



# TENDENCIAS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN ENFERMERÍA: IMPACTOS DE LA TERCERA REVOLUCIÓN INDUSTRIAL

**Semiramis Melani Melo Rocha (1)**

*1 Profesor Titular de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo Brasil*

**Regina Aparecida Garcia de Lima (2)**  
**Carmen Gracinda Silvan Scochi (2)**  
**Dulce Maria Silva Vendrusculo (2)**

*2 Profesor Doctor de la Escuela de Enfermería de Ribeirao Preto de la Universidad de Sao Paulo Brasil*

## Abstract

**A**uthors discuss the tendencies in models of intervention in nursery, in the actual brasilian society, using for this analys the categories «production style, social policies and work process. They conclud pointing to the transformations that arise en health services, public and private. They suggest to the professionals that they have to act in this process searching asistencial ways that take in account, ethic, solidarity and citizenship.

**Keywords:** nursery, intervention models; production method

## Resumen

**L**os autores discuten las tendencias de los modelos de intervención en enfermería, en la sociedad brasileña actual, utilizando para el análisis las categorías modo de producción, políticas sociales y proceso de trabajo. Concluyen apuntando las transformaciones que se vienen produciendo en los servicios de salud, públicos y privados, y sugiriendo a los profesionales que actúen en este proceso en busca de modelos asistenciales que contemplen la ética, la solidaridad y la ciudadanía.

**Descriptor:** enfermería; modelos de intervención; modo de producción.

*Este trabajo, escrito para ser presentado en el 48º Congreso Brasileño de Enfermería, el 10 de octubre de 1996, en São Paulo, forma parte del subtema oficial "La construcción de un proyecto político de enfermería brasileña para el tercer milenio." Reúne aquí un conjunto de ideas de un grupo de docentes de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto que ha discutido la enseñanza, la investigación y la asistencia a la salud.*

---

## INTRODUCCIÓN

---

Las tendencias de los modelos de intervención en enfermería pueden ser abordadas desde varios ángulos. Aun escogiendo uno, entre los posibles abordajes, lo complejo del tema requiere una investigación en profundidad, con recolección de datos empíricos comprendiendo las diversidades económicas, culturales y étnicas que determinan la asistencia a la salud y, consecuentemente, la práctica de la enfermería en una sociedad específica.

El informe "Nursing for the future", coordinado por Esther Lucile Brown (BROWN, 1948) para el National Nursing Council, en 1948, fue presentado en siete capítulos, versando sobre la extensión de los servicios hospitalarios y de salud pública y su financiamiento, la enfermería, sus condiciones presentes de práctica y formación y las futuras demandas, la diferenciación de las funciones dentro del servicio de enfermería de acuerdo con la calificación y especialización del personal, la formación de recursos humanos de nivel elemental y mediano, y los requisitos necesarios para las escuelas de graduación en enfermería, incluyendo el currículum, el financiamiento, la integración entre lo académico y lo práctico y las perspectivas futuras. Cincuenta años después, verificamos que las tendencias de la enfermería deberían ser analizadas a la luz de sus determinantes específicos en cada sociedad en particular.

Frente a la imposibilidad de una investigación de tal envergadura, optamos por la realización de un estudio analítico utilizando la fundamentación teórica

concordante con nuestra línea de investigación, o sea, un abordaje materialista, histórico y dialéctico y una aproximación genérica al tema. Para Brasil, sugerimos que el Consejo Federal de Enfermería (COFEN) organice un grupo de trabajo para una investigación de esa naturaleza, dado que el último levantamiento nacional publicado en 1985 y 1986 trae datos de 1982/83 (BRASIL, 1985, 1986). El presente estudio tiene como objetivo el análisis de las tendencias de los modelos de intervención en enfermería en Brasil, ante las transformaciones que han ocurrido en la sociedad capitalista moderna.

---

## EL MODO DE PRODUCCIÓN Y LAS POLÍTICAS SOCIALES

---

En nuestra forma de ver, una primera categoría de análisis es la forma como la enfermería se articula al modo de producción. La sociedad capitalista moderna pasa por la tercera revolución industrial, y Brasil, considerado en proceso de desarrollo, sufre las consecuencias de la expansión de las grandes empresas que, a partir de sus bases nacionales, implantan filiales en el exterior, obedeciendo a modelos de organización y estrategias competitivas concebidas en escala mundial. La ciencia y la tecnología pasaron a tener un enorme peso en las fuerzas productivas y surge una macro estructura financiera, concentrada en algunos grandes grupos, capaz de moverse rápidamente de un país a otro.

Los cambios en la economía trajeron graves implicancias para los campos social, ambiental, cultural y político. Las tasas de desempleo son comunes en casi todos los países, generando un fenómeno típico del

mundo actual denominado exclusión. Las organizaciones públicas y privadas buscan estrategias racionales de ajuste a las condiciones de mercado. Entre ellas, el corte en el número de empleados se ha transformado en un símbolo de buena administración, trayendo el desempleo, con sus graves consecuencias.

El trabajo, en su relación con el proceso salud-enfermedad, presenta doble carácter. Por un lado, el trabajo útil constituye un estímulo que desarrolla las capacidades físicas y mentales del ser humano, o sea, un productor de salud. El trabajo artesanal y el del artista se presentan como ejemplos del empleo de múltiples funciones orgánicas y de creatividad, ofreciendo el máximo de posibilidades para un desarrollo armónico y completo del ser humano. Pero, la historia ha demostrado cómo la avaricia y la alienación del hombre ha brutalizado el trabajo, que en lugar de recompensarnos con salud, nos ha castigado con enfermedades. El trabajo excesivo, que no es recompensado adecuadamente con descanso y entretenimiento, cansa el organismo, la mente y abate la resistencia natural del hombre (GARCIA, 1989).

En nuestro modo de producción, el trabajador no puede desarrollar todas sus capacidades, hipertrofiando algunas, y atrofiando otras, reprimiendo su crecimiento físico y mental en relación a sus potencialidades. De esta forma, surgen las enfermedades profesionales, el estrés, además de otras, resultantes del desempleo y de la exclusión al acceso a los bienes producidos socialmente (GARCIA, 1989).

La instalación de grandes industrias ha causado serios impactos sobre el hombre,

los animales y el medio ambiente, y el estudio de estas consecuencias ha sido uno de los objetivos y gran preocupación de la medicina ocupacional. Los avances tecnológicos, por un lado, crean posibilidades de control de muchas enfermedades, mejorando las condiciones de vida; sin embargo, por otro lado promueven la degradación del medio ambiente, provocando el desperdicio de la vida y de la salud del trabajador, por falta de reglas de precaución en el proceso de producción y por la naturaleza contradictoria y antiética en la búsqueda permanente del lucro.

Las desigualdades sociales generadas por la sociedad moderna han sido crecientes, deteriorando las condiciones de vida de la población mundial, con perjuicios más acentuados en los países llamados "periféricos". Las políticas sociales, entre ellas las políticas de salud se establecen para disminuir las tensiones sociales generadas por este proceso, mantener el orden vigente del capitalismo y disminuir las desigualdades sociales, siendo el Estado el responsable por la formulación de estas políticas.

En la sociedad brasileña el Estado encaminó las políticas de salud en dos direcciones: la primera hacia las medidas de alcance colectivo, referente al saneamiento del medio ambiente y al control de las principales endemias que marcaron agudamente la situación sanitaria y que presentan todavía una dimensión significativa; la segunda, hacia la interferencia en la asistencia médica individual, a través de la Previsión Social. Hasta la década de los 80, la asistencia a la salud era un derecho de las clases asalariadas urbanas vinculadas a la previsión social a través de un seguro obligatorio. Los servicios ofrecidos eran

producidos, en su mayoría, por el sector privado y comprados por el Estado con recursos provenientes de la Previsión Social.

En 1988, con la promulgación de la Constitución Federal, se institucionaliza el Sistema Único de Salud (SUS), estatal, descentralizado y suplementado por el sector privado, bajo control público. Sin embargo, la recesión económica, que ha marcado esta década, la disminución de los salarios y de los recursos de seguridad social, acrecentados por el aumento de la demanda de beneficios y asistencia médica, agudizaron la crisis del sector de la salud.

El sector privado, consolidado y capitalizado, independiente del mercado instituido por el Estado, se reorganiza en busca de nuevos mercados, mientras que el sector público, con la caída de los recursos, y presionado por el agravamiento del cuadro de morbimortalidad, empeora las ya precarias condiciones y calidad de atención de salud.

SOARES (1995), en su tesis de doctorado, defiende que el nivel de deterioro verificado tanto en los servicios sociales públicos como en la situación social fue fruto de políticas de ajuste deliberadas y no sólo resultado de la crisis económica, en los países latinoamericanos.

Las políticas sociales están determinadas, por un lado, por los problemas sociales que conforman una demanda por servicios y beneficios sociales; por otro lado, están constreñidas por la estructura y funcionamiento del sector público, particularmente por sus mecanismos de financiamiento, cuyas restricciones son perpetuadas por largas crisis económicas.

Según los postulados neoliberales, el bienestar social pertenece al ámbito de lo privado, entendido como familia, comunidad e instituciones privadas. El Estado sólo debe intervenir para aliviar la pobreza absoluta. En lugar del Estado del Bienestar Social tenemos el Estado de Beneficencia o Asistencialista. Son abolidos los derechos sociales y sus garantías por medio de la acción estatal, así como la universalidad e igualdad. Las estrategias para reducir la acción estatal en el terreno del bienestar social, incluyendo las políticas de salud, son el corte en los gastos, la eliminación de programas y la reducción de beneficios, o sea, la canalización hacia grupos específicos de riesgo o muy pobres, la privatización de los servicios y la descentralización de los servicios públicos hacia niveles locales. La calidad de vida de los pobres es profundamente afectada por el acceso a los servicios básicos de saneamiento, habitación, transporte, asistencia médica y educación, que no dependen de aumentos irrisorios en la distribución de la renta, sino de inversiones del sector público.

Una serie de indicadores sociales, en Brasil, en la década de los 80, presentaron un comportamiento positivo, como la expansión significativa de los servicios de saneamiento básico, la reducción de la mortalidad infantil y de la tasa de natalidad, el aumento de la esperanza de vida al nacer, la expansión de los niveles de educación formal, el aumento de la cobertura de vacunación de la población infantil, la ampliación de la cobertura de los servicios públicos de salud y la reducción de la desnutrición entre niños menores de cinco años, entre otros. Esta década, considerada de redemocratización, fue acompañada de gastos públicos en el área social. Los cortes fueron más significativos a partir de 1990.

Pasaremos rápidamente por un comentario acerca de la repercusión de las medidas neoliberales, en lo que afecta a la enfermería.

En el área de la salud, en Brasil, estas políticas provocan una doble consecuencia: por un lado, el agravamiento de la situación social causada por el ajuste, la sobrecarga de los servicios públicos con aumento de la demanda, debido al desempleo, el deterioro de las condiciones de vida y el aumento de la morbilidad; por otro lado, la oferta de servicios es restringida por el corte de gastos, la reducción del presupuesto provocada por la recesión y por las estrategias de canalización y privatización.

Los cortes en el presupuesto social afectan de modo más agudo a los sectores más carentes y desprotegidos de la población pero también a sectores con cierto prestigio, como las universidades públicas y los hospitales de enseñanza.

Entre 1989 y 1992, el gasto federal con la salud decreció de US\$ 11.200 millones a US\$ 6.500 millones. Al mismo tiempo, la creación de reglas de transferencia de recursos para los estados y municipios impidieron que muchas esferas locales cumplieran los requisitos necesarios para recibir los recursos, dando margen a transferencias clientelistas y negociados, directamente entre el gobierno federal y los municipios (MEDICI, 1993).

Hace veinte años la enfermería profesional se consolida en la sociedad brasileña. En la década de los 70, se amplió el número de escuelas de enfermería de nivel superior en todo el territorio nacional; fue sancionada la Ley Nº 5905/73 que dispone acerca de la creación de los Consejos Fed-

eral y Regionales de Enfermería, y el número de enfermeros, entre los profesionales de salud, creció 142%. Entre los profesionales de nivel superior fue la categoría que ha registrado mayor crecimiento (NOGUEIRA, 1986). También en esta década se ha instalado la enseñanza de post grado "*strictu sensu*", con programas de maestría o doctorado, ampliándose considerablemente la producción y divulgación científica. Estos hechos repercuten en la enseñanza de graduación y en el mercado de trabajo.

---

## EL PROCESO DE TRABAJO EN SALUD Y LA INSERCIÓN DE LA ENFERMERÍA

---

Pasaremos al análisis de las tendencias de los modelos de intervención en enfermería a través del proceso de trabajo en las instituciones que prestan servicios de asistencia a la salud.

Revisando la literatura de enfermería, se observa que las primeras educadoras estadounidenses buscaron el modelo de las ciencias biomédicas y físicas para crear una ciencia de enfermería. En la década de los veinte, el estudio del caso fue introducido con vistas a sistematizar el conocimiento para la enseñanza de enfermería, siendo luego reconocida su insuficiencia como referente teórico que diera soporte a la profesión emergente (BOEMER; ROCHA, 1996).

Las técnicas de enfermería, que consistieron en la reglamentación de los procedimientos fundamentados en nociones tayloristas, pasaron entonces a instrumentar la profesión. Entre 1913 y 1970, el modelo dominante de instituciones para la prestación de los servicios de salud es el hospitalario, copiando del fordismo, paradigma de la

segunda revolución industrial, su base de organización. Según JOFFILY (1994) las características de esta base son la producción en serie, línea de montaje, rigidez, especialización y separación entre la gerencia y la ejecución. En cuanto al proceso de trabajo, en este tipo de organización de producción, se caracteriza por ser especializado, fragmentado, no calificado, intenso, rutinario y jerarquizado.

La enseñanza de enfermería se adecua a este paradigma, fundamentándose en una pedagogía tecnicista, basada en los principios de la Teoría General de Administración de Taylor y Fayol, que preconiza la racionalidad, la eficiencia y la reducción de gastos. La reforma universitaria, ocurrida en 1968 en Brasil, determinó una nueva dimensión al sistema de enseñanza superior, con fuerte repercusión en la enseñanza de enfermería, acelerando la integración de las escuelas a las universidades, proporcionando la revisión del currículum, el incentivo a la investigación y la profundización en las áreas de conocimiento de la enfermería.

En la década de los 70, la enfermería participó de todos los niveles de enseñanza del país: medio, de primero a segundo año, formando auxiliares y técnicos de enfermería; superior, de graduación y posgrado, consolidándose a través de este último en las instituciones universitarias.

En Brasil, a ejemplo de lo que ocurrió en la enfermería estadounidense, hubo un período en que las investigaciones realizadas por los enfermeros contemplaban objetos de estudio dirigidos hacia el componente biológico del cuidado de enfermería, análisis de las actividades administrativas desarro-

lladas por los enfermeros en las instituciones, según perspectivas funcionalistas, estandarización y evaluación de técnicas, y estudios de normalidad de parámetros biológicos (BOEMER; ROCHA, 1996). A partir de este primer cuerpo de conocimientos, de forma integrada a los avances de la ciencia y a las nuevas incorporaciones en la esfera tecnológica, surgen investigaciones orientadas por otras fundamentaciones teóricas. Algunos investigadores enfermeros producen las primeras tesis y disertaciones buscando entender la enfermería como una práctica social y en que los determinantes socio económicos influyen en el proceso salud-enfermedad. Por otro lado, enfermeros preocupados con las relaciones interpersonales en el contexto de la atención a la salud se vuelven hacia referencias que fundamenten investigaciones pertinentes a la comprensión del sujeto al que el cuidado es prestado. Emergen el lenguaje, la relación dialógica y la intersubjetividad como componentes esenciales en la producción de un nuevo conocimiento.

Los resultados de estas investigaciones posibilitaron a los enfermeros sobrepasar el modelo biológico y proponer el cuidado de enfermería más allá de la técnica, de la cuantificación y de la observación de señales y síntomas. Permitieron a los enfermeros un diálogo académico interdisciplinario y la comprensión de su inserción en el proceso de trabajo en salud. En relación a la clientela, los enfermeros pudieron comprenderla, no sólo en una perspectiva universal y abstracta, con necesidades biopsicosociales indeterminadas, sino diferenciadas de acuerdo con sus condiciones de existencia y determinadas por su inserción en el modo de producción.

Durante la década de los 80, el país pasa por profundas transformaciones marcadas por un lado, por una crisis económica intensa y prolongada y, por otro, por la superación de un largo período autoritario, restaurándose el orden democrático. La organización del sector salud es intensamente discutida, cuestionándose el modelo previsional, incompatible con las demandas de la población, siendo colocadas en discusión cuestiones como la extensión de cobertura, la regionalización, la participación popular y la ciudadanía, en busca de nuevas formas de organización y asistencia.

La enfermería retoma la discusión acerca de la formación profesional a través de la Asociación Brasileña de Enfermería (ABEN), de la Comisión de Especialistas de Enseñanza de Enfermería (SESU/MEC) y de las escuelas, para elaborar un nuevo currículum de graduación, teniendo como eje central orientador las directrices apuntadas por la 8ª Conferencia Nacional de Salud realizada en 1986. El currículum aprobado por el Ministerio de la Educación y Cultura (MEC) Nº 1721/94 tiene como referencia una visión crítica de las condiciones de vida y del perfil epidemiológico de la población, de las directrices políticas definidas para el sector salud, de la demanda y de las funciones de los profesionales. Propone una metodología educacional transformadora que posibilite la inclusión social y política del enfermero desarrollando el ejercicio de la ciudadanía.

La organización sanitaria brasileña hasta la década de los 80, se caracterizó por la diversidad de instituciones y por la profunda dicotomía entre las prácticas de prevención y promoción de la salud y la asistencia

curativa, de alto costo y no disponible para toda la población. Hoy, el sector de la salud brasileño ha buscado tornarse un sistema único, descentralizado y universal en la amplitud de sus acciones. Los graduales cambios que ha sufrido buscan revertir una situación caracterizada por el hospitalcentrismo, para que el hospital deje de ser el principal proveedor de cuidados de salud. Empiezan, entonces a surgir propuestas alternativas de asistencia ambulatoria, en la comunidad, en unidades básicas y de referencia.

Las propuestas no pretenden la eliminación del hospital del sistema de salud, al contrario, la redefinición de su papel busca suprimir la subordinación de todos los servicios y producción de conocimiento acerca de la salud a su dinámica. La reformulación del papel del hospital sugiere, también, ampliar su eficacia, integrándolo orgánicamente a los servicios de menor complejidad dentro de una propuesta de integralidad de la asistencia, articulando los diferentes niveles de atención.

Así, el proceso de trabajo de la enfermería podrá ser ampliado, tanto cuantitativa como cualitativamente. En la primera situación, a través de la creación de nuevos espacios de trabajo además del hospital, aunque una parte significativa de los agentes de enfermería lo tengan como lugar de trabajo. Para dimensionar mejor esta tendencia, reafirmamos la necesidad de nuevos estudios sobre la fuerza de trabajo en enfermería, semejante al realizado por el COFEN/ABEN en la década de los 80 (BRASIL, 1985, 1986).

Experiencias como asistencia domiciliaria, hospital de día, el trabajo en industrias,

guarderías, escuelas y programas como salud de la familia, entre otras, pueden ser ejemplos de ampliación del mercado de trabajo, no siempre vinculados al Estado a través de políticas sociales públicas.

Nos parece que en el sector salud, al contrario del de producción de bienes de consumo, no hubo alteración significativa de las tasas de desempleo y según el documento "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y en el Caribe" (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1994), el mercado de trabajo en salud tiende a expandirse, llegando en algunos países de América Latina al 5% de la población económicamente activa.

Otro hecho que puede corroborarse con este análisis, se refiere al período de crisis económica que lleva a las medidas racionalizadoras dentro de la lógica de disminución de costos determinando, en primera instancia, la reducción de la oferta de empleo y del sueldo real de los trabajadores. En el caso específico de la enfermería brasileña, hubo expansión de multiempleo, como forma de compensar las pérdidas salariales, tornando el trabajo polivalente, desgastante, intenso y estresante, características determinadas por los cambios tecnológicos ocurridos con la tercera revolución industrial.

En la perspectiva cualitativa, en el sector salud también hubo la incorporación de un nuevo instrumental en el proceso de diagnóstico y terapéutico con la incorporación de tecnologías de la era de la informática, de la biotecnología, de las máquinas de comando numérico computadorizado y de los sistemas integrados. Para

responder a esta nueva necesidad, la tendencia nos encamina hacia la búsqueda de cursos de especialización y educación continua dado el intenso progreso y sofisticación de la tecnología envuelta en las intervenciones de enfermería. Algunas experiencias pueden ejemplificar esta tendencia, como el surgimiento de enfermeros especialistas en: catéteres venosos de mediana y de larga permanencia, control de infección hospitalaria, atención domiciliaria, amamantamiento, además de aquellas especialidades ya consolidadas (intensivas, traumatológicas, pediátricas, entre otras). Por otro lado, los sueldos de los enfermeros no son compatibles con las inversiones en la formación especializada.

En la salud, en sus dos vertientes principales — en el hospital y en las unidades básicas de salud — las transformaciones más significativas ocurrieron a partir de la década de los 80; de cuidados simplificados se pasó a trabajar con instrumentos cada vez más complejos, producto de muchos otros trabajos, disponiendo para ello, de la diversificación y especialización de los agentes, interna y externamente al sector salud. En esta perspectiva KIRCHHOF (1995) al discutir las finalidades del trabajo en salud, cuestiona si una de ellas, hoy, no sería el consumo de las tecnologías producidas para la asistencia a la salud.

Para conseguir satisfacer las necesidades de la atención a la salud con la ampliación del objeto de intervención más allá del cuerpo anatómico-biológico, el trabajo tiende cada vez más a ser multidisciplinario, multiprofesional, requiriendo en su organización interna nuevas formas de gestión a través de la integración entre

gerencia y ejecución, reduciendo la estructura jerárquica.

Una vez más, trae de la industria el modelo para reformular su base de organización teniendo como meta la calidad total. Pero no se puede negar que los mecanismos de control de calidad son también de orden ideológica.

Otra tendencia presente en el sector salud, en la perspectiva de reducción de costos, es la de la tercerización de algunas actividades, a semejanza del sector productivo. Con esto, otros grupos de trabajadores no vinculados directamente al área de salud también son introducidos en el sector hospitalario. Se alteran las relaciones sociales y la propia organización del trabajo, mediante demandas para contratación de servicios de informática, alimentación, transporte, hotelería, industria farmacéutica y de equipamientos médico-hospitalarios.

Los hospitales han reorganizado sus estrategias de adquisición, almacenamiento y distribución de insumos, buscando la reducción del desperdicio, dada la creciente utilización de procesos gerenciales del tipo *'just in time'*.

En los servicios de salud públicos y privados se observa la tendencia de introducir nuevas formas de gestión del trabajo, fundadas en el incentivo a la productividad y calidad, la descentralización y la autonomía

administrativas. Esta nueva forma de organización con las características ya citadas permite la flexibilización de los vínculos de trabajo, temiéndose por el comprometimiento de los derechos sociales del trabajador.

A partir de la perspectiva de la transformación del proceso de trabajo, y frente a la incorporación de nuevas bases materiales y de organización, están siendo conformados proyectos de asistencia integral a la salud. Este no es un concepto de consenso para la enfermería pues tiene diferentes significados según la corriente a que esté ligado. Para algunos autores, asistencia integral significa aquella en la cual hay integración del sistema de salud por niveles de complejidad, para otros, la integración entre las dimensiones biopsicosociales y, para otros aun, integración multiprofesional e interdisciplinaria.

Estas tendencias convergen en las características de base de organización del modo de producción de la tercera revolución industrial, también denominado Toyotismo, porque surge en la industria automovilística Toyota en Japón, a saber: producción flexible, isla de producción, *'just in time'*, calidad total, integración gerencia-ejecución. En lo que respecta al proceso de trabajo, éste tiende a ser polivalente, integrado, en equipo, intensísimo, flexible, estresante y con menos jerarquía (JOFFILY, 1994).

---

## CONCLUSIÓN

---

En síntesis, las tres categorías utilizadas para el análisis, modo de producción, políticas sociales y proceso de trabajo indican las intensas transformaciones que estamos viviendo en el momento actual.

En el sector salud, estas transformaciones afectan los medios de trabajo, incorporando nuevos servicios y bienes de consumo, tecnologías y rapidez en el proceso de informaciones, gracias a la introducción de la informática.

La especialización flexible origina una nueva estructura en el mercado de trabajo, dividiendo a los trabajadores en grupos

centrales y periféricos, con diferentes formas de inserción. Para los usuarios, el acceso a los servicios depende de su poder adquisitivo.

Las tendencias dependen de la concientización de los profesionales, de su capacidad y potencial de ir en busca de una realidad en la que los modelos de asistencia contemplen la ética, la solidaridad y la ciudadanía. Según el Prof. MENDES GONÇALVES (1994), "*o processo de trabalho não é apenas dispêndio mecânico de forças: é a forma especialmente humana de socialidade, de gênese histórica. Em cada grão de tecnologia estão contidos, assim, ao mesmo tempo, todas as determinações do passado que nela desembocam e toda a construção viva de futuro*".

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- Boemer, M. R. y Rocha, S. M. M. (1996). A pesquisa em enfermagem: notas de ordem histórica e metodológica. *Saúde e Sociedade*, 5 (1/2).
- Brasil. Conselho Federal de Enfermagem (1985). O exercício de Enfermagem nas instituições de Saúde no Brasil: 1982/1983. A força de trabalho em enfermagem. Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem, Rio de Janeiro, vol. 1.
- Conselho Federal de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem (1986). O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil: 1982/1983. *Enfermagem no contexto institucional*. Rio de Janeiro, vol. 2.
- Brasil (1994). Ministério da Educação e do Desporto. Portaria nº 1721 de 15 de dezembro.
- Brown, E. L. (1948). *Nursing for the future. A report prepared for the National Nursing Council*. New York, Russel Sage Foundation, 198 p.
- García, J. C. (1989). *Pensamento social em saúde na América Latina*. Everardo Duarte Nunes. (org.), São Paulo, Cortez. (Coleção pensamento social e saúde; 5).
- Goncalves, R. B. M. (1994). *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, 278p.
- Joffily, B. (1994). Toyotismo e microeletrônica: uma revolução que desafia os sindicatos. *Rev. DeFato*, 1 (2) : 14-25.
- Kirchhof, A. L. F. (1995). Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde: recriando instrumentos para adequar o trabalho a sua finalidade. *Texto e Contexto Enf.*, Florianópolis, 4 (1) : 60-65.
- Medici, A. C. (1993). A regulação do trabalho no âmbito da saúde: In: *CICLO NACIONAL DE ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM*, 8, Ribeirão Preto, 17 a 19 de março, 1993. *Anais. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo*, 1 :31-55.
- Nogueira, R. P. (1986). *Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970-1983*. Brasília, OPS/MS/ MPAS/ MEC/ MCT, 56p.
- Organización Panamericana de la Salud (1994). *Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y del Caribe*. 115p. /Datilografado/
- Soares, L. T. (1995). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Campinas. Tese (Doutorado). Instituto de Economia da Universidade de Campinas.