

A DIVISÃO DO TRABALHO NA ENFERMAGEM E A VISÃO GLOBAL DA ASSISTÊNCIA

DIVISION OF LABOR IN NURSING CARE

Maria Édila Abreu Freitas¹

Marília Alves²

Marisa Ribeiro Bastos Peixoto³

RESUMO

O presente trabalho teve o objetivo de avaliar o conhecimento de auxiliares de enfermagem que trabalham na modalidade funcional, no que se refere à visão de conjunto da evolução apresentada pelo paciente, bem como do planejamento global da assistência. Foi realizado um estudo numa instituição hospitalar pública demonstrando que os auxiliares de enfermagem não têm uma visão global da assistência planejada e prestada ao paciente, da sua evolução clínica, intercorrências e complicações.

UNITERMOS: *divisão de trabalho; enfermagem; modelo funcional.*

1 INTRODUÇÃO

A divisão do trabalho nas profissões de saúde e, especificamente, na equipe de enfermagem, tem sido um tema pouco explorado, não só nos seus aspectos conceituais, como também, no que se refere às consequências a nível do trabalhador, do planejamento global e do resultado final da assistência.

O interesse em desenvolver uma pesquisa sobre o tema, surgiu de observações decorrentes da prática da profissão de enfermagem em hospitais públicos e privados e de docência na Universidade Federal de Minas Gerais. Segundo nossa experiência, a divisão do trabalho na equipe de enfermagem traz profundas repercussões, tanto nos aspectos relativos à identidade profissional quanto na visão de conjunto do planejamento global da assistência ao cliente.

A divisão do trabalho no setor de produção, de uma maneira geral, tem sido abordada por vários autores (Cohn; Marsiglia, 1993, entre outros). Segundo os mesmos, a fragmentação do trabalho em tarefas leva à alienação do trabalhador, eliminando sua iniciativa e criatividade. No setor de pro-

dução dos serviços de saúde, as consequências da divisão do trabalho assumem características peculiares, tendo em vista a natureza do trabalho dos profissionais de saúde.

A divisão do trabalho surgiu, inicialmente, com a divisão social do trabalho, característica comum a todas as sociedades enquanto forma e modo de produção e, com a divisão técnica do trabalho, esta como característica inerente às sociedades capitalistas. Segundo os vários autores que abordaram o tema, a divisão técnica do trabalho se caracteriza na fragmentação e parcelamento das ações, sendo responsável pela alienação do trabalhador no que se refere à visão de conjunto e a concepção do produto. (Braverman, 1980; Friedmann, 1983; Gorz, 1980).

A divisão do trabalho em atividades estanques faz com que o homem deteriore a sua capacidade criativa e perca o senso de totalidade do objeto a ser construído, sendo, dessa forma, colaborador do processo, sem contudo, sentir-se criador, autor ou sujeito do produto obtido.

Segundo Almeida e Rocha (1986), a divisão técnica do trabalho surgiu no século passado com a manufatura e com os estudos de Taylor (1976) que comprovaram a necessidade de racionalização do processo de trabalho através de atividades parceladas em tarefas e da cisão entre a concepção e a execução. Tal procedimento surge com o capitalismo, em resposta a um interesse no aumento da produtividade, viabilizada através da fragmentação do trabalho em tarefas e do controle de tempo e movimento por parte da gerência.

1 Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Mestre em Enfermagem

2 Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da UFMG. Mestre em Administração

3 Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Básica da Escola de Enfermagem da UFMG. Mestre em Administração

Essa divisão parcelada do trabalho, que se desenvolveu principalmente com a indústria norte-americana, tem repercussão na produção de bens e serviços, incluindo aí a enfermagem, conforme relata Almeida (1984).

Na concepção de Braverman (1980), a divisão técnica do trabalho aumenta a destreza do procedimento, favorece o capital, subdividindo o homem e, sendo "efetuada com menosprezo das capacidades e das necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade".

Segundo Taylor (1976) divisão do trabalho é a separação entre direção e execução de tarefas. O trabalho deve ser fragmentado, pois quanto mais dividido, tanto mais especializado e capaz se tornará o trabalhador, facilitando o seu treinamento e controle.

Sob a perspectiva de Meigniez (1971), o Taylorismo gera uma decomposição analítica das funções e o trabalhador se torna passivo, uma espécie de autômato para o qual se predetermina as ações.

O trabalho fragmentado, segundo Friedmann (1983), pode levar o indivíduo à alienação e despersonalização acompanhada, amiúde, pela consciência de não poder jamais acabar uma tarefa, jamais poder dizer a si próprio que realizou alguma coisa, por si mesmo, e que a fez bem feita. Um trabalho despersonalizado sempre inacabado, é também um trabalho desprovido de participação.

A divisão e o parcelamento das tarefas, a cisão entre o trabalho intelectual e manual, a monopolização da ciência pelas elites, o gigantismo das instalações e a centralização dos poderes que daí decorrem, nada disso é necessário para uma produção eficaz (Gorz, 1980). A alienação, na ótica de Ramos (1981), resulta de uma perniciososa articulação do indivíduo ao trabalho, na qual ele se sente estranho a si mesmo. Este estado psicológico se verifica em organizações em que o indivíduo é tratado como unidade abstrata, força de trabalho, mero instrumento passivo que, em troca de salário, cumpre tarefas, segundo especificação autocraticamente determinada.

A eficiência da organização é obtida a partir da eficiência do elemento fundamental que a constitui: o cargo ou função. A especialização do trabalhador é obtida através da divisão e subdivisão de toda operação. As tarefas mais simples podem ser mais facilmente ensinadas e a perícia do operário pode ser aumentada. Por outro lado, alcança-se uma padronização no desempenho do trabalhador, pois na medida em que as tarefas vão sendo fracionadas a maneira de executá-las torna-se padronizada, gerando economia de tempo e pessoal (Ramos, 1981).

Segundo Faria (1985), o Taylorismo concorre para o estabelecimento de relações sociais antagônicas e de trabalho alienado, na medida em que

não só separa mão e cérebro, mas divide os homens e os torna hostis.

A divisão do trabalho, nestes moldes, é uma estratégia de dominação e controle. Segundo o mesmo autor, o modo de produção capitalista trouxe, em si, a separação intelectual entre os indivíduos ligados ao processo produtivo e a subdivisão sistemática do trabalho especializado em operações limitadas entre indivíduos diferentes.

No caso específico da enfermagem, enquanto atividade profissional é, segundo Almeida e Rocha (1986), caracterizada pela divisão técnica do trabalho, parcelando as suas atividades em tarefas, procedimentos e atribuições que são designadas aos vários agentes que compõem a equipe. Esse procedimento surge a partir do século XIX, quando o hospital passa a exercer a prática assistencial, objetivando o tratamento e cura dos pacientes. Neste momento surge a necessidade da classe médica ocupar o poder na estrutura dos hospitais e as atividades de enfermagem passam, então, a ser executadas por diversas pessoas sem a qualificação necessária, com vistas à racionalização do trabalho hospitalar.

Na visão de Almeida (1984), o trabalho fragmentado em tarefas surge em decorrência da necessidade de economizar material, tempo, movimento, energia e pessoal. Dessa forma, as inúmeras atividades hospitalares poderiam ser executadas por um número reduzido de trabalhadores. Na ótica de Cohn e Marsiglia (1993), a incorporação tecnológica no processo de produção também remete à economia de tempo na execução das tarefas, no sentido de garantir a produtividade.

Em resposta a uma crítica do trabalho fragmentado em tarefas, surge, na década de 40, o trabalho em equipe. A crítica à modalidade funcional, segundo Almeida (1984), é um reflexo dos trabalhos da Escola de Relações Humanas de Elton Mayo, mas que, na verdade, pouca repercussão tem na prática da enfermagem que continua centrada na maneira de ser executada a tarefa.

Na perspectiva de Kron e Gray (1989) a enfermagem em equipe deve contemplar as seguintes características:

- . Liderança do enfermeiro;
- . Sistema efetivo de comunicação;
- . Planejamento da assistência pelo enfermeiro;
- . Centralização das decisões e responsabilidades na pessoa do enfermeiro.

Segundo Tibiriçá (s/d) o trabalho de enfermagem pode ser distribuído utilizando a modalidade funcional ou por tarefas, cuidado integral ou global e trabalho de equipe, de acordo com alguns critérios tais como recursos físicos, materiais e humanos disponíveis na unidade.

O método funcional ou por tarefas propõe distribuição do atendimento, de acordo com as tarefas, às várias categorias de prestadores de atendimento.

"Esse método é baseado no princípio da especialização, que preconiza que cada pessoa deve, tanto quanto possível, ter uma única tarefa para executar. (...) a pessoa que executa todos os dias a mesma tarefa adquire mais habilidade e mais rapidez na execução e, portanto, maior produtividade."

(Tibiriçá, s/d, p.2.)

A modalidade de cuidado integral ou global, para a autora é o método em que os trabalhadores da enfermagem são responsáveis por todos os cuidados planejados para um ou mais pacientes.

Para Bermas e Vanslyk citados por Kron e Gray (1989) a determinação das necessidades de pessoal de enfermagem deve ser feita com base no tipo e no grau de atendimento necessários. Para tal, os pacientes devem ser agrupados em categorias que podem se basear em grau de atendimento requerido, idade, diagnóstico e terapia a ser administrada.

No atendimento às necessidades dos clientes há, diariamente, uma determinada quantidade de trabalho que deve ser executada pela equipe de enfermagem. Este trabalho é dividido em partes que são atribuídas a diferentes membros da equipe, visando sempre à maior produtividade das pessoas envolvidas com a assistência. (Alves, 1991).

Tomando como base os tipos de agência de saúde, a classificação dos pacientes e suas necessidades de atendimento, bem como os problemas de organização do trabalho da enfermagem e suas consequências para o usuário e profissionais envolvidos no processo de assistência, Kron e Gray (1989) propõem, para a realidade norte-americana, quatro padrões de distribuição de tarefas na prestação de cuidados de enfermagem, ou seja, funcional, atendimento total, de equipe e primária. Nessa proposta, fazem uma análise de cada um dos padrões ou métodos, identificando as condições em que são indicados, suas principais falhas, relação custo-eficácia e modelos de avaliação.

A diferença dessa proposta de Kron e Gray (1989) com o modelo de Tibiriçá (s/d), é basicamente a introdução da categoria "Primária", ou seja, modalidade em que o enfermeiro é responsável pelo atendimento ao paciente 24 horas por dia. Inclui analisar, planejar, implementar e avaliar o atendimento de enfermagem do momento da admissão à alta.

É oportuno considerar que esses métodos foram concebidos para uma sociedade com um maior nível de desenvolvimento sócio-econômico-cultural e mesmo assim, ainda se encontra envolvida com problemas de organização do trabalho na enfermagem, onde a divisão do trabalho em tarefas fragmentadas é uma realidade, apesar dos recursos humanos já se apresentarem mais qualifi-

cados (Alves, 1991). De acordo com esse método, a ênfase está nos procedimentos e a prioridade encontra-se na execução das prescrições médicas e nos cuidados de rotina. O trabalho é dividido em tarefas e distribuído entre agentes, conforme a quantidade de trabalho a ser completado por turno. A distribuição das tarefas, no entanto, pode não considerar as condições do paciente nem a experiência ou habilidades do indivíduo que realiza o atendimento (Kron; Gray, 1989). Esta modalidade de divisão do trabalho inclui as seguintes características:

- . Não envolve a condição do paciente;
- . Não envolve a experiência ou as capacidades dos indivíduos responsáveis pelo atendimento;
- . É centrado na quantidade de procedimentos;
- . Pode ser eficiente quando há falta de pessoal;
- . É utilizado quando a equipe é heterogênea e há pessoal de baixa qualificação.

A qualidade do atendimento, para Kron e Gray (1989), pode ser sacrificada em decorrência da fragmentação da assistência. Nenhum agente, "exceto talvez o enfermeiro-chefe", conhece o efeito geral que o atendimento deveria ter sobre o paciente.

Segundo Kron e Gray (1989), o método do cuidado integral ou de casos é aquele em que é feita a designação de alguns pacientes a um enfermeiro, que lhes dá todo o atendimento de enfermagem de que necessitam durante um turno de serviço. A base lógica deste método é que o enfermeiro é o elemento melhor preparado para realizar todo o atendimento de enfermagem que o paciente requer.

Os serviços de saúde no Brasil não contam em seus quadros, com quantitativo de enfermeiros suficiente para prestar assistência direta aos pacientes. Esse atendimento é feito pelo pessoal de enfermagem de nível médio e elementar. Quando o método utilizado é o cuidado integral ou método de casos, o enfermeiro é substituído pelo técnico ou auxiliar de enfermagem e até mesmo pelo atendente.

A distribuição de pessoal para o cuidado integral deve considerar os cuidados que o cliente requer e o padrão de atendimento que se deseja oferecer possuindo as seguintes características:

- Exige maior número de enfermeiros (e no Brasil maior número de técnicos e auxiliares de enfermagem);
- Exige redução do pessoal sem qualificação específica;
- Proporciona maior satisfação que o método funcional porque os trabalhadores podem fazer aquilo que estão preparados para fazer (Kron; Gray, 1989).

Considerando o quadro atual dos serviços de saúde no Brasil, os níveis de formação dos recursos humanos em enfermagem, a quantidade desses recursos e a pouca valorização que lhes é conferida pela sociedade, a literatura na área mostra que,

na realidade, o que se encontra é uma divisão do trabalho por tarefa (Alves, 1991).

Diante do exposto, o presente estudo teve o objetivo de avaliar o conhecimento dos auxiliares de enfermagem que trabalham na modalidade funcional, no que se refere à visão de conjunto da evolução dos pacientes internados e do planejamento global da assistência.

2 METODOLOGIA

O estudo foi realizado numa instituição hospitalar pública de grande porte de Belo Horizonte. Foram considerados respondentes os auxiliares de enfermagem que trabalham apenas na modalidade funcional ou por tarefas, nas unidades de Clínica Médica e Cirúrgica desse hospital, representando uma população de 33 auxiliares.

Após as entrevistas com os coordenadores de enfermagem das unidades de internação, foram selecionados 10 auxiliares de enfermagem que são responsáveis por tarefas específicas, tais como, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais e outros cuidados de todos os pacientes internados na unidade.

A seleção dos respondentes e a coleta dos dados obedeceram os seguintes critérios:

- . coleta de dados no período da tarde;
- . escolha de auxiliares de enfermagem que prestaram assistência aos pacientes selecionados pelo período mínimo de 6 horas anteriores ao horário da coleta de dados;
- . entrevista realizada fora da unidade dos pacientes.

O levantamento de dados foi realizado através de entrevista semi-estruturada, contendo questões relativas ao planejamento global da assistência a pacientes previamente selecionados nas clínicas, bem como perguntas referentes à evolução clínica, intercorrências, complicações e procedimentos adotados (Anexo). É importante ressaltar que as questões contidas no roteiro de entrevista se referiam a aspectos considerados fundamentais ou imprescindíveis para uma visualização global do planejamento da assistência e da evolução do paciente. Após a entrevista, foram checadadas as informações obtidas, através de consulta aos prontuários dos pacientes em questão.

Dada a natureza do estudo, optou-se por uma análise qualitativa dos dados, apresentando, no entanto, algumas distribuições de frequência absoluta, objetivando uma visualização global dos resultados obtidos.

3 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As informações relativas aos aspectos considerados importantes para uma visualização global da assistência, obtidas neste estudo estão apresentadas na Tabela.

Tabela

Distribuição de frequência das informações obtidas dos auxiliares referente à assistência de enfermagem - Belo Horizonte - 1993

ASPECTOS AVALIADOS	INFORMAÇÕES CORRETAS	INFORMAÇÕES INCORRETAS
	Fa ¹	Fa ¹
1. Diagnóstico do paciente	4	6
2. Cuidados prescritos	3	7
3. Evolução do paciente	4	6
4. Dieta	3	7
5. Soroterapia	6	4
6. Medicação prescrita	6	4
7. Sinais vitais recentes.		
Se alterados, procedimentos adotados	3	7
8. Diurese	2	8
9. Complicação	5	5
10. Condições emocionais	6	4

Nota 1 Fa = frequência absoluta

Com relação ao primeiro item da Tabela constatamos que, dos 10 entrevistados, apenas 40% conheciam o diagnóstico do paciente. No entanto, as informações apresentadas por 20% destes, correspondiam ao diagnóstico provisório de internação que, na maioria das vezes, é anotado no prontuário para atender o aspecto burocrático de triagem dos pacientes às várias clínicas da instituição. Considerando este dado fundamental no direcionamento das ações de enfermagem, o desconhecimento do diagnóstico definitivo dos pacientes, por 8 dos 10 auxiliares entrevistados, sugere a não participação do auxiliar no planejamento global e a não utilização deste dado como elemento norteador da assistência.

A análise das informações que se referiam aos cuidados prescritos, apontaram, novamente, a tendência acima citada. Dos 10 entrevistados, 70% não conheciam os cuidados prescritos para os pacientes. Dos 30% que os relacionaram corretamente, se referiram, na maioria das vezes, a procedimentos de rotina da clínica, como por exemplo, a verificação dos sinais vitais, em horários padronizados. Por outro lado, foram identificadas outras variáveis que poderiam interferir nesta análise tais como, o tempo prolongado de internação decorrente da cronicidade dos pacientes e a padronização de cuidados para patologias específicas. Assim sendo, o fato de informar corretamente os cuidados prescritos para os pacientes não explica, por si só, o conhecimento global da assistência planejada, tendo em vista que foram relacionados cuidados prescritos, habitualmente, para uma patologia específica, sem, no entanto, adequá-los e/ou considerá-los sob o ponto de vista da especificidade ou individualidade do paciente (Tabela).

Quando solicitados para descrever, sucintamente, a evolução do paciente e procedimentos adotados nas últimas 3 horas anteriores à entrevista, 60% dos respondentes afirmaram desconhecer o quadro clínico recente do paciente, alegando que esse dado poderia ser obtido apenas com os funcionários responsáveis pelos outros cuidados. Os 4 auxiliares que responderam à questão solicitada, indicaram, apenas, os aspectos da evolução dos pacientes e os procedimentos adotados que tinham, de certa forma, relação com as tarefas por eles executadas. Alguns deles, indicaram intercorrências diagnosticadas nos dias anteriores à entrevista e, muitas vezes, com intervenções já efetivadas.

As perguntas relativas à alimentação do paciente, solicitavam tanto a descrição da dieta prescrita quanto a identificação das observações relativas à satisfação e queixas do paciente. Dos 10 auxiliares entrevistados, 70% forneceram dados incorretos ou afirmaram desconhecer a informação solicitada. Entre os 3 auxiliares que souberam fornecer esse dado, apenas um o fez de maneira correta e integral. Cabe ressaltar, que o paciente em questão, recebia dieta especial por sonda nasogástrica e que a funcionária entrevistada havia auxiliado na administração da mesma, por solicitação do responsável pela tarefa. Assim, o conhecimento da dieta também poderia ser explicado pelo seu envolvimento direto e recente na execução da tarefa citada.

As informações relativas à soroterapia foram, de uma maneira geral, satisfatórias. Dos 10 auxiliares entrevistados, apenas 40% não souberam caracterizar o tipo e gotejamento do soro prescrito. No entanto, considerando que a maioria dos auxiliares entrevistados eram responsáveis pela tarefa – administração de medicamentos e soroterapia – era de se esperar que um maior número deles fornecesse dados corretos e mais completos no que se refere à tarefa em questão. A mesma análise pode ser feita em relação às informações sobre a medicação prescrita, tendo em vista que 60% dos entrevistados forneceram informações completas.

As questões referentes aos sinais vitais indagavam a respeito da evolução dos mesmos nas últimas horas e, se alterados, quais os procedimentos adotados. Dos 10 auxiliares de enfermagem, 70% afirmaram desconhecer o dado solicitado e, apenas 30% deles, forneceram respostas coerentes com as anotações do prontuário.

Os auxiliares que alegaram desconhecer a informação solicitada, apontaram como justificativa o método de trabalho por tarefas, como causa de seu menor envolvimento com outros cuidados. Um deles, fez o seguinte depoimento: "não sei informar e nem sei se foram verificados hoje, porque isso é função de uma outra colega". Outra, afirmou que: "por estar na medicação, só verifico os sinais vitais do paciente quando o médico prescreve que é necessário antes de dar a medicação".

Os aspectos relativos à diurese dos pacientes não eram, de uma maneira geral, conhecidos pelos respondentes, pois, 80% deles afirmaram desconhecer os procedimentos indicados quanto ao controle e/ou observações relativas à diurese.

Dos 10 respondentes, 50% relacionaram as complicações apresentadas pelos pacientes no decorrer da internação e, 50% ou forneceram dados incorretos ou desconheciam a informação solicitada. No entanto, cabe destacar que, embora fornecendo esta informação, os 5 auxiliares não puderam, de forma satisfatória, interrelacionar as complicações apresentadas com a evolução da doença básica e/ou procedimentos clínicos e cirúrgicos adotados. Houve por exemplo, um caso de infecção pulmonar que, embora corretamente identificado, não teve sua causa relacionada a uma aspiração de conteúdo gástrico, ocorrido na clínica onde o paciente estava internado.

As perguntas que visavam avaliar o conhecimento dos auxiliares, no tocante às condições emocionais, solicitavam dados referentes à adaptação do paciente na clínica, relacionamento, satisfação e queixas apresentadas pelos mesmos. Dos 10 entrevistados, 60% informaram as condições emocionais dos pacientes e 40% não souberam responder. Embora considerado um dado relevante para a avaliação proposta pelo estudo, a checagem das informações obtidas foi limitada, tendo em vista que, na grande maioria dos prontuários, não constava registros relativos às condições emocionais dos pacientes, tanto do ponto de vista médico quanto de enfermagem. No entanto, através de algumas anotações e de visitas aos pacientes, posteriores à coleta de dados, foram identificadas 6 respostas que correspondiam, numa visão mais geral, às condições emocionais apresentadas pelos pacientes.

As dificuldades em ver os pacientes de forma global demonstradas pelos respondentes poderiam ser explicadas, a nosso ver, pelo fato dos auxiliares de enfermagem não estarem engajados no processo assistencial como um todo.

De acordo com depoimentos de alguns entrevistados que vivenciaram, em outras instituições, o cuidado integral, a distribuição do trabalho em tarefas dificulta o envolvimento dos membros da equipe que se dedicam a uma tarefa específica, tanto no planejamento quanto na percepção do paciente como um todo.

Embora generalizações se tornem inviabilizadas, dada a natureza metodológica do estudo, os resultados obtidos estão consonantes com a argumentação teórica dos autores citados anteriormente. De acordo com os mesmos, a fragmentação do trabalho, seja ele no processo de produção de bens ou de serviços, é responsável pela alienação do trabalhador no que se refere à visão do conjunto do objeto a ser construído. Ao perder o domínio do processo de produção e produto final, o

trabalhador vê cerceada a sua capacidade de iniciativa, criatividade e participação.

Transportando estas reflexões para a área de produção de serviços de saúde e, especificamente para a enfermagem, Almeida e Rocha (1986), afirmam que os auxiliares e atendentes de enfermagem desconhecem, na maioria das vezes, o plano assistencial global, ficando, portanto, marginalizados do processo de trabalho como um todo. Tal fato pode ser explicado em decorrência da forma fragmentada da prestação da assistência, onde cada elemento da equipe se envolve unicamente com a tarefa específica que lhe foi designada.

Embora a modalidade funcional seja preconizada, baseando-se nos princípios de que a divisão do trabalho leva a maior habilidade do trabalhador e a padronização da tarefa no trabalho visa a economia de tempo e pessoal, considera-se que a fragmentação do trabalho em tarefas pode ter sido um fator limitante para a visão de conjunto da assistência e evolução clínica dos pacientes, entre os auxiliares de enfermagem entrevistados.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho demonstrou que os auxiliares de enfermagem submetidos à uma organização do trabalho fragmentada têm o conhecimento restrito às tarefas que lhe são destinadas, perdendo a visão daquelas realizadas pelos outros membros da equipe e, portanto, a visão geral da assistência prestada ao paciente.

Pelos resultados obtidos, verificamos que, os auxiliares de enfermagem entrevistados não tinham um conhecimento global satisfatório do atendimento do cliente nos aspectos considerados neste estudo, ou seja, o planejamento da assistência e a evolução clínica dos pacientes.

As limitações identificadas no desenvolvimento do trabalho foram decorrentes da opção metodológica para o estudo. Assim, os resultados obtidos, embora tenham confirmado a argumentação teórica dos autores que abordaram o tema, não podem ser generalizados para o universo de auxiliares de enfermagem que trabalham na modalidade funcional. Por outro lado, a ausência de alguns registros relativos à evolução dos pacientes e cuidados prestados, tanto do ponto de vista médico quanto de enfermagem, dificultou a checagem de algumas informações fornecidas pelos respondentes.

No desenvolvimento da pesquisa foram identificadas algumas questões relevantes que poderiam gerar estudos posteriores, tais como:

- uma análise comparativa entre a modalidade funcional e de cuidado integral, no que se refere às mesmas questões propostas no presente estudo;
- identificação dos critérios utilizados pelo enfermeiro na distribuição de trabalho em enfermagem;

- avaliação da participação dos auxiliares de enfermagem no planejamento da assistência e as relações de poder dentro da equipe.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 ALMEIDA, M.C.P. *Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 1984. 141p. Tese. (Doutorado.)
- 2 ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986. 128 p.
- 3 ALVES, M. *Organização do trabalho na enfermagem*. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG, 1991. 130 p. Dissertação. (Mestrado em Administração.)
- 4 BERMAS, N.F.; VANSLYK, A. Patient classification systems and the nursing department. *Hospitals*, v.16, p.99-100, Nov. 1984 Apud KRON, T.; GRAY, A. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989. 302p.
- 5 BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no sec. XX*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 379p.
- 6 COHN, A.; MARSIGLIA, R.G. Processo e organização do trabalho. In: BUSCHINELLI et al. *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1993. 672p. p.56-75.
- 7 FARIA, J.H. *O autoritarismo nas organizações*. Curitiba: Criar, 1985. 195p.
- 8 FRIEDMANN, G. *O trabalho em migalhas*. São Paulo: Perspectiva, 1983. 288p.
- 9 GORZ, A. *Crítica da divisão do trabalho*. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- 10 KRON, T.; GRAY, A. *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente*. 6. ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1989. 302p.
- 11 MEIGNIEZ, R. *Pathologie sociale de l'entreprise la cise de la fonction de direction*. Paris: Gauthier-Villars, 1971.
- 12 RAMOS, A.G. *A nova ciência das organizações*. Rio de Janeiro: FGV, 1981.
- 13 TAYLOR, W. *Princípios da administração científica*. São Paulo: Atlas, 1976. 134p.
- 14 TIBIRIÇA, C.C. *Métodos de distribuição de serviços de enfermagem*. [s.n.t.] 28p. Mimeogr.

Endereço do autor: Marisa Ribeiro Bastos Peixoto
Author's address: Rua Ceará, 1036, ap. 301
30.150-311 - Belo Horizonte-MG

ANEXO

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

- 1 Diagnóstico do paciente.
- 2 Cuidados prescritos para o paciente.
- 3 Evolução do paciente nas últimas 3 horas e procedimentos adotados.
- 4 Dieta prescrita.
- 5 Soroterapia: tipo e gotejamento.
- 6 Dados vitais recentes. Se alterados, procedimentos adotados.
- 7 Diurese: controle e aspecto.
- 8 Complicações apresentadas e interrelacionamento com outros dados do paciente.
- 9 Medicação prescrita.
- 10 Condições emocionais: adaptação, relacionamento, satisfação e queixas do paciente.

ABSTRACT

The objective of this study was evaluate the knowledge of nursing assistants about the patient's clinical evolution and global care in a public hospital. The results showed that nursing assistants do not have a global knowledge on planned care of patients, their clinical evolution and complications.

KEY WORDS: *division of labor; nursing; functional models.*

RESUMEN

Este estudio informa sobre la falta de visión de un grupo de auxiliares de enfermería – con asignación funcional – sobre el planeamiento global del cuidado del paciente y sobre las alteraciones sufridas en su evolución clínica.

UNITERMOS: *división del trabajo; enfermería; asignación funcional.*
