



Revista da Escola de Enfermagem da USP
ISSN: 0080-6234
reeusp@usp.br
Universidade de São Paulo
Brasil

Tonelli Bartolomei, Silvia Ricci; Aparecida Lacerda, Rúbia
Trabalho do enfermeiro no Centro de Material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 40, núm. 3, 2006, pp. 412-417
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033287014>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

Trabalho do enfermeiro no Centro de Material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem*

THE NURSE'S WORK AT A HOSPITAL SUPPLY CENTER AND HIS/HER PLACE IN THE CARE FOR NURSING WORK

TRABAJO DEL ENFERMERO EN EL CENTRO DE MATERIAL Y SU LUGAR EN EL PROCESO DE CUIDAR DE LA ENFERMERÍA

Silvia Ricci Tonelli Bartolomei¹, Rúbia Aparecida Lacerda²

* Extraído da Tese "O processo de trabalho do enfermeiro do centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem", Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), 2003.

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUSP. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

² Enfermeira. Professora Associada da EEUSP. rlacerda@usp.br

RESUMO

Estudo sobre o trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização (CME), com a finalidade de analisar sua realidade social e seu papel transformador no cuidar em saúde e pela enfermagem. Tratou-se de pesquisa estratégica, com análise de discurso de enfermeiras da CME. Obteve-se que a gerência é sua principal atividade, em um processo estruturado que confirma a prática tradicional da enfermagem, tendo como objeto a coordenação do processamento de materiais médico-hospitalares utilizados em atos cuidadores. Tal prática caracteriza-se pelo cuidado indireto, que instrumentaliza não apenas o trabalho da enfermagem, mas os de outros profissionais. Em consequência, não se caracteriza como cuidado específico da enfermagem e do enfermeiro. Seu potencial transformador nas relações e novos modos de produção do cuidar em saúde e pelo enfermeiro deverá ocorrer antes pela competência do conhecimento específico em CME do administrativo.

ABSTRACT

This is a study on nurses' work at central supply units (CSUs) with the aim of analyzing his/her social reality and transforming role in the caring process in health and nursing. It's a strategic research, with speech analysis of CSU nurses. Results show that their main activity is management, in a structured process that confirms the traditional nursing practice, having as object the coordination of medical-hospital material processing used for care. Their work is characterized by indirect care, and is instrumental not only for nurses' work, but for the work of other professionals as well. As a result, it is not identified as specific nursing care, nor as care provided by the nurse. Its transforming potential upon relations and new production modes of care in health, and by the nurse, will occur first through his/her competence in the specific knowledge about CSUs than through his/her administrative skills.

RESUMEN

Se trata de un estudio sobre el trabajo del enfermero en el centro de material y esterilización (CME), con la finalidad de analizar su realidad social y su papel transformador en el cuidar en salud por la enfermería. Investigación estratégica, con análisis de discurso de enfermeras de CME. Se obtuvo como resultado que la gerencia es su principal actividad, en un proceso estructurado que confirma la práctica tradicional de la enfermería, teniendo como objeto la coordinación del procesamiento de materiales médico-hospitalarios utilizados en actos cuidadores. Tal práctica se caracteriza por el cuidado indirecto, que instrumentaliza no apenas el trabajo de la enfermería, sino también la de los otros profesionales. En consecuencia, no se caracteriza como cuidado específico de la enfermería y del enfermero. Su potencial transformador en las relaciones y nuevos modos de producción del cuidar en salud y por el enfermero deberá ocurrir antes por la competencia del conocimiento específico en el CME que por el administrativo.

DESCRITORES

Cuidados de enfermagem.
Almoxarifado central hospitalar.
Processos de enfermagem.

KEY WORDS

Nursing care.
Central supply, hospital.
Nursing process.

DESCRITORES

Atención de enfermería.
Central de suministros en hospital.
Procesos de enfermería.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da Central de Material e Esterilização (CME) está relacionado com a transformação do hospital como local de intervenções no corpo biológico, principalmente as cirurgias, a partir da emergência do capitalismo⁽¹⁾. E a compreensão do enfermeiro como responsável pela CME pode ser buscada no papel que a enfermagem representou nesta transformação, dado pela organização do ambiente terapêutico⁽²⁾.

Nos últimos 30 anos, três fatores relevaram ainda mais a CME, relacionados à emergência da infecção hospitalar (IH) por microrganismos multiresistentes, à evolução tecnológica dos artigos médico-hospitalares, incluindo a reutilização daqueles originalmente de uso único, e aos riscos ocupacionais⁽³⁾. Tais fatores vêm determinando produção de pesquisas e solidificando uma importante área de saber.

É freqüente, no entanto, o questionamento desse trabalho pelo enfermeiro, por ele lidar com materiais e não com pacientes, como valorizam alguns teóricos da enfermagem atual. Observa-se, então, uma tensão entre uma prática historicamente realizada pelo enfermeiro e uma concepção que valoriza sua atuação direta para e com o paciente.

A produção dominante na saúde e o desenvolvimento de procedimentos de intervenção vêm demandando novas práticas não relacionadas diretamente ao cuidado, várias delas realizadas por enfermeiros: controle de IH, controle de qualidade, captação de órgãos, gerência da higiene hospitalar, entre outros. Por outro lado, há a ênfase atual de que a essência da enfermagem é o cuidado. Trata-se de outra tensão entre a ampliação do trabalho do enfermeiro e a essência de sua prática: o cuidado.

Considerando que o trabalho na CME é parte constitutiva de uma estrutura maior de prática de saúde atualmente dominante, porém dotada de especificidade, este estudo pretende, sob a vertente da percepção dos enfermeiros da CME, introduzir subsídios que possam ampliar a análise da realidade do seu trabalho e, por seu intermédio, o seu papel transformador no cuidar em saúde em geral e pela enfermagem.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo no campo das ciências sociais, cuja maior distinção é a incorporação de significado e intencionalidade, o que significar incorporar a subjetividade como essência do sentido e inerente ao entendimento objetivo⁽⁴⁾. O estudo situa-se na modalidade pesquisa estratégica, orientada para problemas que surgem na sociedade e, ainda que não preveja soluções práticas, pode lançar luz sobre determinados aspectos da realidade⁽⁵⁾.

O referencial teórico de análise é a teoria do processo de trabalho em saúde, de Mendes Gonçalves⁽⁶⁾ e Merhy⁽⁷⁾, a partir da teoria marxiana do trabalho em geral⁽⁸⁾, cujos elementos básicos são: o(s) agente(s) -que realizam o trabalho-, o objeto ou a matéria-prima -a ser transformada-, os instrumentos -para transformar o objeto- e a finalidade, esta, decorrente da satisfação de uma dada necessidade. Nesta teoria, o objeto de trabalho é sempre o homem e o autor⁽⁷⁾ utiliza conceitos de trabalho morto (objetos e instrumentos resultantes de trabalhos anteriores) e trabalho vivo ou “em ato” (com os componentes do trabalho morto que permitem um novo produto). Os instrumentos são vistos como tecnologias leves (relacionais), leve-duras (metodologias de processos) e duras (materiais e equipamentos).

O estudo foi realizado com 10 enfermeiras de CME de hospitais de Campinas, de um universo de 12, por meio de entrevistas semi-estruturadas e gravadas, após concordância aos Termos de Compromisso e de Consentimento Esclarecido. As questões foram: 1) Descreva com o máximo de detalhes um dia do seu trabalho; 2) Quais as relações que você percebe entre o seu trabalho e o cuidado ao paciente?

A produção dominante na saúde e o desenvolvimento de procedimentos de intervenção vêm demandando novas práticas não relacionadas diretamente ao cuidado...

As entrevistas foram tratadas com análise de discurso⁽⁴⁾, classificando os temas conforme a técnica de Fiorin, Savioli⁽⁹⁾, adaptada por Car⁽¹⁰⁾. As etapas consistiram de: a) transcrição e leitura do discurso; b) identificação e articulação dos temas, buscando as convergências e ambigüidades; c) redação das frases temáticas. O conjunto das frases constituiu um *corpus* único, reordenado e classificado em estruturas de significados, constituindo as categorias empíricas: 1. A gerência no trabalho da enfermeira na CME; 2. O cuidado no trabalho da enfermeira em centro de material.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas frases temáticas sobre um dia de trabalho da enfermeira na CME identificou-se a gerência como sua principal atividade, a qual, sabidamente, abarca diversas funções: planejamento, elaboração de instrumentos administrativos e operacionais, administração de recursos materiais e de pessoal, supervisão.

As atividades gerenciais mais relatadas por todas as enfermeiras referiram-se à administração de recursos materiais, predominando a previsão e provisão, o controle e a *checagem* do seu preparo: *Controlar, conferir e preparar o material consignado; Checar o material que é encaminhado (...); Resolver problemas com equipamentos; Controlar documentação, nota fiscal, (...) e reposição das caixas de material; Organizar o arsenal*. Em menor freqüência, a administração de pessoal: *Gerenciar a falta de*

funcionários; Fazer treinamento intensivo (...); Distribuir os funcionários.

O planejamento, que é base das demais ações administrativas⁽¹¹⁾, foi identificado em apenas duas enfermeiras: *Elaborar relatórios e projetos (...) para encaminhar à (...) administração; (...) estudo de custo-benefício*. Outras atividades administrativas foram: *Atender representantes das empresas de materiais; Discutir problemas do CM com a administração; Fechar cartão de ponto e encaminhar para o setor de recursos humanos*. Poucas atividades extrapolavam o papel administrativo e referiram-se, principalmente, às operacionais, em determinadas circunstâncias: ... *inspecionar o preparo dos circuitos (...) e (...) preparar também..., seja por falta de funcionários ou pela falta de capacidade dos mesmos... ; Ajudar no operacional quando necessário*.

A atividade essencialmente gerencial é bem aceita: ... *se trabalhasse só na supervisão o trabalho seria mais eficiente; ... assume algumas tarefas que não fazem parte da sua função por entender que possam causar consequências graves ao paciente*.

Ninguém relatou atividades de pesquisa nesta área, cuja produção vem ocorrendo nas formas de dissertações de mestrado, teses de doutorado, monografias de especialização e iniciação científica, assim como livros e trabalhos em eventos científicos⁽¹²⁻²³⁾. Destes, destacam-se os congressos nacionais das Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico e Associação Brasileira de Profissionais de Controle de Infecção e Epidemiologia Hospitalar.

Sendo a gerência de recursos materiais a principal atividade dessas enfermeiras, não há dúvidas sobre seu objeto de trabalho fundamental: coordenação do processamento de artigos médico-hospitalares, com a finalidade de serem utilizados com segurança nos atos cuidadores. Os instrumentos empregados são produtos e equipamentos de outros processos de trabalho, assim como metodologias de controle de qualidade para se obter produtos previamente estabelecidos (artigos processados) e atender necessidades de consumo de agentes que realizam atos cuidadores. Nesse sentido, os instrumentos deste processo de trabalho constituem tecnologias duras (materiais e equipamentos) e leve-duras (metodologias de gerenciamento de processamento de artigos)⁽⁷⁾. As tecnologias leves, referentes às relacionais, não estão presentes, uma vez que o objeto de trabalho não é o homem.

Assim organizado, o processo de trabalho na CME, coordenado pelo enfermeiro, é bastante sistematizado, apresentando fases distintas de produção e pouca possibilidade de variação. Sua lógica aproxima-se antes da produção industrial do que da produção de assistência direta aos clientes. No processo de trabalho da assistência direta, ainda que ele ocorra sob um mesmo modelo tecno-assistencial, o clínico, a tecnologia leve - relacional - está sempre presente,

assim como existe a variabilidade do objeto de trabalho - o próprio homem - e, em consequência, distintos resultados ou produtos. Já, pela própria natureza do processo de trabalho no centro de material o que justamente não se deseja ou admite é esta variabilidade dos seus produtos ou resultados.

No conceito de valor dos produtos, de Marx⁽⁸⁾, os da CME constituem valor de troca e não de uso, ou seja, não se destinam ao consumo imediato. O trabalho se estrutura a partir de necessidades já dadas: intervenções no corpo. Assim estruturado, há maior facilidade de *captura* do seu trabalho vivo, ou seja, do trabalho em ato, o que limita o exercício de maior autonomia e de certo *autogoverno*, atuando-se no que já está dado (trabalho morto). Não há espaço intercessor entre trabalhador e usuário, o espaço da tecnologia leve, de maior potencial criador e transformador de práticas de assistência à saúde.

É bem verdade que novos artigos e processos de gestão na CME vêm sendo desenvolvidos e, por vezes, justificados como uma *revolução* ou verdadeira *transformação*. Mas tratam-se, antes, de mudanças da natureza do espaço da produção. Questiona-se o quanto esta *revolução*, ao invés de possibilitar maior autonomia, permite antes e ainda mais a *captura* do trabalho vivo em ato na produção, fazendo com que os *autogovernos* tenham que ser coerentes com a natureza do processo produtivo⁽⁷⁾.

A categoria *o cuidado no trabalho da enfermeira na CME* foi obtida das suas reflexões sobre a relação do seu trabalho com o cuidado ao paciente. Para todas elas, não há dúvidas de que esta relação existe, manifestada ora de forma direta, ora indireta: ... *o trabalho do CM relaciona-se íntima e integralmente com o cuidado ao paciente; ... embora não realize a assistência direta ao paciente, tudo o que faz está relacionado com ele; ... existe uma relação direta entre o trabalho no CM e a assistência ao paciente; ... o serviço do CM está diretamente ligado à assistência ao paciente; O trabalho do CM está ligado indiretamente ao paciente*.

A maioria das enfermeiras enxerga também e, claramente, este trabalho como subsídio de qualidade e segurança para a assistência ao paciente, ou seja, como seu instrumento-méio: *a qualidade da assistência está intimamente relacionada a qualidade do material utilizado...; ... uma peça decisiva na qualidade do cuidado a ser prestado; ... todas as atividades realizadas no CM são em função da qualidade da assistência ao paciente; ... O CM tem essa função primordial: dar o suporte para o cuidado*.

Há praticamente consenso de que a finalidade do trabalho em saúde é o cuidado^(2,24-27), o qual se distingue do genérico pelo uso de tecnologias específicas, dependendo de distintos serviços de saúde e suas formas de organização, assim como das necessidades dos usuários. Já, a consideração do trabalho da CME como cuidado depende da con-

cepção do cuidado em saúde, cujas discussões teóricas distinguem duas vertentes. Uma delas o admite apenas na relação direta com o usuário, portanto, o cuidado direto. A outra admite atos que configurem conforto e segurança física e material, portanto, cuidado indireto.

A primeira concepção é encontrada em autores como Merhy⁽²⁴⁾:

Entendo o ato cuidador como um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, e no qual há um jogo de necessidades/direitos.

Waldow⁽²⁵⁾ assim o comprehende, ao considerar que

...todos os atos de cuidar/cuidado tornam-se reais durante o processo de cuidado, que ocorre quando a enfermeira está com outra pessoa.

Prioriza-se, assim, o aspecto relacional, campo da tecnologia leve. Então, o trabalho na CME não seria processo de cuidar, assim como outros trabalhos que destinam-se antes a subsidiar a assistência ao paciente.

A outra concepção não considera apenas o aspecto relacional e tem como representante mais ilustre Nightingale⁽²⁾:

... Os sintomas ou sofrimento ... próprios da enfermidade são, muitas vezes, ... a falta de um ou de todos os seguintes fatores: ar puro, claridade, aquecimento, silêncio, limpeza, ou pontualidade e assistência na ministração da dieta... .

Foi sob essa concepção que a enfermagem moderna se desenvolveu, assumindo ações de organização do ambiente terapêutico. Neste caso, o trabalho na CME pode ser considerado como processo de cuidar, ao garantir segurança para os procedimentos de intervenção no corpo biológico, por meio de tecnologias leve-duras e duras.

Independente dessas vertentes do cuidado, ele é amplamente considerado pela enfermagem como seu campo de ação específico⁽²⁶⁾. Autores de outras áreas, entretanto, não compartilham dessa prerrogativa. Merhy⁽²⁴⁾ torna implícito que outros profissionais da saúde também cuidam:

Todo o serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores junto aos usuários... todo processo de trabalho em saúde produz 'atos de saúde', que perseguem a 'produção do cuidado'.

Waldow⁽²⁵⁾ também reconhece que o cuidado não é privilégio da relação enfermeiro-paciente e deve ser visto numa ótica mais ampla de relação inter e intra-institucional.

Duas dimensões, portanto, sobre o cuidado da enfermagem e pelo enfermeiro se interpõem. Uma, é a tensão entre cuidado direto e indireto. Outra, ações que distinguem o seu cuidado específico. Tais dimensões se interpenetram e permeiam a trajetória da enfermagem, com distintos significados de cuidado de enfermagem.

O cuidado passou a ser social e politicamente valorizado a partir da importância que começou a ser dada ao corpo, na emergência do capitalismo⁽¹⁾. As ações iniciais e eminentemente preventivas, tendo como instrumento o saber da epidemiologia, foram introduzidas por Nightingale no hospital e possibilitaram sua transformação, assim como o surgimento da enfermagem moderna e seu primeiro significado de cuidado específico, sobre o ambiente e o corpo⁽²⁸⁾.

Se não existia dicotomia entre cuidado de enfermagem direto e indireto, contudo, foi com ele que se iniciou a divisão técnica e social desse trabalho, separando o *pensar* (organização) do *fazer*. Os cuidados direto e indireto nesse período, portanto, não se referiam à abrangência de ações (ambiente e corpo), mas à divisão técnica e social na sua realização. Essa concepção só seria questionada como essência do cuidado de enfermagem quando o desenvolvimento da clínica e as ações curativas foram superando as preventivas. Neste momento, este cuidado começou a ser incorporado como instrumento do trabalho médico e reforçado pelo desenvolvimento e introdução de recursos tecnológicos pautados no modelo clínico, com ações cada vez mais dependentes da prescrição médica, sistematizando-se o conhecimento de enfermagem no desenvolvimento e descrição de técnicas e alterando seu objeto de trabalho.

...As técnicas consistem da descrição do procedimento de enfermagem a ser executado, passo a passo, e ...da relação de material que é utilizado. ...o objeto de enfermagem não estava centrado no cuidado ao paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa⁽²⁹⁾.

A partir de 1950, são introduzidos os princípios científicos para nortear suas ações e o cuidado de enfermagem adquire respaldo científico, mas o ensino continuou priorizando o conhecimento médico e,

...acrescido de uma ênfase nas teorias administrativas, segundo os princípios de Taylor e Fayol, os quais orientam ações de planejamento, organização e supervisão do cuidado administrado pelas demais categorias⁽²⁵⁾.

Reforçou-se, portanto, a divisão técnica do trabalho e a separação entre cuidado direto e indireto, relacionado não apenas à separação entre cuidado do ambiente e cuidado do indivíduo mas, principalmente, entre a organização (pensar) e execução (fazer).

Mas, o que começou a ser questionado nos últimos anos não é a separação do cuidado nessas duas esferas, e sim a própria finalidade do trabalho como ação específica, com uma identidade para a enfermagem não dependente apenas do ato médico. As teorias a partir de 1959 buscavam, além de um sentido menos tecnicista, modelos de cuidado que propiciassem esta identidade. Elas apresentam discursos humanistas, referentes não apenas à doença mas ao doente como ser integral, em sua bio-psico-sócio-espiritualidade.

Autores defendem, sob essa integralidade, o cuidado direto pela enfermeira⁽³⁰⁾. Outros, preocupam-se mais com o cuidado identificador, sob nova proposição e com sistemas de pensamento, julgamento clínico e ações que superem os limites da propedéutica e do modelo de intervenção em uso⁽²⁷⁾. A atuação estaria para além do cuidado direto ou indireto, mas caberia ao enfermeiro a coordenação deste processo enquanto instrumento norteador, mediando as relações interpessoais a partir de demandas reconhecidas por códigos de percepção e de avaliações interativos e uma interface com a gestão vinculada a ações de representação de necessidades, expectativas, possibilidades e custo que o processo de trabalho imprime na equipe.

Esta autora, portanto, defende uma nova racionalidade que vai além do cuidado da doença da forma tradicional, incorporando a subjetividade e os contextos institucional e social, o que pressupõe novos modelos tecno assistenciais⁽²⁷⁾. Tal processo é conceituado como:

...seqüência dinâmica e sistematizada de ações necessárias e suficientes para a construção, desempenho e validação do trabalho da ... enfermagem, agregando intervenções específicas (cuidar dual) e ... complementares e interdependentes do conjunto multiprofissional (assistir-cuidar) ... em contextos institucionais peculiares⁽²⁷⁾.

A coordenação deste processo de cuidar pela enfermeira pressupõe a manutenção da divisão técnica do trabalho e não deixa claro se seu conceito incluiria o trabalho da enfermeira da CME. Entretanto, mesmo incluído, ele não participaria daquilo que caracterizaria as intervenções específicas da enfermagem (*cuidar dual*).

Há que se questionar, porém, a emergência de um novo modelo em confronto com a realidade objetiva de oferta dominante de serviços de saúde atual, a qual impõe ao enfermeiro a racionalidade ainda pautada no modelo de Nightingale.

Porém, esta nova racionalidade do processo de cuidar, coordenada pelo enfermeiro, ao se dar no interior do próprio processo dominante e priorizar o espaço micropolítico das ações de saúde, ou seja, o espaço intercessor usuário/profissional, vai ao encontro da idéia que

...aposta na possibilidade de se constituir tecnologias de ação do trabalho vivo em ato e mesmo gestão ... que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar na busca de ... sentido da captura sofrida pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de quebras em relação aos processos institucionais que operam cotidianamente⁽⁷⁾.

Mas, somente o trabalho vivo em ato, com uso de tecnologias leves e neste espaço micropolítico teria potencialidade para estabelecer um dado autogoverno e extrapolar um modelo de trabalho em saúde que o aprisionou. O novo modelo permitiria a escuta de *ruídos* que devem ser incor-

porados, ao contrário de sua contenção, como ocorre nos processos muito estruturados, caso da CME.

CONCLUSÃO

Sob a prática tradicional e dominante do enfermeiro, voltada tanto para o cuidado do ambiente (cuidado indireto) quanto do paciente (cuidado direto), o trabalho na CME se situaria na primeira situação. É, portanto, e sempre cuidado indireto. Assim sendo, ele não ocorre no espaço intercessor trabalhador/usuário, o espaço da tecnologia leve e de característica transformadora. Essa concepção é percebida nas enfermeiras quando a maioria o reconhece como recurso de qualidade da assistência, conforme citou uma das enfermeiras: ...*O CM tem essa função primordial: dar o suporte para o cuidado*.

Deste modo, mesmo sendo trabalho específico e tradicional do enfermeiro, ele não se reveste de um caráter identificador do cuidado de enfermagem, pois dá-se como instrumento de trabalho de profissionais que realizam diretamente a assistência. E, nos discursos das enfermeiras, não se observa tensão sobre a relação do seu trabalho com o processo de cuidar pelo enfermeiro. A sua atividade dominante, a gerência de processamento de artigos médico-hospitalares, confirma e reforça a estrutura tradicional da prática atual da enfermagem, caracterizada pela divisão técnica e social do seu trabalho e dada a partir das necessidades do modelo clínico dominante. E, em consequência, sem condições de participar diretamente de uma nova racionalidade para o cuidado de enfermagem e pelo enfermeiro.

Porém, acatando uma lei fundamental da dialética, que é a permanente mudança de estados quantitativos até uma nova qualidade, por meio do acirramento das contradições que formam a sua unidade, todo processo de trabalho existente é um processo em extinção, por mais estruturado que seja. Novos modos de produção vão estabelecer novas relações de produção e vice-versa. O trabalho na CME articula-se sob interesses contraditórios dos mantenedores da estrutura dominante de produção em saúde (fabricantes de artigos, administradores de seguros de saúde privados e públicos, hospitais e profissionais) e dos usuários. Se atualmente se buscam alternativas para menores custos da assistência, ao mesmo tempo ela se encarece cada vez mais, porque o modelo que a sustenta é fonte inesgotável de incorporação de inovações tecnológicas de artigos, objetos de trabalho da CME.

Em consequência, de um lado a crescente oferta de descartáveis e a terceirização de serviços vem tornando obsoletas várias atividades na CME. De outro, a evolução de produtos e a reutilização daqueles originalmente fabricados para uso único incorporam novas questões sobre o futuro do trabalho na CME, incluindo-se aí, o aspecto ético. Tais situações colocam em xeque a permanência de uma mesma estrutura de trabalho na CME ou, mesmo, a sua existência.

A análise destas e outras questões requer exaustivos debates com profissionais da saúde e órgãos normativos, assim como a sociedade, usuária e beneficiária da assistência. O enfermeiro da CME encontra-se no cerne dessas questões e, por meio de sua competência obtida pela prática de uma área específica de conhecimento, ele pode se tornar o porta-voz de idéias, valores, padrões e juízos que ampliem a consciência da

atual forma de relações sociais de produção na CME e direcionem para novas necessidades de produção. Estabelecer novos papéis e relações sociais e, por consequência, novas relações com o processo de cuidar em saúde pelo enfermeiro poderá ser o caminho para a transformação do seu papel, não apenas pela atividade administrativa, mas, antes, pela competência de seu conhecimento específico.

REFERÊNCIAS

- (1) Foucault M. *Microfísica do poder*. 10^a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1992. p. 101.
- (2) Nightingale F. *Notas sobre enfermagem: o que é o que não é*. Trad. Amália Correia de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989. p. 13-4.
- (3) Lacerda RA, Jouclas VMG, Egry EY. *A face iatrogênica do hospital. As demandas para o controle de infecção hospitalar*. São Paulo: Atheneu; 1996.
- (4) Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- (5) Bulmer M. *Social policy research*. Londres: Macmillan; 1978.
- (6) Mendes Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.
- (7) Merhy EE. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 74-111.
- (8) Marx K. *O capital: crítica da economia política e processo de produção do capital*. São Paulo: Nova Cultura; 1985. Processo de trabalho e processo de valorização; v. 1, cap. 5, p. 149-54.
- (9) Fiorin JL, Savioli FP. *Para entender o texto: leitura e redação*. São Paulo: Ática; 1991.
- (10) Car MR. *Da aparência à essência: a práxis assistencial dos trabalhadores da Liga de Hipertensão Arterial* [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1993.
- (11) Ciampone MHT. *Metodologia do planejamento na enfermagem*. In: Kurcang P. *Administração em enfermagem*. São Paulo: EPU; 1991. p. 41-58.
- (12) Moura MLP. *Estudo sobre a eficácia do método de esterilização pelo calor seco usando o forno de Pasteur – estufa* [tese livre-docência]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da UNIRIO; 1990.
- (13) Graziano KU. *Avaliação da atividade do paraformaldeído* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1989.
- (14) Graziano KU. *Reutilização das pastilhas de paraformaldeído: avaliação da sua atividade esterilizante* [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1993.
- (15) Graziano KU. *Avaliação “in vitro” da atividade antimicrobiana das pastilhas de paraformaldeído segundo a metodologia da AOAC, reproduzindo as condições de uso nas instituições de saúde do Brasil*. [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1999.
- (16) Pinter MG. *Validação do processo de esterilização a vapor saturado sob pressão em hospitais do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2001.
- (17) Baffi SHO. *Reprocessamento e reutilização de cateteres de hemodinâmica: a busca de qualidade nesta prática* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2001.
- (18) Denser CPAC. *Reprocessamento e reutilização de material odonto-médico-hospitalar de uso único: busca de evidências pela revisão sistemática de literatura científica* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.
- (19) Silva A. *Trabalhador de enfermagem na unidade centro de material e os acidentes de trabalho* [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1996. p. 42-3.
- (20) Sancinetti FM. *Identificação de parâmetros de produtividade de um centro de material e esterilização* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.
- (21) Laus AM. *A história da central de material: seu percurso em uma instituição de saúde de Ribeirão Preto* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998. p. 7,133,152.
- (22) Fernandes AT, editor. *Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde*. São Paulo: Atheneu; 2000.
- (23) Lacerda RA, coordenadora. *Controle de infecção em centro cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias*. São Paulo: Atheneu; 2003.
- (24) Merhy EE. *O desafio da tutela e da autonomia: uma tensão permanente do ato cuidador*. Campinas: [s. n.]; 1998.
- (25) Waldow VR. *Cuidado humano: o resgate necessário*. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998. p. 57,59,62.
- (26) Ellis JR, Hartley CL. *Enfermagem contemporânea: desafios, questões e tendências*. 5^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998. p. 14.
- (27) Ide CAC. *A coordenação do processo de cuidar*. In: Ide CAC, De Domenico EBL. *Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 153-64.
- (28) Carraro TE. *Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale*. Goiânia: AB; 1997. Cap. 2, p. 7-22.
- (29) Almeida MCP, Rocha SMM, organizadora. *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997. Considerações de enfermagem enquanto trabalho, p. 15-26.
- (30) Nakamae DD. *Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão*. São Paulo: Cortez; 1987.