

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Alice Teixeira Caneschi

**CONFIGURAÇÃO DAS RELAÇÕES DE PODER EM UMA CENTRAL DE
MATERIAL ESTERILIZADO**

Belo Horizonte

2023

Alice Teixeira Caneschi

**CONFIGURAÇÃO DAS RELAÇÕES DE PODER EM UMA CENTRAL DE
MATERIAL ESTERILIZADO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela S. C. Velloso

Área: Saúde e Enfermagem

Linha de Pesquisa: Organização e gestão de serviços de saúde e de enfermagem.

Belo Horizonte

2023

C223c Caneschi, Alice Teixeira.
Configuração das relações de poder em uma central de material esterilizado [recursos eletrônicos]. / Alice Teixeira Caneschi. - - Belo Horizonte: 2023.
91f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Isabela Silva Cancio Velloso.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Relações Interpessoais. 2. Prática Profissional. 3. Departamentos Hospitalares. 4. Hospitais. 5. Dissertação Acadêmica. I. Velloso, Isabela Silva Cancio. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 88

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

ATA DE NÚMERO 733 (SETECENTOS E TRINTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ALICE TEIXEIRA CANESCHI PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de outubro de dois mil vinte e três, às 08:30 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*CONFIGURAÇÃO DAS RELAÇÕES DE PODER EM UMA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO*", da aluna *Alice Teixeira Caneschi*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Isabela Silva Cancio Velloso (orientadora), Adriana Cristina de Oliveira e Carolina da Silva Caram, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de outubro de 2023.

Profª. Drª. Isabela Silva Cancio Velloso
Orientadora (Escola de Enfermagem/UFMG)

Profª. Drª. Adriana Cristina de Oliveira
(Escola de Enfermagem/UFMG)

Profª. Drª. Carolina da Silva Caram
(Escola de Enfermagem/UFMG)

HOMOLOGADO em reunião do CPG
Ata 06 de 11 de 23

Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Isabela Silva Cancio Velloso, Professora do Magistério Superior**, em 03/11/2023, às 08:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Carolina da Silva Caram, Membro**, em 03/11/2023, às 09:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Adriana Cristina de Oliveira Iquiapaza, Professora do Magistério Superior**, em 07/11/2023, às 11:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



Documento assinado eletronicamente por **Andreia Nogueira Delfino, Assistente em Administração**, em 07/11/2023, às 11:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 2769923 e o código CRC F0747497.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me manter firme até aqui.

Aos meus pais Geraldo e Maria Aparecida e irmãos (Aline, Geraldo e Gian) por acreditarem em mim e sempre me incentivarem a crescer.

Ao meu esposo Gustavo pelo exemplo de determinação e por estar ao meu lado em todos os momentos e principalmente naqueles mais difíceis.

Ao meu filho Luís Gustavo que chegou durante a realização do mestrado e foi minha força diária para prosseguir.

À minha orientadora Isabela pela paciência, pela empatia nos momentos desafiadores e principalmente por acreditar em mim.

RESUMO

No contexto das práticas de saúde hospitalares marcadas historicamente pela hegemonia do saber médico e pelas práticas assistenciais prestadas diretamente ao paciente, a Central de Material Esterilizado se apresenta como um setor particular no modo de produção da saúde. As práticas da CME visam a prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde, articulando ciência, tecnologia, segurança e qualidade, por meio da atuação da equipe de enfermagem. A literatura sobre as práticas na CME, ainda incipiente, aponta muitas barreiras à implementação de boas práticas nesse setor. Dessa forma, suscitam questionamentos sobre quais fatores interferem nas práticas da CME e fazem deste setor, um local pouco conhecido, e por vezes, desvalorizado no contexto hospitalar. Analisar as práticas perpassa pela compreensão de como as relações entre os indivíduos são organizadas e como os arranjos são estabelecidos e aceitos em determinado momento. Nessa perspectiva, o referencial teórico filosófico de Michel Foucault possibilita compreender como as relações se configuram através de um jogo entre saber e poder e marcam as práticas. O objetivo do estudo foi compreender a configuração das práticas cotidianas de enfermagem da central de material esterilizado, na perspectiva das relações de saber-poder que se desenvolvem no cotidiano desta unidade. A metodologia utilizada foi o estudo de caso qualitativo. O cenário do estudo foi a CME da Santa Casa de Juiz de Fora – MG, e os sujeitos foram 18 profissionais da equipe de enfermagem do setor. Os dados foram coletados utilizando-se de entrevista de roteiro semiestruturado e submetidos a análise de discurso com base em Foucault. Emergiram três categorias analíticas. Na primeira categoria “A CME como o coração do hospital/ *“o que os olhos não veem o coração não sente”*”, foi feita uma análise da configuração do dispositivo de poder arquitetônico e a relação com o sentimento de invisibilidade. Na segunda categoria, “O panoptismo constituído pelas tecnologias de comunicação contemporâneas” foi discutido e as novas tecnologias funcionaram como dispositivo de vigilância e controle na CME. Na terceira categoria “CME: Maquinário de poder” foram analisados os dispositivos de poder encontrados no setor que colocam o corpo em uma maquinaria de docilização. Nas três categorias buscou-se compreender a configuração das relações de poder e como elas marcam as práticas assistenciais na CME. O estudo possibilitou compreender como as relações de poder conduzem as subjetividades e moldam as práticas.

Palavras-chave: relações de poder; relações interpessoais; prática profissional; central de material e esterilização; hospital; análise de discurso.

ABSTRACT

In the context of hospital health practices historically marked by the hegemony of medical knowledge and care practices provided directly to the patient, the Sterile Material Center (CME) presents itself as a particular sector in the way health is produced. CME practices aim to prevent Healthcare-Associated Infections (HAIs), articulating science, technology, safety and quality, through the work of the nursing team. The literature on CME practices, still in its infancy, points to many barriers to the implementation of good practices in this sector. In this way, they raise questions about which factors interfere with CME practices and make this sector a little-known and sometimes undervalued place in the hospital context. Analyzing practices involves understanding how relationships between individuals are organized and how arrangements are established and accepted at a given time. From this perspective, Michel Foucault's philosophical theoretical framework makes it possible to understand how relationships are configured through a game between knowledge and power and mark practices. The objective of the study was to understand the configuration of daily nursing practices at the sterile material center, from the perspective of the knowledge-power relationships that develop in the daily life of this unit. The methodology used was a qualitative case study. The study setting was the CME of Santa Casa de Juiz de Fora – MG, and the subjects were 18 professionals from the sector's nursing team. Data were collected using semi-structured interviews and subjected to discourse analysis based on Foucault. Three analytical categories emerged. In the first category “The CME as the heart of the hospital/“what the eyes don't see, the heart doesn't feel””, an analysis was made of the configuration of the architectural power device and the relationship with the feeling of invisibility. In the second category, “The panopticism constituted by contemporary communication technologies”, new technologies functioning as a surveillance and control device in the CME were discussed. In the third category “CME: Power machinery” the power devices found in the sector that place the body in a docilization machinery were analyzed. In the three categories, we sought to understand the configuration of power relations and how they mark care practices in CME. The study made it possible to understand how power relations guide subjectivities and shape practices.

Keywords: Power relations; interpersonal relationships; professional practice; material and sterilization center; hospital; discourse analysis

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa por categoria profissional.....	34
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Simbologia adotada para análise do discurso.....	38
Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos do estudo.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCs	Centros Cirúrgicos
CEP/UFMG	Comitê de Ética em Pesquisa (da Universidade Federal de Minas Gerais)
CME	Central de Material e Esterilização
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTI	Centro de Terapia Intensivo
ETO	Esterilização por Óxido de Etileno
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
LNT	Levantamento das Necessidades de Treinamento
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Ensino e Pesquisa
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PLASC	Plano de Saúde da Santa Casa
POP	Procedimento Operacional Padrão
PPS	Produtos para Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SCIH	Serviço de controle de infecção hospitalar
SCJF	Santa Casa de Juiz de Fora
SISQUALI	Sistema de Qualidade
SMS	<i>Short Message Service</i>
SOBECC	Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC)
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APRESENTAÇÃO

Esse estudo nasce a partir da inquietação com a falta de reconhecimento e valorização por parte de diversos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros do Hospital em que atuo como enfermeira assistencial, sobre as ações desenvolvidas pela Central de Material e Esterilização (CME). No ano de 2018, tive a oportunidade de trabalhar pela primeira vez em uma Unidade de Bloco Cirúrgico, Sala de recuperação pós-anestésica e CME. Todas essas unidades pertencem ao mesmo organograma institucional e há possibilidade de deslocamentos das equipes de enfermagem entre essas unidades.

Iniciei minha jornada de trabalho em um dos Centros Cirúrgicos pertencentes à unidade e, após uma necessidade do serviço, fui remanejada para a CME. Amigos próximos, parentes e colegas de profissão entenderam meu remanejamento como algo negativo, como se retrocedesse em minha carreira, e muitos tiveram dificuldades de entender as ações a serem executadas na CME. Esse fato causou-me certo desconforto e uma necessidade de compreender, cada vez mais, as ações da CME para dar respostas condizentes à grandeza de se trabalhar nesse setor.

Ao longo dessa caminhada pela CME, percebi que muitos colegas de outras áreas e até mesmo enfermeiros e técnicos de enfermagem possuíam uma visão equivocada das atividades do setor. Comecei a perceber nos colegas de trabalho do setor, um discurso lamurioso, de que a CME só é vista quando coisas ruins, relacionadas à utilização dos instrumentais ou outros itens por eles produzidos, ocorrem.

Todo esse sentimento de invisibilidade das ações na CME, somado à estrutura física do setor e à monotonia das atividades executadas, foram direcionando minhas ações no sentido de melhorar o ambiente de trabalho, pois, com o tempo, sentia-me desmotivada pela falta de reconhecimento e de sentido para as ações executadas. Durante a realização de uma especialização em CME, percebi que esse sentimento era comum à grande maioria das pessoas que atuavam com esterilização de materiais.

Dando continuidade aos meus estudos, tive a oportunidade de ingressar no Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, na linha de pesquisa em Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.

A partir disso, pude adquirir aproximação com o pensamento do Filósofo Michel Foucault e sua definição de relações de poder e poder disciplinar. Por meio dessas lentes veio a reflexão dos diversos fatores que permeiam as práticas da CME e as fazem perceptíveis ou não. Com essa reflexão, surgiu a necessidade de identificar a dinâmica desses fatores à luz do

pensamento de Michel Foucault, fazendo o exercício de questionar o óbvio ou como diz o próprio autor “sacudir as evidências”.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVO	20
2.1	Objetivos específicos	20
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	A constituição do poder em Foucault	21
3.2	O discurso em Foucault	25
4	PERCUSO METODOLÓGICO	29
4.1	Cenário do estudo.....	30
4.2	Definição dos participantes da pesquisa.....	33
4.3	Coleta de dados.....	34
4.4	Análise dos dados	37
4.5	Questões éticas	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
5.1	Conhecendo a CME e sua equipe.....	42
5.2	A CME como o coração do hospital: “o que os olhos não veem o coração não sente”	45
5.3	O panoptismo constituído pelas tecnologias de comunicação contemporâneas ...	52
5.4	CME: maquinário de poder	60
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	79
	APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	81
	APÊNDICE C - ROTEIRO ANÁLISE OBSERVACIONAL.....	82
	APÊNDICE D - ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL	83
	APÊNDICE E - VERIFICAÇÃO POR RESPONDENTES.....	84
	ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE JUIZ DE FORA – MG	85
	ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG	86

1 INTRODUÇÃO

No contexto das práticas de saúde hospitalares, marcadas historicamente pela hegemonia do saber médico e pelas práticas assistenciais prestadas diretamente ao paciente, a Central de Material Esterilizado (CME) se apresenta como um setor particular no modo de produção da saúde. A CME é uma unidade hospitalar de apoio, destinada ao reprocessamento de produtos para saúde (PPS) e tem como princípio norteador das suas ações, assegurar a quantidade e a qualidade de materiais necessários a todo o hospital, para que as unidades assistenciais sejam atendidas com eficiência e qualidade (Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, 2017).

As ações desenvolvidas neste setor se destinam à recepção de materiais contaminados, limpeza, preparo, esterilização, guarda e distribuição desses materiais para as unidades assistenciais à saúde. A equipe de enfermagem é a equipe envolvida nas atividades fins, e suas práticas ensejam um cuidado indireto, em que não há contato com o paciente. O setor é altamente tecnológico, exigindo habilidades com equipamentos e produtos químicos específicos para a boa prática de reprocessamento de materiais, além de seguir rigorosas legislações que norteiam as ações, tornando o processo de trabalho sistematizado e pouco flexível (Pezzi, 2011).

A CME tem seu surgimento e desenvolvimento atrelado diretamente ao advento das cirurgias, razão pela qual, inicialmente, as técnicas de limpeza e esterilização eram realizadas dentro dos próprios centros cirúrgicos. A CME apenas passou a ser um setor independente após a evolução dos conhecimentos sobre infecções hospitalares e as evoluções tecnológicas nos procedimentos cirúrgicos, cada vez menos invasivos e com materiais e equipamentos cada vez mais complexos. Os profissionais de enfermagem, até então responsáveis pela organização do processamento de material no centro cirúrgico, passaram a se responsabilizar pela CME, que se tornou um setor com predomínio dessa categoria profissional. Mesmo diante da importância das ações da CME no controle de infecções, levando à configuração de uma unidade independente e com regimentos próprios, esse setor é historicamente marcado pela falta de visibilidade de suas ações no contexto hospitalar. Em muitos casos, a CME é notada apenas quando algo de “errado” ocorre (Carvalho *et al.*, 2021).

Esse algo de “errado” faz referência a taxas de controle de infecção hospitalar, mais precisamente as taxas de infecção de sítio cirúrgico que estão diretamente relacionadas a boas práticas de processamento de artigos médico-hospitalares. As taxas de infecção de sítio cirúrgico representam um problema na cadeia de processos de segurança do paciente (Matheus

et al., 2023). A CME, embora se apresente como um serviço oculto no contexto hospitalar, é um elo imprescindível dessa cadeia.

Outra característica relacionada a CME é a composição de suas equipes de trabalho. Devido à assistência indireta aos pacientes e pela equivocada ideia de que as ações desenvolvidas no setor se assemelham a tarefas domésticas, historicamente, os profissionais adoecidos ou próximos da aposentadoria eram alocados na CME. Isso faz com que, na maioria das vezes, de forma involuntária, a composição da equipe deste setor se caracterize pela ausência de profissionais com perfil e conhecimentos específicos para as ações que nele se desenvolvem (Florêncio; Carvalho; Barbosa, 2011).

No entanto, os avanços tecnológicos, o aumento da demanda e a complexidade das cirurgias, a necessidade das instituições de saúde em cumprir normas de segurança do paciente, controle de infecções relacionadas à assistência à saúde e à otimização de custos financeiros relacionados à conservação e reutilização de instrumentais cirúrgicos, transformaram o perfil da CME. Esse contexto exige profissionais cada vez mais capacitados e com perfil para o desenvolvimento seguro de boas práticas para o reprocessamento de produtos para saúde (Fusco; Spiri, 2014).

Frente às mudanças provenientes dos novos paradigmas instituídos pela evolução científica e das novas concepções sociais, as profissões necessitam realinhar suas práticas, redefinir seu papel profissional no tempo e espaço, para que mantenham seu reconhecimento social (Anjos *et al.*, 2021). Contudo, a reestruturação de práticas transcende uma ação individual, um desejo próprio de qualificação e desempenho. As práticas são resultado de condutas das organizações, do contexto histórico, de uma logística de comportamento da organização, que apresenta relação com a forma de agir dos indivíduos (Bourdieu, 2009).

A práxis ou prática refere-se ao fazer e reflete o processo de racionalização humana, que articula conhecimento/saber e a ação deliberada motivada pela ideia, pela teoria, ou seja, articula teoria e prática evidenciada na compreensão da realidade e suas relações. Dessa forma, uma imersão contextual de forma crítico-reflexiva sobre as práticas, possibilita compreender o universo que nos cerca (Nietsche; Salbego; Lacerda, 2021).

As práticas da CME visam à prevenção das Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), articulando ciência, tecnologia, segurança e qualidade, por meio da atuação da equipe de enfermagem (Basu *et al.*, 2017). A literatura sobre as práticas na CME, aponta muitas barreiras à implementação de boas práticas nesse setor, evidenciando alguns pontos que merecem destaque, como por exemplo, a falta de estrutura arquitetônica adequada e rotinas ainda não contempladas em Procedimento Operacional Padrão (POP) (Sanchez *et al.*, 2018;

Souza *et al.*, 2020), dentre outros fatores que deixam uma lacuna de conhecimento sobre possíveis determinantes e condicionantes dessas barreiras.

Ressalta-se também a desvalorização e invisibilidade dos trabalhadores de enfermagem como fatores que predis põem ao adoecimento psíquico do trabalhador, sendo fonte de desmotivação e baixa produtividade no serviço. Esses aspectos da saúde do trabalhador impactam diretamente na qualidade das práticas cotidianas da Unidade (Costa *et al.*, 2020). Apesar da importância do trabalho executado pela CME estar ganhando espaço devido, em grande parte, a emergência e gravidade das infecções hospitalares e o crescente investimento em segurança do paciente (Costa *et al.*, 2020; Oliveira; Leita, 2021; Pisci chio; Araújo, 2021; Rego *et al.*, 2020) evidenciam que a CME ainda sofre com questões antigas referentes a falta de valorização profissional, ausência de recursos de trabalho e estrutura física inadequada.

Embora os estudos analisados apresentem contextualização limitada, sem possibilidades de generalizações, há muitas semelhanças entre eles, como se as barreiras apresentadas fossem algo inerente a toda CME. Tal constatação, alinhada com a experiência e vivência da pesquisadora no início da atuação em CME, suscitaram questionamentos sobre quais fatores interferem nas práticas da CME e fazem deste setor, um local pouco conhecido, e por vezes, desvalorizado no contexto hospitalar. Analisar as práticas no contexto da enfermagem supera o entendimento das ações em si e permite significar os sujeitos individuais e coletivos e compreender a interconexão dos diversos cenários de atuação (Velloso; Ceci; Alves, 2010). Nessa perspectiva, Foucault (2014) relaciona as práticas como fruto de relações de poder entre os indivíduos. Em um jogo de forças entre poder e saber, articulados por meio de discursos, sendo as práticas determinadas por essas relações, ao mesmo tempo em que também as modifica. Todas as relações, na visão do autor, são relações de poder e controlam os saberes que circulam. Poder e saber estão intrinsecamente ligados, de maneira que toda forma de saber, produz poder e vice-versa (Foucault, 2014).

Foucault não tem uma teoria do poder e tão pouco sua definição exata, pois definir algo, na visão do filósofo, é garantir que eternamente o objeto seja aquele objeto, e o poder é justamente o oposto de algo estático. Ao contrário, trata-se de uma prática social sempre em transformação. Essa característica de rejeitar as definições exatas coloca Foucault no grupo de filósofos pós-estruturalistas. O pós-estruturalismo não reconhece a ideia de uma verdade final a ser atingida, mas entende que as identidades se formam a partir de variadas transformações que ocorrem e busca métodos para análises dessas novas construções de identidade e de racionalidades sociais (Antes; Jacondino, 2020).

O poder, em Foucault, muito mais se exerce, do que se possui. Ele é um feixe de complexas redes de relações que ocorrem de forma assimétrica em todos os lugares e atinge a todos. O poder não é visto como algo centralizado na figura do Estado ou de uma instituição, mas é analisado sob a ótica de uma microfísica, isto é, na capilaridade das relações. Busca-se compreender como um indivíduo age sobre outro e que efeitos o poder gera sobre esses corpos individuais e como constitui os saberes existentes. Nesse contexto relacional, o discurso engendra as amarras invisíveis do poder, funcionando não somente como mera transmissão de mensagens, mas como uma comunicação da posição de quem fala, constituindo um campo de exercício do poder e do saber (Fischer, 2001).

Dessa forma, podemos dizer que o poder tem uma conotação social e envolve, necessariamente, uma relação entre pessoas. Para o filósofo, somos subjetivados através de nossas práticas, que são construídas por meio de discursos. A forma de construção dos discursos é engendrada pelas amarras das relações de poder. Logo, o discurso é permeado por relações de poder e estas controlam os saberes existentes (Foucault, 2014).

Partindo dessa concepção de poder, Foucault chama a atenção para as instituições disciplinares que têm forte influência sobre a forma e disposição das relações que são estabelecidas entre os indivíduos. Essas instituições são denominadas disciplinares por impetrar nos indivíduos uma forma de adestramento. São visivelmente identificadas nas escolas, quartéis, prisões e hospitais. Por meio de normas e uma arquitetura estrategicamente articulada, essas instituições criam um mecanismo de vigilância e punição que vão, aos poucos, e de forma quase imperceptível, modulando as práticas (Candiotto, 2012).

A compreensão da configuração das relações de poder estabelecidas entre os atores sociais, articuladas por meio dos discursos, e influenciada pelas normas institucionais, possibilita uma análise da constituição dos saberes existentes e permite correlacionar seu aparecimento com os comportamentos, as decisões e as práticas. Situa o saber como fruto de um contexto histórico-social (Aleikseivz, 2016).

Dessa forma, a compreensão dos discursos e das relações de poder que controlam e regulam as práticas de enfermagem da CME, se configuram em oportunidade que permite desenvolver uma análise crítico-reflexiva dos processos de trabalho e do funcionamento do serviço de enfermagem. Possibilita, ainda, dar visibilidade às estruturas relacionais nas práticas cotidianas, bem como, dos mecanismos de manutenção dessas estruturas, contribuindo com melhores formas de gerenciamento do serviço (Rodrigues *et al.*, 2019). Sem a pretensão de produzir generalizações, o presente estudo tem a intenção de ser fonte de reflexão para questões relacionadas às práticas de enfermagem na CME.

Ressalta-se que estudos se propuseram a analisar as configurações das relações de poder no contexto da enfermagem buscando a compreensão da configuração das relações de poder entre enfermeiros e médicos, enfermeiros e pacientes, e enfermeiros e equipe de enfermagem, trazendo importantes reflexões sobre as práticas de enfermagem relacionadas aos saberes instituídos e colocados em circulação por meio do discurso dos enfermeiros (Baptista *et al.*, 2017, 2018; Mattar e Silva *et al.*, 2020; Perez JR; Davi; Gallash, 2019; Silva *et al.*, 2019a; Silva; Arantes, 2017; Velloso; Araújo; Alves, 2012; Velloso; Ceci; Alves, 2010). Porém, nas buscas realizadas, não foram encontrados estudos que analisassem a configuração dessas relações no contexto da CME, que apresenta a particularidade de concentrar em um mesmo ambiente, uma única classe profissional, além de ser um setor com um modo particular de exercício do cuidado e, historicamente, permeado pela invisibilidade de suas ações no cenário de práticas hospitalares.

No que se refere à enfermagem, enquanto classe profissional, cabe ressaltar a estrutura hierárquica que define e organiza a divisão do trabalho em categorias, conforme o nível educacional. Essa divisão coloca o enfermeiro em uma posição hierárquica superior ao técnico de enfermagem. Porém, essa simples posição hierárquica, não sustenta o poder do enfermeiro e, muitas vezes, é contestada pelo saber do profissional de nível técnico, gerando relações assimétricas entre eles, que causam tensões entre os profissionais, o que perpassa uma reconfiguração das relações de poder, com repercussões nas ações do dia a dia (Pezzi, 2011), estabelecendo mais um fator importante para compreensão dos efeitos dessas relações nas práticas.

As produções acadêmicas encontradas nas buscas relacionadas à CME concentram seus temas em assuntos relacionados a processos de trabalho, indicadores de qualidade, validação dos processos de esterilização, riscos ocupacionais, biossegurança, satisfação dos trabalhadores, processos de gestão e liderança, dimensionamento de pessoal da enfermagem, carga de trabalho, invisibilidade do setor e carga de trabalho associado a problemas de saúde. Mesmo os trabalhos relacionados à liderança e gestão de pessoal não abordam questões relacionais no contexto da equipe de enfermagem da CME, tampouco com base no referencial teórico das relações de poder (Anjos; Oliveira, 2016; Baptista *et al.*, 2017; Cavalcante; Barros, 2020; Iskandar *et al.*, 2021; Moreira; Lima; Vetorazo, 2022; Rego *et al.*, 2020; Ribeiro; Vianna, 2012; Sanchez *et al.*, 2018; Sousa Leite *et al.*, 2011).

Assim, partindo-se do pressuposto de que as práticas são produzidas em razão de relações de poder e que essas práticas geram efeitos de poder, configurando todo um campo de saber sobre a CME e os processos de trabalho nesse setor, o presente estudo pretende responder

a seguinte questão de pesquisa: como se configuram as práticas de enfermagem da CME a partir das relações de saber-poder que se constituem nesta unidade?

É a partir dessa indagação que o presente estudo pretende analisar a dinâmica das relações entre profissionais de enfermagem da CME e buscar, a partir da análise das práticas, compreender as realidades desse setor de importância imprescindível para as ações seguras de saúde, porém estigmatizado e, por vezes, esquecido no cenário hospitalar.

2 OBJETIVO

Compreender a configuração das práticas de enfermagem da central de material esterilizado, na perspectiva das relações de saber-poder que se desenvolvem no cotidiano desta unidade.

2.1 Objetivos específicos

- a. Analisar os discursos relacionados a dinâmica das relações de saber/poder entre os profissionais da equipe de enfermagem da central de material esterilizado.
- b. Identificar os dispositivos de poder que configuram relações vivenciadas por profissionais da equipe de enfermagem da CME.
- c. Compreender como os dispositivos de poder interferem na prática da equipe de enfermagem de CME.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A constituição do poder em Foucault

Michel Foucault (1926-1984) foi um filósofo francês, reconhecido como pós-estruturalista por ter uma visão inovadora sobre o contexto social, tendo como fundo de suas análises o poder e o conhecimento. Em suas obras ele abordou temas como a loucura, sexualidade, disciplina, poder e punição. As obras são didaticamente distribuídas em fases: arqueológica (análise da constituição do saber), genealógica (análise sobre as formas de exercício do poder) e a ética/estética da existência (análise sobre o sujeito como portador e criador de uma conduta ética ou moral). Essa divisão é apenas didática, pois não há uma divisão do pensamento do filósofo no decurso dessas obras. Elas se interconectam e seguem uma mesma linha de pensamento que culminam na compreensão das formas de subjetivação dos sujeitos (Pinho, 2017).

Foucault não elaborou nenhuma teoria sobre o poder, e tampouco seu foco de estudo eram as relações de poder. No entanto, para chegar aos modos de subjetivação dos sujeitos, que era intuito, e compreender por que somos o que somos e fazemos o que fazemos, da forma que fazemos e não de outra, o filósofo propõe uma análise do poder e dos seus mecanismos de controle sobre as práticas para então, analisar como a realidade é produzida e como os sujeitos atuam uns sobre os outros (Ferreirinha; Raitz, 2010).

Assim, os estudos de Foucault foram marcados por uma nova forma de analisar o poder. Com uma conotação de algo produtivo, que gera saber e verdade, e descentrado da figura do Estado, sem contudo, deixar de reconhecer sua importância. Foucault explica que o poder está em toda parte e envolve todos os indivíduos. Ele circula entre as malhas sociais e está em todas as relações interpessoais, moldando as práticas e os comportamentos (Aleikseivz, 2016).

Há três formas principais de exercício do poder: a soberania, a disciplina e o biopoder. Interessa para esse estudo a análise da disciplina, pelo fato de a CME ser estudada e ser inserida em uma instituição hospitalar, considerada por Foucault, como um laboratório do poder, que condiciona os indivíduos ora a agir como sujeitos do seu trabalho, ora como prisioneiros da dinâmica da organização hospitalar. Segundo o autor, as relações de poder na sociedade são constituídas a partir da disciplina a que são submetidos os indivíduos (Foucault, 2014).

Com a queda do poder monárquico e a ascensão do capitalismo, surge a sociedade disciplinar. Uma sociedade que necessitou repensar suas formas de punição, antes centrada no suplício dos corpos dos condenados e no espetáculo público da punição, passando a uma técnica

centrada na vigilância do indivíduo de forma singular, silenciosa e quase imperceptível, focada na alma e na racionalidade do indivíduo. Nesta perspectiva, ao saber-se visto, ou pensar-se sendo visto, o indivíduo porta-se de forma adequada à sociedade, a fim de obter qualificações e aptidões para se enquadrar nela. A disciplina é uma técnica de poder que visa a adestrar os corpos, fabricar indivíduos, e seu objetivo é torná-los dóceis e úteis para a sociedade. A sociedade disciplinar se organiza a partir de instituições sociais forjadas para legitimar as novas regras no mundo do trabalho (Candiotto, 2012). Por corpo dócil, Foucault (2014, p. 134) nos diz que: “É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado”.

A disciplina parte basicamente de quatro mecanismos para disciplinarização ou docilização dos corpos: a arte das distribuições, o controle das atividades, a organização das gêneses e a composição das forças. A arte das distribuições consiste no quadricularmente do espaço, de forma que cada indivíduo esteja em um lugar e em todo lugar um indivíduo, possibilitando a identificação imediata da sua localização e o controle dos corpos. O controle das atividades se refere ao controle dos horários (horário de entrada e saída do trabalho, por exemplo), a elaboração temporal do ato (controle da melhor forma a executar uma ação, considerando posição do corpo), a articulação corpo-objeto e sua utilização exaustiva. A organização das gêneses que se caracteriza pela definição de percurso do tempo, gradação da evolução do indivíduo por série, graus. E por fim, a composição das forças se apresenta como uma forma de promover maior utilidade e eficiência do poder através da organização dos indivíduos mais adestrados em um mesmo ambiente, compondo um grupo produtivo (Foucault, 2014).

Os mecanismos do poder disciplinar funcionam de forma a assegurar um bom adestramento dos corpos. No século XVIII, pode-se observar o afloramento de instituições disciplinares, tais como: as prisões, as escolas, os hospitais, as fábricas, dentre outras. Nessas instituições sociais, estão presentes a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame permanente dos indivíduos, que criam um ambiente onde se é capaz analisar, vigiar e controlar. É por meio dessas técnicas que os mecanismos de disciplinarização se tornam possíveis, fazendo dos indivíduos meros objetos e ao mesmo tempo instrumentos do seu próprio exercício (Brighente; Mesquita, 2011).

A vigilância é um mecanismo para controlar e produzir saber sobre o indivíduo, além de criar uma hierarquia entre o que vigia e o que é vigiado. Para melhor conhecer, é necessário vigiar e elaborar meios de registros do comportamento para futuras análises e uso das informações. Daí, o surgimento dos prontuários médicos nos hospitais e dos registros escolares.

Por meio dessas análises de informações criam-se saberes sobre o outro. A vigilância está em toda parte da sociedade disciplinar e seu olhar é constante e incide sobre todos. Até mesmo as estruturas arquitetônicas das instituições disciplinares que seguiram o modelo do panóptico de Jeremy Bentham no final do século XVIII, foram planejadas para promover uma visualização constante do vigia sobre os vigiados, de forma que os vigiados não veem o vigia, não possuem certeza da vigilância. Mas, ainda assim, comportam-se da forma definida por pensarem-se vigiados (Moreira; Barichello, 2015).

O panóptico é um modelo arquitetônico elaborado para as prisões, mas sua ideia é aplicada em outras instituições disciplinares. Ele consiste em uma torre central, que permite a visão de todas as celas da prisão. No entanto, das celas, os presos não conseguem visualizar o vigia e tampouco têm certeza de estarem sendo vigiados. Mesmo diante da incerteza, os presos comportam-se como se vigiados fossem, de tal modo que o próprio indivíduo começa a se vigiar, a se policiar e a controlar os demais à sua volta. Essa autovigilância é o ponto máximo de introjeção do poder disciplinar no indivíduo, que culmina na automatização do poder, por meio do binômio ver, sem ser visto (Foucault, 2014).

Essa introjeção da disciplina no indivíduo é um efeito da vigilância constante, arquitetada para induzir o estado consciente e permanente de controle, de forma que a obediência à norma ocorre até mesmo diante da incerteza da vigilância e ocorre entre os próprios indivíduos. O modelo estrutural do panóptico maximiza a vigilância por um método econômico de poder, em que um único olhar controla vários indivíduos por um jogo de luzes e sombras. O panóptico produz visibilidades ao mesmo tempo que esconde o olhar do vigilante. Uma visibilidade que, para Foucault é uma armadilha, uma vez que o objetivo de tornar visível é poder observar melhor para controlar e punir (Siqueira, 2020).

As relações desenvolvidas nesse modelo de vigilância são assimétricas, ocasionadas pela assimetria do “ver, sem ser visto” e representam uma assimetria do poder, uma vez que quem pode fazer a vigilância, está em uma posição diferente da do vigiado, instituindo a autoridade e a obediência (Bentham, 2008). A assimetria das relações de poder está também nos pequenos espaços, entre os próprios vigiados, configurando as relações de poder e assegurando o seu funcionamento automático (Siqueira, 2020).

É a partir disso que Foucault (2010) adentra à microfísica do poder, alegando ser nas relações cotidianas, estabelecidas entre os sujeitos das sociedades disciplinares, formando uma rede em que o poder se mantém e se perpetua. A disciplinarização estabelece um campo de saber que por sua vez gera poder:

O poder produz saber [...], não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (Foucault, 2010, p. 30).

As relações de poder são, então, a base para a manutenção das técnicas de disciplinarização. Na capilaridade das relações, em um jogo de forças, os indivíduos estão sempre envolvidos nas relações de saber e de poder, mantendo a estrutura disciplinar. O saber, para Foucault, não é natural, algo dado, não é neutro, não está alheio às relações de poder, mas é construído historicamente e desvela a relação entre sistemas para a produção de conhecimento. O saber deve ser sempre considerado em uma relação binária com o poder. O saber nada mais é que formações históricas constituídas por práticas formais de enunciados e visibilidades (Foucault, 2010).

O segundo instrumento de disciplinarização e adestramento dos corpos estudado por Foucault é a sanção normalizadora. As normas criam mecanismos próprios de julgamentos, impõem a todos as mesmas regras e classifica os indivíduos. Além disso, consiste nos mecanismos de punição, pequenos mecanismos penais estabelecidos pelas normas e condutas do dia a dia das relações institucionais, que visam a combater as menores frações de conduta inadequada, transportando “o tribunal” para as microrrelações do cotidiano. Cada instituição disciplinar irá estabelecer suas micro penalidades e elas podem ser relacionadas ao tempo (controle dos atrasos, das ausências), à atividade (penalizar a desatenção, a falta de zelo, a negligência), à maneira de ser, ao comportamento (punir a grosseria, a desobediência), aos discursos (controlar o excesso de conversa, a insolência), ao corpo (punir as atitudes incorretas, os gestos inadequados, a forma de se vestir) ou à sexualidade (punir a imoralidade, a indecência) (Foucault, 2014).

Os mecanismos normalizadores estão descritos em normas, regulamentos, programas e em leis. Os castigos aos desvios de condutas impostas por esses mecanismos normalizadores são corretivos e têm o objetivo de reduzir os desvios e tornar os corpos úteis e dóceis, por meio de um sistema duplo de gratificação e sanção. À medida que esse sistema disciplinar prestigia as boas condutas e pune as más, divide os indivíduos e classifica-os em dois polos, um positivo e outro negativo, e infere uma necessidade de enquadramento nos padrões da norma, na busca por um corpo social homogêneo (Silva, 2017).

A sanção normalizadora, somada à vigilância hierárquica, tem como ponto de avaliação o exame, que permite ao sistema disciplinar organizar, separar, juntar, cortar e segmentar os indivíduos pelos resultados que obtiveram nos exames. Três características do exame relacionam uma formação de saber e um exercício de poder: “o exame inverte a economia da

visibilidade no exercício do poder “(no lugar da visibilidade do poder está a visibilidade daqueles que estão submetidos aos efeitos do poder), “ o exame faz também a individualidade entrar num campo documentário” (todos os detalhes do corpo são registrados e documentados, fichas e prontuários trazem com detalhes e em minúcias os objetos que os captam e fixam de determinada forma)”, o exame , cercado de todas as suas técnicas documentárias, faz de cada indivíduo um “caso” (ao mesmo tempo que a elaboração de registros para classificar e controlar o indivíduo serve para conhecer sobre ele, serve também como meio de dominação (Foucault, 2014, p 183).

Ao final de todo esse aparato de técnicas de disciplinarização e adestramento dos corpos, têm-se a fabricação social de um indivíduo, em uma realidade fabricada pela disciplina. O indivíduo é um efeito do poder disciplinar. É por isso que Foucault nos traz que o poder não é apenas repressivo. Ele é positivo, no sentido de que é também produtivo. Produz a realidade, os efeitos de saber e de verdade, através das práticas sociais que refletem a formação e transformação dos indivíduos em função de certas normas (Ferreirinha; Raitz, 2010).

São exatamente esses efeitos do poder que Foucault preocupou em explicar e é por meio das práticas, do concretamente executado, planejado e falado, que podemos identificar esses efeitos. Aquilo que acontece de fato é o que, naquele momento, para aquele contexto, funciona como verdade. A verdade instituída pelos discursos que surgem a partir das relações de poder guiam os valores aos quais os indivíduos passam a seguir. Dessa forma, não há uma verdade universal, que reine sobre determinado objeto ou contexto, são as relações de poder estabelecidas, que conduzirão as verdades instituídas por meio dos discursos que circulam (Foucault, 2010).

Assim, na concepção de Foucault, o indivíduo funciona na dinâmica das relações, como uma função de enunciação de discursos que expressam as relações de poder atuantes (Fischer, 2001). Partindo dessa concepção, ao analisar os discursos construídos no contexto da CME, pretende-se buscar compreender as relações de poder estabelecidas e que efeitos elas têm sobre as práticas. Não é pretensão do presente estudo, analisar se as práticas são adequadas ou não ao funcionamento da CME. Assim como nos propõe o referencial teórico adotado, é pretensão do estudo compreender apenas a dinâmica das relações, e refletir sobre seus efeitos.

3.2 O discurso em Foucault

Ao longo da obra de Foucault, há conexões intrincadas que auxiliam o entendimento em torno da construção da subjetividade do sujeito social, apresentada como objetivo principal dos

seus escritos. Na construção do pensamento sobre as formas de subjetivação e objetivação dos indivíduos, o filósofo estuda o discurso e suas relações com o poder em diversas de suas obras, mas é especificamente em “A Ordem do Discurso”, de 1970, que o autor traz a relação entre o discurso, o poder e o saber. Faz uma reflexão importante sobre os ditos e os não ditos e reflete sobre a produção do sujeito em face de sua inscrição em determinadas formações discursivas. Também discorre sobre as formas em que os poderes se ligam a determinados discursos, produzindo efeitos de verdade (Ferreira; Traversini, 2013).

O que interessava para Foucault (2006, p. 255), em seus estudos sobre o discurso, era “o fato de que alguém disse alguma coisa em um dado momento”. Busca, a partir de então, compreender a emergência de um discurso, enquanto um campo de formação de um saber (as formações discursivas), as possibilidades de seu aparecimento (o contexto histórico), e o campo de forças ao qual se vincula controlando seu aparecimento (relações de poder envolvidas).

Por meio de uma análise do campo discursivo, Foucault (2010, p. 31) busca:

[...] compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar o que outras formas de enunciação excluem. [...] mostrar por que não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar.

Assim, Foucault estabelece uma forma de análise do discurso, despreocupada das regras linguísticas que o formam, pois a noção de estrutura da língua não o interessava. Prende-se a compreender o discurso como um acontecimento que deve ser analisado na sua descontinuidade e que representa sempre um espaço de luta, uma estratégia de poder (Andrade; Andrade, 2021).

Acontecimento no sentido de algo que é único no lugar e no momento da sua construção e que possibilita pensar as regras de seu aparecimento e sua materialidade. A noção de acontecimento se relaciona tanto a elementos discursivos, aqueles propriamente ditos, quanto elementos não-discursivos, aqueles relacionados as regras e normas institucionais que possibilitam o discurso (Vandresen, 2014).

Já a descontinuidade, deve ser entendida como um método de dispersão de pequenas manifestações de relações de poder, que devem ser analisadas sem uma regra ou modelo, sem uma análise global, mas com um olhar para a realidade apresentada naquele momento. As dispersões não configuram, necessariamente, um todo, mas vão surgindo aqui e ali como fruto de um jogo de forças com características próprias de cada período, instituição e discurso (Foucault; Deleuze; 1979).

As dispersões identificadas nos discursos são regidas por um nexos de regularidades que, poderão ser denominadas formações discursivas. Para compreender o conceito de formação discursiva é necessário que busquemos o significado de enunciado, pois uma formação discursiva é marcada pelo conjunto de enunciados submetidos à mesma regularidade e dispersão (Azevedo, 2013).

Um enunciado é, segundo Foucault (2008, p. 98),

[...] uma função que se exerce verticalmente, em relação às diversas unidades, e que permite dizer, a propósito de uma série de signos, se elas estão presentes aí ou não. O enunciado não é, pois, uma estrutura [...] É uma função de existência que pertence, exclusivamente, aos signos, a partir da qual se pode decidir, em seguida, pela análise ou pela intuição, se eles “fazem sentido” ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que são signos, e que espécie de ato se encontra realizado em sua formulação (oral ou escrita).

Nesse sentido, o enunciado apresenta uma singular forma de existência e que deve estar sempre relacionada a um referencial que são as regras e leis que dão possibilidades para que o que ato locutório tenha sentido e receba um valor de verdade ou não. A posição do sujeito na enunciação deve ser analisada sob o ponto de vista das normas que legitimam o indivíduo a dizer o que diz. É importante, ainda, para caracterizar um enunciado, que ele seja analisado sempre em correlação com outros enunciados e nunca de forma isolada, neutra ou independente. Há sempre um campo correlacional a ser buscado (Perencini, 2015).

Logo, a partir de regularidades relacionadas a ordem, correlação, funcionamento e transformação, os enunciados caracterizam uma formação discursiva em torno de um objeto, caracterizando todo um campo de saber em referência a esse objeto, relacionado a um período no qual foi formulado. O conjunto desses enunciados que estão ancorados na mesma base de formação discursiva é o que Foucault concebe como definidor de discurso (Azevedo, 2013).

O discurso é, então, um acontecimento histórico, que tem seu polo de produção controlado pelos interesses das instâncias e das relações de poder. Materializa-se nas práticas sociais e nelas produz efeitos, caracterizando o que os homens pensaram, disseram e fizeram em determinada época e momento. A grande questão foucaultiana em torno do discurso são as relações de poder que o controlam. Foucault afirma que todo discurso se vincula ao campo de forças das relações de poder e de saber, produzindo mais poder, reforçando-o e alimentando-o (Moraes, 2017).

Assim, podemos afirmar que, se determinado discurso sobre um objeto existe, definindo uma verdade sobre ele e, conseqüentemente, todo um arranjo de práticas em torno desse

discurso, é porque foram construídas e possibilitadas pelas relações de poder. O discurso coloca em evidência um jogo de rarefação que lhe é imposto (Foucault, 2014).

Em toda sociedade, o discurso é controlado, organizado e distribuído de forma que o indivíduo não fala o que pensa e nem mesmo fala de qualquer coisa em qualquer lugar. São as relações de poder e seus mecanismos de controle que definem as condições de existência do discurso. O discurso é indissociável do exercício do poder e, como práticas que seguem regras, os discursos formam os objetos de que se falam, utilizando signos e um “mais” para designar as coisas. Foucault chama-nos atenção para esse “mais”, sendo necessário a busca por sua identificação que faça, justamente, com que esse “mais” seja evidenciado e descrito, pois é ele que revela as hierarquias, as distinções, os saberes em jogo e as verdades instituídas (Ferreira; Traversini, 2013).

4 PERCUSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de um estudo de caso único holístico. É a partir do objeto de pesquisa e do que se pretende extrair dele, que definimos o tipo de pesquisa. Dentro da abordagem adotada, vários instrumentos e recursos são disponibilizados para a condução da pesquisa na direção dos objetivos propostos (Yin, 2016).

Quando o objeto de estudo envolve questões sociais e suas intrincadas e complexas relações de subjetividade, formas de significação, costumes, comportamentos e práticas, a pesquisa qualitativa se mostra como um reconhecido instrumento metodológico capaz de alcançar esses dados. A pesquisa qualitativa usa de métodos diferentes, interativos e humanísticos para aproximar o pesquisador do objeto a ser estudado de diferentes formas, a fim de promover a interação necessária e em profundidade que as complexas questões sociais envolvem (Creswell, 2014).

Dessa forma, buscando compreender como as relações de poder repercutem nas práticas de enfermagem de uma CME, o presente estudo adota a abordagem qualitativa e se valerá das ferramentas de um estudo de caso descritivo do tipo único holístico para melhor compreensão do objeto de estudo.

O estudo de caso teve origem na pesquisa médica e na psicológica, tratando-se de uma análise detalhada de uma situação. Além da área médica, o estudo de caso tornou-se uma das principais modalidades utilizadas em pesquisas qualitativas nas áreas de ciências sociais e humanas, por permitir uma análise aprofundada dos processos e a relação entre si, além de enfatizar a multiplicidade das dimensões de um problema (Castro, 1978).

O estudo de caso pode ser entendido como uma exploração de um sistema limitado em relação ao tempo e espaço, que envolve coleta de dados multifocais em profundidade, em um determinado contexto. O caso pode ser um indivíduo, um grupo, uma organização, um relacionamento ou, até mesmo, um projeto específico (Yin, 2016). O estudo de caso único é aquele que apresenta uma única unidade de análise. É o método apropriado para estudar casos raros ou extremos, ou casos em que existam poucos estudos semelhantes ao assunto, impossibilitando estudos comparativos. Também é apropriado para casos que são reveladores de uma informação pouco disponível (Zanni; Moraes; Mariotto, 2011).

Yin (2001) descreve um caso holístico como aquele que analisa a natureza global. É vantajoso para situações em que não são identificadas subunidades lógicas e quando a teoria que dá base ao caso é de natureza holística. Dessa forma, tem-se nesse estudo, um único cenário,

que é uma CME, e uma unidade de análise global que é a configuração das relações de poder entre os profissionais da equipe de enfermagem dessa CME.

Para que toda essa complexa rede de relações seja compreendida pelo pesquisador em maior profundidade, faz-se necessário utilizar de mais de um instrumento de coleta de dados. Assim, os dados foram coletados por meio da observação do ambiente de trabalho dos envolvidos, tanto em sua conformação física quanto relacional, por análise de documentos e normas que regulamentam as práticas e por entrevistas.

4.1 Cenário do estudo

O estudo foi realizado na Central de Material Esterilizado da Santa Casa de Misericórdia, da cidade de Juiz de Fora – MG. As Santas Casas de Misericórdia são instituições centenárias, com histórica trajetória no tratamento e sustento a enfermos, inválidos e recém-nascidos abandonados na instituição. Com sua origem ligada a uma irmandade, suas atividades caracterizavam-se como filantrópicas e de caridade, sempre com uma fundamentação na doutrina cristã. O termo “misericórdia” vem da junção das palavras em latim “misere” e “cordis” e significam, juntas, “doar o coração a outrem” (Oliveira; Sacomano Neto; Donadone, 2022).

As Santas Casas marcam a história da saúde no mundo, tendo significativa participação nas grandes epidemias que assolaram a população ao longo de anos. No Brasil, essas instituições surgem antes mesmo da organização jurídica do Estado, antecipando-se às atividades estatais de assistência social e à saúde (Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, 2023).

A Santa Casa de Juiz de Fora (SCJF) é a instituição de saúde mais antiga da cidade, fundada em 06 de agosto de 1854. A instituição vem sendo marcada, no contexto do município, pelo pioneirismo e pela qualidade dos serviços ofertados ao longo de anos. Já em 1907, o hospital realizava cirurgias urológicas, ginecológicas, abdominais e orto-traumatológicas. Em 1953, passou a ser campo de atividades para alunos da Faculdade de Medicina de Juiz de Fora. Em 1983, foi realizado o primeiro transplante de rins da região (Santa Casa de Juiz de Fora, 2015).

Importantes títulos deram destaque à SCJF ao longo dos anos, como o de Hospital Amigo da Criança, em 2009; o alcance de acreditação ONA e certificação ISO 9001:2015, em 2014; Organização Nacional de Acreditação (ONA) Excelência, certificação máxima de Acreditação Nacional, consagração como maior unidade transplantadora renal de Minas Gerais,

em 2018. Além disso, o Plano de Saúde da Santa Casa (PLASC) é um dos maiores planos de saúde da região, com crescente aumento da carteira de clientes (Santa Casa de Juiz de Fora, 2015).

A SCJF possui em média 480 leitos e seu centro cirúrgico, um dos maiores da região, conta com 13 salas cirúrgicas, sendo 10 salas em atividade, com uma média de 800 a 900 procedimentos cirúrgicos /mês, desse quantitativo se destacam as cirurgias oftalmológicas e as ortopédicas de forma geral.

Atualmente, a Santa Casa é Nível 3 em acreditação ONA, sendo descrito pela organização como hospital acreditado com excelência, validado até 28 de abril de 2024. O nível 3 em acreditação refere-se à unidade hospitalar que cumprir ou superar, em 70% ou mais, os padrões ONA de Excelência em Gestão, o que demonstra alinhamento da cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional (Organização Nacional de Acreditação, 2023).

A SCJF conta com uma CME classificada como de classe II pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 15, de 15 de março de 2012. A referida portaria classifica as CMEs em classe I e classe II. A diferença entre uma CME de classe I para uma CME classe II consiste, basicamente, na conformação do material reprocessado em cada uma delas. A CME de classe I não realiza o reprocessamento de material de conformação complexa, enquanto a CME classe II o faz.

Por definição contida na própria RDC nº 15, um material de conformação complexa é aquele que apresenta lúmen inferior a cinco milímetros ou com fundo cego, espaços internos inacessíveis para a fricção direta, reentrâncias ou válvulas. O fato de a CME reprocessar materiais de conformação complexa condiciona o setor a ter uma estrutura física diferenciada, com barreiras físicas separando a área de recepção e limpeza das áreas denominadas limpas. Também requer espaço para a instalação de lavadora ultrassônica com retrofluxo, secadora e água purificada para o enxágue final. Ademais, a CME que recebe materiais consignados deve possuir área exclusiva para recepção, conferência e devolução destes, dimensionada conforme o volume de trabalho (Brasil, 2012).

A complexidade de limpeza que um instrumental pode condicionar a CME a automatizar suas práticas. A RDC nº 15 obriga que as CMEs classe II realizem a limpeza automatizada dos materiais complexos, sem, contudo, renunciar à pré-limpeza manual. A automatização dos serviços é uma forma de garantir a qualidade, pela possibilidade de repetição e validação, além de contribuir com maior produtividade no serviço e, no caso das CMEs

contribuir para redução da exposição ocupacional a materiais biológicos (Associação Paulista de Epidemiologia e Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde, 2010).

A CME deste estudo atende à RDC nº 15 em relação aos requisitos básicos para boas práticas para o processamento de produtos para saúde, apresentando subdivisão interna. A unidade central dessa subdivisão, denominada, neste estudo, de CME principal está localizada no 13º andar da instituição e é o local destinado à execução de todos os processos, desde a recepção do material contaminado, passando pela lavagem, inspeção, preparo, esterilização e armazenamento, através de métodos manuais e automatizados, até a distribuição aos setores assistenciais. Cada etapa do processo é executada por um funcionário diferente, alocado geograficamente em partes distintas do setor, as quais serão denominadas, para fins deste estudo, sítios funcionais, nos quais há rodízio de funcionários ao longo dos meses.

De acordo com a RDC nº 15, Seção V em seu art. 64 - não é permitido o recebimento ou circulação na sala de recepção e limpeza da CME de têxteis limpos provenientes da unidade de processamento de roupas e que necessitam ser esterilizados antes da sua utilização. Na CME da SCMJF, o processamento têxtil, cujo processo de trabalho envolve dobraduras de campos e aventais cirúrgicos, é descentralizado. Fica localizado em um setor adaptado para a execução dessas tarefas, no andar térreo do hospital e será denominado, neste estudo, subsetor 1.

A CME estudada não possui métodos para o reprocessamento de produtos termossensíveis, que são aqueles que não resistem aos métodos de esterilização a altas temperaturas. Como medida resolutiva, a instituição terceiriza o reprocessamento de materiais termossensíveis para empresa especializada em processamento a óxido de etileno (ETO). A prática da terceirização é compatível com as diretrizes da RDC nº 15 e, no caso de materiais termossensíveis, é uma prática comum nas instituições de saúde da região devido ao custo/benefício da terceirização.

O artigo 18 da RDC nº 15 preconiza que produtos para saúde, após submetidos a limpeza no próprio serviço de saúde, sejam encaminhados para processamento em empresa processadora. Esse processo deve ser descrito em POP, definido em conjunto pela empresa e o serviço de saúde contratante. A CME da SCMJF realiza a pré-limpeza dos materiais termossensíveis em setor separado da CME principal e do subsetor 01, com espaço adaptado no térreo, ao lado do estacionamento, próximo ao subsetor 1, denominado nesse estudo de subsetor 2.

A equipe de técnicos de enfermagem é dimensionada e distribuída da seguinte forma: na CME principal ficam alocados oito funcionários por plantão no turno diurno, e três funcionários no turno noturno. No subsetor 1, há seis técnicos distribuídos por plantão no turno

diurno e não há funcionamento no turno noturno. O subsetor 2 funciona de segunda a sexta, das 07 às 16 horas, e conta com dois funcionários durante seu funcionamento.

De modo geral, os funcionários são fixos em seus postos, havendo remanejamentos quando há férias e/ou ausências de funcionários, momento que, a critério da enfermeira, ocorre o remanejamento dos funcionários entre os subsetores. Há exceção para os funcionários do subsetor 2 e para uma funcionária do subsetor 1 que não passam por remanejamento. Os funcionários do subsetor 2, pela especificidade do trabalho e pela falta de experiência com as atividades dos demais setores. À época da coleta de dados, o funcionário do subsetor 1 não estava incluído no remanejamento por questões de saúde ocupacional.

Todos esses subsetores possuem uma enfermeira diarista, coordenando as atividades, a qual é subordinada a uma enfermeira gerente, responsável pela gestão da CME e do Centro Cirúrgico, e quatro enfermeiros, pertencentes ao bloco cirúrgico, que realizam supervisão indireta na CME no período da tarde e noite.

4.2 Definição dos participantes da pesquisa

O tamanho da amostra não deve ser definido *a priori* em pesquisas qualitativas como defende Minayo (2017), e sim um ponto de delimitação para que o estudo se torne viável de execução. Contudo, considerando que a CME é um setor fechado com uma equipe bem delimitada e que nos deparamos com um quantitativo de funcionários que fosse viável de execução no período proposto para pesquisa, buscou-se a participação de todos os funcionários do setor que se configuram em um total de 25 funcionários.

Adotou-se como critério de exclusão os funcionários com menos de seis meses de atuação na CME, por entender que a percepção das relações entre pares e a gestão do setor, normas e rotinas, ficam menos evidentes em um curto período, contudo nenhum funcionário do setor se enquadrou nesse critério de exclusão. No curso da coleta de dados, excluíram-se também quatro funcionários que se encontravam em gozo de férias no período e cinco funcionários por recusa, sendo destes quatro enfermeiros e um técnico de enfermagem.

Dessa forma, o estudo totalizou 18 profissionais da CME, sendo 15 técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e dois enfermeiros (Quadro 1). Os dados foram coletados no período de março, abril e maio de 2023.

Quadro 1 - Distribuição dos participantes da pesquisa por categoria profissional

Categoria profissional	Número de entrevistados
Enfermeiros	2
Técnicos de enfermagem	15
Auxiliar de enfermagem	1

Fonte: Elaborado pela autora (2023).

4.3 Coleta de dados

A palavra “dado” origina do latim *Datum* e pode ser definida como “dádiva, oferta ou algo reconhecido e usado como base para cálculos”. A depender do objeto de estudo, diversas são as fontes de obtenção de dados, sendo necessárias estratégias adequadas para obter, registrar, armazenar e analisar esses dados. A coleta de dados é a fase em que se realiza diversas ações, a partir de instrumentos de pesquisa, com a pretensão de reunir informações capazes de responder as perguntas do estudo (Sayão; Sales, 2020). O presente estudo utilizou como instrumentos de coleta de dados a observação com registro em diário de campo, o roteiro de entrevista semiestruturada, e um roteiro de análise documental. Os dados foram coletados no período de março a abril de 2023.

Conforme definição do Dicionário Houaiss, observação é um ato de considerar com atenção as coisas, pessoas, eventos e situações. Esse ato tem sido comumente empregado nas pesquisas em ciências sociais (Observação, 2009). Ela começa empiricamente já no início da pesquisa, quando o pesquisador ao observar seu ambiente, se questiona sobre determinado fenômeno. No entanto, para suprir o empirismo da observação é necessário que instrumentos embasados no referencial teórico-metodológico adotado estejam sustentando esse olhar atento do pesquisador (Abib; Hoppen; Hayashi Junior, 2013).

Existem formas diferentes de se colocar como observador de determinado caso, conforme o nível de envolvimento e aproximação com o objeto de estudo. A posição adotada pelo pesquisador não é estática, ela pode mudar ao longo da pesquisa, indo de um papel não participante até um total envolvimento com o objeto de análise (Creswell, 2014).

Creswell (2014) menciona a necessidade da elaboração de um protocolo observacional para guiar esse momento da pesquisa, com elementos essenciais que não podem passar despercebidos aos olhos do pesquisador. Esses elementos devem estar ancorados nos objetivos e propósitos da pesquisa.

Dessa forma, quando nos deparamos com o objeto de estudo dessa pesquisa, torna-se essencial para compreensão deste, que o pesquisador utilize protocolo observacional

(APÊNDICE C) direcionado a analisar a conformação física do setor, as conversas entre os pares, os olhares, a dinâmica do serviço, as emoções sentidas e manifestadas, se posicionando como um observador participante, entendido como aquele que pela sua presença no campo é promotor de mudanças naquilo que é observado (Flick, 2008).

A opção pela observação participante deveu-se ao fato de ela permitir o contato do pesquisador com os participantes em ato, envolvidos no contexto real das ações. Seguindo as etapas da observação participante, houve, inicialmente, descrições menos específicas da dinâmica do setor e de aspectos gerais de organização da CME. Essa etapa inicial serviu de direcionamento para a fase focalizada, em que a atenção foi guiada para questões relacionadas a problemática da pesquisa, a dinâmicas das relações, aos envolvidos nos discursos e a posição de cada membro da equipe. Evoluindo nas fases da observação, caminhando para o final da coleta de dados, a pesquisadora buscou identificar exemplos de relações de poder estabelecidos na CME e suas repercussões nas práticas da CME (Flick, 2008).

A observação foi realizada durante o período de permanência do pesquisador em campo, sendo esse tempo determinado pelo tempo de saturação, que ocorreu pelo método de saturação teórica. A saturação teórica consiste no limite de compreensão do objeto estudado, definido quando, após a interação entre o pesquisador e o campo de pesquisa, considera-se que o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário à compreensão do objeto de estudo da pesquisa por não apresentar elementos novos (Nascimento *et al.*, 2018). A observação se deu no período de março a abril de 2023, no período da tarde.

A observação foi registrada em diário de campo. O diário de campo é uma estratégia de pesquisa para registro, para posterior análise da experiência do pesquisador e dos participantes e as implicações do campo sobre a pesquisa como os avanços, as dificuldades, as limitações, as sutilezas percebidas. “[...] envolve a articulação de proposições teóricas com a experiência empírica na produção de saberes contextualizados” (Kroef; Gavillon; Ramm, 2020, p. 19). O diário de campo é um instrumento adequado nos estudos de caso para garantir o aprofundamento no entendimento do fenômeno estudado.

Compondo a coleta de dados, a análise documental foi a estratégia utilizada para a obtenção de dados que enriqueceram a pesquisa na contextualização histórica e sociocultural das práticas de enfermagem. Através de documentos é possível conhecer as ações que permeiam determinado grupo e perceber as questões históricas e sociais que envolvem a construção desses documentos (Souza; Kantorski; Luiz, 2011).

Por documento entende-se tudo que pode ser registrado em um meio (papel, livros, computador, normas, instruções de trabalho, avisos, recados). Eles servem para registrar

informações importantes da dinâmica de organização de determinado grupo social (Ferreira; Torrecilha; Machado, 2012). Nesse trabalho, foi foco de análise os documentos públicos e os institucionais que possam apontar as normas instituídas, os direcionamentos das ações no setor, a padronização dos procedimentos operacionais, os registros de reuniões entre a equipe, os registros de ocorrências, os quadros de avisos, as planilhas de indicadores de qualidade. Para isso, foi elaborado um roteiro de análise documental (APÊNDICE C). Durante a coleta de dados tivemos acesso aos POP, aos indicadores de qualidade utilizados pelo setor, aos quadros de avisos e as planilhas de controle de dispensação de materiais.

Por fim, a entrevista somou-se a estratégia de coleta de dados desse estudo. A técnica de entrevista é talvez, a primeira coisa que vem à mente quando se pensa em realizar uma pesquisa. É o método mais utilizado para coleta de dados. Quando combinada a outros instrumentos, é um método valioso para compreensões em maior profundidade, possibilitando grande riqueza de informações (Britto Junior; Feres Júnior, 2012).

Foi realizada entrevista com roteiro semiestruturado, entendida como aquela que possui maior flexibilidade de condução das questões, sem, contudo, perder o foco do objeto. Para isso, foi elaborado um roteiro (APÊNDICE B), com questões semiestruturadas, que possibilitaram uma expressão mais livre do entrevistado e permitiu interferências do pesquisador para aprofundamento de alguma temática que tenha sido esplanada de forma vaga ou pouco clara para os interesses do estudo (Gil, 1999).

A boa condução de uma pesquisa depende do domínio sobre o tema, da clareza do que se pretende encontrar. E, para isso, boas perguntas são fundamentais. Para garantir perguntas assertivas, é indicada a realização de um projeto piloto do roteiro de entrevista. O projeto piloto serve para refinar, ajustar e praticar a técnica da entrevista (Yin, 2016). No presente estudo, o teste piloto foi realizado com os três primeiros participantes que aceitaram participar do estudo e, após constatar que não havia necessidade de ajustes no roteiro, prosseguiu-se com as entrevistas. As entrevistas do teste piloto somaram-se ao banco de dados do estudo.

As entrevistas com os participantes da pesquisa foram realizadas individualmente, na própria CME, respeitando-se a privacidade e a jornada de trabalho dos profissionais. Foram gravadas em dispositivo de mídia destinado a esse fim e armazenadas em dispositivo de mídia portátil e em pasta arquivo protegida no computador da pesquisadora responsável, no qual serão mantidas por um período de cinco anos. As entrevistas tiveram uma média de 20 a 30 minutos de duração. A ordem das entrevistas se deu conforme disponibilidade dos participantes.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e para validação dos dados utilizou-se a verificação por respondentes. O arquivo com a transcrição de cada entrevista foi enviado por

meio eletrônico, privado, a cada um dos participantes, para leitura e indicação da adequabilidade do conteúdo em relação à sua entrevista. Uma das participantes solicitou a supressão do trecho inicial de sua entrevista, o que foi prontamente feito.

A fim de preservar o anonimato dos participantes, eles foram identificados, ao longo desta dissertação, pela letra E (Entrevistado), seguido de algarismo arábico referente a sequência aleatória, obtida a partir de sorteio realizado pela pesquisadora.

4.4 Análise dos dados

Os dados sociodemográficos sobre a amostra foram tabulados e analisados de forma a complementar a análise de discurso e foram adjuvantes na compreensão da posição de fala dos sujeitos do estudo. A observação foi descrita como notas de campo e utilizadas como suporte para a compreensão do discurso dos sujeitos. Os documentos utilizados foram normativos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Ministério da Saúde (MS) e os documentos consultivos da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização (SOBECC), que regulamentam as práticas de reprocessamento de material no país.

Como documentos específicos do setor, utilizados para complementar a coleta de dados, foram usados os indicadores de qualidade do setor, os quais a pesquisadora teve a oportunidade de visualizar junto a enfermeira e fazer anotações. Os demais documentos do setor não foram disponibilizados. Contudo, acredita-se, pela observação, que não houve perdas importantes para o estudo, visto que o setor é altamente normatizado conforme as regulamentações dos órgãos ministeriais e seguem as recomendações da ONA.

As entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente entregues aos participantes para validação do dado. A validação consistiu na entrega aos participantes do estudo da transcrição da entrevista áudio-gravada, seguida do termo de validação de dado em duas vias (APÊNDICE E). Após esse procedimento, símbolos foram empregados nas falas a fim de contribuir na compreensão da linguagem, principalmente diante algum trecho extraído para discussão e análise. Foi utilizada a simbologia proposta por Marcuschi (2003) conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Simbologia adotada para análise do discurso

SIMBOLOGIA DE MARCUSCHI	
Símbolos	Significados
()	Incompreensão de palavras ou segmentos
(hipótese)	Hipótese do que se ouviu
/	Truncamento
MAIÚSCULA	Entonação enfática
:::	Prolongamento de vogal ou consoante
--	Silabação
?	Interrogação
...	Qualquer pausa
((minúscula))	Comentários descritivos
---	Comentários que quebram a sequência temática da exposição
[Superposição, simultaneidade de vozes
(...)	Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto
“ ”	Citações literais de textos, durante a gravação

Fonte: (MARCUSCHI, 2003, p.9)

Fez-se necessário acrescentar elementos para além dos propostos por Marcuschi (2003), sendo acrescentado o { } para sinalizar quando o entrevistado se referia a fala de outra pessoa.

Na sequência os arquivos das entrevistas foram importados para o *software* MaxQ da versão 22.7, o qual foi instrumento para operacionalização dos dados, servindo de apoio na organização, visualização, codificação e recorte das falas dos entrevistados, incrementando o processo de análise sem deixar de lado a criticidade analítica do pesquisador. Criticidade esta embasada nas lentes da análise de discurso foucaultiana.

Existem variadas formas e maneiras de se fazer uma análise de discurso, e cada uma pode estar ancorada em um referencial teórico-filosófico diferente. O que as análises de discurso têm em comum é o fato de não ficarem presas ao campo da linguagem, ultrapassam a ideia de que há neutralidade na língua, e preocupam-se com a produção e os efeitos de sentidos dos discursos e da capacidade de estabelecerem uma ordem social (Rodrigues; Melo, 2020). O presente estudo está ancorado na análise de discurso com base no referencial teórico - metodológico de Foucault.

Na perspectiva de Foucault, a análise de discurso pressupõe uma preocupação com a formação dos saberes, e suas condições de existência, sem a pretensão de avaliar a cientificidade do saber, mas seus efeitos de verdade. Pressupõe analisar as práticas mais que as teorias, uma vez que as práticas dizem sobre as teorias que usamos. Requer que se evite as fáceis interpretações e análise dos discursos em sua dispersão, ou seja, a análise da especificidade da prática discursiva em que o sujeito está inserido. É preciso ter maior preocupação com a emergência das práticas discursivas e não discursivas do que com a origem dos discursos. Por

fim, pressupõe pensar o impensado da vida social pela ótica das relações de poder (Medeiros, 1999).

Assim, tendo em vista que um discurso só pode ser analisado mediante o contexto histórico e social em que foi produzido, o desenho analítico a ser realizado consiste na busca de códigos sociais a partir das falas, símbolos e observação (Minayo; Deslandes; Gomes, 2011). Elementos denominados por Souza (2014), de sujeitos enunciativos tanto empíricos (pessoas) quanto arquivo (material impresso ou documentos).

A partir dos dados coletados, sua operacionalização seguiu roteiro de análise proposto por Souza (2014), que consiste em três momentos: a organização dos dados para levantamento de questões de trabalho, o retorno ao corpus para evidenciar as marcas de discurso, segmentar, recortar e analisar e, por fim, a escrita da análise.

O primeiro passo de organização dos dados começa com uma leitura flutuante, despreocupada da análise, que indicará os primeiros movimentos na busca por extrair o sentido do corpus de pesquisa e levantar as hipóteses. As leituras serão conduzidas tendo em mente um roteiro de três perguntas: em torno de que imagem/conceito o texto se articula? Qual o sentido construído para essa imagem/conceito? E a que discurso esse sentido se filia? A partir da reflexão em torno dessas perguntas serão estabelecidas as marcas do discurso. As marcas serão separadas em grupos semânticos convergentes. Em seguida segmentos textuais serão extraídos para serem trabalhados a luz do referencial teórico. Em um movimento primário de análise, paráfrases são realizadas para descoberta do discurso (Souza, 2014).

O processo de paráfrase consiste em um momento de construção de sentidos do texto, e funcionam como uma luz no caminho do analista de discurso rumo ao interdiscurso. O interdiscurso para Brandão (2012) é o discurso que remete a outros, perpassando na constituição de sentidos de outros discursos, ressignificando o discurso e marcando o “já dito”.

As análises de discurso são realizadas em sua materialidade, ou seja, trabalha com as formações discursivas, compreendidas como aquilo que pode e não pode, deve e não deve ser dito. As formações discursivas são matrizes de sentidos, marcadas por uma regularidade de enunciados (Foucault, 2010).

Tendo em mãos esses recortes dos discursos e dos interdiscursos, foram realizadas as análises propriamente ditas. Nesse momento, buscou-se evidenciar o funcionamento do discurso e descrever suas propriedades fundamentais. Uma análise de discurso não é valorativa, ou seja, não analisa se os achados são bons ou ruins, mas tem como objetivo mostrar como funciona o discurso naquele contexto, evidenciando o mecanismo de funcionamento de determinadas práticas sociais. Por fim, a escrita da análise, em que se buscou descrever todo o

movimento analítico realizado pelo pesquisador e trouxe trechos dos discursos como marcas das interdiscursividades, das paráfrases e conclusões alcançadas (Souza, 2014).

4.5 Questões éticas

Obedecendo as determinações da Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Brasil, 2012), e da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) que dispõe sobre o tratamento dos dados pessoais (Brasil, 2018). Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (da Universidade Federal de Minas Gerais (CEP/UFMG) por meio da plataforma Brasil e ao Comitê de Ética do hospital cenário da pesquisa, tendo seu início condicionado à aprovação de ambos.

Foi realizado contato com o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) da Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG para apresentação da proposta de pesquisa e discussão acerca dos trâmites éticos na instituição. O NEP se mostrou favorável à realização da pesquisa no Hospital, emitindo Carta de Anuência (APÊNDICE E) a qual reitera a autorização da divulgação do nome da instituição nesse estudo. Posteriormente, foi realizado contato com os responsáveis pela CME para agendamento do melhor horário e dia de início no local e da elaboração de uma estratégia de apresentação do pesquisador ao grupo.

Conforme Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do CNS (Brasil, 2016), identificou-se nessa pesquisa, nas três fases de coleta de dados (observação, análise documental e entrevistas), riscos de origem psicológica do tipo: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto com a presença do pesquisador em campo para observação; medo das observações a serem realizadas em campo e nos documentos a serem analisados; vergonha em responder às perguntas; cansaço ao responder às perguntas.

Para minimizar esses riscos, os objetivos da pesquisa e a garantia de anonimato e sigilo foram claramente explicados aos envolvidos tanto pessoalmente quanto por qualquer outro meio de contato com o pesquisador (telefone, e-mail) e quantas vezes se fez necessárias, bem como foi esclarecido que o participante poderia retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo e sem necessidade de justificativa, conforme previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foi esclarecido também os tipos de documentos a serem analisados e os objetivos de tal análise, deixando claro que se trata de documentos que normatizam as ações.

Foi esclarecido como se daria o processo de observação e seu propósito, bem como que ações seriam foco de observação da pesquisa. Em relação a entrevista, para minimizar os riscos, estas foram pensadas de forma a não serem exaustivas, em horários e locais a serem agendados de forma a melhor atender o entrevistado, promovendo conforto e segurança. O participante também foi informado de que poderia desistir de concedê-la a qualquer momento, sem prejuízo ou necessidade de justificativa.

Os participantes foram informados sobre a presença do pesquisador em campo, e esclarecido que a entrevista era apenas parte da pesquisa, mas que outros instrumentos seriam utilizados como dados, tais como observação das ações do dia a dia e análise dos documentos do setor. Após isso, os funcionários foram convidados a participar das entrevistas, com apresentação do TCLE (APÊNDICE A), o qual foi assinado em duas vias. Uma ficou de posse do pesquisador, que armazenará por cinco anos, e outra foi entregue ao participante.

Espera-se como benefícios dessa pesquisa que seja possível desenvolver uma análise crítico-reflexiva dos processos de trabalho e do funcionamento do serviço de enfermagem. E ainda, dar visibilidade às estruturas relacionais nas práticas cotidianas, bem como dos mecanismos de manutenção dessas estruturas, contribuindo com melhores formas de gerenciamento do serviço. No que tange os participantes, poderá gerar conhecimentos que possibilitem entender, prevenir ou aliviar problemas no cotidiano de trabalho que afetem seu bem-estar.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“As luzes que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas”

Michel Foucault (1991, p. 195).

Os resultados e a discussão foram construídos com base nos dados obtidos a partir da observação do processo de trabalho da CME e do conteúdo das entrevistas somado à análise de documentos que normatizam as ações no setor.

5.1 Conhecendo a CME e sua equipe

O primeiro contato foi realizado com a coordenadora de enfermagem do CC e CME. Na unidade de estudo, a coordenação dessas duas unidades é única, situação que ocorre em outras unidades hospitalares. Historicamente, a CME nasce de práticas de preparo de materiais nas unidades de utilização, mais precisamente nos Centros Cirúrgicos, principal setor demandante de material e, somado a esse fato, a RDC nº 50 de 12 de fevereiro de 2002, da ANVISA, recomenda que as CME's sejam construídas próximas aos Centros Cirúrgicos (CCs), o que contribui para que a gestão, a nível mais estratégico dessas unidades, seja realizada por um mesmo profissional (Brasil, 2002).

Devido à formação do enfermeiro abarcar, além da assistência ao paciente, a gerência do cuidado e de serviços de enfermagem, os enfermeiros desenvolvem competências de gestão e, não raro, estão envolvidos nos processos de gerenciamento hospitalar, assumindo coordenação de setores (Silva, 2019b). Assim ocorre nos CCs e, principalmente, nas CMEs de âmbito hospitalar que, historicamente, vêm sendo coordenados por enfermeiros, devido à equipe ser composta majoritariamente por profissionais da enfermagem.

A atuação da enfermagem na CME, bem como em empresa processadora de produtos para saúde, é regulamentada pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 424/2012. Essa resolução prevê a atuação do enfermeiro no planejamento, coordenação, execução, supervisão e avaliação de todas as etapas relacionadas ao processamento de produtos para saúde, dentre outras atividades relacionadas ao gerenciamento da unidade e da equipe. O trabalho executado na CME se configura em trabalho tecno-assistencial, por demandar conhecimentos científicos e tecnológicos (Conselho Federal de Enfermagem, 2012).

A estrutura organizacional referente ao organograma de enfermagem na CME cenário deste estudo é composta por uma enfermeira responsável técnica de todo o hospital, uma

enfermeira coordenadora da CME e CC, uma enfermeira diarista (turno da manhã) e enfermeiros do CC que realizam supervisão na CME no turno da tarde e à noite.

A coordenadora de enfermagem da CME e CC contactou a enfermeira da CME, realizando minha apresentação e explicando os propósitos da pesquisa. A enfermeira da CME prontamente acolheu minha proposta de pesquisa e explicou o funcionamento do setor, apresentou a escala de funcionários e auxiliou na melhor estratégia de organização da coleta de dados, informando os melhores horários e dias para entrevistas, conforme o fluxo do setor. Para as entrevistas acordamos que o período antes do almoço seria o ideal, pois as equipes têm horários fixos para almoço que se iniciam às 11 horas e, no período da tarde, há um volume maior de materiais, de forma que não seria possível a realização de entrevistas nesse período, pois prejudicaria o fluxo de trabalho. O período da tarde ficou destinado à observação.

A apresentação para a equipe de técnicos de enfermagem foi mediada pela enfermeira diarista, que explicou sobre minha permanência no setor e os objetivos da pesquisa. Percebi um clima agradável e de receptividade por parte de todas as equipes apresentadas. A equipe do noturno, composta por dois funcionários e uma enfermeira, que presta assistência indireta ao setor, foi realizada sem essa intermediação. Da mesma forma, senti-me muito acolhida e à vontade para realizar a coleta de dados. Vale destacar que um ponto facilitador para a coleta com os técnicos de enfermagem foi a contribuição das enfermeiras em auxiliar na organização da escala e horários das entrevistas.

A entrevista com os profissionais enfermeiros foi realizada posteriormente à dos técnicos de enfermagem, pois nos primeiros dias de realização da pesquisa, os enfermeiros do hospital se organizavam em atividades de revisão de normas e rotinas para procedimento de auditoria a ser realizado entre 17 e 21 de abril. Por esse motivo, as entrevistas com os enfermeiros foram agendadas para período posterior à auditoria. No total, participaram da pesquisa 18 profissionais da CME.

Os dados sociodemográficos levantados na entrevista serviram de base para caracterização dos sujeitos do estudo, possibilitando compreender as características da amostra quanto ao sexo, vínculo trabalhista, entre outros dados mostrados na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos sujeitos do estudo

	Valor Absoluto (n)	Valor Relativo (%)
Sexo	18	100,0
Masculino	01	5,6
Feminino	17	94,4
Idade		
20 a 24 anos	01	5,6
25 a 29 anos	02	11,1
35 a 39 anos	02	11,1
40 a 44 anos	01	5,6
45 a 49 anos	03	16,6
50 a 54 anos	04	22,2
55 a 59 anos	02	11,1
60 a 64 anos	01	5,6
65 a 69 anos	02	11,1
Média de Idade		
47,6 anos		
Estado Civil		
Casado	10	55,6
Solteiro	06	33,3
Divorciado	02	11,1
Nível Máximo de Formação Acadêmica		
Auxiliar	01	5,6
Técnico	15	83,3
Especialização Lato sensu	02	11,1
Média de Tempo na CME		
8,3 anos		
Turno de trabalho		
Diurno	16	88,9
Noturno	02	11,1
Local de trabalho		
CME principal	13	72,2
Rouparia/subsetor 1	04	22,2
ETO/subsetor 2	01	5,6
Possui outro emprego		
Sim	04	22,2
Não	14	77,8

Fonte: Elaborado pela autora

Todos os funcionários apresentam vínculo de trabalho celetista firmado por meio de contrato de trabalho com o hospital e trabalham em regime de plantão de 12 horas seguidas de 36 horas de descanso, com exceção para a coordenadora que é diarista com carga horária de 44 horas semanais e uma enfermeira diarista com carga horária semanal de 30 horas. O destaque

para caracterização da amostra é o fato de a equipe ser composta majoritariamente por mulheres (17 mulheres e 01 homem), com idades entre 45 e 54 anos, atrelado a uma média de trabalho na CME de 8,3 anos. Esses dados, a luz do referencial teórico, nos possibilitam situar as condições de surgimento de discursos e práticas vivenciados pelos participantes do estudo. O local de fala dessa amostra se situa no campo de um corpo feminino, que está há quase uma década acompanhando a evolução do trabalho na CME.

A partir da correlação dos discursos constituídos com os conceitos do referencial teórico e os objetivos propostos para o estudo, houve associação indutiva para criação das categorias, sendo elas:

- a. A CME como o coração do hospital: *“o que os olhos não veem o coração não sente”*
- b. O panoptismo constituído pelas tecnologias de comunicação contemporâneas
- c. CME: Maquinário de poder

5.2 A CME como o coração do hospital: “o que os olhos não veem o coração não sente”

A expressão “a CME é o coração do hospital” foi ouvida várias vezes, ao longo da coleta de dados. Acredito que essa expressão ganhe significado nesse contexto pelo fato de a CME ser responsável por todo o fluxo de trabalho relacionado a higienização e esterilização dos produtos para saúde (PPS) de toda a unidade hospitalar, sendo esse trabalho crucial para funcionamento do hospital, com impactos diretos na segurança e no cuidado dos pacientes. Essa analogia é conhecida no meio acadêmico e profissional, relacionada ao contexto da CME. Mesmo profissionais que atuam em outras áreas já devem ter ouvido essa analogia em publicações e em eventos científicos promovidos pela SOBECC e em eventos de segurança do paciente. Percebemos, nos discursos dos entrevistados, que essa analogia está presente na concepção da importância da CME.

CME é o coração do hospital. É coração porque, se a gente fechar a porta de uma CME, a gente para o hospital. Porque não vai ter instrumental, não vai ter material estéril, não vai ter roupa, não vai ter nada! (E1).

Quando a gente faz a área da enfermagem, as pessoas infelizmente ignoram o fato de que a CME é o coração do hospital. Porque a mentalidade das pessoas, 90% delas, acha que o correto e o principal numa área hospitalar é trabalhar com o paciente. Então, assim, eu acredito que é 90% mesmo que tem a cabeça mais fechada quanto a isso. Só que a CME é o coração do hospital. Sem a CME o paciente não consegue ser tratado. Tudo o que você vai fazer no paciente, no hospital, ele necessita de alguma coisa que a CME vai fornecer (E12).

A origem dessa expressão é controversa, bem como sua autoria. No entanto, ela abrange uma gama de analogias que retratam a função da CME no contexto hospitalar vai muito além de significar que a CME é um setor vital para funcionamento de todos os setores assistenciais do hospital, recebendo material contaminado e, por meio de uma cadeia de processos, limpar e esterilizar esse material, tornando-o viável e de uso seguro em outro paciente. Isso pode ser associado ao que é o coração no corpo humano em relação à purificação do sangue. Essa expressão, presente nos discursos dos entrevistados, somado a invisibilidade e falta de reconhecimento da enfermagem apontados mais adiante neste estudo, nos permite refletir e ampliar essa analogia para a posição arquitetônica da CME e a presença da enfermagem no gerenciamento da unidade.

Anatomicamente o coração é um órgão interno, localizado no tórax, atrás do esterno, de vital importância para funcionamento de todos os órgãos do corpo humano (Nobeschi, 2010). No entanto, sua posição não favorece sua visibilidade. Sabemos que ele está lá, executando sua função, e por vezes, no automatismo da vida, não nos damos conta de que a saúde vai bem porque ele está realizando seu trabalho.

Assim é a CME, um setor fechado, que presta serviço de apoio aos setores assistenciais, em uma relação de interdependência, que está localizada grande parte das vezes, em locais pouco visíveis do hospital e, não raro, lembrado apenas quando algo de errado acontece.

A CME estudada, localiza-se no 13º andar da instituição, excetuando-se suas subdivisões (subsetor 1 e subsetor 2) – que estão localizadas no térreo. Os acessos para profissionais externos ao setor, só podem ocorrer pelo elevador. Os funcionários da CME possuem chaves de acesso por meio de escadas que ligam os setores. Ao chegar no 13º andar, pelo elevador, primeiramente vemos o Centro de Terapia Intensivo (CTI) Cirúrgico e o CTI geral. No canto direito do *hall* de entrada, há vários armários de uso dos funcionários e um corredor, ao final do qual há um vidro isolando a sala da funcionária administrativa da CME. Virando-se à direita, encontra-se a CME.

A primeira impressão que temos, ao chegar no 13º andar, é a de que não há nada ali, além dos dois CTI's e um corredor repleto de armários. Não há sinalização de acesso à unidade visível no *hall* de chegada. É necessário ter a intencionalidade de adentrar a CME para visualizar o setor. Assim também ocorre com os subsetores 1 e 2, localizados no térreo, na saída para o estacionamento de cargas e descargas. O subsetor 1, que não realiza atendimento direto a funcionários externos, é ainda mais oculto, como podemos perceber no relato de E08 ao se referir a estrutura física:

É... aqui, assim, eu acho que poderia ser melhor. Acho que parece que aqui eles não ligam muito, porque é um lugar bem afastado. E, assim, a gente tem algumas coisas aqui, né?! Ar-condicionado que às vezes vaza, tem que ficar chamando pra arrumar (E8).

A localização da CME estudada corrobora com os estudos Machado e Gelbcke (2009) e Silva (2017), em que apontam que a localização afastada e, muitas vezes escondida, da CME contribui para a invisibilidade desse setor no contexto hospitalar. Machado e Gelbcke (2009) ainda mencionam que parece haver um acordo tácito, a fim de esconder esse setor que remete ao expurgo e que realiza tarefas aparentemente simples e rotineiras.

Nessa perspectiva, Foucault (2006) chama a atenção para a instituição Hospital, uma instituição disciplinar, que é centro das práticas médicas. Trata-se de uma estrutura arquitetada para dar visibilidade às práticas assistenciais voltadas para a cura, sendo o médico a figura central desse cenário. Vale, ainda, ressaltar que a estrutura arquitetônica das instituições disciplinares, como é o caso dos hospitais, determina o que deve ser colocado à vista e o que deve ficar na penumbra (Foucault, 2006).

O hospital é na concepção de Foucault, um laboratório do poder disciplinar. Reestruturado no século XVIII como espaço de cura, “o hospital deixa de ser uma simples figura arquitetônica. Ele agora faz parte de um fato médico hospitalar que deve ser estudado...” (Foucault, 2001, p. 99). Dessa forma, a arquitetura agora é racionalizada de modo a aumentar a visibilidade da figura de cura que o médico representa, com foco nos setores assistenciais, jogando luz sobre esses setores e colocando sombra nos demais, em um jogo de luzes e sombras.

A visibilidade, contudo, é para Foucault uma armadilha, pois ela serve para aumentar a disciplinarização daqueles que estão no seu campo visível, tornando os indivíduos um alvo de análise e de marcação do corpo, gerando conhecimento a seu respeito (Foucault, 2014). Assim, os olhos da vigilância e do poder, estão voltados para a cura, sobre a qual são projetadas luzes. Como o médico representa esse saber de cura e os saberes da medicina se colocam acima dos demais saberes, em uma espécie de representatividade que cria, na instituição hospitalar, um campo de saber médico dominante, outros saberes são deixados à sobra. Ficam à sombra, de forma ainda mais expressiva, objetos que não são de forma muito clara e objetiva relacionadas ao cuidado direto ao paciente, como é o caso da CME.

Os saberes que estão em voga na instituição hospital, estão voltados para as práticas médicas que, muitas vezes, ignoram os saberes relacionados à esterilização, como podemos observar nas falas abaixo:

Infelizmente, isso é uma coisa complicada, né?! Porque a CME, ela... as pessoas não entendem a CME! As pessoas não entendem a importância que tem, né!? Igual, por exemplo, a gente tem muita dificuldade, a gente enfrenta muita dificuldade se o doutor quer trazer material esterilizado de outro hospital... a gente tem que explicar no dia a dia do doutor: “Não pode! Não tem como! Tem que passar pelo nosso processo de esterilização, porque a gente tem garantia! Onde o senhor estava com esse material? No seu carro, no banco de trás, pegando sol?” (E2).

Então, a gente, enfermeiro, saía [da faculdade] sem noção nenhuma da existência de CME, né?! É uma grande falha que as faculdades tinham, né?! Hoje em dia, eu não sei se está na grade de todos, mas tem a questão de CME [nas faculdades] (E1).

A CME é um setor que demanda conhecimentos peculiares, com particularidades desconhecidas até mesmo para profissionais da enfermagem e da área da saúde. Para Sanchez *et al.* (2018), o trabalho da CME era conhecido por alguns profissionais da enfermagem atuantes no Centro Cirúrgico e em Unidade de Terapia Intensivas, com demonstrações de reconhecimento da importância das práticas de PPS. Para os demais profissionais de outros setores, era uma escuridão. Enfermeiros sem formação especializada também têm deficiência na formação superior para atuarem na CME, assim como os profissionais médicos (Cioccarri *et al.*, 2022).

Esse contexto de desconhecimento das práticas da CME faz com que o trabalho realizado nesse setor seja pouco reconhecido e valorizado por profissionais de outras unidades, como mencionado pelos participantes.

Então, é uma pergunta meio complicada, porque... É, pode ser, sim, reconhecida, mas eu não sei, pra determinadas pessoas ((os próprios trabalhadores)) pode ser, não pra todo mundo. Mas algumas pessoas, pra quem conhece, aí é. (...) Ah, eu acho que não ((que o trabalho não é reconhecido pelo resto da instituição))... (E7).

Às vezes, a forma da pessoa se dirigir a você, a forma como a pessoa se dirige ao seu trabalho, algumas pessoas não têm até ética, no sentido de falar sobre alguém que trabalha na CME. Eu já, entre aspas, tive várias pessoas, não só que trabalham como técnicos, como pessoas leigas, que falaram, 'mas CME é só lavar vasilhas, CME é só embalar material'. Não entende a essência do trabalho que está por conta, por trás de tudo que é feito aqui dentro, entendeu? (E12).

A pouca divulgação do fazer da CME é um dos fatores que contribuem para a limitada visibilidade do setor e do fazer da enfermagem, categoria que gerencia e executa as práticas nesse setor (Sanchez *et al.*, 2018). O conhecimento está, na concepção de Foucault, diretamente relacionado à questão do poder. O saber e poder se articulam de forma que o poder gera saber e, por sua vez, o saber é uma forma de poder (Foucault, 2008). Assim, o discurso médico, a historicidade da medicina, a posição arquetípica que joga luz sobre as práticas médicas, são geradores e mantenedores de um discurso médico hegemônico dentro do hospital.

A CME, por sua vez, não está, a princípio, em uma posição de detenção de poder na estrutura social, uma vez que está invisibilizada pela arquitetura, encoberta por um discurso do desconhecimento sobre suas práticas, de desvalorização pelas características das atividades que executa e, até mesmo, por aqueles que deveriam conhecê-la. Há um sentido desqualificatório e, por vezes, pejorativo nas referências às práticas de trabalho da CME, como podemos perceber no trabalho de Machado (2012) e de Anjos e Oliveira (2016), que afirmam que, a CME parece uma grande cozinha com suas atividades de lavar, secar e guardar louças e que a destinação de profissionais adoecido e próximos da aposentadoria para esse setor desqualificam as práticas executadas pela enfermagem. Essa perspectiva também foi apontada pelos participantes do estudo.

Às vezes, eles [funcionários de outros setores que vão à CME] perguntam o que a gente faz, se é só lavar bacia, em geral. Então, alguns não sabem muito sobre CME. A gente tenta ao máximo comunicar, não é? 'Ah, como que funciona? Funciona de tal forma'. A gente tenta explicar resumidamente como funciona, mas a maioria não tem noção. Não tem noção (E13).

A CME é bem pouco reconhecida. Bem pouco, bem menos reconhecida mesmo. Tem gente que acha que a gente nem é da enfermagem. Olha, já teve gente de vir na porta e perguntar se a gente era da área da limpeza. Não, assim, que seja uma área desmerecida! Nenhuma profissão é desmerecida. Tanto ali na porta, tanto assim quando você tá conversando com alguém nos andares: 'Ah, eu sou da CME! Ah, eu não, pra mim não dá, jamais viria'. Então, a gente vê um desmerecimento na profissão. Você vê, sim, que as pessoas acham que não se enquadram dentro da enfermagem da CME. Eles acham que não tem a ver com o papel da enfermagem (...) (E11).

Os discursos retratam como algumas profissões são invisibilizadas na sociedade. O demérito de algumas profissões pode ser explicado por diversos fatores, como a falta de reconhecimento social, a baixa remuneração, a falta de estabilidade no emprego, a falta de benefícios e a falta de condições de trabalho adequadas. Esses fatores podem contribuir para a desvalorização das profissões e para a percepção negativa que algumas pessoas têm sobre elas. Além disso, alguns setores da sociedade tendem a valorizar mais determinadas profissões em detrimento de outras, o que pode levar a uma hierarquização injusta e prejudicial para profissionais que atuam em áreas menos valorizadas. É importante lembrar que todas as profissões são importantes e devem ser valorizadas pelo seu papel na sociedade (Guimarães; Martins, 2010).

A enfermagem é uma profissão que enfrenta o desafio de mitigar a desvalorização. Apesar de sua indiscutível relevância e de ser essencial para o sistema de saúde, a enfermagem é frequentemente vista como uma profissão “subordinada” à medicina e a outras profissões da saúde, principalmente no ambiente hospitalar, o que pode levar a uma falta de respeito e de

reconhecimento por parte dos pacientes e da sociedade em geral. O nascimento da profissão atrelado a questões de caridade executada por mulheres na Guerra da Criméia, implica na profissão uma relação com o feminino e com o cuidado (Oliveira *et al.*, 2022).

A associação do cuidado à figura feminina pode ser explicada por uma série de fatores históricos, culturais e sociais que moldaram as percepções de gênero ao longo do tempo. Durante muito tempo, as mulheres foram encarregadas dos cuidados com a família e com os filhos, enquanto os homens eram responsáveis pelo sustento financeiro da casa. Essa divisão de papéis de gênero foi reforçada por normas culturais, religiosas e políticas que perpetuaram a ideia de que as mulheres eram naturalmente mais propensas a cuidar, enquanto os homens eram naturalmente mais propensos a trabalhar fora de casa e ser o provedor da família. Essa associação entre cuidado e feminilidade acabou se tornando uma espécie de estereótipo de gênero que, embora esteja sendo desafiado nos dias de hoje, ainda tem um impacto significativo na forma como as pessoas percebem e valorizam certas profissões e atividades (Borges; Detoni, 2017).

A gente trabalha com várias mulheres! Tem as TPMs, as prés e pós, tem dias que a gente está com mais conversa, menos conversa, mas a gente se entende muito (E12).

(...) que tem é muita mulher e mulher sempre dá um estresse outro dia cheguei lá, TINHA uma que chorou no banheiro! Gente, aconteceu! Chamei as duas pra conversar. Isso já aconteceu várias vezes! Isso é uma característica da mulher mesmo, é um setor com muita mulher, é um setor que trabalha falando, conversando contando a vida. Então, quando você vê, às vezes, dá um estresse (...) (E2).

As falas dos participantes corroboram a ideia da mulher estereotipada como um ser estressado por natureza e falante. Para Detoni e Nardi (2012, p. 66), “as relações de gênero são constituintes dos modos e dos processos de subjetivação [...] a subjetividade como uma produção da experiência de si, em um determinado contexto sócio-histórico”. Nessa perspectiva, Foucault (2014) chama a atenção para os modos de subjetivação impostos pelas instituições disciplinares. Isso implica inserir a instituição hospital no contexto sócio-histórico de produção de invisibilidades na CME, responsável pela produção, manutenção e ressignificação dos discursos que desmerecem o trabalho realizado no processamento de produtos para a saúde. Isso se dá tanto pela peculiaridade que envolve o processo de lavar e esterilizar o material, como pelo fato de o trabalho ser realizado por profissionais de enfermagem, uma profissão essencialmente feminina.

Assim, retomando a analogia da CME como o coração do hospital, e ampliando a ideia de coração para a constituição da equipe de enfermagem como símbolo de amor, de

benevolência e de feminilidade, os dados nos levam a pensar no dito popular “*o que os olhos não veem o coração não sente*”. Se pensarmos que os “olhos” da instituição estão voltados para as práticas médicas, “o coração” – que é a CME – não sente o reconhecimento do seu trabalho, como apontado nas falas seguintes:

"Mas o desafio que eu vejo que vai ser, eu brinco falando assim: 'eu vou morrer e ainda vai estar assim...' é a gente conseguir colocar o reconhecimento da CME mais dentro de quem lida na assistência, entendeu? (E1).

(...) Ah, eu acho que não ((que o trabalho não é reconhecido pelo resto da instituição))! Acho que tem gente, tem pessoas que (...) não dá o devido valor que deveria dar pra CME, entendeu?! Não reconhece o serviço mesmo! (...) Às vezes, ((percebo a falta de reconhecimento)) no conversar com a pessoa. Você percebe, entendeu? Quando você fala assim: 'ah, eu sou da CME', aí você percebe. A gente percebe na hora (E7).

O reconhecimento pelo trabalho executado é importante para a formação identitária do sujeito, contribuindo para sua autoimagem e autoconfiança, bem como é primordial para a saúde e o prazer no trabalho. Dessa forma, há uma relação entre a falta de reconhecimento no trabalho e processos de sofrimento e adoecimento de trabalhadores (Bendassolli, 2012). Segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), perante uma situação de sofrimento, o trabalhador tende a buscar estratégias de defesa para que não se instale um quadro de adoecimento mental. Essas estratégias de ajustamento, muitas vezes, não são positivas e podem gerar consequências ruins tanto para o indivíduo quanto para a organização.

Nesse sentido, uma estratégia de defesa apontada por Barros e Mendes (2003) consiste na negação da realidade. Um estudo realizado pelos referidos autores, com trabalhadores da construção civil, apontou a negação de riscos à vida como estratégias de defesa, o que pode ser um problema e tanto para trabalhadores e empregadores.

Por outro lado, Foucault (2014) aponta a resistência como mecanismo de enfrentamento ao poder, o que nos leva a acreditar que quando as relações assimétricas de poder causam algum desconforto para o sujeito, ele lança mão de resistências.

Uma condição precípua de existência da relação de poder é a liberdade do sujeito em apresentar resistência, ou “contracondutas”, caso não haja essa condição, não se trata de relações de poder e sim de dominação. No entanto, Foucault entende que todas as relações são relações de poder, e, por esse motivo, passíveis de manifestações de resistência. A noção de resistência aparece na obra *Vigiar e Punir* como contraponto ao poder, uma forma de não submissão aos designios da relação de poder (Stenico, 2015).

Parece ser essa a situação apontada pelos participantes do nosso estudo. Identificamos a vontade de sair do setor como uma resistência ao poder instituído, como se pode observar nas falas que se seguem.

(...). Então, eu tenho muita gente que pede pra sair (da CME). Não consigo rodar porque às vezes eu não tenho nem como rodar ((os funcionários entre os setores)), entendeu? Mas eu tenho muito pedido de saída de lá (da CME) (...) (E2).

Quando eu cheguei aqui, eram outras pessoas. A maioria saiu. A maioria não, todo mundo. Quando eu entrei aqui, todo mundo que estava comigo do dia, elas saíram. (...) às vezes foi ((para)) outro setor, outras pediram conta, enfim... (...) Ah, tem ((muita rotatividade no setor)). Agora deu uma parada, mas tem (E3).

Assim como apontou Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), algumas alternativas adotadas como estratégias de defesa dos indivíduos podem ser prejudiciais para a organização. A alta rotatividade de funcionários, denominada no mundo corporativo de *turnover*, apresenta elevados custos para a empresa, além de apresentar impactos na qualidade da assistência e segurança do paciente.

Ademais a partir das falas analisadas, é possível perceber que a vontade de sair do setor se constitui em uma alternativa viável encontrada pelos trabalhadores para se esquivar das amarras do poder disciplinar que paira sobre eles. É possível que os trabalhadores não apresentem concepção racionalizada sobre os saberes e práticas que constituem suas relações e que fazem da CME um setor de visibilidade limitada, mas é notável como o dispositivo arquitetônico, a centralidade do trabalho médico e na assistência direta ao paciente colocam a CME em segundo plano na organização hospital.

5.3 O panoptismo constituído pelas tecnologias de comunicação contemporâneas

O panóptico foi um projeto arquitetônico prisional planejado no século XVIII para reconfigurar as formas de punição, a qual consiste em uma construção periférica de celas em círculo e no centro uma torre. Essa estrutura permite que um único vigia controle todos os detentos, criando um imprescindível princípio da disciplinarização: a vigilância constante. Essa vigilância constante estabelece um estado permanente de visibilidade que promove o funcionamento automático do poder (Santos; Portugal; 2019).

No desenvolver das sociedades disciplinares essa arquitetura das prisões, pensada para promover a vigilância e ampliar o poder, ganhou espaços e passou a fazer parte de outras instituições governamentais e não governamentais, e mais contemporaneamente, deixou de ser

uma estrutura física e passou também, a constituir-se de outras formas mais sofisticadas de vigilância difusa na sociedade. O advento da *internet* e com ela todo o desenvolvimento tecnológico como a criação de aplicativos de comunicação, deu fluidez aos princípios de vigilância, controle e normalização próprios do panoptismo (Candiotto; Couto Neto, 2019).

As tecnologias de comunicação contemporânea têm desempenhado um papel fundamental no ambiente de trabalho. Elas permitem uma comunicação rápida e eficiente entre colegas de trabalho, clientes e parceiros de negócios, independentemente da localização geográfica. O avanço tecnológico modificou o contexto social, ampliando a capacidade comunicacional das pessoas, promovendo interações antes impensadas (Lima, 2021).

Existem diversas tecnologias voltadas para facilitar a comunicação no mundo do trabalho, como por exemplo: o correio eletrônico, as plataformas de videoconferência, os aplicativos de troca de mensagens, dentre outras. Essas tecnologias facilitam a colaboração de forma remota, reduzem as horas de deslocamentos e a necessidade de reuniões presenciais. O aplicativo de mídia social *WhatsApp*, criado em 2009, revolucionou a troca de mensagens entre os usuários de *smartphones*. O nome do aplicativo faz alusão a expressão em inglês “what’s Up (e aí?)” (Souza; Araújo; Paula, 2015).

Aplicativos dessa natureza surgem como uma proposta mais prática e rápida de troca de mensagens quando comparado com o antigo *Short Message Service* (SMS) e sem custos, uma vez que para uso do *WhatsApp* basta uma conexão Wi-Fi. Além de mensagens rápidas o aplicativo oferece a opção de envio e recebimento de fotos, vídeos, *links*, mensagens de voz, localização em tempo real, atualização de *status* do usuário, entre outras funções (Souza, 2022).

A nova forma de comunicação via aplicativo *WhatsApp* pode ocorrer o tempo todo, permitindo que as pessoas tenham informações de seus contatos 24/7, com possibilidades de criação de grupos de qualquer natureza, para discussão entre amigos, parentes, pessoas do trabalho. A vantagem dos grupos é o compartilhamento de mensagens para um número maior de indivíduos e possibilitar que possam interagir de forma síncrona (Marcon; Koehler, 2021).

A midiáticação no campo organizacional acompanhou a velocidade da modernização dos meios de comunicação e, segundo um estudo de Queiroz, Santos e Silva (2017), o *WhatsApp* já ocupava, no Brasil, o segundo lugar na predileção de meios de comunicação corporativo, perdendo apenas para o *e-mail*.

Na CME em que este estudo foi realizado, o uso da comunicação mediada pelo *WhatsApp* entre seus funcionários foi adotado, com a criação de um grupo composto pelos técnicos de enfermagem e enfermeiros da CME, com intuito de ser fonte de divulgação do conhecimento, como podemos observar no discurso:

Mas a gente tem um grupo no WhatsApp com a participação dos técnicos, coordenadores, enfermeiras, em que a gente coloca ali o que é necessário de conhecimento pra todos (E01).

O uso do *WhatsApp* no ambiente de trabalho suscita questionamentos de diversas ordens, desde uma preocupação com as questões relacionadas à legalidade e formalidade das informações veiculadas por esse meio, que se situam no campo do direito. Também há questionamentos da ordem da saúde mental e da psicodinâmica do trabalho, em que se discute os benefícios e malefícios do uso de tecnologias dessa natureza para a saúde dos indivíduos (Girão, 2019).

A utilização do *WhatsApp* pelos funcionários da CME nos impressiona pela semelhança com o Panóptico descrito por Foucault em sua obra *Vigiar e Punir* (Foucault, 2014). O panóptico é descrito como uma arquitetura que maximiza a eficiência do poder, uma vez que promove a vigilância constante dos indivíduos e, com isso, totaliza a disciplinarização e favorece o assujeitamento (Santos; Portugal, 2019). Daí, podemos pensar na modernização desses dispositivos de vigilância na sociedade atual, nos levando a acreditar que o aplicativo *WhatsApp* é uma modernização do Panóptico, que ultrapassa o uso da estrutura arquitetônica como estratégia de controle.

(...) O WhatsApp... ele é bem positivo! Porque sempre que tem alguma coisa que é assim... Gente, o que aconteceu? Coisa, assim... ou eu joga, ou o enfermeiro joga, ou a NOME joga, ou os próprios técnicos. Por exemplo: “Arrumou uma caixa? Arrumei!” Põe foto, gente, pra todo mundo. Entendeu? Então, a gente tem muito... É muito controlada, sem medo, aqui da (instituição estudada). É muito controlada. Muito mesmo” (E01).

A comunicação, ela é boa! É bem eficiente! A gente comunica, a gente tem grupos de WhatsApp onde a gente põe alguns recados. Isso, às vezes, ajuda a gente porque a enfermeira está lá na casa dela, aí eu ponho a mensagem no grupo, depois ela olha e já sabe que aquela modificação foi feita, que aquilo aconteceu! Toda modificação que é feita na CME é colocada no grupo. Alterou o nome da caixa, alterou uma quantidade de peças na caixa é colocado no grupo de WhatsApp pra todo mundo ficar sabendo. e então a gente comunica muito assim e no dia a dia. A comunicação, ela acontece, ela é super tranquila (E02).

Os discursos apontam que a comunicação do dia a dia da CME, relacionada a dinâmica das atividades do setor, são mediadas pelo aplicativo *WhatsApp* e expostas no grupo para que todos os integrantes tenham conhecimento. Essa prática, aparentemente inocente, faz com que todos possam acompanhar o trabalho uns dos outros, em um processo de constante vigilância e controle. Ao tornar o trabalho exposto no grupo de *WhatsApp*, todos os integrantes são passíveis de exercer a vigilância hierárquica, promovendo a circularidade do poder. Segundo Velloso,

Araújo e Alves (2012), podemos comparar essa exposição das práticas de trabalho a uma vitrine, não em seu sentido comercial, mas no sentido de que todos podem ver o que se passa.

A visibilidade aqui analisada é considerada positiva pelos profissionais, uma vez que estimula os funcionários a compartilharem conhecimentos sobre o processo de trabalho, o que favorece um trabalho mais homogêneo, com redução de falhas. Entretanto, Foucault (2014) alerta para a armadilha presente na visibilidade, pois ela possibilita uma vigilância constante das ações realizadas, além de forjar a construção de condutas conforme o que está visível, produzindo subjetividades.

É por meio dessa vigilância constante que a disciplina se estabelece de forma automática e difusa. O panóptico tem essa característica de gerar um estado permanente de vigilância e, com isso, um assujeitamento da norma, pois mesmo que os indivíduos não estejam de fato sendo vigiados, agem como se estivessem, pela simples possibilidade de estarem (Foucault, 2014).

A vigilância hierárquica é um dos mecanismos da sociedade disciplinar para se produzir conhecimento sobre o corpo. Conhecimento esse que será usado para corrigir, punir, adestrar (Foucault, 2014). Além do aplicativo de mensagens, observamos, neste estudo, outras formas de vigilância hierárquica mediadas por tecnologia, como a utilização de câmeras de vídeo em algumas áreas de trabalho do setor.

(...) A gente usa a câmera pra ver, geralmente, um problema. Qualquer problema! Por exemplo, o FULANO (...) me pediu pra ir nas câmeras pra ver que horas que as FUNCIONÁRIAS estão indo pro banheiro trocar de roupa, porque está achando que elas estão indo cedo demais. Tão largando o setor cedo demais (E02).

A utilização de câmeras em diversos ambientes de convívio social é, na concepção desse estudo, assim como o *WhatsApp*, uma modernização do panóptico. Os discursos apontam a utilização da câmera instalada no setor como instrumento de vigilância e punição. O corpo é objeto e alvo do poder disciplinar, o tempo de utilização desse corpo deve ser controlado com rigor, “trata-se de constituir um tempo integralmente útil” (Foucault, 2014, p. 148) e a câmera pode ser utilizada como um dispositivo de controle dos corpos.

Inegavelmente os avanços tecnológicos causam profundas modificações no modo como vivemos e nos relacionamos uns com os outros e com o meio, e se fazem presentes na organização das práticas sociais (Silva; Gondim, 2022). Os grupos de trabalho constituídos em aplicativos, bem como a utilização de câmeras nos setores de trabalho modificam as relações e produzem efeitos de vigilância ainda mais efetivos que aqueles promovidos pelo panóptico do século XVIII.

Segundo Candiotto e Couto Neto (2019) esses novos dispositivos de controle marcados pelo advento da *internet* podem ser denominados de “panoptismo eletrônico virtual”, e se constituem em verdadeiras ameaças ao exercício da atitude crítica dos indivíduos, uma vez que os mecanismos de disciplinamento do corpo cerceiam a capacidade de tomada de decisão por si mesmo. Os indivíduos são constantemente objetivados pelas novas formas de vigilância e de controle fragilizando um possível processo de emancipação.

O adestramento é o objetivo do panóptico, tornando o corpo docilizado, isto é, obediente, não questionador. No cotidiano da CME, podemos observar esse assujeitamento dos indivíduos pela aceitação do contexto do trabalho, ainda que haja insatisfações:

Não, assim, eu gosto... Eu, sabe... Vou te falar que eu não tenho nada a falar do hospital. Porque a gente vê tanta gente reclamando de tudo. Claro que várias coisas, assim, a gente vê que... Tipo, a gente fica assim pensando... Ah, podia ter uma melhorada, né? Podia ter uma melhorada no salário, porque a gente trabalha muito e tudo. Mas isso aí é o quê? É uma utopia, né? Isso aí não depende da gente. Mas o que a gente precisa fazer, a gente faz pra poder manter um ritmo no trabalho da gente, né?(...) (E10).

O corpo, alvo do poder, é também um corpo que está inserido em um campo político, Foucault (2014, p. 29) nos lembra que: “[...] o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso”. O corpo submisso trabalha em sua melhor forma ainda que a recompensa não lhe pareça justa. Um corpo assujeitado é um corpo que não apresenta resistência (Barreto, 2007).

Vale ressaltar aqui que estamos nos referindo ao corpo da enfermagem. Matos Filho *et al.* (2018, p. 3) afirmam que os micropoderes aos quais a enfermagem pode estar submetida dentro da instituição hospital, com longas jornadas de trabalho somadas a duplos vínculos e a subordinação a um sistema “organizacional hierarquizado e verticalizado, que mantém a centralização do poder, e hierarquia rígida”.

A enfermagem apresenta uma hierarquização dentro de sua própria categoria profissional, e o enfermeiro se apresenta como o vigilante da norma dentro das organizações hospitalares, sendo esse fato motivo de conflito entre enfermeiros e técnicos e até mesmo entre enfermeiros e outras categorias profissionais, principalmente a médica (Matar e Silva *et al.* 2020). Na CME os conflitos não são evidentes e há um respeito a hierarquia estabelecida, como apontado no discurso a seguir:

A gente sabe a hierarquia, que elas são nossas chefes. A gente respeita ela como tal, né? E a ((coordenadora)) também, que é a chefe da ((enfermeira)), que é a coordenadora, a gente respeita ela como coordenadora. Mas tem conversa, tem um

ambiente de descontração, a gente conversa, a gente ri, sabe? É um ambiente bom, sabe? Elas passam isso pra gente (E10).

No processo de docilização dos corpos, a CME lança mão de diversos mecanismos de vigilância, desde os mais modernos como já citado, até os velhos meios de controle da atividade, como por exemplo o mapa de cirurgia, como observado pelo relato de E01.

Aí, lá no 13º ((andar))... aí eu pego o plantão do pessoal da noite, aí eu já ligo daqui. Lá no 13º ((andar)), aí eu faço a questão de verificar como que tá a lavação, como que tá o preparo, como que é o mapa de cirurgia (E01).

O mapa de cirurgia é um instrumento de trabalho que interliga as ações da CME com o CC. O CC prepara esse mapa diariamente, com todas as cirurgias do dia seguinte. Com base nesse mapa, a CME prepara o quantitativo de roupas para atender às cirurgias programadas e separa as caixas de instrumentais correspondentes a essas cirurgias. Um funcionário da CME fica designado para controlar esse mapa, buscando atender as demandas do CC em tempo hábil. Esse instrumento de trabalho é, também, um instrumento de vigilância das ações. Por ele é possível verificar se a CME executou sua função de forma exitosa. Qualquer erro nesse processo denuncia falhas no trabalho, como demonstra o trecho a seguir:

(...) porque se não funcionar aqui, o centro cirúrgico, para a cirurgia! Não é realizado! Então, isso aqui (o mapa de cirurgia) é tão importante quanto quem está dando atendimento. (...) (E17).

Esses mecanismos de vigilância acompanham formas de punição que, junto ao exame, formam a tríade do exercício do poder. As punições, definidas por Foucault como sanções normalizadoras, tem a intenção de corrigir o desvio do corpo. Podemos encontrar essas sanções em pequenos atos que visam fazer com que o indivíduo se enquadre em um padrão definido por normas. Elas podem ser desde pequenos constrangimentos a grandes penalidades (Foucault, 2014)

Porque se eu mandar errado pra fazer desinfecção, pra esterilizar, ele vai montar errado. E ele montando errado, ele vai lá pro setor também errado. Então, na hora que o médico for abrir aquele material, ver que ele tá tudo errado, vai chegar em mim. Quem montou errado na CME? E quem monta? É a fulana. Vai chegar até a mim. Então, eu que vou ter que responder por esse erro meu (E16).

A fala mostra que o entrevistado teme o constrangimento ao ter o seu erro apontado e age conforme a norma, pensando na punição. Vejamos que é totalmente possível identificar a autoria do erro, o que configura uma técnica de individualizar as ações, o que é próprio do

panoptismo. Individualizar, vigiar e punir, são as técnicas de disciplinarização das sociedades modernas (Foucault, 2014).

Cada instituição disciplinar estabelece seu pequeno mecanismo penal, ocupando as lacunas das leis gerais, esses mecanismos preenchem espaços pequenos, estabelecendo micropenalidades de tempo, de atividade, de discursos, da sexualidade. Um exemplo de micropenalidade própria da instituição pode ser observada na fala seguinte.

Normalmente, sabe qual é o meu perfil? Quem não tá trabalhando... Eu falo com eles. Vocês dão um azar danado quando vocês às vezes ficam de bico um com o outro. Sabe por quê? Porque na CME ou vocês trabalham, você me desculpa, ou vocês se entendem. Ou, então, vocês vão ficar um mês juntos trabalhando pra aprender a não fazer isso. Normalmente eu faço isso (E01).

Percebemos aqui uma sanção que incide sobre o corpo. A indisposição entre colegas é percebida como uma atitude “incorreta” e passível de punição. A punição na disciplina é combinada com uma gratificação, estabelecendo um campo divisor entre dois polos: certo e errado, bom e mal, positivo e negativo (Foucault, 2014).

Então, eu acho que um bom relacionamento entre eu e eles vai muito bem. Principalmente nessa parte aí de ver material errado, de eu explicar, dele entender, de eu mostrar como o material tem que estar, o que está errado no material dele, entendeu? Então, tem que ter aí um bom diálogo pra não criar aquela antipatia. 'A menina da CME é antipática', 'a menina da CME é muito chata', entendeu? Pra eu não ser rotulada desse jeito. Então, um bom relacionamento entre eu e eles é muito importante, mas o básico mesmo, aqui dentro, é ter um bom conhecimento do material (E04).

Percebemos aqui a noção de bom funcionário da CME introjetada na fala do entrevistado. Embora, para se trabalhar na CME, o importante seja ter conhecimento sobre os produtos para saúde, a questão do relacionamento se coloca como um divisor entre o funcionário bom e o funcionário ruim. A preocupação com as rotulagens relacionadas ao desempenho relacional demonstra a presença de um forte poder disciplinar que presa pelo bom relacionamento entre colegas.

O exame, o terceiro elemento da tríade basilar de exercício do poder, é a materialização da polarização promovida pela sanção. O exame qualifica, classifica e pune. É através do ritual de exame que os indivíduos ganham visibilidade e tudo sobre eles é passível de anotação, de documentação. Nenhum detalhe é deixado de fora, e todas as lacunas de disciplinarização são preenchidas (Foucault, 2014).

Na CME, o exame aparece dentro da política de educação continuada da instituição. Um Levantamento das Necessidades de Treinamento (LNT) é realizado com base em observações diárias de deficiências na rotina e, também, por meio de indicadores usados no setor, além de treinamentos que surgem de demandas externas e notificadas em um sistema de inconformidades.

se a CME estiver recebendo muita não conformidade de uma determinada situação, ela treina aquilo. Igual, há pouco tempo a gente viu a necessidade de reforçar a limpeza. A gente fez um treinamento junto com o CCIH só sobre limpeza. Então, assim, a gente vai fazendo também conforme a necessidade, entendeu? E, aí, a gente tem uns POPs que a gente já treina mesmo, são padrões de treinamento. Então, é um treinamento mensal. É obrigatório aqui na... (instituição de saúde estudada). Um treinamento por mês. E é sempre assim (E02).

Estabelecer a periodicidade de treinamento e definir os temas a serem trabalhados são expressões do poder disciplinar. Os mecanismos de vigilância utilizados geram resultados que são analisados e transformados em medidas de controle e disciplinamento (Candiotto, 2012). Os indicadores utilizados na instituição são: 1) Produtividade do trabalhador (medida pelo número total de esterilizações realizadas e pelo número de funcionários que trabalharam no mês, na área de preparo); 2) Ciclos de autoclave abortados (número total de cargas realizadas pelo número de ciclos abortados); 3) Número de pacotes preparados por colaborador por hora; e) número de reesterilizações.

Além desses indicadores, que demandam dados da própria CME, eles ainda respondem mais dois indicadores mensais: adesão as rotinas estabelecidas pelo serviço de controle de infecção hospitalar (SCIH) (*checklist* que o enfermeiro responde no sistema interno de qualidade (SISQUALI) de controle de processos) e custo total setorial.

A base para as LNTs se situa nesse campo de resultados de indicadores e após aplicação do treinamento é que o exame se concretiza.

esse mês eu tô fazendo o treinamento desse mês e tô fazendo treinamento do mês passado com quem estava de férias e com quem estava de atestado. Então, depois, tem até de 30 a 60 dias e eu tenho que fazer uma avaliação. Existe um sistema próprio. Eu lanço ali a lista de presença do treinamento, eu lanço ali qual é o treinamento, o objetivo do treinamento, quem vai dar o treinamento, quantas horas de treinamento e quem participou do treinamento. De 30 a 60 dias eu faço uma avaliação. Aí, tem várias formas de avaliar: avaliação escrita, avaliação oral ou observação em serviço. Aí, geralmente nós aplicamos observação em serviço como avaliação. A enfermeira pega alguns pontos pra avaliar, avalia e depois vai dando as notas (E02).

Percebemos aqui uma das características do exame: colocar a individualidade num campo documentário. Para isso, é importante anotar todos os desvios, todas as condutas tidas

como fora da norma. A nota atribuída ao exame classifica o sujeito em bom ou mal funcionário (Foucault, 2014) A observação em serviço é novamente o olhar hierárquico se valendo sobre os indivíduos.

No entanto, cabe ressaltar que, no contexto atual, os registros a respeito do indivíduo não são exclusivos dos formalizados para o exame, mas também são gerados e registrados pelas conversas no aplicativo *WhatsApp*, pelas imagens das câmeras e pelo olhar hierárquico. Todos os mecanismos de exercício do poder se combinam de forma contínua para se valer do máximo possível de conhecimentos sobre a equipe, estabelecendo-se, assim, meios de controlar esses corpos com o intuito de produzir o sujeito ideal.

5.4 CME: maquinário de poder

A CME é um setor com elevado uso de maquinário para auxiliar a força humana na execução de todo o processo de trabalho. Esse tipo de tecnologia é denominado tecnologia dura, que são dispositivos ou sistemas físicos, projetados para realizar tarefas específicas ou fornecer soluções técnicas. Geralmente, envolve componentes mecânicos, eletrônicos ou computacionais e são fisicamente tangíveis (Lopes *et al.*, 2009).

As máquinas presentes na CME (autoclaves, lavadoras ultrassônicas, secadoras de traqueia, seladoras, incubadoras de biológico) são utilizadas para transformar as atividades cotidianas. Falar dessas máquinas nos leva a terminologia “maquinaria de poder” utilizada por Foucault (2014) para explicar todos os mecanismos utilizados pela disciplina para fabricar um corpo dócil. Assim como as máquinas são utilizadas para transformar as atividades, a sociedade da disciplina se utiliza de técnicas para fabricar o indivíduo ideal. Na CME foram observadas técnicas que constituem os espaços disciplinares e os tornam verdadeiras máquinas de produção do indivíduo ideal, citadas por Foucault.

Segundo Foucault (2014), nas sociedades disciplinares o espaço é planejado em seus mínimos detalhes para que a disciplina opere da melhor forma e com o menor esforço econômico. O corpo é alvo de investimentos imperiosos e urgentes, que visam manter sobre ele uma coerção sem folga e um controle minucioso de suas operações, que irão culminar em uma relação de utilidade/docilidade. Quanto mais dócil o corpo, mais útil ele é.

A disciplina opera sobre o corpo elegantemente, através de uma política do detalhe. É nas nuances dos regulamentos, no detalhamento do olhar das inspeções que a disciplinarização vai se alastrando por todo o corpo social de forma simples e automatizada, a ponto de ser confundida com uma aptidão, uma capacidade dos indivíduos (Foucault, 2014).

No ambiente da CME, o espaço disciplinar delimita um local heterogêneo e fechado, coloca cada indivíduo no seu lugar e em cada lugar um indivíduo, marcando as ausências e as presenças. Cria espaços uteis que rompem as comunicações perigosas e permite a vigilância. Estabelece hierarquias e recompensas que marcam os lugares e indicam valores, controlam todas as atividades e compõem as forças. A disciplina organiza, assim, um espaço analítico e complexo (Foucault, 2014).

A CME é um setor fechado em si mesmo, sua equipe trabalha cercada por delimitações precisas. “A disciplina as vezes exige a cerca” (Foucault, 2014, p. 139). A RDC nº 15 determina que uma CME deve possuir fluxo de trabalho unidirecional, evitando que os materiais sujos entrem em contato com os materiais limpos, bem como deve possuir estrutura física que impossibilite que o trabalhador escalado para atuar na área suja transite pela área limpa (Brasil, 2012). Dessa forma, a CME é estruturada por sítios funcionais de trabalho, sendo o expurgo isolado dos demais. Na área limpa, encontram-se a área de inspeção, a área de preparo, a área da autoclave e o arsenal. Há uma escala mensal que estabelece o rodízio dos funcionários entre esses sítios funcionais.

Então, todo mês é feita uma escala, né? Então, assim, aí ela vai mudando... Por exemplo, um mês você está na lavação, até dois meses no máximo. (...) a gente fica um mês todo em cada área e, depois, a gente vai rodando, sai da lavação, vem pro meio, vai pra...Entendeu? Às vezes, a gente costuma ficar dois meses num lugar, porque depende da rotina do setor, porque às vezes tem gente de férias, aí uma pessoa se adapta mais em um lugar, mas normalmente roda mês (E07).

Pelo discurso acima observamos a arte das distribuições. O espaço é esquadrihado de forma que é possível controlar tudo que se passa, tudo tem o seu lugar. Cada indivíduo está em um local e, em todo local um indivíduo (Foucault, 2014). No caso da CME, a estrutura física é uma auxiliar na forma de assujeitamento a norma, vejamos, na fala a seguir, uma referência à separação entre a área limpa e a área suja do setor, explicando como ela impede a transgressão da norma.

Aqui [a área física] atende direitinho, porque a gente... não tem como a gente daqui passar pra lá, a gente tem que dar a volta mesmo. Então, a estrutura física aqui a gente não consegue burlar o processo da CME. (...) (E 04).

Nessa fala, percebemos como a estrutura arquitetônica da CME auxilia no cumprimento da norma e na disciplinarização dos sujeitos.

Os espaços e os tempos da CME são então, todos esquadrihados, detalhados. A escala determina quem vai estar em cada local e por quanto tempo. Para Foucault (2014, p. 140) “o

espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quando corpos ou elementos há a repartir”. Assim, a partir do detalhamento do espaço e do tempo, é possível vigiar o comportamento de cada um, analisá-lo, corrigi-lo e mensurar suas qualidades.

É, a questão não é nem de se adaptar. A própria enfermeira mesmo do setor vê o colaborador onde ele desempenha melhor. Entendeu? Tipo, assim, tem gente que desempenha melhor, não que ele não faça todas as áreas, ele consegue fazer todas as áreas, mas tem áreas que você é mais despachado. Igual na autoclave, você tem que estar atento, chegou material 10 horas, que é pra cirurgia de meio dia, você tem que estar atento a isso pra poder realmente colocar esse material pra atender a cirurgia dentro do horário. Tem gente que coloca, mas tem gente que não consegue. Assim, não é que não deixa de colocar, mas tem gente que é mais despachado pra poder colocar as coisas mais rápido. Todo mundo sabe o processo, só que, realmente, igual na casa da gente, a gente tem mais perfil pra uma coisa do que pra outra. (...) Sim, a enfermeira identifica, a gente também, óbvio, a gente identifica! Mas a enfermeira tá sempre atenta a ver isso, aonde que cada colaborador, ele tem um desempenho melhor (E07).

Essas localizações funcionais dos indivíduos gera um espaço útil para a disciplina. A fala de E7 mostra como a distribuição dos indivíduos possibilita a enfermeira do setor gerenciar a escala de forma a trazer maior qualidade e rapidez para o trabalho executado. O esquadrinhamento do espaço e do tempo auxilia a vigilância hierárquica a classificar, comparar e documentar informações sobre o indivíduo.

Outro elemento constituinte do espaço disciplinar presente na CME estudada é o controle das atividades. Atravessado por mecanismos científicos-disciplinares, todas as atividades na CME são descritas e detalhadas em um instrumento de padronização, os POP, como podemos perceber nesta fala.

Porque a gente tem POP ali pra tudo.(...) Então, tem POP para tudo. POP da área de preparo, POP da área de lavagem, POP das orientações de autoclave, POP das orientações da parte de arsenal. Tem POP para tudo. E para cada POP, eu tenho meus impressos, eu tenho meus controles internos, entendeu? Tem POP da rotina aqui da rouparia, tem POP da rotina da CME externo. Então, a gente tem, assim, detalhado para tudo (E01).

Os POPS são documentos elaborados pelas instituições que fazem a ligação entre as normativas que regulamentam determinada ação e as particularidades de cada estabelecimento, preenchendo possíveis lacunas que as leis e normas gerais possam ter gerado, preenchendo todos os espaços de disciplinarização. Dessa forma, os POPs operam em uma espécie de “microfísica do poder” possibilitando que todos os indivíduos tenham controle detalhado do que deve ser feito, quando e onde, colocando o poder na capilaridade das relações.

Podemos observar que para cada POP instituído há um instrumento de controle das ações, mecanismos que são utilizados para colocar em prática a vigilância hierárquica, para garantir o assujeitamento constante às normas. A normalização é uma importante característica da disciplina, ela aparece de diversas formas na sociedade, e estabelece sistemas de classificação, de segregação e cria sistemas normalizadores dos saberes. Seu objetivo último é um efeito de condução humana (Menezes, 2008).

Mas dobrar roupa é uma coisa. Uma vez fui lá cobrir a rouparia. Mesmo assim eu errei um monte de dobradura, porque não é você chegar lá, dobrou de qualquer maneira. Não, tem um jeito certinho de dobrar, tem um jeito certo de embalar. A mesma coisa somos nós aqui. Tem um jeito certo de embalar as bandejas, um jeito certo de montar as caixas, um jeito certo de montar tudo. Aí, se você monta o material errado, vai lá para cima e o pessoal atira na nossa ideia. (E14).

Essa fala retrata como o indivíduo precisa entrar em uma maquinaria de realizar as atividades da forma “certa”, pois a não adesão às normas é acompanhada da punição. É a partir do estabelecido na norma que se define os desviantes e, com isso, mecanismos de induzir o retorno a norma. Disciplinarização, normalização e punição são elementos interligados e interdependes que estabelecem um campo de saber-poder (Palazzolo, 2017).

A engrenagem para fazer esse sistema articulado de disciplinarização funcionar são os próprios indivíduos. Cada funcionário, em seu local de trabalho, coloca essa máquina para funcionar em um processo que vigia e controla uns aos outros, como observado no trecho a seguir.

(...) às vezes, a gente faz assim, passou sujo, às vezes a gente vê que é uma coisa assim, às vezes a colega não viu, aí a gente pede, lava pra mim de novo. Ela lavou direitinho, beleza, a gente vai e passa a bandeja normal. Mas a gente vê que tá insistindo no erro, tá lavando muita coisa, deixando muita coisa suja, aí a gente anota (E15).

A anotação referida na fala de E15 é menção a uma planilha de não conformidade adotada internamente pelo setor para avaliar as falhas que surgem no processo de trabalho. A alimentação dessa planilha é realizada pelos próprios colegas. Ao final do mês, a funcionária do setor administrativo lança esses dados em um sistema de monitoramento. A enfermeira do setor, junto com a coordenação analisa esses dados e traçam metas de trabalho.

O fato de serem os próprios funcionários a alimentar essa planilha, marca a circularidade do poder. Retira o poder de um local central e único, e espalha-o por todo o tecido social, dando a todos possibilidades de exercê-lo. Pela fala de E15 é possível perceber a posição de poder do colega da inspeção sobre o da área da lavagem, bem como seu mecanismo de sanção ao anotar

as falhas na planilha de inconformidade. Essa relação promove o entrecruzamento do poder com o saber ao definir, por exemplo, como deve ser a limpeza. Nesse entrecruzamento de um e outro, constitui-se o sujeito (Mattar e Silva *et al.*, 2020).

O sujeito é fabricado pela norma e pelas práticas que se constituem. O sujeito não é o que bem quer ser, ele é o que se pode ser dentro das possibilidades que a normalização, as relações de poder permitem que ele seja (Galvão, 2017). A constituição do sujeito como tal era o objeto de estudo de Foucault. Ao percorrer os caminhos que levariam a entender como os indivíduos se constituem como sujeitos, foi o que levou o filósofo a compreensão das relações de poder e, de como a partir delas, como o sujeito se configura.

Interessante nesse ponto é refletir sobre a condição de formação do sujeito, retirando a noção de um sujeito pronto e uma subjetividade naturalizada em sua concepção. O pensamento foucaultiano insurge com a noção de um sujeito que é formado pelas práticas sociais e suscita a questão dos investimentos sobre o corpo ao longo da história com o intuito de controlar suas ações. Para o filósofo nossa identidade é efeito e instrumento do poder (Foucault, 2006).

Esses investimentos sobre o corpo, com o intuito de adestrar, de controlar ocorre em todas as áreas, busca preencher todas as arestas, e incidem também sobre o controle do tempo e sua máxima utilização. As atividades da CME apresentam características peculiares aos trabalhadores em geral da área da saúde. Não pode ser comparada a outras atividades assistenciais, por apresentar um trabalho que instrumentaliza o cuidado direto, mas que não abarca o contato direto dos profissionais com o paciente. O trabalho rotineiro, repetitivo e manual prestado pela CME, aliado à ausência da figura do paciente e da interação com uma equipe multiprofissional, modifica a configuração de trabalho costumeira em ambientes hospitalares (Yamamoto, 2021).

A divisão do processo de trabalho por etapas, a linearidade das tarefas e o ritmo de trabalho focado na produtividade fazem com que o trabalho executado na CME se assemelhe ao processo de produção industrial. Essa percepção é corroborada pelos trabalhadores do setor.

Porque a CME, ela trabalha meio que como uma escala de indústria, né? Ela tem as etapas ali, né? Então, eu acho que por causa disso, as pessoas não dão, às vezes, à CME a devida importância que ela tem, né? Se eu parar a CME, fecho o hospital. Vou fazer o que no hospital sem a CME? Eu posso parar uma unidade de internação, posso fechar um CTI, mas eu não posso fechar uma CME. Posso fechar até um centro cirúrgico, mas se eu fecho uma CME, como é que eu trabalho? É complicado, vai ficar bem difícil, eu vou ter que terceirizar essa esterilização, porque senão eu não trabalho, né? Então, assim, as pessoas, às vezes, não dão o devido valor (E02).

As características de trabalho semelhantes a produção industrial são percebidas também no controle rigoroso do tempo e utilização exaustiva do corpo. O rigor do tempo industrial é

uma das marcas disciplinares do século XVIII. O tempo deve ser bem aproveitado em todo seu curso e deve ser um tempo de qualidade no sentido de seu máximo aproveitamento. Todas as distrações devem ser evitadas (Foucault, 2014).

(...)[o que é ser um bom funcionário] um bom [funcionário], chegar no horário, procurar não faltar, não trazer muito atestado. Eu nunca faltei, você acredita? Treze anos, nunca faltei, nunca trouxe atestado. Eu nunca cheguei atrasada, eu não gosto, eu me cobro muito isso (E03).

O discurso de E03 demonstram como o tempo está sendo aproveitado ao máximo. A pressão dos colegas, que atuam como fiscais para manter o foco no trabalho, sem distrações que possam causar “impurezas” ou “defeitos” na execução da atividade. “A exatidão e a aplicação são, com a regularidade, as virtudes fundamentais do tempo disciplinar” (Foucault, 2014, p. 148).

O controle minucioso do tempo coloca em funcionamento a máquina natural do corpo, extraindo o máximo proveito dele na busca por “um ponto ideal em que o máximo de rapidez encontra o máximo de eficiência” (Foucault, 2014, p. 151). Esse mecanismo de exploração da força de trabalho é essencial para expansão do capitalismo e é algo frequentemente encontrado nas pesquisas relacionadas a força de trabalho (Neves, 2022). As falas que seguem vão ao encontro dessa máxima utilização dos corpos.

(...) Você tem que ser rápido, mas tem que saber o que você está fazendo. Você faz o negócio rápido e esquece de algum detalhe. Entendeu? Não pode! Por isso que eu acho que tem que estar tudo assim muito... Se a gente errar uma coisinha, tem um cobrando, não pode errar. Porque aí, tem hora que você tem que pensar: tem que ser rápido sim, mas e a qualidade do trabalho? (E06).

O dia que tá muito apertado mesmo, que vai até mais tarde no centro cirúrgico, a gente não consegue descansar (...). Mas tem dia que a gente consegue. Dá pra dar uma descansadinha, sim. Não é sempre não, mas tem dia que dá (E04).

Vale lembrar que a CME trabalha com revezamento de turnos a cada 12 horas, dessa forma quando o “dia que está apertado” é um dia de trabalho ininterrupto por 12 horas. Costa *et al.* (2015) chamam a atenção para as precariedades do trabalho na CME e alerta para uma forma de organização do trabalho alienante, que impede o trabalhador de perceber como são maléficas à saúde as atividades apontadas na literatura como prejudiciais.

Atenta a todos os detalhes, a disciplina amplia seu foco de incidência para alcançar o máximo de atuação combinando suas peças. Ela deixa de ser “simplesmente uma arte de repartir os corpos, de extrair e acumular o tempo deles, mas de compor forças para obter um aparelho

eficiente” (Foucault, 2014, p. 161). O corpo do indivíduo se constitui em uma peça da máquina que os fabrica. O indivíduo articula suas forças a de outros para otimizar os resultados.

(...) Porque é uma equipe, e ali a gente preza muito isso. Trabalho em equipe. Até mesmo porque, vamos dizer, mesmo que eu tenha serviço e você precisa da minha ajuda, porque existe algo que você está fazendo, que tem a necessidade de ser mais rápido, por conta de uma urgência, ou tem a necessidade de ser revisto de novo, para ter mais coerência do que está sendo feito. Então, eu paro o que eu estou fazendo para que eu dê aquele suporte para o meu colega, depois eu volto, entendeu? Então, em alguns momentos, a gente precisa fazer isso, porque é uma escala apertada (E 12).

(...) assim, quando eu entrei no CME... assim, a gente tinha um número maior de funcionários, então, acabava, assim, que a gente dava conta mesmo. Nós, hoje, a gente trabalha com pouco, assim, mais saturada, apertada, a gente entende, mas a gente procura manter o nosso nível, assim, de serviço, né? Nós hoje, a gente voltaria um pouco atrás, quando a gente trabalhava, assim, com mais pessoas e, tipo assim, cada um dava conta do seu, porque hoje a gente tem que dar conta daqueles que não estão mais, né? (...) (E11).

Percebemos nas falas de E06, E04 e E12 que a CME trabalha em ritmo acelerado e com escala de funcionários reduzida. No entanto, a fala de E11 nos leva a inferir que a produtividade permanece a mesma de quando não havia déficits na escala. A equipe une suas forças para fazer funcionar toda a CME, ainda que na contramão da própria saúde, como percebido na fala de E04.

Nota-se uma disciplinarização densa na CME através das normativas, leis e decretos que regem as práticas no setor, além de um espaço milimetricamente orquestrado para vigiar, corrigir e punir qualquer desvio. O corpo é submetido a uma maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica de poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica, assim, corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis” (Foucault, 2014, p. 135).

Dessa forma a disciplina objetiva fabricar um indivíduo produtivo, condizente com os interesses sociais, econômicos e políticos, longe de uma racionalidade que atribua esse comportamento à figura do Estado ou de uma instituição disciplinar (Mendes, 2014). Foucault (2014) nos convida a refletir que esse modelo de disciplina nasce de um sonho militar, que busca estratégias para vencer a guerra, mas sobretudo para evitar que ela se instale. Assim como a presença do exército visa manter a paz, “prevenir o distúrbio civil”, as sociedades disciplinares procuram evitar toda forma de contracondutas (Foucault, 2014, p. 165).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas considerações devem ser realizadas à conclusão deste estudo. De antemão, vale destacar que esse trabalho permitiu uma percepção sobre a complexidade da rede de relações de poder que marca os profissionais da CME, bem como as dimensões práticas alcançadas por essas relações ao longo da estrutura do Serviço. Entretanto, há que se considerar algumas limitações que esse estudo apresenta. Tendo sido utilizada a metodologia de estudo de caso, as discussões ora apresentadas são aplicáveis, especificamente, a CME da instituição analisada, que se trata de um grupo de trabalhadores específicos e limitado a um único hospital, não sendo assim, passíveis de generalização ou aplicabilidade a outros contextos, apesar das similaridades dos resultados com outras pesquisas científicas na área da CME, ainda que sob outras lentes de análise das aqui utilizadas.

Cabe destacar que uma das ferramentas utilizadas neste estudo é a análise do discurso, sendo possível observar que os sujeitos da CME tratam sobre si mesmo, sobre suas relações e de compreender como a configuração de poder marca a subjetividade, de tal maneira que, ouvindo o que essa pessoa fala sobre si e o que se escuta é o resultado das relações de poder vivenciadas por elas. No discurso, o que se fala, não está preso a linguagem, é também aquilo que se pratica. Portanto, o discurso é prática produzida em razão de relações de poder. As relações de poder dentro do espaço de trabalho marcam o sujeito de tal maneira que o caminho da sua resposta é o caminho possível em meio a essas relações.

Assim, a partir dos dados empíricos foi possível identificar dois fortes dispositivos de poder presentes na CME, à luz do referencial teórico foucaultiano. Um dispositivo arquitetônico e outro dispositivo normativo. O dispositivo arquitetônico guarda relação com a historicidade da origem das práticas de reprocessamento de material. Assim, atrelado ao Centro Cirúrgico, a CME, escondida no contexto da instituição hospitalar, pode parecer sob um olhar mais desatento, ter uma função secundária e de menor visibilidade.

Esse dispositivo arquitetônico marca a todos os funcionários da instituição gerando uma verticalidade nas práticas, com efeitos diversos vivenciados pelos funcionários da CME, com uma sensação de invisibilidade e de isolamento. Para os demais funcionários, bem como para os médicos cirurgiões citados no estudo, esse dispositivo é auxiliar na condução de uma atitude de indiferença e de uma falta de reconhecimento do trabalho da CME. É possível que muitos cirurgiões, mesmo sendo os maiores clientes da CME, sequer saibam onde se localiza o setor. Essa localização arquitetônica que “esconde” a CME não é algo normatizado, mas implicado nas relações de poder a nível prático. Daí a necessidade de se pensar a instituição hospitalar

como importante na manutenção dessas relações de poder, uma vez que se espera, nesses ambientes, práticas de trabalho horizontalizadas.

O outro dispositivo, o normativo, referente às normas mais gerais que regulamentam as práticas na CME e que determinam sua estrutura física, bem como suas divisões de áreas, somado às normas internas do setor, define uma alta disciplinarização.

Essa disciplinarização maciça é muito bem empregada pelos seus principais elementos disciplinarizadores: vigilância hierárquica, sanção normalizadora e exame. Esses elementos são utilizados de diversas formas e em situações variadas como a criação de grupo de trabalho no *WhatsApp*, a utilização de câmeras no setor e o sistema de treinamento em serviço, que evidenciam uma subjetividade do funcionário muito alinhado com as normas técnicas e com a regulamentação interna do hospital. Nota-se também uma subjetividade muito adequada à estrutura do trabalho, e de certa forma, isso tende a gerar um trabalho mais eficiente.

A disciplinarização tem como correspondente uma alta divisão do trabalho, características de uma atividade laboral especializada que almeja a alta produtividade, fato desejado pelos meios de produção industrial. Isso nos faz pensar que a CME apresenta características de trabalho muito próximas as do meio industrial. É importante olhar para a disciplinarização, pois na visão de Foucault, ela não é natural. É um tipo de estratégia de poder para aumentar a produtividade e esse é o objetivo da disciplinarização. Esse fato pode ser positivo em termos mercadológicos, mas é preciso recordar que no fator humano é peça fundamental de qualquer instituição.

A saúde e bem estar dos funcionários está diretamente ligada a melhoria dos processos de trabalho e qualidade da produção de saúde. Pensar que historicamente a CME foi o local de destinação de profissionais problemáticos, adoentados ou próximos da aposentadoria, faz nos refletir se o setor não está, nos modos atuais, a acelerar algum processo de adoecimento psíquico, fazendo-os lançar mão de resistências, como evidenciado nos dados.

Assim, esse estudo nos oferece uma interpretação que possibilita compreender a configuração das práticas cotidianas de enfermagem na CME na perspectiva das relações de poder que se desenvolvem no cotidiano desta unidade. Não se trata aqui de fazer julgamentos valorativos entre bom ou ruim dos dados apresentados, o estudo permite um diagnóstico parcial de como as relações se configuram na CME.

Assim, espera-se que esse estudo se configure em oportunidade de um novo olhar sobre a realidade que nos cerca, de questionar as verdades estabelecidas, de se questionar as naturalizações que nos apresentam, de se prestar atenção aos discursos e aos seus efeitos, assim como Foucault nos propõe ao trazer a análise das relações de poder. Os resultados aqui

apresentados, possibilitam também, reflexões importantes sobre o trabalho da enfermagem, pois no Brasil, a quase totalidade das CME são geridas por enfermeiros, logo esse setor tem um papel significativo na divulgação e desenvolvimento de um saber ligado a enfermagem e com potencial para aumentar não só a visibilidade do setor, como também das profissões de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- ABIB, G.; HOPPEN, N.; HAYASHI JUNIOR, P. Observação participante em estudos de administração da informação no Brasil. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 604-616, dez. 2013.
- ALEIKSEIVZ, R. A. **Espaço e poder na reflexão de Foucault**: dos dispositivos à governamentalidade. 2016. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.
- ANDRADE, A. P.; ANDRADE, F. B. M. Procedimentos de controle do discurso em Michel Foucault: uma leitura possível. **Revista Vagalume**, [s. l.], v. 1, n. 1, p. 75-88, 2021.
- ANJOS, L. C. D. *et al.* Analysis of the nurse's situation in a materials and sterilization center: Literature review. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 10, n. 7, p. e52210713546, 2021.
- ANJOS, M. A. M.; OLIVEIRA, J. C. As percepções dos profissionais de enfermagem da central de material e esterilização: uma reflexão sobre a cultura organizacional. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 11, p. 1-9, 2016.
- ANTES, G.; JACONDINO, E. N. O pós-estruturalismo e o debate sobre a fabricação dos sujeitos: a genealogia de Michel Foucault. **Revista Alamedas**, Toledo, Paraná, v. 8, n. 1, p. 99–114, 2020.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde**. 7º ed. rev. atual. Barueri: Manole, 2017.
- ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE EPIDEMIOLOGIA E CONTROLE DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE. **Limpeza, esterilização de artigos em serviços de saúde**. São Paulo: APECIH, 2010.
- AZEVEDO, S. D. R. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. *Filogênese*. **Revista Filogênese**, Marília, SP, v. 6, n. 2, p. 149-162, 2013.
- BAPTISTA, M. K. S. *et al.* O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. e20170064, 2017.
- BAPTISTA, M. K. S. *et al.* O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, v. 26, n. 4, p. 556-566, out./dez. 2018.
- BARRETO, A. V. B. **A luta encarnada**: corpo, poder e resistência nas obras de Foucault e Reich. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.
- BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **PsicoUSF**, Itatiba-SP, v. 8, n. 1, p. 63-70, 2003.

BASU, D. *et al.* The importance of paper records and their preservation period in a Central Sterile Supply Department: An experience from a oncology center in eastern India. **Journal of Infection and Public Health**, v. 10, n. 5, p. 685–687, Sep./Oct. 2017.

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012.

BENTHAM, J. *et al.* **O panóptico**. Organização de Tomaz Tadeu. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

BORGES, T. M. B.; DETONI, P. P. Trajectories of feminization in hospital work. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 143-157, 2017.

BOURDIEU, P. **O senso prático**. Petrópolis: Vozes, 2009.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. 3. ed. Campinas: UNICAMP, 2012.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Dispõe sobre a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, [2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n. 15, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/ensino-e-pesquisa/pesquisa-clinica/resolucao-466.pdf>. Acesso em; 14 dez. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2023.

BRASIL. Ministério de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 50, de 21 fevereiro de 2002**. Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 27 jun. 2022.

BRIGHENTE, Miriam Furlan; MESQUIDA, Peri. Michel Foucault: corpos dóceis e disciplinados nas instituições escolares. *In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO– EDUCERE*, 10., 2011, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: PUC-PR. 2011. p. 2390-2403.

BRITTO JÚNIOR, Á. F.; FERES JÚNIOR, N. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Revista Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011.

CANDIOTTO, C. Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência. **Psicologia e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. spe, p. 18-24, 2012.

CANDIOTTO, C.; COUTO NETO, S. O panoptismo eletrônico virtual e sua ameaça ao exercício da atitude crítica. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, São Paulo, v. 2, n. 35, p. 83-101, 2019.

CARVALHO, A. A. *et al.* Melhores práticas de reprocessamento de produtos para saúde. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 238-245, 2021.

CASTRO, C. M. **A prática da pesquisa**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1978.

CAVALCANTE, F. M. L.; BARROS, L. M. O trabalho do enfermeiro no centro de material e esterilização: uma revisão integrativa. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 171-178, 2020.

CIOCCARI, M. L. *et al.* Desafios do enfermeiro no gerenciamento em centro de material e esterilização: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. e9802-e9802, 2022.

CONFEDERAÇÃO DAS SANTAS CASAS E HOSPITAIS FILANTRÓPICOS. **Quem somos nós**. Brasília: CMB, 2023. Disponível em : <https://www.cmb.org.br/cmb/quem-somos/>. Acesso em: 10 abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN Nº 424/2012**. Normatiza as atribuições dos profissionais de enfermagem em Centro de Material e Esterilização (CME) e em empresas processadoras de produtos para saúde. Brasília: COFEN, 2012. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4242012/>. Acesso em: 14 dez. 2023.

COSTA, C. C. P. *et al.* O trabalho na central de material: repercussões para a saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 533-539, jul./ago. 2015.

COSTA, R. *et al.* Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização: revisão integrativa. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. e20190316, 2020

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens. 3. ed. Porto Alegre: Penso, 2014.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

- DETONI, P. P.; NARDI, H. C. Proteção social básica e relações de gênero. **Revista Gênero**, Niterói, v. 13, n. 1, p. 61-73, 2012.
- FERREIRA, L. B. F.; TORRECILHA, N.; MACHADO, S. H. S. A técnica de observação em estudos de administração. ENCONTRO DA ANPAD, 36., 2012, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2012.
- FERREIRA, M. S.; TRAVERSINI, C. S. A análise foucaultiana do discurso como ferramenta metodológica de pesquisa. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, p. 207-226, 2013.
- FERREIRINHA, I. M. N.; RAITZ, T. R. As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 2, p. 367-383, abr. 2010.
- FISCHER, R. M. B. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 114, p. 197-223, 2001.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- FLORENCIO, A. C. U. S.; CARVALHO, R.; BARBOSA, G. S. O impacto do trabalho do centro materiais na qualidade da assistência. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 16, n.1, p. 31-39, 2011.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Editora Loyola, 2010.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2001.
- FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. *In*: FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2006a.
- FOUCAULT, M. Verdade, poder e si mesmo. *In*: MOTTA, M. B. **Foucault: ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense, 2006b. p. 294-300.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história das violências nas prisões**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.
- FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Traduzido por Raquel Ramallete. 42. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.
- FOUCAULT, M.; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder. *In*: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização, introdução e Revisão Técnica de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 69-78.
- FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

- FUSCO, S. F. B.; SPIRI, W. C. Análise dos indicadores de qualidade de centros de material e esterilização de hospitais públicos acreditados. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 426-433, abr./jun. 2014.
- GALVÃO, B. A. Foucault, Deleuze e a máquina escolar: a escola como dispositivo de poder e a produção de corpos dóceis. **Revista Ideação**, Feira de Santana, ed. esp. 2017.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIRÃO, G. S. **Formal ou informal?: o uso do Whatsapp na comunicação interna do Tribunal de Contas da União**. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Comunicação Organizacional) – Universidade de Brasília, Brasília, 2019.
- GUIMARÃES, F. A. L.; MARTINS, M. C. F. Valores e prazer-sofrimento no trabalho: um estudo com profissionais de nível superior. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 2, p. 133-145, jun. 2010.
- ISKANDAR, J. A. I. *et al.* Riscos biomecânicos e ocupacionais em uma central de materiais e esterilização. **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, Salvador, v. 11, n. 2, p. 287-297, 2021.
- KROEF, R. F. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de campo e a relação do(a) pesquisador(a) com o campo-tema na pesquisa-intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 464-480, maio/ago. 2020.
- LIMA, M. F. **A utilização das tecnologias de informação e comunicação como recurso didático pedagógico no processo de ensino e aprendizagem**. 2021. Dissertação (Mestrado) - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, Paraíba. 2021.
- LOPES, E. M. *et al.* Technology and nursing practice-a bibliographical research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2009. Disponível em: <https://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2009.1883>. Acesso em: 21 fev. 2022.
- MACHADO, R. R. **O trabalho no Centro de Material e Esterilização: invisibilidade e valor social**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.
- MACHADO, R. R.; GELBCKE, F. L. Que brumas impedem a visibilização do Centro de Material e Esterilização? **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 347-354, jun. 2009.
- MARCON, K; KOEHLER, C. Interação em mídias sociais e socialização: algumas interfaces. **Revista Espaço Pedagógico**, Passo Fundo, v. 28, n. 1, p. 144-165, 2021.
- MARCUSCHI, L. A. **Análise da conversação**. São Paulo: Ática, 2003.
- MATHEUS, F. A. V. *et al.* Estratégias para melhorar a segurança do paciente cirúrgico. **Nursing**, São Paulo, v. 26, n. 298, p. 9533–9546, mar. 2023.

MATOS FILHO, S. A. *et al.* Micropoderes no cotidiano do trabalho de enfermagem hospitalar: uma aproximação do pensamento de Foucault. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 26, p. e30716, jan./dez. 2018.

MATTAR E SILVA, T. W. *et al.* Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 1, p. e20180629, 2020.

MEDEIROS, M. F. **Análise de discurso à luz de Foucault: para além de uma metodologia.** Porto Alegre: FAGED/PUCRS, 1999.

MENDES, V. S. **Os corpos e os processos de docilização na educação: uma leitura foucaultiana.** 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2014.

MENEZES, A. B. N. T. Foucault e as novas tecnologias educacionais: espaços e dispositivos de normalização na sociedade de controle. *In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. et al. (org.). Cartografias de Foucault.* Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 27-40.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Editora Vozes Limitada, 2011.

MOREIRA, E. H.; BARICHELLO, E. M. M. R. A análise da vigilância de Foucault e sua aplicação na sociedade contemporânea: estudo de aspectos da vigilância e sua relação com as novas tecnologias de comunicação. **Intexto**, Porto Alegre, n. 33, p. 64-75, jun. 2015.

MOREIRA, V. A. F.; LIMA, R. L.; VETORAZO, J. V. P. Atuação do enfermeiro na prevenção de infecção na central de material e esterilização: uma revisão narrativa. **Revista Eletrônica Acervo Enfermagem**, São Paulo, v. 20, p. e11162, 2022. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/enfermagem/article/view/11162>. Acesso em: 05 out. 2022.

NASCIMENTO, L. C. N. *et al.* Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 228-233, jan./fev. 2018.

NEVES, D. A exploração do trabalho no Brasil contemporâneo. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 11-21, 2022.

NIETSCHKE, E. A.; SALBEGO, C.; LACERDA, M. R. Práxis e desenvolvimento tecnológico na enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 11, p. e1, 2021.

NOBESCHI, L. **Introdução ao estudo da anatomia humana.** São Paulo: Instituto de Imagem em Saúde (CIMAS), 2010.

OBSERVAÇÃO. *In: HOUAISS, A. et al. Dicionário Houaiss da língua portuguesa.* Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

OLIVEIRA, A. B. *et al.* **A desvalorização econômica e social dos profissionais de enfermagem, uma história de negligência de direitos humanos.** 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direitos Humanos na América Latina) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

OLIVEIRA, A. L. M.; SACOMANO NETO, M.; DONADONE, J. C. O papel da Santa Casa no sistema público de saúde brasileiro: o levantamento histórico de uma instituição filantrópica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. e200150, 2022.

OLIVEIRA, J.; LEITE, M. F. Análise organizacional da central de materiais e esterilização pertinentes à alta rotatividade de equipes de enfermagem. **Revista Salusvita: Ciências Biológicas e da Saúde**, Bauru, v. 40, n. 4, p. 32-48, 2021.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Quem somos nós.** São Paulo: ONA, 2023. Disponível em: <https://www.ona.org.br/quem-somos/sobre-a-ona/#>. Acesso em: 05 maio 2023.

PALAZZOLO, Â. C. P. **Instituições de sequestro em Michel Foucault.** 2017. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2017.

PERENCINI, T. B. O enunciado no pensamento arqueológico de Michel Foucault. **Kínesis: Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, Marília, v. 7, n. 15, p. 135-150, 2015.

PEREZ JR, E. F.; DAVI, H. M. S. L.; GALLASH, C. H. Power under Foucault's perspective and precariousness of nursing work. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 27, p. e38527, 2019.

PEZZI, M. C. S. **Reconstruindo formas de gerenciar recursos humanos: a prática do enfermeiro na central de material e esterilização.** 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

PINHO, F. A. S. (coord.). SL28 Foucault e a caixa de ferramentas: modos de pensar sobre a cidade, modos de agir na cidade. *In: ENANPUR*, 17., 2017, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: ANPUR, 2017.

PISICCHIO, R. J.; ARAUJO, A. Ambiência hospitalar: a psicologia da saúde com trabalhadores do setor de materiais de um hospital escola. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 13, n. 5, p. e7156, maio 2021.

QUEIROZ, S. M. W.; SANTOS, G. R.; SILVA, J. M. D. O impacto do aplicativo WhatsApp messenger nas relações de trabalho e os reflexos na comunicação interna das empresas. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO*, 40., 2017, Curitiba. **Anais [...]**. Curitiba: Intercom, 2017.

REGO, G. M. V. *et al.* Qualidade de vida no trabalho numa central de materiais e esterilização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 2, p. e20180792, 2020.

RIBEIRO, R. P.; VIANNA, L. A. C. Uso dos equipamentos de proteção individual entre trabalhadores das centrais de material e esterilização. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 11, supl., p. 199-203, jan./mar. 2012.

RODRIGUES, D. S.; MELO, M. L. Estudo sobre análise de discurso como procedimento metodológico na pesquisa documental. **Revista UFSM Educação**, Santa Maria, v. 45, p. 1-21, jan./dez. 2020.

RODRIGUES, W. P. *et al.* A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 11, p. 382-395, 2019.

SANCHEZ, M. L. *et al.* Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 27, n. 1, e6530015, 2018.

SANTA CASA DE JUIZ DE FORA. **Conheça nossa história**. Juiz de Fora: Santa Casa de Juiz de Fora, 2015. Disponível em: <https://www.santacasajf.org.br/historia>. Acesso em: 05 maio 2022.

SANTOS, R. B. M.; PORTUGAL, F. T. O panóptico e a economia visual moderna: do panoptismo ao paradigma panóptico na obra de Michel Foucault. **Revista Psicologia Política**, Florianópolis, v. 19, n. 44, p. 34-49, 2019.

SAYÃO, L. F.; SALES, L. Afinal, o que é dado de pesquisa?. **Biblos: Revista do Instituto de Ciências Humanas e da Informação**, Rio Grande, RS, v. 34, n. 02, p. 32-51, 2020.

SILVA, B. N. *et al.* Reflexos das relações de saber-poder no contexto da estratégia de Saúde da Família. **Archives of Health Investigation**, [s. l.], v. 8, n. 5, p. 229-236, 2019a.

SILVA, D. G. F.; GONDIM, L. S. S. Tecnologia e adolescência: influência nas relações interpessoais e na construção de identidade. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo, v. 32, n. 33, p. 90-104, 2022.

SILVA, I. S.; ARANTES, C. I. S. Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 580-587, maio/jun. 2017.

SILVA, M. B. **A invisibilidade do trabalho de enfermagem no Centro de Material e Esterilização**. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, T. O. *et al.* Gestão hospitalar e gerenciamento em enfermagem à luz da filosofia lean healthcare. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 24, p. e60003, 2019b.

SIQUEIRA, V. Poder disciplinar: Michel Foucault. **Colunas Tortas**, 27 jun. 2020. Seção Michel Foucault. Disponível em: <https://colunastortas.com.br/poder-disciplinar-michel-foucault/>. Acesso em: 31 jul. 2023.

SOUSA LEITE, E. S. *et al.* Educação continuada na central de material e esterilização: significados e dificuldades enfrentadas pela enfermagem. **Revista SOBECC**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 31-39, 2011.

SOUZA, J. L. A.; ARAÚJO, D. C.; PAULA, D. A. Mídia social WhatsApp: uma análise sobre as interações sociais. **Revista Alterjor**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 131-165, 2015.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; LUIS, M. A. V. Análise documental e observação participante na pesquisa em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 221-228, 2011.

SOUZA, L. R. M. **Vigilância de dados**: a percepção do estudante de graduação da Universidade de Brasília sobre a coleta e vigilância de dados no aplicativo de mensagens WhatsApp. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Comunicação) – Universidade de Brasília, Brasília, 2022.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso**: procedimentos metodológicos. Manaus: Instituto Census, 2014.

SOUZA, S. S. *et al.* Desafios na implantação de boas práticas na Central de Material e Esterilização e a segurança do paciente. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 11, p. e4760-e4760, nov. 2020.

STENICO, C. A. **Poder e resistência**: pensando a política e a ética em Michel Foucault. 2015. Dissertação (Mestrado em Sociologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

VANDRESEN, D. S. Uma análise do discurso e do não-discursivo na Arqueologia de Michel Foucault. **Revista Aurora**, Marília, v. 7, n. 2, p. 79-92, 2014.

VELLOSO, I. S. C.; ARAUJO, M. T.; ALVES, M. Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 126-132, dez. 2012.

VELLOSO, I. S. C.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 388-391, jun. 2010.

YAMAMOTO, S. S. **Percepções de enfermeiros de centro de materiais e esterilização sobre cultura de segurança do paciente**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

YIN, R. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIN, R. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZANNI, P. P.; MORAES, G. H. S. M.; MARIOTTO, F. L. Para que servem os estudos de caso único. *In*: ENCONTRO DA ANPAD, 35., 2011, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: ANPAD, 2011.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você, está sendo convidada (o) a participar da pesquisa **“Configuração das relações de poder- saber em uma central de material esterilizado”** que tem como objetivo “Compreender como as relações de saber/poder repercutem nas práticas e produzem efeitos no cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem de uma central de material esterilizado. A pesquisa é parte da obtenção do título de mestre em Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMG-MG da pesquisadora Alice Teixeira Caneschi, sob orientação da Profa. Dra. Isabela Silva Cândia Velloso. Espera-se como benefícios dessa pesquisa que seja possível desenvolver uma análise crítico-reflexiva dos processos de trabalho e do funcionamento do serviço de enfermagem, bem como dar visibilidade às estruturas relacionais nas práticas cotidianas, e dos mecanismos de manutenção dessas estruturas, contribuindo com melhores formas de gerenciamento do serviço. No que tange os participantes, poderá gerar conhecimentos que possibilitem entender, prevenir ou aliviar problemas no cotidiano de trabalho que afetem seu bem-estar. A coleta de dados da pesquisa será realizada por meio de análise documental, observação de campo e entrevistas a respeito do cotidiano de trabalho na CME. Sua participação consiste em responder a algumas perguntas constantes de uma ficha de identificação e do roteiro de entrevista, e na observação do processo de trabalho da CME no dia a dia. O local, data e horário da entrevista serão agendados de acordo com a sua disponibilidade. O Sr.(a) pode se recusar a responder qualquer pergunta. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e será utilizada exclusivamente para essa pesquisa. O tempo estimado para as entrevistas é de 20 a 30 minutos. A observação será realizada ao longo da permanência do pesquisador em campo durante o tempo da pesquisa e será registrada em diário de campo. O tempo de permanência do pesquisador no campo será determinado pelo método de saturação teórica, que se dá quando, após a interação entre o pesquisador e o campo de pesquisa, considera-se que o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário à compreensão do objeto de estudo por não apresentar elementos novos. Assim, não é definido, a priori, um intervalo de tempo preciso, mas estima-se que serão necessárias em média duas a três horas diárias no campo, por um período entre duas e três semanas para que se alcance a saturação. O pesquisador observará a dinâmica das relações interpessoais no CME, a participação e colocação de cada membro nos discursos. O objetivo é detectar os elementos da relação de poder presentes nas interações interpessoais dos membros da equipe. O Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma das fases de coleta de dados, nem em nenhuma publicação desta pesquisa. Os riscos identificados referem-se a possíveis constrangimentos durante a participação como: possibilidade de constrangimento ao responder o questionário; desconforto com a presença do pesquisador em campo para observação; medo das observações a serem realizadas em campo e nos documentos a serem analisados; vergonha em responder às perguntas; cansaço ao responder às perguntas. Para minimizar esses riscos, os objetivos da pesquisa e a garantia de anonimato e sigilo serão claramente explicados aos envolvidos tanto pessoalmente quanto por qualquer outro meio de contato com o pesquisador (telefone, e-mail) e quantas vezes forem necessárias, bem como o participante poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo e sem exigência de justificativa, além de ser informado que todas essas informações estarão descritas no TCLE. Serão esclarecidos também os tipos de documentos a serem analisados e os objetivos de tal análise, deixando claro que se trata de documentos que normatizam as ações e não registros privados do setor.

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

Será esclarecido como se dará o processo de observação e seu propósito, bem como que ações são foco de observação da pesquisa. Em relação a entrevista, para minimizar os riscos, estas foram pensadas de forma não exaustiva, em horários e locais a serem agendados de forma a melhor atender o entrevistado,

promovendo conforto e segurança. Caso ocorra algum desconforto em relação à entrevista, a fase de análise documental ou observação você deverá relatar imediatamente ao pesquisador e estas serão interrompidas a qualquer momento. Quanto à análise documental, serão analisadas normatizações seguidas pelo setor, de caráter público, com intuito de analisar a que regras estão submetidas as ações da CME. Não é objetivo dessa pesquisa avaliar ou fazer julgamentos quanto a técnica de execução das ações específicas de trabalho da CME, mas avaliar a dinâmica de organização e relacionamento entre os membros da equipe. Sua participação neste estudo não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, será garantido o direito de indenização ao participante. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados digitalmente pelo pesquisador responsável, em pasta arquivo protegida em computador de uso individual, por um período de cinco anos e, após esse tempo, os arquivos serão apagados. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as entrevistas somente para produção de conhecimento. O TCLE será assinado em duas vias e o participante terá direito a uma via do documento devidamente preenchido e assinado pelo pesquisador, ficando a segunda via sob guarda do pesquisador responsável. Declaro ter recebido informações suficientes e estou de acordo em participar desta pesquisa.

Local/Data _____, _____, _____ de 20____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Contato dos pesquisadores: Pesquisadora responsável: Isabela Silva Câncio Velloso. Email: isavelloso@ufmg.br Av. Alfredo Balena, 190/sala 516, Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG. CEP 30.130-100. Tel: (31) 3409-9851

Pesquisadora: Alice Teixeira Caneschi. Email: caneschialice@gmail.com Rua dos Artistas, nº 120, apto 404, Morro da Gloria, Juiz de Fora – MG, CEP: 36.035-130, Tel: (32) 991725101.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) pode ser contatado em caso de dúvidas relacionadas à ética na pesquisa. Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 – Unidade administrativa II, sala 2005. E-mail: coep@prpq.ufmg.br Fone (31) 3409-4592

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados sociodemográficos:

Identificação: _____ DATA: ____/____/____ ENTREVISTA Nº _____

Data de nascimento: ____/____/____ Sexo: () F () M Estado civil: _____

Cargo/função na CME: _____

Formação acadêmica/ nível máximo de especialização:
_____ Tempo de

trabalho na CME(anos) _____

Vínculo trabalhista: () RJU () OUTRO : _____

Possui outro emprego além desse: () SIM setor: _____ () NÃO

Carga horaria de trabalho semanal (somando todos os vínculos trabalhistas): _____

Escala de trabalho: _____

QUESTÕES NORTEADORAS:

- 1) Fale-me sobre sua vinda para a CME . Em qual setor você trabalhava antes de vir para CME?
- 2) Porque você mudou de setor (O que motivou sua vinda para cá)?]
- 3) Fale um pouco sobre sua rotina de trabalho na CME.
- 4)O que você considera ser um bom técnico ou enfermeiro da CME?(Que habilidades e competências são essenciais para um profissional desenvolver um bom trabalho nesta unidade)
- 5) O que você acha da estrutura física da CME?
- 6) O que você acha da organização das atividades?
- 7) O que você acha da forma de gestão da CME?
- 8) Como você avalia a comunicação e o fluxo de informações dentro da unidade e com as outras unidades que têm interface com a CME?
- 9) Fale sobre sua relação com os membros da equipe?
- 10) Se você pudesse modificar alguma coisa nessa relação, o que você modificaria?
- 11) Fale sobre sua relação com os funcionários de outros setores ?
- 12) Se você pudesse modificar alguma coisa nessa relação, o que você modificaria?
- 13) Você sente que seu trabalho é reconhecido na instituição ? Porque?
- 14) Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

APÊNDICE C - ROTEIRO ANÁLISE OBSERVACIONAL
CONFIGURAÇÃO DAS RELAÇÕES DE PODER EM UMA CENTRAL DE
MATERIAL ESTERILIZADO

INFORMAÇÕES -GUIA:

Objetivo geral: Compreender a configuração das relações de poder entre os profissionais da equipe de enfermagem da central de material esterilizado.

Pergunta de pesquisa: como as relações de poder configuram as práticas de enfermagem de uma CME?

Data: ___/___/_____

Hora início: ___:___

Hora do término: ___:___

- 1- Primeiras impressões do ambiente e acolhimento do pesquisador, impressões, sentimentos do pesquisador nesse momento de ambientação:
- 2- Estrutura física da CME, Distribuição dos setores, sala dos enfermeiros, fluxo de entrada e saída de materiais (tirar foto se possível ou pedir planta física e descrever fluxos):
- 3- Diálogos existentes, conversas privadas, grupos formados, estilos de falar e agir, olhares, gestos:
- 4- Descrição das atividades, organização do trabalho, rotina instituída:
- 5- Pessoas ou outros setores que possuem ligação com o fluxo de trabalho da CME, quanto tempo ficam na unidade:
- 6- Normas existentes na unidade: relacionadas a instituição como um todo e relacionadas ao próprio setor. Quem tem, na prática, a função de transmitir o conhecimento.
- 7- Indicadores de qualidade utilizados na unidade, registros e controles de ocorrências.

APÊNDICE D - ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL

Título do documento	
Tipo de fonte documental	
Referência bibliográfica	
Data da coleta da informação	
Conteúdo	
Documento normatiza as práticas de enfermagem na cme? Se sim quais as normatizações, se não registrar ausência.	
Considerações da pesquisadora	

APÊNDICE E - VERIFICAÇÃO POR RESPONDENTES

Prezado participante, você está recebendo a transcrição da entrevista realizada a pesquisadora Alice Teixeira Caneschi intitulada “**Configuração das relações de poder em uma central de material esterilizado**”, que, na ocasião, foi gravada em dispositivo de mídia.

A transcrição da entrevista é parte do processo de construção do dado e a verificação por parte de você, entrevistado, é parte do processo de validação desses dados. A verificação por respondentes é a exposição do que foi transcrito aos entrevistados para que eles leiam e validem ou não o que está escrito. Constitui-se em um importante momento para que as correções que possam surgir sejam realizadas, sempre respeitando a vontade do entrevistado (VELLOSO; TIZZONI, 2020).

Dessa forma, solicito que leia atentamente a transcrição em mãos e caso considere necessária alguma alteração entre em contato comigo.

O contato poderá ser realizado via e-mail: caneschialice@gmail.com ou pelo telefone : 32 991725101.

O prazo para correções será até **01/06/2023**, para que a pesquisa possa seguir. Após esse prazo, considera-se validada a transcrição.

Informo que o código atribuído na transcrição da sua entrevista é aleatório e não representa o código que será empregado na descrição do dado final na pesquisa.


Juiz de fora, ____ de maio de 2023.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do entrevistado

Referência: VELLOSO ISC, TIZZONI JS. Critérios e estratégias de qualidade e rigor na pesquisa qualitativa. **Ciencia y Enfermeria**, 26:28, 2020. DOI:10.29393/CE26-22CEIS20022.

**ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE
JUIZ DE FORA – MG**

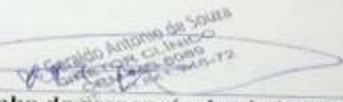
	Termo de Anuência da Instituição
---	---

A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado “Configuração das relações de poder/saber em um central de material esterilizado”, coordenado pelo(a) pesquisador(a) Isabela Silva Cancio Velloso, desenvolvido em conjunto com o(a) pesquisador(a) Alice Teixeira Caneschi.

A Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa pela autorização da coleta de dados durante os meses de novembro/2022 até dezembro/2022. A autorização para realização da pesquisa fica condicionada à obediência de procedimentos de autorização do Comitê de Ética em Pesquisa e sua aprovação.

Declaramos ciência de que nossa instituição é coparticipante do presente projeto de pesquisa, e requeremos o compromisso do(a) pesquisador(a) responsável com o resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados. Autorizamos *(ou não autorizamos)* a citação do nome da instituição nos títulos e textos das futuras publicações dos resultados do estudo.

Juiz de Fora, 19 de outubro de 2022.


Assinatura/Carimbo do responsável pela instituição pesquisada

Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora - MG
Avenida Barão do Rio Branco, 3533 – Centro
(32) 3229-2222

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFMG

<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS</p> 
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA
Título da Pesquisa: CONFIGURAÇÃO DAS RELAÇÕES DE SABER-PODER EM UMA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO
Pesquisador: Isabela Silva Cancio Velloso
Área Temática:
Versão: 4
CAAE: 58028622.5.0000.5149
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
DADOS DO PARECER
Número do Parecer: 5.660.098
Apresentação do Projeto:
<p>Estudo de delineamento observacional, abordagem qualitativa do tipo estudo de caso único holístico para analisar o processo de trabalho da Central De Material Esterilizado (CME) a fim de responder a seguinte questão: como as relações de saber/poder repercutem nas práticas de enfermagem de uma CME e produzem efeitos no cotidiano de trabalho dos profissionais? A hipótese do estudo afirma que os discursos são produzidos em razão de relações de poder e, de forma cíclica, esse mesmo discurso gera efeitos de poder, determinando as práticas cotidianas da CME. O estudo será realizado na Central de Material Esterilizado do Hospital regional Dr. João Penido da Rede FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais) localizado em Juiz de Fora -MG. Os participantes serão selecionados por meio da estratégia de informantes chaves, neste caso, enfermeiros e gerentes-enfermeiros. OS técnicos e auxiliares de enfermagem serão selecionado através da técnica de bola de neve. O número de participantes será determinado pela adoção do ponto de delimitação para a interrupção das entrevistas, caracterizado pelo momento que os dados forem considerados suficientes para a compreensão do objeto de estudo a partir do referencial teórico adotado. Serão incluídos os trabalhadores da equipe de enfermagem da CME que esteja alocado neste setor há pelo menos 06 meses. Para a coleta de dados será utilizado o diário de campo, a observação com uso de um protocolo observacional direcionado a analisar a conformação física do setor, as conversas entre os pares, os olhares, a dinâmica do serviço, as sensações percebidas no ambiente. A observação irá caminhar progressivamente para o modo</p>
<p>Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 8627 4.º Andar 4 Sala 2005 4, Campus Pampulha Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901 UF: MG Município: BELO HORIZONTE Telefone: (31)3409-4692 E-mail: coep@ppq.ufmg.br</p>

Continuação do Parecer: R 663.038

observação-participante, significando o gradual envolvimento da pesquisadora nas atividades realizadas na CME, local de estudo. A análise documental dos instrumentos utilizados para registrar as informações da dinâmica de organização, documentos públicos e privados que possam apontar para as normas instituídas, os direcionamentos das ações no setor, a padronização dos procedimentos operacionais, os registros de reuniões entre a equipe, os registros de ocorrências, os quadros de avisos, as planilhas de indicadores de qualidade. Para isso o estudo seguirá roteiro de análise observacional. Entrevista semi-estruturada. Pretende-se realizar um estudo piloto para refinar e ajustar o roteiro de entrevista. O estudo piloto será realizado com uma equipe de enfermagem de um setor do hospital onde atua a pesquisadora. Os dados das entrevistas pilotos não farão parte dos dados da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a configuração das relações de saber/poder nas práticas e os efeitos produzidos no cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem de uma central de material esterilizado em um Hospital Regional da Rede FHEMIG – MG.

Objetivo Secundário:

Compreender a configuração das relações entre enfermeiro e equipe de enfermagem da central de material esterilizado. Compreender os dispositivos de poder empregados na configuração das relações vivenciadas por profissionais da equipe de enfermagem da CME. Compreender como os dispositivos de poder interferem na prática da equipe de enfermagem da CME.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Informam que os riscos da pesquisa são mínimos, de origem psicológica, intelectual ou emocional aos participantes, como medo, vergonha, cansaço em responder as perguntas, quebra do anonimato e outros. Para minimizar esses riscos, além dos esclarecimentos contidos no TCLE, as entrevistas serão elaboradas de forma não exaustiva, o local da entrevista será pensando de forma a promover conforto e privacidade aos participantes, serão agendadas conforme disponibilidades destes e respeitando sua necessidade de interrupção a qualquer momento e, a qualquer momento dúvidas poderão ser esclarecidas aos participantes, por telefone ou qualquer outro meio de contato com o pesquisador, e seu consentimento retirado sem exigência de justificativa, caso não queiram mais participar da pesquisa.

Informam que os benefícios potenciais relacionam-se com o desenvolvimento de uma análise crítico-reflexiva dos processos de trabalho e do funcionamento do serviço de enfermagem. É possível ainda, dar visibilidade às estruturas relacionais nas práticas cotidianas, bem como dos

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2.º Andar 2 Sala 2005 2 Carepus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-001
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br
Telefone: (31)3409-4592

Continuação do Parecer: 5.663.056

mecanismos de manutenção dessas estruturas, contribuindo com melhores formas de gerenciamento do serviço.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Protocolo vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Enfermagem da Escola de Enfermagem para obtenção do título de mestra. Segundo o Parecer da Câmara Departamental do ENA o estudo é relevante para a área de Administração em enfermagem, Estudo desenvolvido com a coparticipação de FHEMIG. Apresenta o Roteiro de entrevista, TCLE para participantes que serão entrevistados, carta de anuência para o Hospital regional Dr João Penido não assinada, Roteiro da observação, roteiro para a análise documental. Inclui no TCLE solicitação para observação. Salienta-se que permanece a dúvida das medidas e cautelas que serão realizadas considerando a identificação, durante o período de observação de situações que possam comprometer o cuidado e a assistência ao paciente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados: 1. PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1906923.pdf – revisado; 2. ParecerAprovadoENA.pdf - Parecer da Câmara Departamental de Enfermagem Aplicada; 3. FolhaRostoAtualizada.pdf – assinada pela diretora da escola de Enfermagem; 4. PROJETO.pdf – revisado de acordo com as solicitações; 5. TCLE.pdf – revisado de acordo com as solicitações; 6. Roteiroentrevista.pdf, 7. CartaAnuência.pdf; 8. PROTOCOLOOBSERVACIONAL.pdf, 9. ROTEIROANALISEDOCUMENTAL.pdf; 10. CARTARESPOSTAS.pdf.

Recomendações:

Recomendamos a obtenção do consentimento livre esclarecido no estudo Piloto, utilizar o TCLE apresentado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

SMJ, somos de parecer que o Protocolo seja colocado aprovado.

1. Incluir no Protocolo PB os riscos relacionados à observação e a análise documental, bem como, também não informa as cautelas e medidas para redução e ou eliminação destes riscos.

RESPOSTA

Foram acrescentados no projeto, em destaque vermelho, na parte da coleta de dados.

PENDÊNCIA NÃO RESOLVIDA

O texto no Projeto - PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1906923.pdf, na Plataforma Brasil,

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4 2º. Andar 4 Sala 2005 4 Campus Fampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Conservação do Parecer: R 663 008

não foi alterado conforme solicitado. Apresenta somente os riscos em relação à entrevista.

RESPOSTA

Foram acrescentados no projeto, em destaque vermelho páginas 15 e 16.

PENDÊNCIA RESOLVIDA

2. Apresentar TCLE para a observação, objetivos, período e quais atividades serão observados, evolução gradativa para observação participante, riscos devem estar presentes no TCLE; além das demais informações definidas nas Resoluções 466 e ou 510/CONEP. Informar quais medidas serão tomadas caso, durante a observação, sejam identificadas ações e ou atividades que comprometam o cuidado e a assistência ao paciente.

RESPOSTA

O TCLE foi readequado de forma a contemplar os dados necessários para a observação, objetivos, período e quais atividades serão observados.

PENDÊNCIA PARCIALMENTE RESOLVIDA

Não informa objetivamente quanto tempo será feita a observação participante. No Projeto, na metodologia é descrito que a observação "será realizada durante o período de permanência do pesquisador em campo, sendo esse tempo determinado pelo tempo de saturação da amostra". Entretanto, no TCLE não há menção a isso, observe que nós pesquisadores entendemos o que significa isto, mas para o participante isto precisa ser explicado. Por exemplo, qual o tempo médio se espera alcançar a saturação teórica (essa é uma expressão eu não tem significado para o(a) participante)? Qual o período esperado de permanência da pesquisadora no campo? Saliento que a observação pode não ser uma ação confortável para o(a) participante, mas permitida (considerando dados como dádiva), dessa maneira, informar como este tempo será definido (início e provável término, inclusive a dificuldade de determinar o término), faz parte da garantia do direito do(a) participante, bem como acrescenta elementos para que a decisão desse(a) seja informada.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 - 2ª Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE E-mail: coep@pqp.ufmg.br
 Telefone: (31)3409-4092

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 5.663.036

RESPOSTA

Acrescentado tempo da observação participante no projeto (páginas: 13 e 14), foi ainda, informado no TCLE tal informação.

PENDÊNCIA RESOLVIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o CEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO_1906823.pdf	25/08/2022 15:58:05		Aceito
Outros	CARTARESPOSTAS.pdf	25/08/2022 15:57:38	ALICE TEIXEIRA CANESCHI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	Projeto.pdf	25/08/2022 15:56:49	ALICE TEIXEIRA CANESCHI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/08/2022 15:56:20	ALICE TEIXEIRA CANESCHI	Aceito
Outros	ParecerAprovadoENA.pdf	19/04/2022 12:37:47	Isabela Silva Cancio Veloso	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoAtualizada.pdf	19/04/2022 12:36:56	Isabela Silva Cancio Veloso	Aceito
Outros	Roteiroentrevista.pdf	07/04/2022 16:33:55	ALICE TEIXEIRA CANESCHI	Aceito
Outros	CartaAnuencia.pdf	06/04/2022 13:25:59	ALICE TEIXEIRA CANESCHI	Aceito
Outros	PROTOCOLOOBSERVACIONAL.pdf	06/04/2022 13:24:48	ALICE TEIXEIRA CANESCHI	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 - 2ª. Andar - Sala 2005 - Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELD HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4992 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 5.663.058

Outros	ROTEIROANALISEDOCUMENTAL.pdf	06/04/2022 13:23:16	ALICE TEIXEIRA CANESCHI	Aceito
--------	------------------------------	------------------------	----------------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 22 de Setembro de 2022

Assinado por:
Críssia Carem Paiva Fontainha
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 4º 2º. Andar 2 Sala 2005 2 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901
UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 **E-mail:** coep@ppq.ufmg.br