que interferem no que se está produzindo no setor saúde, impondo suas finalidades nesse processo de produção<sup>3</sup>.

### Considerações finais

Do ponto de vista da produção no setor secundário da economia, o encaminhamento contemporâneo para melhorar a produção deficitária, por conta da cisão entre trabalho manual e intelectual trazida pelo taylorismo, foi o toyotismo que anuncia um trabalhador polivalente para melhorar a produção, o controle de qualidade e substituir o outro quando necessário<sup>9</sup>.

Tais concepções foram trazidas pela contra-reforma do Estado brasileiro para o setor público de serviços sob o comando da Gestão pela Qualidade<sup>30</sup> e sob a lógica privada das Organizações Sociais<sup>31</sup>. Tanto as universidades públicas quanto os serviços públicos de saúde encontram-se contaminados por esses critérios. Os resultados encontrados nestes estudos falam em nome

de um profundo questionamento dessas diretrizes, uma vez que expressam o aprofundamento da divisão entre trabalho manual e intelectual.

Diante dessa situação, como a enfermagem poderia desarraigá-la da cisão entre trabalho manual e intelectual? Uma resposta parece residir no processo de recuperação do *trabalho vivo*, que poderia ser alcançado promovendo-se resistência às atuais formas de trabalhar da enfermagem, pautada na repetição de tarefas determinadas por rotinas e pela cobrança da produtividade medida por meio da quantificação de procedimentos realizados.

Como a participação dos docentes nas publicações é marcante, torna-se imprescindível sua insubordinação à divisão pormenorizada do seu próprio trabalho, a fim de promover a articulação entre o *trabalho morto* – que já passou por trabalho humano – e o *trabalho vivo* criador de valor nas práticas educativas em saúde que realiza com a população e com os alunos e trabalhadores de rede básica de serviços de saúde.

Tanto os agentes-alunos de graduação e agentes-trabalhadores vinculados à rede básica de serviços de saúde, como os sujeitos para os quais a prática educativa se destina, são subordinados pela parcial subordinação real empreendida nos trabalhos educativos em saúde, ou seja, participam pouco do planejamento das atividades educativas, que é teorizado pelos docentes e alunos de pós-graduação em enfermagem, ficando a seu cargo a parcela operacional do trabalho. Dessa forma, não apreendem a finalidade ou a necessidade de saúde geradora desse processo educativo.

Os mestrandos buscam na universidade a superação da divisão social do trabalho, pois não querem mais trabalhar com a cisão, porém a *universidade operacional* reproduz esta divisão, onde o orientador determina o desenho e o planejamento da dissertação, cabendo ao mestrando a execução, sendo esta, muitas vezes, apenas parte de uma pesquisa maior da qual o mestrando está alheio.

Para que o processo de trabalho educativo em saúde seja de fato transformador da realidade de saúde nos moldes da saúde coletiva – instrumentalização das classes/grupos sociais para a transformação dos perfis epidemiológicos –, é necessário mais que conhecer como se utilizam os recursos pedagógicos. É preciso que a enfermagem, como uma das distintas práticas sociais em saúde – componente do processo de produção de serviços de saúde –, domine tanto as concepções de saúde e de educação que iluminam o recorte do objeto do processo de trabalho educativo, quanto a concepção de educação em saúde que apri-

mora o saber instrumental para a transformação desse mesmo objeto.

Para atingir a práxis humana – objeto do trabalho educativo em saúde –, é imprescindível a participação dos sujeitos e dos múltiplos agentes na apreensão dos temas a serem transformados, a fim de que sejam concretamente incorporados no aperfeiçoamento da força de trabalho dos agentes e no cotidiano dos sujeitos. Nesse sentido, a práxis se tornará uma prática fundamentada teoricamente pelos temas/conteúdos que serão transformados no processo de trabalho educativo em saúde<sup>32-34</sup>.

No entanto, este aprendizado alienante, pelo seu próprio caráter fragmentário, não possibilita ao trabalhador a elaboração científica de sua prática, reproduzindo as condições de sua dominação<sup>35</sup>.

A superação da alienação seria alcançada por meio da formação e aperfeiçoamento dos trabalhadores, entre eles os agentes comunitários supervisionados pelas enfermeiras, de tal forma que os sujeitos dominem objeto, finalidade e instrumentos de seu trabalho, ultrapassando o pólo técnico e alcançando o pólo político<sup>33</sup> e superando o âmbito biológico e de intervenções no corpo individual. Nessa perspectiva, a qualificação precisaria incorporar a ciência remetida para o mundo do trabalho, que deve ser continuamente repensado. Nesse sentido, a superação do “apartamento” da formação poderia se dar a partir do potencial das estratégias de aproximação ensino – serviços de saúde, preconizadas nas novas diretrizes curriculares em enfermagem, ao que se soma a perspectiva da educação permanente como política de formação.

Para Gramsci<sup>36</sup>, não se pode preparar indivíduos para as atividades modernas cada vez mais complexas – com as quais a ciência se encontra tão intimamente entrelaçada – sem ter como base uma cultura geral formativa teórico-prática e política. Essa preparação pode formar profissionais capazes de alcançar a compreensão a respeito de sua inserção e de seu trabalho na sociedade, capazes de trabalhar com conhecimentos técnicos, de incorporar as questões sociais e assumirem condutas éticas que possam atender às necessidades específicas da realidade social na qual atuarão.

Dado que a raiz do problema está na infiltração da lógica mercantil dentro da universidade, a saída seria criar resistência à entrada dessa lógica, que se concretiza pela privatização da universidade pública. Esta ameaça merece ser denunciada.

E, se o viés da geração do trabalho educativo de formação é o ensino e não a assistência, a estratégia das mudanças curriculares fomentadas pela articulação entre o Ministério da Educação e o Sistema Único de Saúde (SUS), previsto pela lei 8080/90 e nunca assumido como política de formação de pessoal para o SUS - cuja característica principal é o contato precoce com os serviços públicos de saúde - poderia transformar-se num elemento nodal para ultrapassar a dicotomia concepção-execução; sujeito-objeto da ação educativa, na medida em que estratégias como os pólos de educação permanente também se somariam para aproximar o aparelho formador dos serviços, numa articulação sinérgica. No entanto, se essa formação for somente instrumental - conforme visto nos relatos de experiência, na elaboração da dissertação e no treinamento em serviço do ACS - a cisão entre concepção e execução se perpetuará.

### Colaboradores

CA Trapé, EG Pereira e YLV Bujdoso foram as pesquisadoras responsáveis pelos mestrados que serviram de base à elaboração deste artigo. CB Soares, além de orientar duas das três pesquisas e participar da Comissão Examinadora do terceiro, colaborou na elaboração do artigo.

### Agradecimentos

As autoras agradecem a colaboração do parceirista no aprimoramento do trabalho.

### Referências

1. Almeida MCP, Mishima SM, Peduzzi M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: *Anais do 10º Congresso Panamericano de Enfermeria*, 1999; Florianópolis. p. 259-77.
2. Alves G. O Futuro do trabalho. *Revista Autor* [periódico na Internet] 2005 Jul [acessado 2005 Set 05]; (49): [cerca de 3p.]. Disponível em: <http://www.revistaautor.com.br/artigos/2005/49gal.htm>
3. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
4. Castellanos BEP. *O trabalho de enfermagem* [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1987.
5. García JC. O nascimento da medicina social. In: Nunes ED, organizador. *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez; 1983. p. 95-132.
6. Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

7. Almeida MCP, Rocha SMM. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM, organizadores. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. p. 15-26.
8. Queiroz VM, Salum MJL. Reconstruindo a intervenção de enfermagem em saúde coletiva. In: *Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem*; 1996; São Paulo. p. 581-3
9. Antunes R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo; 1999.
10. Marx K. *O capital: crítica da economia política. Livro 1: O processo de produção capitalista*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1968. p. 201-223.
11. Rubin II. *A teoria marxista do valor*. São Paulo: Polis; 1987.
12. Chauí M. A universidade operacional. *Folha de São Paulo* 1999 Mai 09; A:3. p. 5.
13. Buarque C. *A aventura da universidade*. 2ª ed. São Paulo: Unesp; Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1994.
14. Giannotti JA. *A universidade em ritmo de barbárie*. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.
15. McCormick J, Rodney P, Varcoe C. Reinterpretations across studies: an approach to meta-analysis. *Qualitative health research* 2003; 13 (7):933-944.
16. Bujdoso YLV. *Dissertação como estressor: em busca de seu significado para o mestrando de enfermagem* [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005.
17. Pereira EG. *A participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde coletiva; um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros brasileiros no período 1988-2003* [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
18. Trapé CA. *A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis* [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.
19. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Rev Saúde Pública* 1998; 32 (4):299-316.
20. McNally D. Língua, história e luta de classes. In: Wood EM, Foster LB, organizadores. *Em defesa da história: Marxismo e pós modernismo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999. p. 33-49.
21. Bourdieu P. *Os usos sociais das ciências: por uma sociologia clínica do campo científico*. São Paulo: Unesp; 2004.
22. Dejours C. *Conferências brasileiras*. São Paulo: Fundap/EAESP/FGV; 1999.
23. Kuhn TS. *A estrutura das revoluções científicas*. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.
24. Vázquez AS. *Filosofia da práxis*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.
25. Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira; 1975.
26. Stotz EM, Araújo JWG. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e sociedade* 2004; 13 (2):5-19.
27. Salum MJL, Queiroz VM, Soares CB. Pesquisa social em saúde: lições gerais de metodologia – a elaboração do plano de pesquisa como momento particular da trajetória teórico-metodológica. In: *Anais do 2º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Saúde*; 1999; São Paulo.
28. Costa RRF. *O enfermeiro em diferentes unidades psiquiátricas: educação continuada e propagação do conhecimento* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
29. Bourdieu P. Os pesquisadores, a ciência econômica e o movimento social. In: Bourdieu P. *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998. p. 71-80.
30. Puccini PT. *Limites e possibilidades de uma proposta de humanização dos serviços públicos e satisfação dos usuários na luta pelo direito à saúde* [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas; 2002.
31. Calipo SM. *Saúde, Estado e ética Nob/96 e lei das organizações sociais: a privatização da instituição pública na saúde?* [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
32. Paro VH. *Administração escolar: introdução crítica*. 11ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.
33. Saviani D. *Pedagogia Histórico-Crítica*. Campinas (SP): Autores Associados; 2003.
34. Gonzaga FRSR. *Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde* [dissertação]. Florianópolis (SC): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1992.
35. Kuenzer AZK. *Pedagogia da fábrica: as relações de produção e a educação do trabalhador*. São Paulo: Cortez; Autores Associados; 1986.
36. Manacorda MA. *O princípio educativo em Gramsci*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.

Artigo apresentado em 09/12/2005

Aprovado em 05/09/2006

Versão final apresentada em 15/12/2006