

PODER, INTERDEPENDÊNCIA E COMPLEMENTARIDADE NO TRABALHO HOSPITALAR: UMA ANÁLISE A PARTIR DA ENFERMAGEM

POWER, INTERDEPENDENCE, COMPLEMENTARINESS IN HOSPITAL LABOR: AN ANALYSIS FROM NURSING.

*Marta Julia Marques Lopes*¹

RESUMO: O ensaio em questão propõe-se a discutir as recentes transformações do trabalho hospitalar e do trabalho de enfermagem em particular. As análises privilegiam as relações inter e intra equipes multidisciplinares constitutivas das práticas envolvidas no processo terapêutico presentes no espaço-tempo hospitalar.

UNITERMOS: Poder - Enfermagem - Interdependência no trabalho hospitalar.

ABSTRACT: This essay intends to discuss recent transformation both to hospital work and nursing work specifically. Analysis privilege inter and intra relations with multidisciplinary teams which is constituted of practices on the therapeutic process present in hospital space-time.

KEYWORDS: Power - Nursing - Interdependence in hospital work.

GRUPOS PROFISSIONAIS, PODER E TRABALHO HOSPITALAR²

O hospital é um complexo cenário que congrega as transformações e deixa vislumbrar as novas proposições das práticas terapêuticas. Ele coloca frente a frente grupos profissionais clássicos e emergentes. Base e sustentação da prática médica, legitimidade social lhe foi suficiente por longo tempo. Uma base técnica de respaldo e um “auxiliariado” eficiente foi o complemento. Mas a complexidade crescente, advinda dos progressos técnicos de diversas áreas da ciência que se integram aos avanços da medicina, confronta novas e múltiplas especialidades profissionais que introduzem a interdependência e quebram com a exclusividade médica da assistência no processo saúde-doença.

¹ Professora Adjunta da Escola de Enfermagem/UFRGS. Doutora em Sociologia.

² O centro de interesse deste artigo reside efetivamente nas inter-relações cotidianas do trabalho hospitalar. Com isso ressalto que não me proponho a discutir a estrutura burocrático-administrativa do hospital e sim as reinvenções cotidianas do trabalho terapêutico.

A concepção da relação saúde-doença como um processo, como um fato social, por si só introduz nuances na relação assistencial. A multiplicidade de fatores que determina o adoecer e o ter saúde limita a potência médico-terapêutica que se embasa apenas na doença enquanto um distúrbio do corpo ou do psiquismo, fragmentando a globalidade do indivíduo e do sujeito social. A prática terapêutica não se restringe ao tratamento do fígado do senhor X ou da senhora Y, com drogas milagrosas ou cirurgias competentes, consequência apenas das mãos mágicas dos cirurgiões.

Assistir (cuidar e tratar) torna-se pouco a pouco um processo de cooperação e interdependência, e a complementaridade se dá entre as disputas de espaço e a imposição de interesses diversos dos diferentes segmentos profissionais no seio da organização hospitalar. É, portanto, a dimensão coletiva do processo terapêutico que se consolida.

É fato que a importância dos grupos profissionais e o reconhecimento de sua colaboração nesse processo está estreitamente ligada ao prestígio e às aquisições construídas ao longo do tempo. Assim, no meio da saúde os médicos têm vantagens e legitimidade não só simbólicas mas igualmente em direitos e em uma legislação do trabalho estruturada a seu favor. Com isso, a profissão médica, bem estruturada na sociedade e no meio institucional, permite aos médicos tirar proveito e adotar atitudes amparadas nessa trajetória legitimada.

A enfermagem (auxiliares, técnicas, enfermeiras³), por sua vez, está menos “armada” para as disputas de espaço e para a consolidação do seu saber. Majoritariamente mulheres, as enfermeiras universitárias e a enfermagem atestam as nuances de gênero que estruturam a divisão sexual e as relações de trabalho na saúde. A divisão sexual do trabalho se exprime no trabalho de enfermagem e no trabalho hospitalar de uma forma geral. As relações hierárquicas e a segregação dos serviços, de postos e funções atestam que o setor hospitalar soube tirar proveito das “qualidades” femininas.

As auxiliares de enfermagem são aquelas que no meio do cuidado hospitalar⁴ se encontram em posição menos confortável enquanto categoria sócio-profissional. A “acomodação” aos regulamentos do hospital aparece como um refúgio seguro para elas, garantia de uma existência aceitável⁵. Conforme *Bouvier*, o regulamento é a liturgia central onde se encontra a coerência dos papéis. Os regulamentos encontrados em todos os setores do hospital se colocam ao mesmo tempo como um “livro de suplicios”, pois codificam o trabalho, os horários, as hierarquias e como “couraça protetora”, pois reproduz os direitos dos agentes, os limites, os deveres, o respeito mínimo ao qual as direções e todo o pessoal do comando lhes deve.

³ Refiro-me a essas categorias no feminino, já que são compostas majoritariamente por mulheres.

⁴ O cuidado e o cuidar constituem as práticas e a ação da enfermagem.

⁵ P. Bouvier, *Le travail au quotidien: une démarche socio-anthropologique*, Paris, P.U.F., 1989.

O hospital joga muito com a integração dos trabalhadores dentro de uma lógica do sistema que se soma a um constrangimento moral forte. Quanto às auxiliares de enfermagem e mesmo às enfermeiras, elas atestam essa integração, passando a idéia de uma coletividade valorizante.

E mais, em meus estudos empíricos⁶ pude concluir que essa fachada de segurança regulamentar do hospital, do serviço, é constituída por princípios que conjugam sobretudo uma certa homogeneidade de pensamento quanto à função do hospital e sua ação frente aos valores da vida, à ética, etc. Assim, essa estrutura não se constitui propriamente em rígidas condutas de trabalho no cotidiano. Pude também notar que existe nos hospitais uma “segunda ordem”, um “por de baixo do pano” que permite a dinamicidade necessária para fazer frente ao imprevisível. As auxiliares são aliadas das enfermeiras universitárias, constituindo um sistema de barganha que funciona eficientemente. Elas não recorrem aos médicos, mas sim às enfermeiras antes de tudo. Se essa conduta foi, a princípio, influenciada pela hierarquia (baseada no nível de formação), ela é hoje admitida como divisão técnica e proteção dos espaços e responsabilidades de cada um. Principalmente as auxiliares se sentiam muito vulneráveis na relação com os médicos e condenadas a obedecer. A equipe de enfermagem parece constituir um contexto de divisão complementar e um espaço protegido no qual a enfermeira é a responsável.

Interdisciplinaridade e interdependência

Historicamente, o médico consolidou sua dominação (saber-poder) no setor hospitalar e da saúde, e essa dominação acabou por sedimentar uma imagem clássica da enfermagem enquanto trabalho auxiliar. No entanto, a força dos cotidianos nos mostra que essas velhas imagens coabitam hoje em dia com a resistência, com novas faces do trabalho e dos agentes do cuidado.

O hospital possibilita interações de atores com diferentes papéis⁷. Ao mesmo tempo que mulheres, as enfermeiras e auxiliares são técnicas, assumem múltiplos papéis e constroem diferentes relações entre elas, interprofissionais, com o doente, com os familiares, entre outras.

Todas as relações presentes no hospital são, como pude observar nas interações de trabalho, constitutivas de uma enfermagem que tenta se reinventar. A trama dessas relações confronta a enfermagem - e sobretudo as enfermeiras (mais protegidas no campo das disputas pela posse do diploma universitário) - com a efetividade do seu saber (e não só com o seu fazer),

⁶ Este trabalho é um ensaio originário de duas monografias desenvolvidas em, dois grandes complexos hospitalares da cidade de Porto Alegre e que serviram de base empírica para nossa tese de doutoramento em sociologia na Universidade de Paris VII. A abordagem metodológica é do tipo etnosociológica, com procedimentos de coleta junto a quatro unidades de enfermagem privilegiando a observação participante, as discussões de grupo e as entrevistas individuais, além de procedimentos complementares.

O referencial interacionista advindo da Sociologia das Organizações com uma abordagem do tipo clínico fornece as bases teórico-analíticas que originam as discussões aqui apresentadas.

⁷ A. Strauss desenvolve essa idéia em *Miroir et masques*, Paris, Métailié, 1992.

tornando-as conscientes da singularidade da sua ação e da sua indispensabilidade. Assim, elas visualizam a sua própria lógica e introduzem o questionamento na sua relação com a medicina. Elas têm as suas próprias formas de pensar o cuidado e de exercê-lo, sem subjuguá-lo aos ditames da medicina.

Interdependência e autonomia

Relações de trabalho dinâmicas e interdependentes caracterizam hoje a assistência hospitalar. É preciso, no entanto, considerar os contextos dos serviços, os quais lhes conferem uma heterogeneidade que vai desde as condições básicas da assistência (espaço, pessoa, condições de trabalho) à qualidade técnica dos serviços prestados.

Assistir o doente escapa hoje da exclusividade da terapêutica médica. A interdependência de diversas práticas se dá com o reconhecimento e o respeito mais ou menos flexível dos espaços de saber e da ação de uns e outros. Entre médicos e enfermagem a delegação de tarefas pura e simples perde seu lugar e essa relação não se sustenta, hoje, apenas na supremacia e nas posições ocupadas no hospital. Conveniente e satisfatória por longo tempo, essa conduta se defronta hoje com a resistência da enfermagem. Os médicos por sua vez, ao se distanciarem dos doentes, utilizando-se das intermediações - da enfermagem, por exemplo, deixaram o caminho livre. A enfermagem, no seu cotidiano de proximidade, de inovação, de improvisação junto ao doente, torna-se capaz de subverter as ordens.

Constata-se, então, o fortalecimento das “práticas periféricas” no universo hospitalar. Essas práticas exprimem a multiplicidade dos interesses, dos objetivos (de grupos, de indivíduos), de saberes que se disputam e que se misturam às diferentes motivações pessoais, ao investimento, ao compromisso tão comuns no meio da enfermagem.

AS PEQUENAS UNIDADES DO CUIDADO: A CHAVE DO EQUILÍBRIO

Os serviços de enfermagem e suas pequenas unidades divididas por especialidade terapêutica constituem a base do sistema de internação hospitalar. Essas unidades funcionam à base de uma “segunda ordem” vivida e orquestrada pela enfermagem. O sistema complexo e as interdependências dos serviços só se viabilizam na base da flexibilidade administrativa. Os administradores sabem disso e têm nas enfermeiras os personagens principais do funcionamento e do equilíbrio do sistema técnico-assistencial na hospitalização.

O sistema funciona à base de arranjos diversos, de horários, de trocas, de substituições entre o pessoal. A diversidade das demandas, das interações entre técnicos, doentes, familiares, serviços burocrático-administrativos de suporte, posicionam a enfermagem em uma encruzilhada onde é preciso cumprir ou infringir as regras. Assim, as atitudes se constroem ao enfrentar os diversos acontecimentos, considerando as negociações múltiplas que perpassam muitas

vezes o hospital e suas próprias regras. Essa maleabilidade advém da “linha de frente”, ou seja, daquelas(es) que estão em contato direto e cotidiano com os doentes, das contingências da relação enfermagem-doente. Essa maleabilidade consolidou a figura da enfermeira universitária como a chave da eficiência dos serviços. Enquanto personagem mais qualificada da equipe, presente 24 horas no hospital, polivalente pela sua qualificação (e suas “qualidades femininas”) e acumulando diversas delegações administrativas e técnico-assistenciais, as enfermeiras ocupam uma posição que lhes confere um certo poder e um caráter indispensável.

Essa posição também lhes possibilita ao mesmo tempo conhecer e controlar os atores dentro do hospital, seus ritmos e suas abordagens do trabalho. Perceber as disputas das práticas de uns e outros, suas lógicas e julgamentos próprios que marcam a organização hospitalar, e, ao mesmo tempo, sedimentam os saberes profissionais, leva ao fortalecimento das convicções das enfermeiras sobre a complexidade e a singularidade do cuidado nesse meio.

A dimensão de guardiãs morais da relação medicina-doente é outro dos efeitos que perpassam a figura da enfermeira e fazem parte do olhar que, sobretudo as auxiliares, têm da ação médica. A intermediação e a proximidade junto ao doente lhes possibilita tomar para si as “dores do paciente”, no sentido de atender reivindicações, desejos, etc., assumindo atitudes de protecionismo e julgando moralmente os atos médicos.

As margens de liberdade e os desafios do cotidiano

As margens de liberdade⁸ que advém das posições que ocupam os diversos atores no hospital lhes permite criar e negociar constantemente. No caso da enfermagem, essas margens são oriundas de uma prática ancorada fortemente no cotidiano, o que lhes confere uma base de observação singular, mas também de um profissionalismo crescente, principalmente se considerarmos as enfermeiras.

O sistema depende enormemente da coordenação, da gestão que as enfermeiras fazem das suas horas de trabalho, das auxiliares, do material e dos serviços de suporte (limpeza, manutenção, etc). São as soluções que elas põem em prática para solucionar problemas in loco e agilmente que permitem o desafio da conciliação do trabalho em série e do fora-de-série. Elas criam, tomam iniciativas. Pude observar que essas atitudes são responsáveis pela qualidade das decisões e, no fundo, pela qualidade assistencial do serviço. É verdade que os limites impostos pelas precárias condições de trabalho em muitos hospitais condenam a enfermagem a limitar-se ao prescrito, ao cumprimento mínimo, do exercício do cuidado direto. Executar esse mínimo, para a maioria das auxiliares, é a tarefa principal e o gerenciamento desse mínimo se configura

⁸ Cf. M.Crozier et E.Friedberg, *L'Acteur et le système*. Paris, Editions du Seuil, Coll. Points, 1977.

em desafio para as “enfermeiras sem doente” (administradoras) que, mesmo assim, asseguram satisfatoriamente o funcionamento das unidades e os cuidados aos doentes.

Nos hospitais objetos de estudo, os organogramas, as normas e fluxos de serviço levam a concebê-los enquanto organizações pesadas e rígidas. No cotidiano, no entanto, é a multiplicidade das unidades que permite a agilidade dos serviços. A realidade é, portanto, bem outra. É impossível conceber uma unidade de atendimento de urgências, por exemplo, codificando ações, comportamentos, dividindo rigidamente o trabalho e limitando responsabilidades. A responsabilidade coletiva pelo serviço e pelo doente é o que importa até que suas funções vitais sejam recuperadas, o doente não é de ninguém e é de todos ao mesmo tempo.

O poder profissional se relativiza

Assim, os serviços altamente especializados e exigentes em qualificação trabalham calcados na interdependência. Já nos serviços precários a estratégia é a flexibilidade de poder no que diz respeito à divisão do trabalho e aos espaços de cada membro da equipe ampliada. Nesse tipo de hospital são as auxiliares que sustentam a assistência direta, observando-se menos conflitos por espaços de poder profissional. A precariedade das unidades e o tipo de clientela (com atendimento diferenciado por classe social) condicionam um certo “descaso”, o que leva os médicos a abdicar em parte dos seus legítimos poderes sobre o doente e o tratamento.

Casos extremos à parte, o que se observa é que os médicos percebem hoje que a interdependência os impede de “reinar” sós e absolutos sobre o doente e o hospital. Assim, a colaboração, as alianças se concretizam na base da relativização do poder. As enfermeiras estão mais “armadas” para enfrentar esses conflitos se comparadas com as auxiliares, por isso gerem o tempo e intermediam as relações intra-equipe de enfermagem e com os médicos, garantindo assim seu espaço. Assumem responsabilidades frente às auxiliares e, ao mesmo tempo, conquistam para a equipe de enfermagem uma relação de confiança útil para a qualidade da assistência na sua globalidade. As responsabilidades que as enfermeiras assumem nos pós-operatórios ou nas unidades de cuidado intensivo são valorizantes para o trabalho da equipe e, ao mesmo tempo, proveitosas para os médicos.

A FILOSOFIA E AS CONDIÇÕES MATERIAIS DOS SERVIÇOS: GLOBALIDADE OU FRAGMENTAÇÃO

A filosofia assistencial dos serviços é decisiva na forma como se pensa o cuidado e as práticas terapêuticas de forma geral. Os serviços que centram sua ação no doente ou que caminham nessa direção são mais gratificantes e motivo

de valorização do trabalho de enfermagem. A concepção de integralidade da pessoa assistida constitui uma base de concepção para a estruturação de serviços que se organizam em torno da responsabilidade global pelo doente. Essa perspectiva é veiculada pelo ensino de enfermagem nos diversos níveis de qualificação no Brasil. A realidade dos serviços, no entanto, relativiza essa concepção. O que se observa é um predomínio dos serviços onde a doença e a terapêutica médica são estruturantes da assistência.

Mesmo se não se pode ainda falar em integração completa das equipes médica e de enfermagem, alguns hospitais aproximam-se dessa integração. Observa-se que as enfermeiras tentam estruturar o serviço em uma concepção que privilegia o paciente. Nos serviços onde isso é possível, elas trabalham em conjunto com as auxiliares sem a rígida divisão de tarefas. São nessas unidades onde as enfermeiras se dizem mais satisfeitas e se consideram como verdadeiras “cuidadoras”.

As auxiliares, por sua vez, não problematizam a globalidade da responsabilidade pelo doente da mesma forma que as enfermeiras. Para elas, na maioria dos serviços, as tarefas de higiene, conforto e apoio psicológico, somadas à ação técnica, tornam-se pesadas face às condições materiais e de recursos humanos. Ocupar-se de cinco a sete doentes ao mesmo tempo transforma em “luxo” tudo o que extrapola a estrita prescrição médica.

A valorização da proximidade com doente nas novas teorizações do cuidado não sensibilizam da mesma forma quem o concebe enquanto ato terapêutico global e quem se habituou a executar ações desvalorizadas e rotineiras no cotidiano. Para as auxiliares, higienizar, escutar, conversar com o doente teve sempre um sentido de ação banal, doméstica, sem valor se confrontadas à terapêutica médica, esta sim considerada como ação principal e portadora de sentido no hospital. Para elas, as manipulações técnicas advindas da prescrição médica é que têm valor. Mesmo as enfermeiras se encontram face a conflitos advindos da dificuldade em transformar em valor real aquilo que é o fundamento da sua ação - o cuidado. Em muitos momentos, admitir a eficiência e a habilidade técnica como fundamentos da qualificação serve como refúgio.

Esse cenário é hoje visivelmente conflitado. As enfermeiras universitárias percebem que o cuidado global as liberta da condição frustrante de auxiliares dos médicos. A cultura médica, por sua vez, nem sempre considera e valoriza essa nova concepção do cuidar, o que entrava a organização dos serviços com base na sistematização do cuidado, em uma metodologia própria da assistência de enfermagem. As disputas são evidentes e a enfermagem defende posições e impõe negociações de espaços, instalando pouco a pouco seu poder no hospital.

Tenho claro que é a heterogeneidade das qualificações e dos serviços assistenciais na realidade brasileira que é fator limitante da consolidação do cuidado enquanto prática profissional singular, bem como a consciência dessa singularidade.

Traçando um paralelo entre a prática das enfermeiras francesas e americanas (no Brasil, a orientação segue a tradição americana), *M. Binst* realça

as diferenças de concepção do cuidado.⁹ Diz ela que o valor do cuidado global e do relacional na relação com o doente é tradição americana e que para as francesas, ao contrário, o cuidado se estrutura na valorização do técnico e na fragmentação, na separação entre a ação das enfermeiras e das auxiliares. Diz ainda que parte considerável da profissão procura o reconhecimento especificamente médico. Com isso, elas condenam-se a ser sub-médicos, o que, segundo a autora, é catastrófico para profissão.

Essa avaliação me parece real e penso que, mesmo heterogênea, a orientação profissional no Brasil e nos Estados Unidos segue uma proposta mais autônoma se comparada com a França. A estrutura da profissão francesa segue a linha das especialidades médicas e do trabalho de suporte a essas atividades, e não propriamente a uma proposta de cuidar. As crises atuais atestam, em uma dada dimensão, essas incompatibilidades.

A CONQUISTA DE ESPAÇO NO HOSPITAL

Estratégias assistenciais

As enfermeiras universitárias são aquelas que comandam as estratégias das equipes. Estas são fundamentalmente coletivas ao nível do cuidado, já que somente o poder médico é capaz de sustentar posições individuais e impor-se dessa forma no hospital. No entanto, essas atitudes e o autoritarismo são cada vez mais raros.

As regras e as rotinas de serviço são características dos serviços de enfermagem. De um certo ângulo, essa normatização pode ser pensada como um refúgio muitas vezes necessário nas disputas internas. Mas, cada vez mais a enfermagem elabora estratégias ativas, articula-se com o ensino e se consolida enquanto modelo de serviço, enquanto assistência de qualidade, o que implica em motivação e implicação crescente no trabalho. Dessa forma, propõe mudanças e disputa o poder no hospital.

A força do investimento pessoal, afetivo, do envolvimento no trabalho é uma característica marcante no trabalho de enfermagem. Essa força não deve ser negligenciada enquanto sustentadora dos coletivos, mesmo que se constitua muitas vezes em fonte de exploração no campo de trabalho.

As associações de enfermeiras

As associações de enfermeiras são um exemplo típico de como tem se configurado a “militância enfermeira” preferida, sobretudo nos grandes complexos hospitalares públicos e mesmo privados.

As iniciativas desse tipo de organização representam estratégias advindas da consciência do campo de disputas, das relações que a complexidade do hospital torna real. Assim, mesmo que as associações de enfermeiras atestem um certo caráter diferencialista e corporativista em relação ao conjunto da enfermagem, elas atestam também a tomada de posição frente ao poder que o diploma

⁹ M. Binst, *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris, L'Harmattan, 1990.

universitário lhes confere no seio da equipe e a representatividade que devem assumir no campo dessas disputas.

O diferencialismo e o corporativismo podem ser pensados como condutas de crise, como afirma *D. Kergoat*⁴. Essa autora diz que as enfermeiras manifestam ações que vão desde um defensivismo (ligado ao paciente e, no caso brasileiro, a certos valores de classe e tradições da enfermagem) às estratégias mais ofensivas, conflituais, colocando em evidência a dominação e um certo protecionismo corporativo. Essas condutas reivindicativas, quer sejam defensivas ou conflituais, configuram-se em tentativas de garantir uma posição de domínio dentro da equipe, e de constituir um espaço próprio do cuidado frente ao domínio do modelo assistencial médico-hospitalar.

As reações defensivas frente a uma dada situação são visíveis nos engajamentos das enfermeiras, ora afirmando aspectos identificadores (ligados à singularidade do cuidado), ora modificando aspectos que “não servem mais” (imagem da enfermeira-auxiliar, “tarefeira”, etc.). As estratégias, e mesmo as táticas, em certos momentos reúnem as categorias de enfermagem em uma conceituação identificadora de cuidado; em outros, de se engajar no diferencialismo interno. Dessa forma, as enfermeiras reforçam suas alianças institucionais, apegando-se às leis do exercício profissional diferenciado e hierarquizado e concentrando suas energias na defesa de um “status” de enfermeira”, exclusivamente.

UM MOVIMENTO PROFISSIONAL NO SEIO DO HOSPITAL?

As condutas de crise no campo de enfermagem podem ser chamadas de “movimento profissional”, no sentido que lhe dá *A. Strauss*⁷; isso, na medida em que as visualizamos como arranjos institucionais (traduzidos por leis do exercício profissional, por posicionamento frente ao sistema de saúde, frente ao hospital, etc.), como lutas de poder para a aquisição de posições no interior dessas instituições e que ora as demarcam da medicina ora das demais categorias da enfermagem.

As enfermeiras reconhecem hoje o campo de lutas em que estão inscritas, assim como sua posição nesse campo. Demarcam suas posições e agem a partir de sua inserção no seio do hospital (do poder institucional), controlando assim o recrutamento e o exercício de enfermagem. O monopólio dos postos de chefia no hospital mostra o domínio delas sobre os agentes e as práticas do cuidado. As enfermeiras se constituem nas representantes e porta-vozes da comunidade de enfermagem.

As associações surgem também dos conflitos de afirmação entre os chefes e subalternos e do “status” diferenciado da enfermeira universitária no setor. Isso pode ser constatado nas principais associações de enfermeiras e mesmo nos sindicatos categoriais, que são, na verdade, associações representativas somente das enfermeiras. Dessa forma elas monopolizam as qualificações de

nível médio, extinguem ou instituem novas proposições de formação de enfermagem. Interpretam a profissão junto ao público e se acham as dignas representantes da vanguarda e as negociadoras por excelência frente aos confrontos do exercício.

Finalmente, são as associações, as leis do exercício, as normas e regras de serviço que vão refletir não a homogeneidade ou o consenso, mas o poder das enfermeiras nesse meio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BINST, Marianne. *Du mandarin au manager hospitalier*. Paris: L'Harmattan, 1990.
2. BOUVIER, Pierre. *Le travail au quotidien: une démarche socio-anthropologique*. Paris: P. U. F., 1989.
3. CROZIER, Michel et E. Friedberg, *L' Acteur et le système*. Paris: Editions du Seuil, Coll. Points, 1977.
4. KERGOAT, Danièle. "L'infirmière coordonnée". In: D. Kergoat et alii. *Les infirmières et leur coordination 1988-1989*. Paris: Lamarre, 1992.
5. LOPES, Marta Julia M. *Les soins images et réalités: le quotidien soignant au Brésil*. Paris: Université de Paris VII. Tese (Doutorado em sociologia). Université Paris VII, 1993.
6. STRAUSS, Anselm. *Miroir et masques*. Paris: Métailié, 1992.
7. STRAUSS, Anselm. "La dynamique des professions". In: *La trame de la négociation* (textes réunis et prescutés para Isabelle Baszanger). Paris: L'Harmattan, 1992. p. 67-86.