



Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro-UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto  
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem

**Processo de Trabalho em Saúde no Centro Cirúrgico:  
implicações para a Enfermagem**

Ádane Domingues Viana

Rio de Janeiro  
2010

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto  
Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem

Linha de Pesquisa

O cotidiano da Prática de Cuidar e ser Cuidado, de Gerenciar, de Pesquisar e de Ensinar

**Processo de Trabalho em Saúde no Centro Cirúrgico: implicações para a  
Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Mestranda: Ádane Domingues Viana

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Teresa Tonini

Rio de Janeiro  
2010

V614 Viana, Ádane Domingues.  
Processo de trabalho em saúde no centro cirúrgico : implicações para a enfermagem / Ádane Domingues Viana, 2010.  
99f.

Orientador: Teresa Tonini.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

1. Enfermagem cirúrgica – Cuidado e tratamento – Avaliação.  
2. Centros cirúrgicos – Administração. 3. Centros cirúrgicos – Avaliação. 4. Gerência. 5. Pessoal da área médica e pacientes – Avaliação.  
I. Tonini, Teresa. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (2003-). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 610.73677

Ádane Domingues Viana

**Processo de trabalho em Saúde no Centro Cirúrgico: implicações para a Enfermagem**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, como requisito para obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovada com louvor em Maio de 2010.

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Teresa Tonini  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lúcia Helena Silva Correa Lourenço  
Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Enirtes Caetano Prates Melo  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto- UNIRIO

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marléa Chagas Moreira  
Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vivian Schutz  
Escola de Enfermagem Alfredo Pinto -UNIRIO

## **Agradecimentos Especiais**

À minha avó materna, Maria Rosa, mulher forte e doce, de “pouco estudo” e muita sabedoria. Que me ensinou a respeitar as pessoas, a ter humildade, paciência, a não ter vergonha de não saber, a querer sempre aprender, a não julgar sem conhecer, a rezar, a mais do que pedir, agradecer, a ser generosa e, a “ter opinião”. Agradeço a Deus a oportunidade de ter vivido 23 anos da minha vida ao seu lado. - Vó, ainda não aprendi tudo, sigo tentando. Saudades.

À Teresa Tonini, minha orientadora, toda a admiração e sinceros agradecimentos pela convivência de aprendizado e ensinamentos para a vida. À você que me “adotou” e conduziu neste processo, por vezes a passos lentos, porém firmes, desejo felicidades e que outros tenham essa prazerosa oportunidade de caminhar e crescer a seu lado. Obrigado por tudo. Que Deus te abençoe.

## Agradecimentos

Agradeço a todos que contribuíram para que eu chegasse até este momento de realização, em especial:

Aos meus pais, Adalberto e Neusa, que investiram e sempre se dedicaram às filhas. Especialmente, minha mãe pelo zelo, apoio incondicional e cuidado em todos os momentos da vida.

À minha irmã Fabíola, pelas maluquices e frescor de vida, e também pelo incentivo, apoio técnico e conversas sérias pelas noites adentro.

Aos amigos de turma do mestrado pelos momentos vividos, pelas discussões, pela convivência tranqüila, troca de experiências, pelos almoços alegres, textos e materiais de leitura trocados, o meu muito obrigado. Vocês foram excelentes companheiros de jornada.

À Daniel Aragão, colega de turma, meu amigo, um irmão emprestado, por me fazer rir, por presenciar e me apoiar nos momentos de fraqueza, pela companhia leve e presença forte ao meu lado.

Às amigas Andréa, Ana Paula, Jaqueline, Elisângela e Eunice pelo incentivo, apoio, carinho e paciência, nesta amizade que construímos e compartilhamos ao longo da vida.

Aos colegas Isa Marta, Jussara, Charles, Rosa Carla, Geralda, Gérson, Cleide, Sueli e Jaqueline pelas palavras de incentivo e pela colaboração nas trocas de plantão no Centro Cirúrgico e na Pediatria.

À toda equipe de Enfermagem do Centro Cirúrgico, em especial à Paula, Waldinéia e Maria Helena, pela compreensão, incentivo e colaboração durante todo esse processo, meus sinceros agradecimentos.

Às Enfermeiras Híris Cristina e Graciane Gomes, companheiras de plantão, agradeço a compreensão das ausências e o apoio incondicional neste período.

À Monica Ouverney e Tereza Maria Vasconcelos, pelo respeito e carinho, além de todo apoio institucional.

À Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, seus professores e funcionários que desde 1994 me acolheram e formaram, ensinando a ser enfermeira e principalmente a ser gente. Tenho grande orgulho de ser “cria” desta casa.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação, pelas ricas discussões, pelo aprendizado e valiosas contribuições.

Às Dr<sup>a</sup> Enirtes Melo, Lúcia Helena Lourenço e Vivian Schutz, pela disponibilidade, generosidade, atenção e valiosas contribuições a esta dissertação. Definitivamente, vocês são especiais.

À Marcinha e Raquel pela simpatia e atenção dispensadas a mim e, ao Moacir pela presteza e delicadeza no atendimento às necessidades prementes de textos, cópias e afins.

**Maís Amor**

Rogas à vida o roteiro  
 Da Esfera Superior,  
 E a vida responde sempre:  
**Meditar com maís amor.**  
 Procurando, desse modo,  
 Caminho renovador,  
 Em toda dificuldade,  
**Apóia com maís amor.**

Se esperas pelo futuro  
 Como ninho aberto em flor,  
 Arando a terra do sonho,  
**Trabalha com maís amor.**  
 Recebe, pois, o infortúnio  
 Com desassombro e valor,  
 Se a provação recrudesce,  
**Suporta com maís amor.**

Tolera com paciência  
 A nuvem do dissabor;  
 Buscando nova alegria,  
**Ampara com maís amor.**  
 Caluniaram-te a vida?  
 Perdoa seja a quem for.  
 Quem vive para a verdade,  
**Entende com maís amor.**

Amigos desavisados  
 Trouxeram-te sombra e dor?  
 Diante de todos eles,  
**Auxília com maís amor.**

Feriram-te as esperanças  
 Brandindo verbo agressor?  
 Não critiques nem te queixes...  
**Espera com maís amor.**

Ante o jogo de ilusões  
 Que o mal te venha a propor,  
 No cultivo da humildade,  
**Resiste com maís amor.**  
 Se desejas alcançar  
 A comunhão do Senhor,  
 Arrima-te à caridade  
**E serve com maís amor.**



## RESUMO

**Viana, Ádane Domingues. Processo de Trabalho em Saúde no Centro Cirúrgico: implicações para a Enfermagem. Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO. 2010. Dissertação em Enfermagem.**

Trata-se do processo de trabalho em saúde no Centro Cirúrgico (CC), especialmente o das enfermeiras por entender que, na busca de atender o cliente nas suas necessidades de saúde, criam e participam de formas próprias de fazer o seu trabalho, driblando questões do cotidiano que possam representar entraves, “ruídos” no seu processo de cuidar. Objetivou-se: descrever o processo e trabalho em saúde no CC; discutir sobre os ruídos interferentes no processo de trabalho em saúde no CC; e, discutir a rede de relações estabelecida entre a enfermeira do CC e os profissionais envolvidos intra e extra serviço. Optou-se por pesquisa avaliativa, adotando metodologia não convencional, adaptada aos estudos qualitativos. Como ferramentas de análise, utilizou-se a “trajetória sentinela” e o “fluxograma analisador” para organização e análise de dados coletados em documentos que representassem a memória escrita, possibilitando mostrar o percurso trilhado e as necessidades empreendidas pelo cliente, durante seu período de internação. O cenário foi CC de uma instituição pública do Rio de Janeiro. Selecionou-se, como caso “sentinela”, um cliente acima de 21 anos, com mais de uma indicação ou marcação cirúrgica em um mesmo período de internação. Identificou-se trinta pontos ruidosos referentes a questões de registro, processo de cuidar, rede de contratualidade e arquivamento. Há problemas de tecnologias de procedimentos e rotinas aliados a desvios de rotas da função das enfermeiras e demais profissionais; à inadequada articulação e integração entre os profissionais e à fragilidade do vínculo com o cliente. A carência e incipiência de registros surgem como maior categoria dos ruídos, implicando na comunicação entre as equipes, na continuidade da assistência, como fonte de dados para esta e demais pesquisas, além de instrumento legal de defesa para cliente e instituição. Encontra-se, então, um cliente fragmentado e uma política institucional médico e procedimento-centrado. Entretanto, há presença constante da equipe de enfermagem, que, pontualmente, oferta atos e ações pouco resolutivos para a organização e manutenção do processo de trabalho e atendimento às situações-problema apresentadas.

**ABSTRACT**

**Viana, Adane Domingues. Working process in health in the Surgical Center. Masters in nursing-Graduate Program in Nursing. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO. 2010. Dissertation in Nursing.**

It's about the process of working in health inside de Surgical Center, especially about the nurses because they understand that, in the search of helping the client on its health necessities. They create and participate in their own ways of making their jobs, dodging day-by-day questions that can represent an obstacle on their process of taking care of. The objective was to describe the process and work in health inside the SG; discuss about the "noises" on completing the duty, and also to discuss about the relationship network stabilized between the nurse from the SG and the other professionals involved, being inside or extra the SG. Was chosen an evaluative research, adopting a non-conventional methodology, adapted to the qualitative studies. As analyzing tools, were used the "sentinel trajectory" and the "flowchart analyzer" to the organization and analysis of the collected DATA in documents that represented a written memory, allowing to show the trail and the necessities of the client, during his stay. The scenario was in the SG of a public instution from Rio de Janeiro. Were selected, as "sentinel" case, a client over twenty-one, with more than one indication or scheduled surgery inside one stay period. There were identified thirty noisy points about registration issues, taking care process, contracts network and archiving. There are procedure technology issues and routines allied to routes deviations in function of nurses and other professionals. The inadequate articulation and integration between the professionals and the delicacy of the link with the client. The shortage and amateurism of registries arise as the biggest noises, implying in the communication between teams, in the continuity of assistance, as source of DATA for this and other researches, beyond of tool of legal defense for both, client and institution. Then, we find a fragmented client and institutional medical policy and centered-process. However, there is a constant presence of the nursing team, which punctually offers inefficient problem-solving acts and actions for the organization and maintenance of the working process and attendance to the problem-situations presented.

## \*SUMÁRIO

1- Introdução.....	12
<b>CAPÍTULO II</b>	
2- Bases Teóricas que Fundamentam o Objeto de Estudo.....	18
2.1- Sobre Processo de Trabalho em Saúde e a Enfermagem.....	18
2.2- O Processo de Trabalho das Enfermeiras no Centro Cirúrgico.....	28
<b>CAPÍTULO III</b>	
3- Metodologia.....	33
3.1- O Cenário do Estudo.....	34
3.2- Critérios de Elegibilidade do Caso “Sentinela”.....	34
3.3- Critérios de Exclusão do Caso “Sentinela”.....	35
3.4- Coleta e Análise dos Dados.....	35
<b>CAPÍTULO IV</b>	
4- O Caso “Sentinela”: História Clínica, Memória Escrita e Trajetória.....	41
4.1- História Clínica de E. S. L.(107 dias de internação na clínica ortopédica).....	41
4.2- O Caso “Sentinela”Fluxograma de Internação.....	54
4.3- O Caso “Sentinela”: AA Análise dos Ruídos.....	70
<b>CAPÍTULO V</b>	
5- Discussão dos Resultados.....	74
<b>CAPÍTULO VI</b>	
6- Considerações Finais.....	88
<b>CAPÍTULO VII</b>	
7-Referências Bibliográficas.....	92
<b>APÊNDICES</b>	
I- Representação do Fluxograma Analisador.....	98
II- Parecer de Aprovação do Comitê de Ética.....	99

## CAPÍTULO I

### 1-Introdução

O Centro Cirúrgico (CC) é a unidade que, nos últimos anos, venho prestando assistência de Enfermagem, especificamente no gerenciamento do cuidar.

Ao ser designada para o trabalho no CC de um hospital de grande porte, localizado no Rio de Janeiro, detectei que era um campo da Enfermagem que ainda não tinha completo domínio, embora sentisse motivação para aprender e pesquisar, movida por planos/idéias novos.

Nos últimos dez anos, venho enfrentando o desafio de ser líder de uma equipe de enfermagem, de ser o agente articulador entre diferentes profissionais e diversos setores, e ainda de me posicionar frente à política institucional.

Como gerente da equipe do CC, estou inserida na hierarquia institucional, onde devo cumprir e fazer cumprir normas que refletem no cuidado ao cliente e na organização do trabalho. Apesar de hierarquização, acredito que o CC seja um dos setores onde a enfermeira tem maior autonomia e poder decisório, porque detém informações sobre as dinâmicas do trabalho que a oportuniza uma “visão mais global da assistência”. (LUNARDI, 2000, p.83).

Outro fato a ser considerado refere-se à enfermeira<sup>1</sup> como organizadora do cuidado ao cliente<sup>2</sup>, supervisora da equipe de enfermagem,

---

<sup>1</sup> Utilizamos o termo enfermeira pela predominância feminina dentre os trabalhadores da Enfermagem. Entendemos, assim como Tonini (2006), que não podemos descartar a questão de gênero, na forma de organizar o trabalho da Enfermagem.

<sup>2</sup> Entendemos como Figueiredo (2002), que o cliente da Enfermagem é cidadão, que participa, e que pode aceitar ou não os serviços que lhe são prestados.

controladora das ações de outros profissionais, articuladora direta do CC com os setores em que as atividades-meio e atividades-fim são desenvolvidas, especialmente com a Central de Material Esterilizado (CME) e as unidades de internação das clínicas cirúrgicas.

Para alguns autores (FIGUEIREDO, 2004; LUNARDI, 2000; TONINI, 2006), o desempenho dessas funções ocorre em prol do cliente e exige, metaforicamente, que a enfermeira possua muitos braços e pernas para orquestrar tudo a sua volta e buscar a melhor assistência aos seus clientes. Entendo que ser a maestrina do CC demanda ter competências e habilidades como bases da organização do processo de trabalho<sup>3</sup>; de gerência de sua equipe e do cuidado e, de produzir e dominar as informações, técnicas e tecnologias no espaço de cuidar.

O meu envolvimento com o fazer da enfermagem possibilitou constatar que várias questões me incomodavam por impedir ou dificultar o gerenciamento do trabalho no CC, a saber: as constantes alterações no mapa cirúrgico resultante de suspensão de cirurgias geradas pela não realização de exames pré-operatórios; falta de instrumental cirúrgico em consignação por não terem sido fornecidos por empresas; indefinição de conduta cirúrgica para o cliente e de fluxo daqueles internados no dia do procedimento cirúrgico de pequeno e médio porte, podendo não haver leitos disponíveis nas enfermarias para o pós-operatório; ausência ou descumprimento de rotinas e normas institucionais que dizem respeito aos cuidados pré-operatórios e aos encaminhamentos dos clientes ao CC.

Essas são situações que criam, muitas vezes, impasses e enfrentamentos no setor, demandando habilidades da enfermeira para reorganizar as salas cirúrgicas e a provisão de equipamentos de modo que a

---

<sup>3</sup> Para Merhy (2007), o processo de trabalho forma-se por um conjunto de práticas e técnicas cuidadoras determinadas, social e politicamente, por profissionais, clientes e gestores/gerentes dos serviços.

cirurgia programada ocorra; redistribuir a equipe de enfermagem com determinação de novas atividades a serem executadas e, negociar leitos nas enfermarias para a transferência dos clientes que se encontram de alta da sala de Recuperação Pós-Anestésica (RPA) do CC. Além disso, há normas e rotinas não formalizadas, transmitidas verbalmente, por vezes geradoras de conflitos no relacionamento pessoal dentro e fora da arena desse setor.

Esses impasses, conflitos e enfrentamentos diários descritos representam ruídos, que podem se configurar como obstáculos, problemas e falhas no desenvolvimento do processo de trabalho em saúde.

O conceito de ruído no trabalho em saúde parte da idéia de que, cotidianamente, ocorrem processos silenciosos nas relações entre os agentes institucionais e, destes com os usuários até o momento em que essa lógica funcional é rompida, revelando então uma disfunção, um desvio do normal, do que estava estabelecido (instituído) nas instituições (MALTA E MERHY, 2003). Esses ruídos devem ser percebidos como “processos instituintes” que abrem possibilidades de interrogação sobre “o modo instituído” e mostram distintos modos de caminhar. (LOURAU, 1996; ENRIQUEZ, 1997)

No caso específico do processo de trabalho no CC, encontra-se a enfermeira como protagonista das ações gerenciais, estabelecendo uma micropolítica rica em significações nas relações com os demais sujeitos sociais, desempenhando certos papéis e construindo redes de contratos na produção de cuidados como tentativas de soluções para os ruídos existentes. Buscar essas soluções implica em desvelar ruídos. O desvelamento requer estranhamento ao que é familiar no cotidiano do CC, impondo um olhar ora ampliado, ora focado no modo como os profissionais operam o saber-fazer e como se relacionam dentro e fora do setor.

Pensar sobre a micropolítica institucional merece considerar o alerta de Merhy [et. al.] (1997, 2004, 2007) sobre trabalho em saúde, cujas peculiaridades têm o fato de acontecer a partir de um encontro entre profissional e usuário ou entre profissionais. Nesse momento, há exposição de necessidades e de certa autonomia de ação (autogoverno), em que são mutuamente construtores do processo de cuidar/trabalhar uma vez que cada um traz para o encontro, suas perspectivas histórico-sociais e seus desejos.

Por essa razão, o pressuposto desta investigação é que o processo de trabalho da enfermeira do CC tem como representação uma cartografia estruturada com o saber e as competências por meio de atos e atitudes, envolvendo tomada de decisões, enfrentamentos e resoluções de conflitos, acordos e contratos que ela vai estabelecendo de forma individual e coletivamente, às claras ou de forma obscura, para buscar a assistência ao cliente.

Nesse sentido, para mapear um processo de trabalho deve-se revelar as relações que se constituem nesse território, as subjetividades que se atravessam, a manifestação do diferente, a produção desejante de certos fluxos de cuidado e também de “não cuidado”, o contraditório, o inesperado, desvios, estranhamentos. Enfim, o rico universo que compõe a sinfonia traduzida por saber-fazer diante do mundo, produzindo o cuidado nos seus distintos cenários. (FRANCO, MERHY, 2007).

Com base nessas considerações, este estudo tem como objeto de investigação o processo de trabalho da enfermeira no CC de um hospital municipal.

As questões que guiaram esta investigação foram:

- 1- Como se estabelece o processo de trabalho em saúde no CC?
- 2- Como a enfermeira se articula com os diversos profissionais envolvidos intra e extra serviço para efetivação do cuidado no CC?
- 3- Que ruídos interferem no processo de trabalho no CC?

Para responder às questões deste estudo, os objetivos estabelecidos foram:

- 1- Descrever o processo de trabalho em saúde do CC.
- 2- Discutir sobre os ruídos interferentes no processo de trabalho em saúde no CC.
- 3- Discutir a rede de relações estabelecida entre a enfermeira do CC e os profissionais envolvidos intra e extra serviço.

Este estudo vincula-se à Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação/Enfermagem, intitulada “O cotidiano da prática de cuidar e ser cuidado, de gerenciar, de pesquisar e de ensinar” e encontra-se registrado no Núcleo de Pesquisa e Experimentação em Enfermagem Fundamental (NUPEEF).

Para a instituição onde a pesquisa será realizada, pretende-se contribuir na forma de subsídios para projetos e planejamentos futuros na área de gerenciamento em saúde no CC e demais setores/unidades assistenciais.

No cotidiano do mundo do trabalho, há micropolíticas em que os profissionais, de modo individual ou coletivo, participam ao se relacionarem, ao se conectarem, ao se implicarem para dar conta de seus afazeres específicos e possíveis a partir de um saber próprio da profissão.



Ilustrar como as enfermeiras estabelecem micropolíticas diferenciadas daquelas existentes no CC durante o processo de cuidar dos seus clientes é um modo pouco trivial de lançar foco a um saber-fazer ainda caracterizado como burocrático, mecânico, engessado e, miticamente, com submissão aos demais profissionais de saúde.

Analisar o processo de trabalho das enfermeiras possibilita pensar em suas implicações em determinados modelos de atenção em saúde para intervenções de Enfermagem resolutivas às necessidades de saúde dos clientes.

O uso de ferramentas analisadoras, entendidas como instrumentos metodológicos utilizados para técnica de coleta e análise de dados, é pouco convencional nas pesquisas de Enfermagem. Nesse sentido, crê-se que este estudo enriquecerá o processo de avaliação sobre a Enfermagem para área de gestão hospitalar.

Por fim, a percepção de que cuidar, assistir, administrar, gerenciar, pesquisar e ensinar faz parte do processo de trabalho da enfermeira, gerando fortalecimento da enfermagem como área de conhecimento.

Assim, olhar para o interior dos cenários de produção de cuidados, para as relações que se criam e se recriam através das ferramentas de análise, eleitas para fazer emergir a micropolítica de trabalho no CC, é permitir que os atores-sujeitos deste processo possam se ver, conhecer, refletir e criar novas propostas para esse trabalho.

## **CAPÍTULO II**

### **2 – Bases Teóricas que Fundamentam o Objeto de Estudo**

#### **2.1 - Sobre Processo de Trabalho em Saúde e a Enfermagem**

Pensar o mundo do trabalho em saúde e as relações envolvidas neste processo implica em criar “um jeito de olhar um serviço de saúde, de qualquer natureza, que permita perceber algumas situações e características importantes sobre “fazer saúde”, e que permita refletir sobre como é o trabalho no dia-a-dia dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, porque, a quem e como serve...” (MERHY, 2007a, p. 73)

Para entender o processo de trabalho em saúde no CC, parte-se da noção de trabalho. Para Marx (1987), trabalho está relacionado à forma como o homem se apropria da natureza e a transforma, gerando assim produtos, coisas para seu bem-estar e para suprir suas necessidades. Os homens diferem dos animais porque o trabalho humano está pensado, idealizado no pensamento do realizador antes de ser realizado. Quando realizado, o trabalho vem atender a uma vontade/ necessidade do próprio homem. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador.

A maneira como o trabalho é realizado e percebido nas sociedades tem grande influência da cultura e das relações com a natureza, através da história dos povos. Portanto, as sociedades e as formas de organizar o trabalho têm história, com variação a cada tempo, modificam a si e as pessoas a cada era. (FRANCO E MERHY, 2005).

No passado, o trabalho estava condicionado às questões de sobrevivência dos povos, cuja produção tinha “valor de uso”. Mais tarde perceberam que podiam trocar os produtos do seu trabalho, de acordo com suas necessidades, gerando o “valor de troca”.

Nos serviços de saúde, entretanto, a noção de trabalho não segue, a princípio, essas regras capitalistas de consumo, pautando-se principalmente pelo referente simbólico de cuidar da vida e do outro, tendo como objeto central o mundo das necessidades dos usuários individuais e coletivos. (ibidem)

Sob esse foco e como parte da mesma cultura, a Enfermagem adota essa lógica quando cuida, buscando atender as necessidades individuais e coletivas de saúde de seus clientes, segundo as diretrizes de saúde vigentes no país.

Assim, em seu processo de trabalho, as enfermeiras organizam a produção de cuidados, pautadas nas diretrizes conceituais estabelecidas no Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das diretrizes diz respeito à integralidade por ser um princípio inerente à organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde sob três conjuntos de sentidos, segundo Mattos; Pinheiro (2001, p.57).

O primeiro conjunto relaciona-se às práticas dos profissionais de saúde que devem ser exercidas a partir de necessidades de ações e serviços de saúde requeridos por clientes ao procurá-los. O segundo se refere à ampliação de se apreender as necessidades de saúde de um grupo populacional que, neste estudo, são os clientes do CC. O último é a capacidade de respostas dos gestores aos problemas identificados ou às demandas de necessidades, devendo “incorporar as possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação” (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2004, p. 242).

Gomes e Pinheiro (2005) alertam que integralidade é um conceito em construção por ora adotado como “um modo de atuar democrático, do saber fazer integrado”, em um cuidar alicerçado sob os princípios de sinceridade, responsabilidade e confiança entre gestores, profissionais e usuários.

As enfermeiras, então, devem se fortalecer para um trabalho cada vez mais coletivo e de maior interdependência entre os diversos profissionais, de modo que atendam às intensas e contínuas transformações e diversificações tecnológicas do trabalho em saúde, especialmente em cenários como o CC. Nesse sentido, Leopardi (1999, p.76) alerta para a necessidade de “construção de uma mentalidade interdisciplinar para o planejamento, execução e avaliação do processo de trabalho coletivo”.

Um trabalho coletivo não significa um simples movimento ou agregação. Deve ser uma “ação com sentido e intenção de coletivo que produz e se reproduz e só o faz porque é permeado por poderes e construções simbólicas” (RAMOS, 1999, p.106). Entretanto, se não houver uma identificação do trabalhador como um sujeito coletivo, haverá descontentamento e frustração e apenas a existência de uma equipe que trabalha em grupo tal como observado por Campos (1997, p.72) em relação aos trabalhadores da área pública.

Para Malta e Merhy (2003), os trabalhadores devem se sentir como sujeitos ativos no processo de reabilitação do outro, se responsabilizando pelo objetivo final de sua intervenção. Dessa forma combinam a abertura de espaços para a liberdade criadora e autonomia profissional com o estabelecimento de responsabilidade com os usuários através de um pacto em torno de um projeto coletivo, assegurando a qualidade em saúde.

Desse modo, analisar como se dá o processo de trabalho das enfermeiras no CC é tentar compreender de que forma o cuidado para

atendimento às necessidades em saúde estão sendo oferecidas aos clientes. Esse enfoque não pretende, em um primeiro momento, avaliar a instituição, ou os profissionais, mas apontar questões no processo de trabalho que determinem de maneira singular o seu transcorrer.

Malta (2003) defende que o trabalho em saúde difere dos demais por ser um trabalho que não produz bens palpáveis, porém simbólicos e subjetivos como cuidados em saúde. Na relação de consumo, o usuário normalmente perde por não dominar o tema, tendo dificuldade em se posicionar e exigir seus direitos.

Além dessa dificuldade, o trabalho em saúde é de natureza coletiva em que várias categorias partilham recursos técnicos e científicos na produção de cuidados. Sua especificidade está também no fato de ser um trabalho relacional, se apresentar e se produzir em momentos de encontro, sejam profissional-usuário, ou profissional-profissional. No momento do encontro cada um traz suas expectativas, seus saberes e seu entendimento sobre necessidades de saúde. (MERHY, 2007a)

*No encontro de sujeitos criam-se espaços de relações, ocorrem interseções entre os dois, profissional e usuário, ou seja, este encontro não é simples somatória de um com o outro, mas sim o resultado de um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento. (MALTA, 2003, p. 64)*

Neste trabalho de encontros, os profissionais compartilham seus diferentes saberes, tecnologias e visões/ percepções, trazendo suas próprias “caixa de ferramentas” que para Franco; Merhy (2005) constitui-se de um leque de conhecimentos e habilidades a ser aplicados na tentativa de atender as necessidades dos usuários ou até mesmo dos demais colegas. A importância dessas “caixas” justifica-se pela complexidade do objeto do ato

de cuidar no mundo das necessidades de saúde, impedindo que um só trabalhador consiga atender a demanda dos clientes. Necessita-se, então, que caia de uma caixa de ferramentas de um completo a caixa do outro. (op.cit.)

No sentido de ser um trabalho relacional e de estar apoiado nas vontades, visões, percepções e conhecimentos dos sujeitos, alguns autores, como Franco (2005 e 2007); Onocko (2007); Malta (2003) e Merhy (2007), defendem que os profissionais em saúde estabelecem uma micropolítica de trabalho, compreendendo-a como forma própria, particular de se governar, de decidir suas atitudes, de se relacionar, e de realizar seu trabalho, no cotidiano do mundo da saúde. Nessa micropolítica, as pessoas são individual e coletivamente fabricantes e fabricados em modos de agir e de se relacionar.

Entretanto nesses processos relacionais e micropolíticos de produção de cuidado em saúde as ações dos profissionais devem se pautar nas práticas integrais de acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização, como forma de prestação de assistência que possa dar ao usuário proteção ou resolução de seus problemas (GOMES E PINHEIRO, 2005; MALTA E MERHY, 2003). Deve-se refletir que:

*“...em todo lugar em que ocorre um encontro enquanto trabalho em saúde entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam a produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção.” (FRANCO, BUENO, MERHY, 1999, p. 02)*

Ao olhar a micropolítica, Merhy (2007a) diz que o trabalho acontece em atos, em movimentos de trabalho que podem ser vivos ou mortos. Como “trabalho vivo” se define todo trabalho em ato, que se dá naquela

hora, no momento em que é executado, um trabalho criador. Para isso, pode-se valer de “trabalho morto”, visto como as ferramentas, matérias primas, ou seja, um trabalho realizado previamente por outros.

Neste estudo sobre CC, pode-se adotar o exemplo da equipe de enfermagem quando prepara uma sala para cirurgia. No momento de arrumação, o profissional realiza um trabalho que é vivo, se dá naquela hora, com um propósito, a partir de sua “caixa de ferramentas” quando utiliza conhecimentos de técnica asséptica, de manipulação de equipamentos, de microbiologia, entre outros. Entretanto, no momento em que abre um pacote estéril de roupas, essa equipe também se utiliza de um trabalho morto, que já aconteceu, realizado anteriormente por outros profissionais, quando houve o preparo e a esterilização da roupa, a fabricação de equipamentos e insumos ou a limpeza prévia da sala cirúrgica. No momento que o usuário entrar na sala cirúrgica, a organização da sala cirúrgica tornar-se-á um “trabalho morto”, e surgirá a relação cliente-profissional como um “trabalho vivo em ato” no momento do acolhimento, da recepção, da acomodação do cliente na sala cirúrgica.

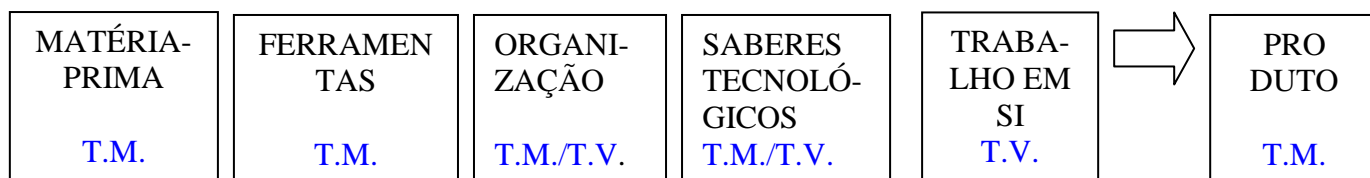
Todos os atos de trabalho em saúde se expressam por meio de conhecimentos mediados por tecnologias, classificadas por Merhy (op. cit.) como: a- tecnologias duras (manipulação de equipamentos, instrumentos), b- leve-duras (saber técnico estruturado, protocolos e métodos de trabalho, rotinas e processos) e c- leves (relacionadas ao vínculo, e as habilidades de relacionamento). De forma conjunta são utilizadas pelos profissionais, alternando-se a predominância de uma sobre a outra.

Essa predominância dependerá dos modos de agir de cada trabalhador, uma vez que ele estabelece seu jeito próprio de fazer seu trabalho, dispendo de certo grau de autonomia, de liberdade ou “autogoverno”. A partir do grau de “autogoverno”, cada trabalhador se

posiciona no trabalho de forma muito própria estabelecendo seu território, realizando encontros com o outro, denominados de momentos interseções, (Merhy, 2007a, p.77), para produzir o cuidado em saúde. Foucault (1995) esclarece que governar é criar maneiras de dirigir suas práticas e condutas, seus comandados e seus clientes.

Desse modo, o profissional de saúde dará um ar pessoal próprio e de “autogoverno” a cada ação a ser realizada mesmo que cumpra tarefas bem delimitadas, fechadas ou claramente estabelecidas por normas e protocolos que “capturam” o trabalho vivo.

Esquemáticamente, os conceitos de trabalho vivo e de trabalho morto são apresentados por Merhy (2007b, p. 42-46) da seguinte maneira:



T.V.= Trabalho vivo

T.M.= Trabalho morto

Para explicar esse esquema, esse autor (idem) explicita o trabalho de um sapateiro- artesão na produção de calçados:

- a- a produção de sapatos pressupõe o encontro do trabalho em si do sapateiro-artesão com certas matérias primas, como o couro, o prego, a linha, a tinta, entre outras. Essas matérias primas, muitas vezes, representam trabalhos mortos anteriores, como a produção de tinta, linha, etc.
- b- as ferramentas que o artesão-sapateiro usa para produzir o sapato (martelo, faca, pincel) ,também são produtos de trabalhos anteriores,



que se fazem presentes agora no ato de produzir sapatos (trabalho vivo) como trabalho morto.

- c- para juntar matéria prima e ferramentas, o artesão precisa ser possuidor de um certo saber tecnológico, que lhe permita dar, pela sua ação concreta em si de trabalhar dentro de certa maneira organizada de realizá-la, formato de produto ao desenho anterior que tem em mente, expressando seu projeto. Esse saber é complexo e parte fundamental do saber-fazer sapatos, que no processo de produção está contido também na dimensão organização do processo. Faz parte dele, o conhecimento sobre o couro mais apropriado, técnicas de corte e suas adequações com o material que está sendo usado; além de a maneira de organizar temporalmente esses conhecimentos como atividades, como um processo de produzir. Ou seja, o que deve ser feito antes, quanto se deve esperar para realizar os atos seguintes de produção, e assim por diante.
- d- as dimensões, da organização e do saber tecnológico não se comportam do mesmo jeito que a da matéria prima e das ferramentas, pois nela o artesão real que está fazendo o trabalho tem seu peso e importância. Sua história, suas habilidades, sua inteligência e capacidade inventiva podem operar nas situações de organizar os processos e o de compor os saberes tecnológicos. Assim, nos momentos de organização e do saber, há presença de saberes (tanto tecnológicos quanto organizacionais), produzidos anteriormente e sistematizados, apreendidos pelo artesão, expressando trabalhos anteriores e se colocando como representantes do trabalho morto. Todavia, eles sofrem influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo de pô-los no ato produtivo, como representantes do trabalho vivo em ato. Em

ambas as situações, há uma combinação simultânea de trabalho vivo e morto.

e- Claramente, o momento do trabalho em si expressa, de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima, porém esta se relaciona com as quatro dimensões anteriores. Pode-se dizer a partir daí, que há processos produtivos, nos quais o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que a do trabalho vivo. Assim um processo de trabalho morto centrado, pode ser exemplificado como a produção de uma máquina em uma metalúrgica; como trabalho vivo centrado, citamos a produção de uma aula ou os atos de cuidar em saúde. Pode-se dizer, então, que o processo de captura de um trabalho vivo por um trabalho morto, é diferenciado em certas produções, ou vice-versa, permitindo imaginar situações nos quais o exercício do *protagonismo-liberdade (trabalho vivo em ato-criador)* ou do *protagonismo-reprodução (trabalho vivo capturado pelo trabalho morto)* estejam ocorrendo no mundo geral de produção, tanto na conformação tecnológica dos atos produtivos, quanto nos modos de governá-los. Onde há trabalhadores produzindo há essa polarização, independente do que se produz.

Essa idéia de Merhy (2007b) sobre polarização está sustentada pelo pensamento de que todo trabalho em saúde é realizado por *sujeitos*, construtores de suas histórias e comportamentos de acordo com experiências, cultura, educação, e relações estabelecidas com o outro ao longo da vida.

*“...somos em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança (de maneira instituinte). Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentidos, somos reprodutores das situações dadas (agimos de forma instituída). Mesmo protagonizando certas mudanças, em muito conservamos. [...] sob qualquer um desses ângulos somos responsáveis pelo que fazemos.” (MERHY, 2007b, p.13).*

Nesse processo de conservar e desafiar a ordem dada nas instituições de saúde, sendo instituídos e instituintes, constrói-se novas rotas de trabalho e linhas de fuga, às vezes processos silenciosos, que se caracterizam como *ruídos*, enfrentamentos, conflitos, relações truncadas interrogadoras do modo instituído, abrindo possibilidades que podem apontar formas diferentes de caminhar.

## 2.2 - O Processo de Trabalho das Enfermeiras no Centro Cirúrgico

Florence Nightingale fundou a Enfermagem Moderna como uma prática técnica, científica e social, cujo trabalho se direciona à atenção à saúde, com base em um saber estruturado e em uma demanda social e política da época.

Para Bianchi e Leite (2006) a preocupação de Florence com a limpeza do ambiente do paciente, com as condições para o banho, com a troca periódica de curativos e com o uso de roupas limpas ao cuidar do doente também colaborou para dar origem à Enfermagem em CC, voltada para o ambiente, para o material, para a técnica asséptica e para o pessoal.

Gomes [et al] (1997*apud* FELLI, PEDUZZI, 2005 p.04) esclarece que o trabalho de enfermagem organizou-se em três direções. A primeira segue no sentido de organizar o cuidado do doente por meio de sistematização das técnicas de enfermagem. A segunda refere-se ao sentido de organizar o ambiente terapêutico a partir de mecanismos de purificação de ar, limpeza, higiene e outros; e a última no sentido de organizar os agentes de enfermagem, por meio de treinamento, utilizando técnicas e mecanismos disciplinares.

Desde então essas três direções foram incorporadas ao processo de trabalho das enfermeiras em todos os cenários onde havia necessidades de produção de cuidados em saúde, quer fossem cuidados diretos ou indiretos. Em setores especializados como o CC, esse direcionamento do trabalho não é diferente.

O CC surgiu como unidade específica para garantir maior segurança, racionalização e otimização dos recursos físicos e materiais nos procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Em parte, há organização tecnológica no trabalho do CC, devido aos avanços ocorridos na ciência e

nas indústrias em saúde no final do século XIX e início do século XX, tais como a descoberta do gás hilariante óxido nitroso (NO<sub>2</sub>) para narcose e diminuição da dor; a criação de instrumentais para maior refinamento de manobras e melhor acesso à área operatória, diminuindo os sangramentos; e as pesquisas de Pasteur sobre microbiologia e descontaminação. Esses progressos científicos são exemplos que permitiram o domínio e controle sobre a dor, hemorragia e infecção, considerados empecilhos para intervenções cirúrgicas. (Possari, 2004)

A Portaria n° 400 define o CC como um conjunto de elementos destinados às atividades cirúrgicas, bem como a recuperação anestésica e pode ser considerado como uma organização complexa devido às suas características de assistência especializada. (Brasil, 1993) Este é um setor de alto custo e complexidade quer nos procedimentos, quer no gerenciamento, por sua especificidade, pelo constante estresse para a equipe, clientes e familiares, e pela possibilidade de riscos a que estão expostos os clientes. (SOBECC<sup>4</sup>, 2001)

Felli e Peduzzi (2005 p. 04) apontam que a noção de gerenciamento nasce com a enfermagem, uma vez que à enfermeira cabe a organização do ambiente, a organização do cuidado e do trabalho, além de execução e treinamento para o cuidado em saúde. Tarefas marcadas, desde o surgimento da enfermagem moderna, pela divisão técnica e social, na qual as *ladies nurses* pensavam, organizavam e ensinavam e, as *nurses* executavam o cuidado.

Historicamente, somos marcadas pelos princípios da administração científica de Taylor e também pela idéia de trabalho doméstico, não podendo deixar que as questões de gênero e poder nos passem

---

<sup>4</sup> SOBECC- Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Central de Esterilização e Recuperação Pós-Anestésica. Entidade que congrega profissionais de Enfermagem principalmente, que atuam nos setores do Bloco Operatório, e que se destina a fomentar discussões e produzir conhecimentos na área de enfermagem cirúrgica.

despercebidas, cabendo então o gerenciamento (controle) da “casa” às enfermeiras, através da divisão de tarefas e da hierarquização. Idéias essas apoiadas por Silva e Figueiredo (1998) em texto que versa sobre as questões e desafios relacionados às práticas domésticas e científicas presentes na administração das enfermeiras.

Apesar de parecer ultrapassado, tal discurso ainda procede no sentido de que, há dificuldades dos profissionais para compreender que o pensar e o fazer das enfermeiras se interligam no processo de trabalho. Deve-se cada vez mais se fortalecer a necessidade de repensar a existência de *ladies* e *nurses* como complementares à produção de atos de cuidar e, de avaliar de maneira crítica nossa prática no processo de trabalho em saúde.

Esse fortalecimento é importante porque cuidar- administrar- ensinar está intimamente interligado no saber-fazer<sup>5</sup> das enfermeiras que podem ser entendidos como funções ou questões separadamente, abarcando dimensões múltiplas e diversificadas na mesma ação de cuidar como exemplificadas a seguir:

*“...o simples fato de alguém estar dobrando uma gaze para um pacote de curativos, no centro de material, envolve: **conhecimento científico** (micro- bio- sociologia); do homem que vai utilizá-la; envolve **política** (quem faz, por que e para que faz); envolve **economia** ( comprar, pagar, cobrar);envolve **ética** ( fazer direito para oferecer segurança e qualidade para o cliente); envolve **arte** ( habilidade e destreza manual para dar ao pacote uma estética além de sensibilidade para com o outro) e finalmente envolve **emoção**, pois é preciso gostar do que faz para ficar trancado o dia inteiro, como é o caso do pessoal que trabalha no Centro de Material e que só é possível tudo isso se **a ação de administrar** estiver*

---

<sup>5</sup> Saber-fazer, como conceito, trata das questões de conhecimento e habilidades das enfermeiras no seu agir cotidiano. O saber refere-se aos conhecimentos adquiridos, quer os científicos ou relacionais; o fazer liga-se às técnicas, habilidades práticas. Desse conjunto de saber e fazer interligados é que nasce e se legitima a Enfermagem.

*presente em todos os momentos do cotidiano, criando transversalidades entre tudo que envolve prática de ensinar-cuidar com a administração.”(SILVA, FIGUEIREDO 1998)*

Peres e Ciampone (2006) citam que o trabalho das enfermeiras se subdivide em vários processos de trabalho como cuidar-assistir, administrar-gerenciar, pesquisar e ensinar, com predominância dos processos de cuidar e gerenciar. Para elas, a gerência configurada como ferramenta-instrumento do processo de “cuidar” pode ser entendida como um processo de trabalho específico. Desse modo, os objetos de trabalho da enfermeira no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho, os recursos humanos de enfermagem e os meios-instrumentos. Esses últimos constituem-se de recursos físicos, financeiros, materiais e o saber administrativo que utilizam ferramentas específicas para serem operacionalizados.

Por isso, visualizo a imagem da enfermeira como centro do processo de trabalho, especialmente no CC, envolvida no seu fazer sem se dar conta de todos os recursos, conhecimentos e habilidades que utiliza para manter conexões interligadas aos setores e equipes do hospital. Pode-se afirmar que lhe cabe a articulação dos diferentes serviços, na qual ela constrói uma estrutura, uma teia que subsidia o processo de trabalho no CC.



Figura 1 - Fonte: Laboratório de Pesquisa em História da Enfermagem (LAPHE)/Departamento de Enfermagem Fundamental/ Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Para Tonini (2006, p. 17), essa imagem, embora antiga, sinaliza ainda o papel da enfermeira como a responsável por tudo e todos, de forma que o trabalho institucional centra-se nela. Então, “essa imagem dá a exata noção do quanto a responsável pelo processo de cuidar podia fazer, demonstrando os diversos fios de articulação com os demais serviços de uma instituição hospitalar.”

Entendemos que gerenciar insere-se no processo de cuidar da enfermeira, nos movimentos que faz, nas teias que tece, nos contratos que estabelece e nos fluxos que cria para governar, ordenar, planejar e executar o cuidado.



## CAPÍTULO III

### 3- Metodologia

Este estudo pauta-se na abordagem qualitativa, por incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, produzindo construções humanas significativas. (MINAYO, 1999).

Para Minayo (2001), essa abordagem possibilita aprofundar e retratar a realidade, compreendendo a dinâmica das situações, os contratos e comparações, e avaliando o universo das significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores dos atores envolvidos.

Para Marcus; Liehr (2001), o pesquisador que usa abordagem qualitativa começa coletando pequenas quantidades de informações e reunindo-as, construindo um quadro da experiência humana que está sendo estudada. Metaforicamente, como um mosaico, que faz surgir o quadro conforme o observador se afasta da obra.

Trata-se ainda de uma pesquisa avaliativa, uma vez que objetiva as análises de ruídos interferentes no processo de trabalho da enfermeira no CC. De certo modo, pode-se afirmar que se configura como uma avaliação dos “processos micro decisórios do cotidiano” do CC com a “identificação de problemas a partir de os ruídos gerados”. (Merhy; Franco, 2004, p. 137) Em outras palavras, pode-se dizer que é a adoção de uma metodologia não convencional adaptada aos estudos qualitativos. (Merhy, 2007)

O desafio foi mergulhar nas relações micropolíticas do processo de trabalho no CC. Para tanto, utilizou-se ferramentas de análise, como a

trajetória-sentinela<sup>6</sup> e o fluxograma analisador, por terem um potencial interrogador dos processos e produtos, que vai “desde o questionamento da forma e para quem é produzida tal intervenção até à interrogação das intencionalidades dos sujeitos que executam as ações e à que modelo estão servindo.” ( JORGE, 2002, pág. 06)

### **3.1 – O cenário do Estudo**

O cenário desta pesquisa foi o CC de um Hospital Público do Rio de Janeiro que atende clientes em situações ou necessidades de média e alta complexidade, além de ser referência para atendimento de urgência e emergência na cidade e região metropolitana.

### **3.2- Critérios de Elegibilidade do Caso “Sentinela”**

Considerando o grande quantitativo de cirurgias realizadas no CC, houve necessidade de delimitação do campo de pesquisa por um recorte institucional representado pela análise de um caso clínico considerado exemplar devido ao conjunto de intervenções e procedimentos necessários durante o período de internação de um dado cliente. Nesse sentido, o caso selecionado funcionou como “trajetória-sentinela” possibilitando mostrar o percurso trilhado e as necessidades empreendidas pelo cliente, sinalizando por meio de os ruídos detectados, os momentos e a forma como o processo de trabalho é operado e relacionado com o problema da pesquisa.

Para eleição do caso “sentinela”, os critérios de inclusão estabelecidos foram: cliente acima de 21 anos, com mais de uma marcação ou indicação cirúrgica em uma mesma internação, no período

---

<sup>6</sup> JORGE (2002) destaca que a denominação trajetória-sentinela advém de estudos que utilizam métodos de processos e resultados. E que estas sinalizam através da identificação e análise dos ruídos, os momentos e a forma de operacionalizar o trabalho, nos cenários de cuidado.

compreendido entre Julho de 2008 a Julho de 2009. Tal escolha deve-se ao fato de que várias entradas ou indicação para o CC sugerem mobilização de extensa rede de relações ou consumo de produto.

### **3.3 – Critérios de Exclusão do Caso “Sentinela”**

Quanto aos critérios de exclusão dos clientes para o caso “sentinela”, se estabeleceu que o cliente deva ser menor de 21 anos e haver apenas uma indicação ou marcação cirúrgica em um mesmo período de internação.

### **3.4 - Coleta e Análise dos Dados**

No primeiro momento, utilizou-se a análise documental do livro de registro de cirurgias do CC e dos mapas cirúrgicos arquivados para a seleção do caso “sentinela”, conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

De maneira retroativa, selecionamos a princípio três clientes, dois internados pela cirurgia vascular e um pela ortopedia. Entretanto, os dois primeiros casos eram de clientes em processo inicial de tratamento, sem diagnóstico médico definido, tendo sido submetidos a procedimentos paliativos ou de confirmação diagnóstica, o que presumia período de internação muito extenso. Assim, elegemos o cliente internado pela ortopedia, devido já estar em fase avançada de tratamento e ter requerido várias internações no setor.

Destacamos que não houve dificuldades para acessar o prontuário, o que se deu ainda durante a internação do cliente na enfermaria, normalmente no período vespertino de modo a não interferir nas rotinas do setor.

No segundo momento, buscou-se a análise do prontuário do cliente com o caso “sentinela” eleito. O prontuário foi detalhadamente investigado e todos os registros contidos desde a internação no setor de emergência até o momento em que recebeu alta do setor da ortopedia para se manter sob tratamento médico da equipe da Cirurgia Plástica foram considerados. Este recorte fez-se necessário devido ao prolongado período de internação na ortopedia concomitante às inúmeras intervenções cirúrgicas, que nos fazem supor a demanda de produção de cuidados e consumos de serviços bastante significativos.

De posse dos dados coletados, iniciou-se, no terceiro momento, a construção da trajetória-sentinela e a análise desta por meio do fluxograma analisador. Dessa forma foi possível identificar pontos ruidosos no processo de trabalho e revelar tensões nos processos decisórios que poderiam influenciar na efetivação do cuidado prestado ao cliente.

Para Merhy (2007a), o fluxograma é um diagrama usado por diferentes campos do conhecimento, com a perspectiva de “desenhar” certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma cadeia de produção. Permite, ainda, esquematizar os processos-chave existentes, caracterizando um setor, serviço ou unidade de saúde, por meio de identificação de ruídos que acontecem no desenvolvimento do processo de trabalho.

Esse autor (op. cit.) diz ainda que não se pode pretender, com esta ferramenta de análise, a compreensão de todas as questões emergentes em torno do tema. Tem-se como pretensão inicial apenas possibilitar a formulação de algumas respostas e a produção de novas perguntas para a abertura de novo processo de reflexão que permita respondê-las.

Para a construção do fluxograma analisador utilizou-se os registros feitos no prontuário do cliente (memória escrita), entendendo ser o

prontuário o documento que deve agregar todas as informações referentes à passagem do cliente na unidade hospitalar. Entretanto, encontramos dificuldades devido à carência de informações nos registros contidos no prontuário. Então, buscaram-se outras fontes de dados, como por exemplo, mapas cirúrgicos arquivados, livro de registro de cirurgias e de registro de pacientes na RPA, a fim de elucidar o percurso do cliente enquanto esteve internado.

A análise dos dados exigiu ainda ordenamento cronológico dos fatos, serviços e cuidados demandados; localizando resultados de exames, evoluções de enfermagem e pareceres médicos, uma vez que na instituição o prontuário do cliente obedece à estruturação tradicional por órgãos referenciados como serviços e setores.

Todavia, esse ordenamento implicou na construção de um fluxo de atendimento dos casos cirúrgicos emergenciais (Figura 2) para que se compreendesse todo o trajeto percorrido por clientes desde a admissão no setor de emergência até a concretização de internação em unidades de internação ou centros de terapia intensiva. Além disso, construiu-se o fluxo de atendimento a partir da admissão em unidade de internação (Figura 3).

Jorge (2002, p. 74) alerta, entretanto, que “vale a pena considerar que o simples fato de se evidenciar os ruídos já pressupõe algum grau de análise. Por isso, a própria apreensão dos ruídos já se constitui numa transição para uma etapa analisadora”.

Ao construir o fluxograma analisador, utilizou-se os símbolos (Apêndice I):

\*ELIPSE- Representa a entrada e a saída de uma unidade de produção de cuidado em saúde.

\*RETÂNGULO- Usado para representar as etapas mais importantes do processo produtivo, a produção de insumos, e o consumo de recursos e procedimentos.

\*LOSANGO- Representam momentos de decisão na cadeia de produção.

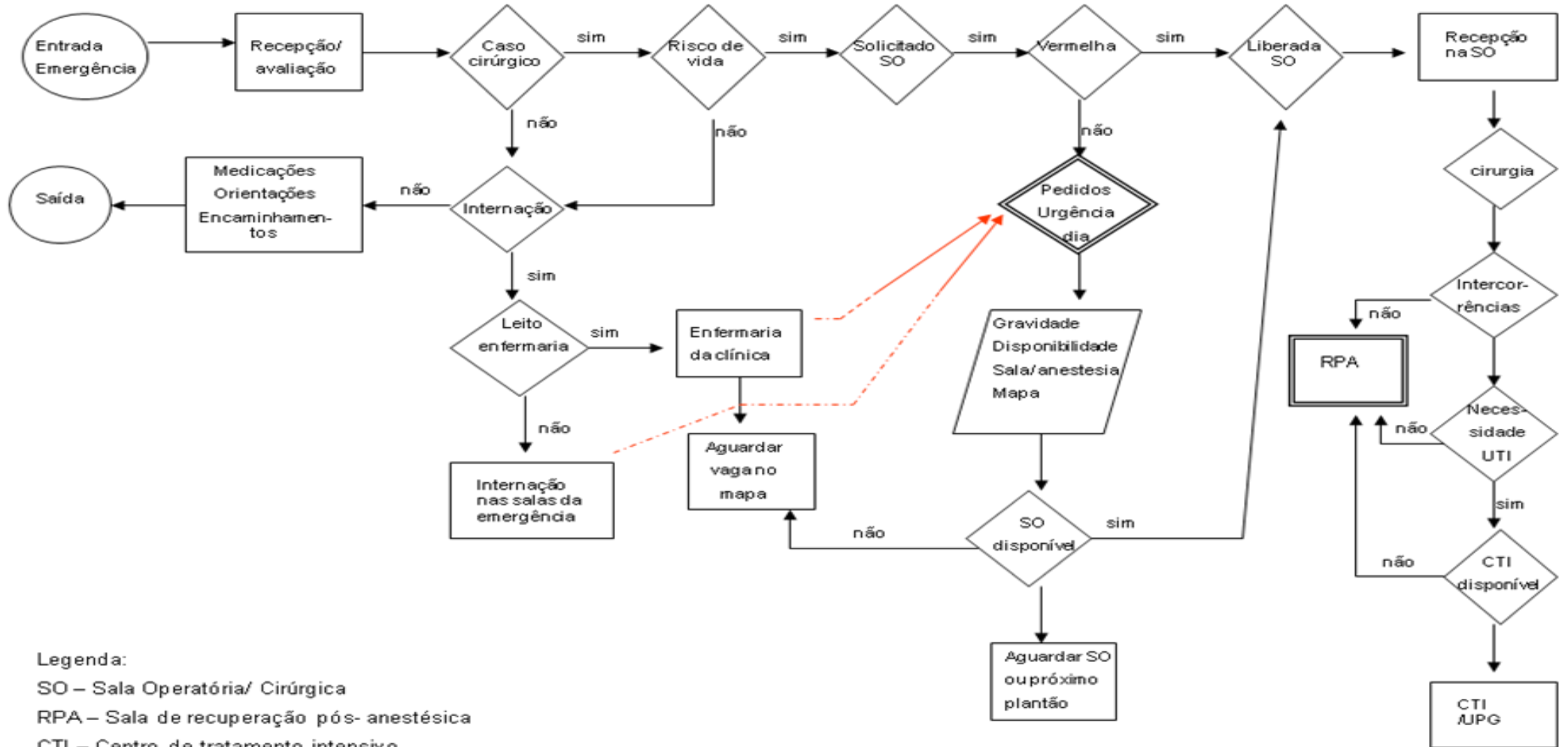
\*PARALELOGRAMO- Usado para apresentar dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

\*R (Ruído)- Serão designados assim, os estranhamentos, elementos destoantes, contraditórios no processo produtivo.

Compartilho com Merhy ( 2007 a), quando revela que as ferramentas analisadoras devem ter a capacidade de instrumentalizar os trabalhadores a interrogar seu processo de cuidar em três aspectos: o “como” se trabalha, o “que” esse modo de trabalhar está produzindo e “para que” se está trabalhando.

Em relação aos aspectos éticos, este estudo foi autorizado pelo o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, para ser realizada no cenário estabelecido (Apêndice III). Cabe informar também que cumpre as exigências da Portaria nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, no que concerne aos referenciais da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Destacamos, ainda, que não houve necessidade de utilização de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois na metodologia empreendida, não cabem dados de identificação de clientes ou profissionais.

Figura 2 - Fluxograma de atendimento a partir da emergência



Legenda:

SO – Sala Operatória/ Cirúrgica

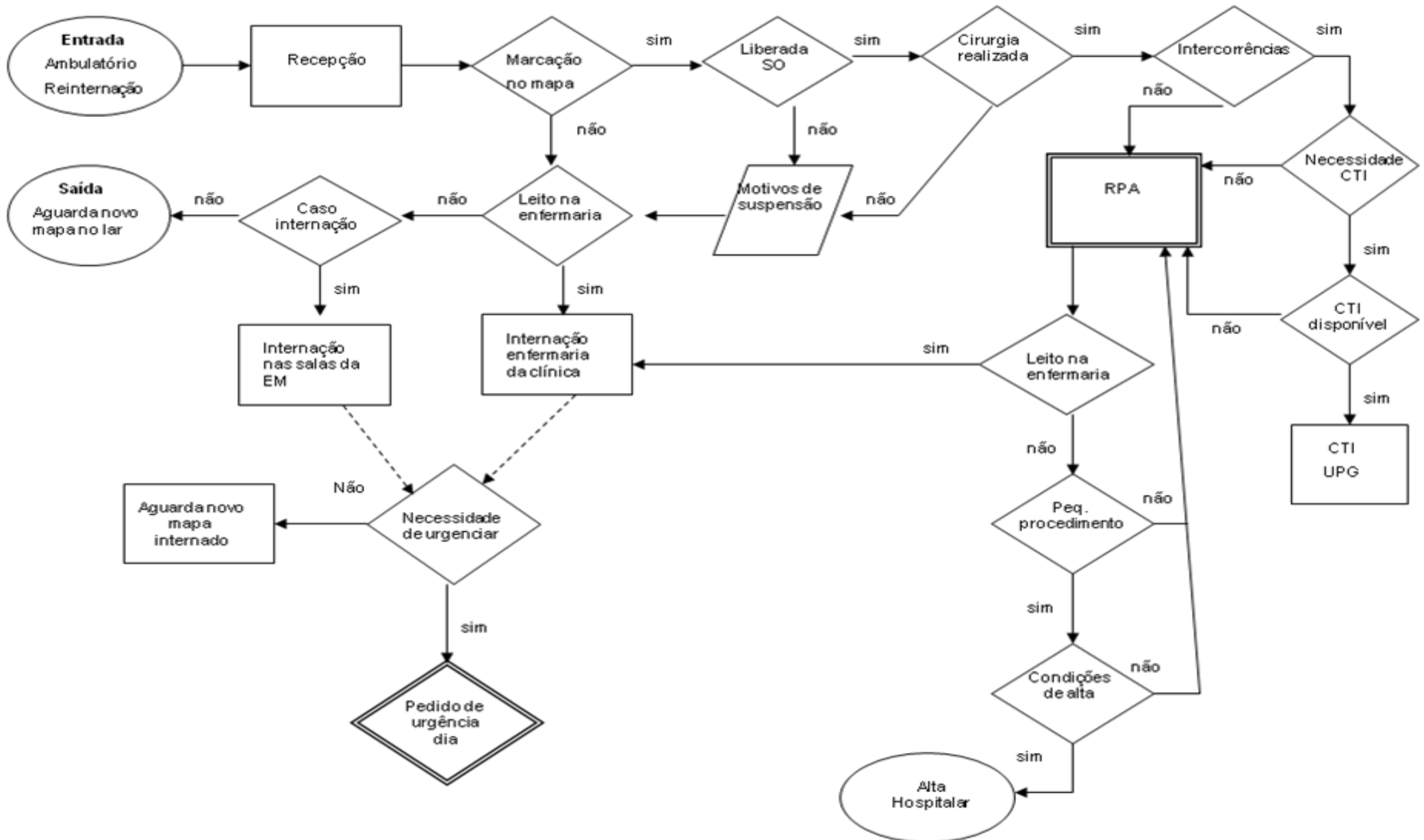
RPA – Sala de recuperação pós- anestésica

CTI – Centro de tratamento intensivo

UPG – Unidade de pacientes graves

"Vermelha" – Termo que determina risco de vida eminente

**FIGURA 3- FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO A PARTIR DO AMBULATÓRIO**





## **CAPÍTULO IV**

### **4- O Caso “Sentinela”: História Clínica, Memória Escrita e Trajetória**

Neste capítulo apresenta-se a síntese da história clínica do cliente eleito com base na memória escrita e sua respectiva trajetória-sentinela organizada.

O caso estudado trata do período de internação do cliente E.S.L., 39 anos, admitido com fratura exposta em perna esquerda (E), permanecendo internado por 107 dias na clínica cirúrgica da ortopedia.

Através de a análise de sua trajetória-sentinela foi possível identificar 30 pontos ruidosos, referentes a questões de registro, processo de cuidar, rede de contratualidade, e arquivamento.

#### **4.1- História clínica de E.S.L. (107 dias de internação na clínica ortopédica)**

E. S. L., 39 anos, vítima de acidente automobilístico (colisão entre automóvel e motocicleta) em Niterói, trazido à unidade hospitalar pelo GSE (Corpo de Bombeiros), apresentando ferimento com fratura exposta em perna E, no dia 05 de abril de 2009.

Em 05.04.09 foi admitido pela emergência, recebido e avaliado pela equipe da Cir. Geral cuja evolução informa “cliente BEG (bom estado geral), vigil, orientado, hidratado, abdome sem alterações, pelve estável e exposição

óssea em perna E”. Solicita RX de tórax e pelve e encaminha para avaliação da Ortopedia.

Ortopedia solicita rotina radiológica de trauma, constatando “fratura segmentada de tíbia e perônio com lesão vascular a E.” Não consta no prontuário do cliente nenhum registro de enfermagem enquanto o cliente esteve sob cuidados na emergência.

Encaminhado ao CC (CC), sendo admitido em sala operatória às 13h, e submetido a procedimentos pela Ortopedia: Limpeza mecânica cirúrgica (LMC), desbridamento e fixação com placa e parafuso em fíbula E, e instalação de fixador externo em tíbia E. Após esses procedimentos a equipe da Cirurgia Vascular realizou arteriografia, exploração arterial e ligadura de tibial anterior. Saída de sala operatória (SO) às 20:15h, sendo encaminhado à Recuperação Pós-Anestésica(RPA).

Relato cirúrgico da ortopedia observa grande área de desvitalização de partes moles. Há observação para programar novo curativo em 07 de abril.

Cirurgia vascular relata que devido à perda de pele e tecido não pode ser feito *by pass*, optando por ligadura de artéria tibial com manutenção de bom enchimento capilar no pé.

Embora a ficha transfusional tenha o registro de 02 concentrados de hemácias (CH) administrados sem intercorrências entre 13 e 18h na SO, essa informação não consta na ficha anestésica.

Admitido na RPA às 20:20h ainda sob efeito anestésico com sinais vitais estáveis. Prescrição feita também na RPA, com hidratação venosa (HV), dieta oral liberada, antibióticos (Cefazolina e Metronidazol) e medicamentos para casos de febre e dor. Além disso, prescrito dois concentrados de hemácias. Aprazamento e checagem de 01 CH feito às 21h. Demais medicações aprazadas e checadas.

Apesar de CH checado, não há registro na evolução de enfermagem do tipo, volume e número da bolsa do hemocomponente, nem mesmo na ficha de transfusão.

Não há, impresso de enfermagem no prontuário que registre a passagem do cliente pelo CC; salvo registro quando este chega à RPA. Cliente segue na RPA até a manhã de 06.04, apesar de liberado pela anestesia às 23h, quando é encaminhado à enfermaria da ortopedia. Essa demora de transferência sugere inexistência de vagas nas enfermarias.

Em 06.04, após registro de enfermagem na RPA, segue encaminhado à enfermaria. Registro de “admitido no setor”. Evolução de enfermagem no serviço noturno (SN), com a informação de que o quadro se mantém. Avaliação pós-operatória da cirurgia vascular relata perfusão, sensibilidade e movimentação satisfatória do membro inferior esquerdo(MIE). Não há avaliação médica da ortopedia neste dia.

Em 07.04 é solicitado sala cirúrgica como urgência para curativo cirúrgico em membro inferior esquerdo. Entrada na SO às 11h, submetido à raquianestesia com sedação e feito LMC mais desbridamento de lesão de tornozelo E; término às 12:45h, sendo encaminhado à RPA. Prescrição médica feita na RPA para quatro dias (até 10.04), sendo incluído Garamicina 240mg uma vez ao dia. Demais medicações mantidas. As 15:40h alta da RPA, sendo recebido no andar. No SN registros mínimos<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Neste estudo o termo registros mínimos abarcam relatos que dão conta de procedimentos realizados e cumprimento de prescrição médica, entretanto as informações pouco falam sobre a condição do cliente. Seguem exemplos: “paciente mantendo quadro”, “realizado banho no leito e feito medicações prescritas”, “lúcido, acamado, segue em obs”, “lúcido, orientado, aceitando dieta”.

Em 10.04, submetido a novo curativo cirúrgico, novamente solicitado como procedimento de urgência. Admitido na SO às 15:25h, submetido ao procedimento sob raquianestesia com sedação. Prescrição médica feita para três dias (até 12.04). Medicamentos mantidas. Não há evolução médica nessa data. Às 17h admitido na RPA, recebendo alta às 20h. Registro da RPA informa sobre curativo “molhado”. Às 20:30h recebido na enfermaria. Medicamentos do horário noturno sem checar.

Em 11.04 não há registro de evolução médica. Evolução de enfermagem sem informações sobre sinais vitais. Em 12.04 evolução apenas durante serviço diurno (SD).

Em 13.04 apresenta febre ( 38°C) e pico hipertensivo ( 150 x 90mmHg) durante a tarde. Novamente submetido a curativo cirúrgico como urgência para LMC com desbridamento de tibia E. Na evolução médica pós procedimento, há relato de “extensa área de necrose em partes moles, drenando grande quantidade de secreção purulenta, o que inviabiliza o membro”. Cogitado amputação. Prescrição médica feita na RPA até o dia 17.04, medicamentos mantidas. Prescrito novamente 02 concentrados de hemácias que não foram administrados. Alta da RPA às 20:30h.

Em 14.04, solicitado hemograma. Em 15.04 taxa de hematócrito (HTC): 23.6%, solicitação de sangue registrada na evolução médica. Não há prescrição de CH e nem registro de enfermagem sobre tal procedimento. Registro de 01 CH administrado nesta data na ficha transfusional, sem registro de sinais vitais e /ou intercorrências.

Em 16.04, novamente solicitado curativo cirúrgico como urgência, porém não realizado. Recebe visita pré-anestésica, que verifica exames do dia 15.04 e deixa recomendação para providenciar urgente 02 CH. Registro de enfermagem relata febre às 17h, sendo administrado antitérmico.

Em 17.04, curativo marcado no mapa cirúrgico. Clínica com mapa SD, quatro procedimentos marcados, porém clínica realiza apenas dois: o primeiro entre 10-13:40h e o segundo entre 16-19h. Não há evolução médica do cliente neste dia e nem registro do motivo de suspensão. Novamente, registro de febre durante a noite, sendo administrado antitérmico.

Em 18.04, equipe médica registra que aguarda novo mapa para o cliente, e faz nova prescrição para 04 dias. Em 19.04, registro médico de que “segundo o paciente a enfermagem não está administrando antibióticos”. Medicamentos, entretanto, aprazadas e checadas.

Em 20.04 cliente agendado no mapa cirúrgico como segundo procedimento da clínica à tarde, porém só o primeiro é realizado, entre as 14:40h e 18h. Novamente não há registro de suspensão.

Em 21.04, Garamicina prescrita para 18h foi rodada sem registro de motivo. Nos dias 22 e 23.04 cliente sem prescrição médica. Em 22.04, registro na evolução médica de que avaliação do chefe da clínica definiria conduta (amputação do MIE). Em 23.04 aparece pela primeira vez relato da enfermagem de que foi realizado curativo após banho. Cliente faz novo episódio de febre durante a noite.

Em 24.04 familiares assinam termo de autorização para amputação de MIE. Cliente marcado no mapa cirúrgico como o terceiro procedimento a ser realizado pela equipe da Ortopedia. O primeiro inicia às 09:40 e termina às 14:30h, o segundo procedimento é realizado entre 16 e 17:10h e o terceiro se dá entre 17 e 19h, sendo realizado apenas novo curativo cirúrgico com remanipulação do fixador externo. Observa-se pelo horário registrado que o segundo e o terceiro procedimento acontecem de maneira concomitante por curto período. Apresenta febre na RPA, transferido para enfermaria às 22:40h. Medicações apazada para às 06h sem estar checada.

Em 25.04 cliente sem evolução médica. Prescrição feita para dois dias. Em 26.04, não há anti-inflamatório e medicações do horário de 06h (antibióticos) novamente sem estar checada. Em 27 e 28.04, sem prescrição médica, sendo solicitado novo hemograma em 27.04.

Em 29.04 ainda sem prescrição. Recebe visita pré-anestésica que registra resultado de hemograma de 27.04 apresentando HTC: 26,6%. Há relato que, no momento da visita, cliente está sendo hemotransfundido, sinalizando ainda não encontrar ECG. Não há prescrição da transfusão e nem sequer registros de enfermagem deste procedimento como horário de início e término, identificações do hemocomponente e, intercorrências.

Em 30.04 cliente é mantido sem evolução médica e sem prescrição. Agendado para novo curativo cirúrgico, como segundo procedimento à tarde no mapa, sendo o primeiro realizado entre 14:50h e 18h e este entre 17:30 e 18:30h. Novamente observamos procedimentos concomitantes. No

boletim operatório, registro pela primeira vez do uso de Sulfadiazina de Prata no curativo. Prescrição médica não foi feita na RPA.

Em 01.05 prescrição médica feita para 05 dias, com medicações mantidas. Cliente apresenta febre novamente durante o SN. Até 04.05 conduta mantida, registros de enfermagem apontando cliente estável, sendo administrados medicações e cuidados como banho no leito e curativo, sem registros de sinais vitais. Em 04.05, evolução médica aponta novo pedido de hemograma e solicitação de duas bolsas de sangue.

Em 05.05, novamente solicitado duas bolsas de sangue, segundo a evolução médica. Porém chefia do banco de sangue aponta que  $HTC = 30.8\%$  não havendo necessidade de transfusão imediata. Registra ainda que deixará duas bolsas de reserva para cirurgia à tarde. Curativo cirúrgico agendado como terceiro procedimento, clínica com mapa à tarde. Sendo realizado apenas dois, o primeiro entre 14:30 e 17:25h e o curativo entre 18:15 e 19h sob raquianestesia com sedação. Ficha anestésica minimamente preenchida. Prescrição médica feita na RPA até 07.05.

Em 06.05 percebido duas prescrições para o mesmo cliente, com mesma data (a partir de 05.05). Em uma delas, há prescrição de duas bolsas de sangue e no aprazamento a inscrição de que “SIC banco de sangue não há pedido”.

Em 07.05 solicitado parecer da Cirurgia Plástica, que foi respondido no mesmo dia pela chefia da clínica. Enfermagem aponta que cliente refere algia no ferimento, sendo administrada medicação analgésica.

Em 08.05 prescrição feita para três dias, medicações mantidas. Evolução de enfermagem aponta que “cliente se queixa de algia e alergia”. Em 09.05 equipe médica relata ainda que aguarda parecer da plástica, respondido em 07.05.

Em 11.05 solicitado novo parecer da Cirurgia Plástica. Prescrição feita para quatro dias com medicações mantidas. Em 11.05 Metronidazol não foi administrado porque não há. Cliente apresentou febre mas não há registro de medicação feita. Em 12.05 solicitado parecer da Clínica Médica e novos exames.

Em 13.05 evolução médica sinaliza que cliente apresenta prurido cutâneo e que segue aguardando resposta da Clínica Médica. Realiza curativo cirúrgico entre 14:45 e 16:20h sob raquianestesia, porém não há registro de enfermagem da passagem do cliente pela RPA.

Em 14.05 prescrição sem carimbo médico, não há registro de enfermagem neste dia. Cliente fez RX de perna E. Em 15.05 prescrição feita para dois dias, medicações mantidas, Tilatil® ainda em falta no hospital. Mantém febre, sendo feito antitérmico. Dia 16.05 não há evolução médica. Em 17.05 sem evolução e prescrição médica, registros de enfermagem mínimos.

Em 18.05 solicitado nova avaliação da Plástica, prescrição médica feita até dia 21.05, medicações mantidas, suspenso Dipirona. Em destaque na papeleta, a inscrição “alérgico à Dipirona”. Entretanto medicação prescrita



desde a internação, sem que haja qualquer registro de reação adversa até então.

Até 21.05, equipe médica aguarda avaliação da Cirurgia Plástica, registros de enfermagem apontam cliente sem anormalidades. Em 21.05, solicitado novo parecer da plástica e hemograma. Medicação em falta no hospital: Metronidazol para os horários, 22 e 06h.

Em 22.05, HTC = 34,6% e Hemoglobina (HGB) = 10,8 g/dl. Prescrição médica feita até dia 24.05, medicações mantidas. Em 23.05 sem evolução médica. Metronidazol em falta para todos os horários.

Em 25.05 registro feito pela Cirurgia Plástica: “Parecer respondido pela 4ª vez, cliente já avaliado em 12.05 e 22.05, Dr. H. dará solução.” Prescrição médica feita para até 28.05.

Equipe médica segue aguardando conduta da equipe de Cirurgia Plástica em 26 e 27.05. Em 28.05 registro médico feito às 19h, aponta que cirurgia foi “suspensa pelo cliente não manter dieta zero”, cliente jantou. Todavia, ele não estava marcado no mapa cirúrgico desse dia. Evolução de enfermagem aponta que cliente foi encaminhado para cirurgia às 11:40h e retornou as 16h para enfermaria. Não foi admitido no CC. (Onde esteve este período?)

Em 29.05 evolução médica aponta que cliente se queixa de prurido generalizado, novamente solicitado parecer da Clínica Médica. Prescrição

médica feita para até 31.05. Acrescido na prescrição “Dexametasona EV dose única”, sem especificar quantidade, administrado às 17h.

Em 01.06 cliente teve curativo suspenso pelo “adiantado da hora”. Clínica com mapa à tarde, dois procedimentos marcados. Realizado apenas um, entre 13:50 e 18:45h. Não encontrado prescrição médica e evolução de enfermagem para os dias 01 e 02.06.

Em 03.06 realizou novo curativo cirúrgico eletivo sob raquianestesia, entre 18:55h e 19:55h. Não há registro de enfermagem na RPA, apesar de informado no livro do setor que cliente deu entrada às 20h. Em 04.06 novamente marcado no mapa, porém não realizado e sem registro de suspensão. Ainda sem prescrição médica e registros de enfermagem.

Em 05.06, prescrição médica feita para três dias, medicações mantidas, acrescentado “Benzoato de Benzila à noite por 03 noites”. Não foi aprazado nem checado. Metronidazol não foi administrado às 14h. Registro de enfermagem sinaliza “feito curativo em MIE”.

Em 08.06 registro médico evolui a ferida pela primeira vez “ferida apresentando granulação com área de aproximadamente 03 cm de sofrimento vascular”. Prescrição médica feita para 04 dias, (até 11.06) com medicações mantidas. Mantido sob cuidados da enfermagem, registros mínimos até 11.06.

Sem evolução médica de 11 a 13.06 e sem prescrição até dia 15.06. Em 12.06 equipe da Ortopedia agendou curativo como segundo procedimento no mapa à tarde. Realizado apenas um procedimento entre 15h e 19:30h. Curativo não aconteceu e não há registro de suspensão.

Em 15.06 prescrição feita até dia 18.06. Novamente prescrito Dipirona. Em 17.06 Ortopedia agendou três procedimentos no mapa para todo o dia. Curativo cirúrgico deste cliente como último. Realizado apenas duas cirurgias, em outros clientes entre: 09:15- 12h e 13:30h-18h. Curativo não realizado, sem registro do motivo de suspensão.

Em 18.06, suspenso Garamicina (inserida em 07.04). Registro de enfermagem aponta que “não foi possível realizar curativo por falta de material”.

Em 19.06 não há evolução médica. Prescrição médica feita até dia 21.06, incluído novamente Dipirona, mesmo com a inscrição no alto da prescrição “cliente relata ser alérgico à Dipirona”. No entanto, medicação rodada em todos os horários e dias. Clínica da Ortopedia novamente programa com mapa à tarde, sendo o curativo deste cliente como segundo procedimento. Realizados intervenção do primeiro cliente entre 14:30h-16:15h; o curativo entre 16h-17:20h. Observar salas concomitantes.

Em 22.06 solicitado novo parecer para Cirurgia Plástica. Prescrição feita para 04 dias. Inserido Paracetamol com horários preestabelecidos. Curativo cirúrgico marcado no mapa, suspenso com a justificativa de que “paciente alimentou-se”.

Em 24.06 recebe alta pela equipe da Ortopedia, mas aguarda a equipe da Cirurgia Plástica. Em 25.06, parecer respondido pela Cirurgia Plástica, sinalizando que cliente já foi avaliado e que quando houver vaga na enfermaria, poderá ser transferido.

Em 26.06, prescrição médica feita para três dias, suspenso hidratação venosa. Em 29.06 prescrição feita para 04 dias (até 02.07). Evolução médica informa que antibióticos (Kefazol e Metronidazol) foram suspensos para realização de cultura e antibiograma. Paracetamol rodelado ( não administrado?) em todos os dias e horários.

Em 30.06 feito novo RX de perna E. Cliente segue sem evolução médica até 03.07. Registros de enfermagem reduzidos, apenas sinalizam que foi feito medicação, banho e curativo.

Em 03.07, feito nova prescrição para três dias. Clínica com mapa para todo o dia, quatro procedimentos marcados, realizado apenas um cliente, entre 09h e 18:25h com a realização de “fixação de fêmur distal + patela + platô tibial + pino tibial E. Curativo agendado para este cliente não realizado. Não há registro de suspensão. Erro de agendamento do mapa? Tempo cirúrgico subestimado?

A partir de 05.07 segue sem registros médicos. Sem prescrição médica e registros de enfermagem até 10.07. Em 10.07, registro médico aponta cliente estável, alta pela Ortopedia, esperando leito na Cirurgia Plástica. Mantido sem prescrição e sem registro de enfermagem, até que finalmente, em 16.07, este é transferido para enfermaria da Cirurgia Plástica.

Segue a partir de 16.07 sob os cuidados da equipe da Cirurgia Plástica. Em 24.08 é submetido a procedimento cirúrgico de autoenxertia de MIE. Permanece internado na Cirurgia Plástica até 22.09, quando recebe alta e é transferido novamente para a enfermaria da Ortopedia.

Em 24.09 sofre nova remanipulação cirúrgica do fixador externo em MIE e retirada de material de síntese de fíbula esquerda. Em 30.09, infelizmente sofre amputação de MIE, recebendo alta hospitalar em 05.10.2009, após 183 dias de internação.

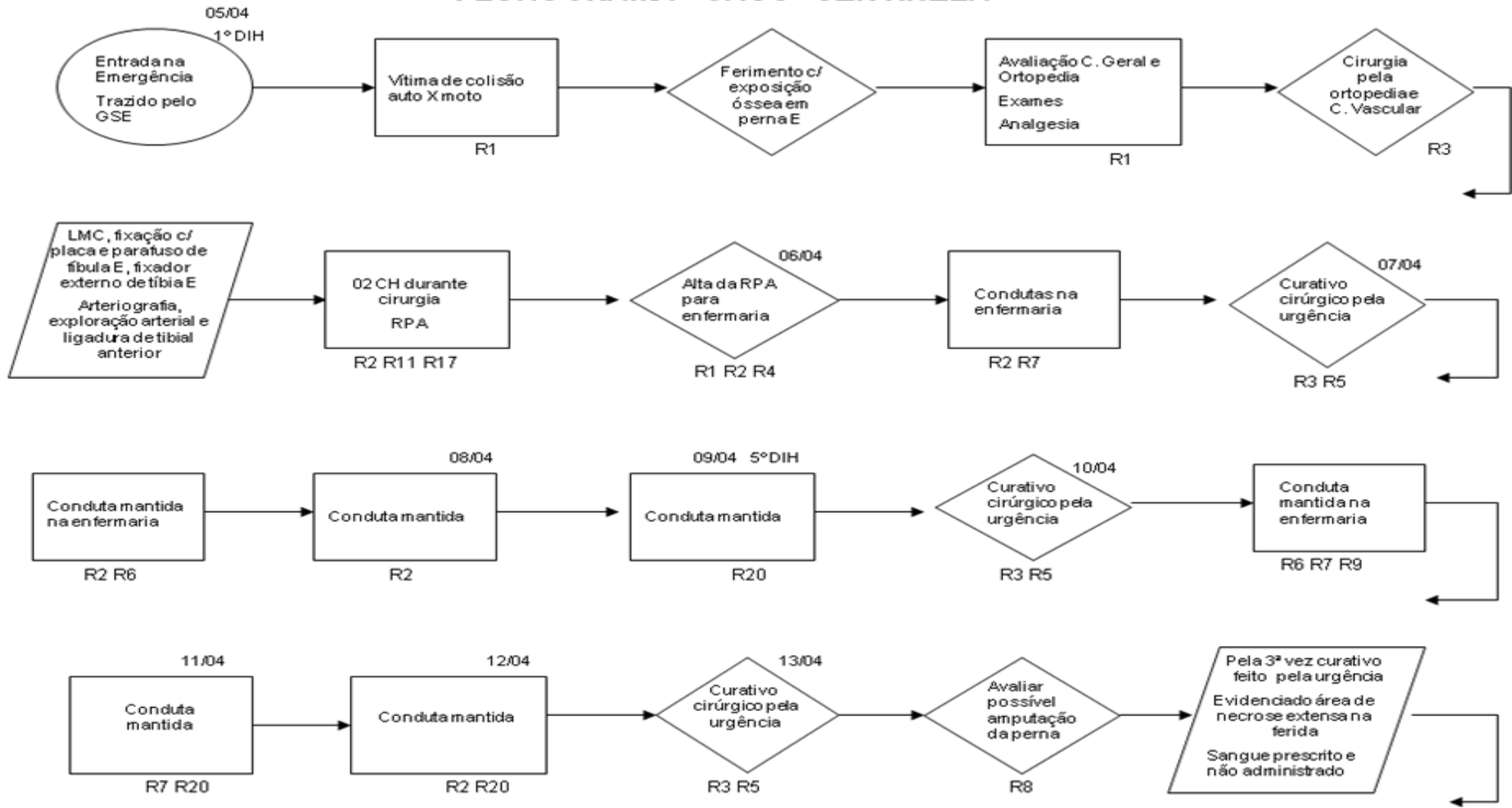
## 4.2- O Caso “Sentinela”: Fluxograma de Internação

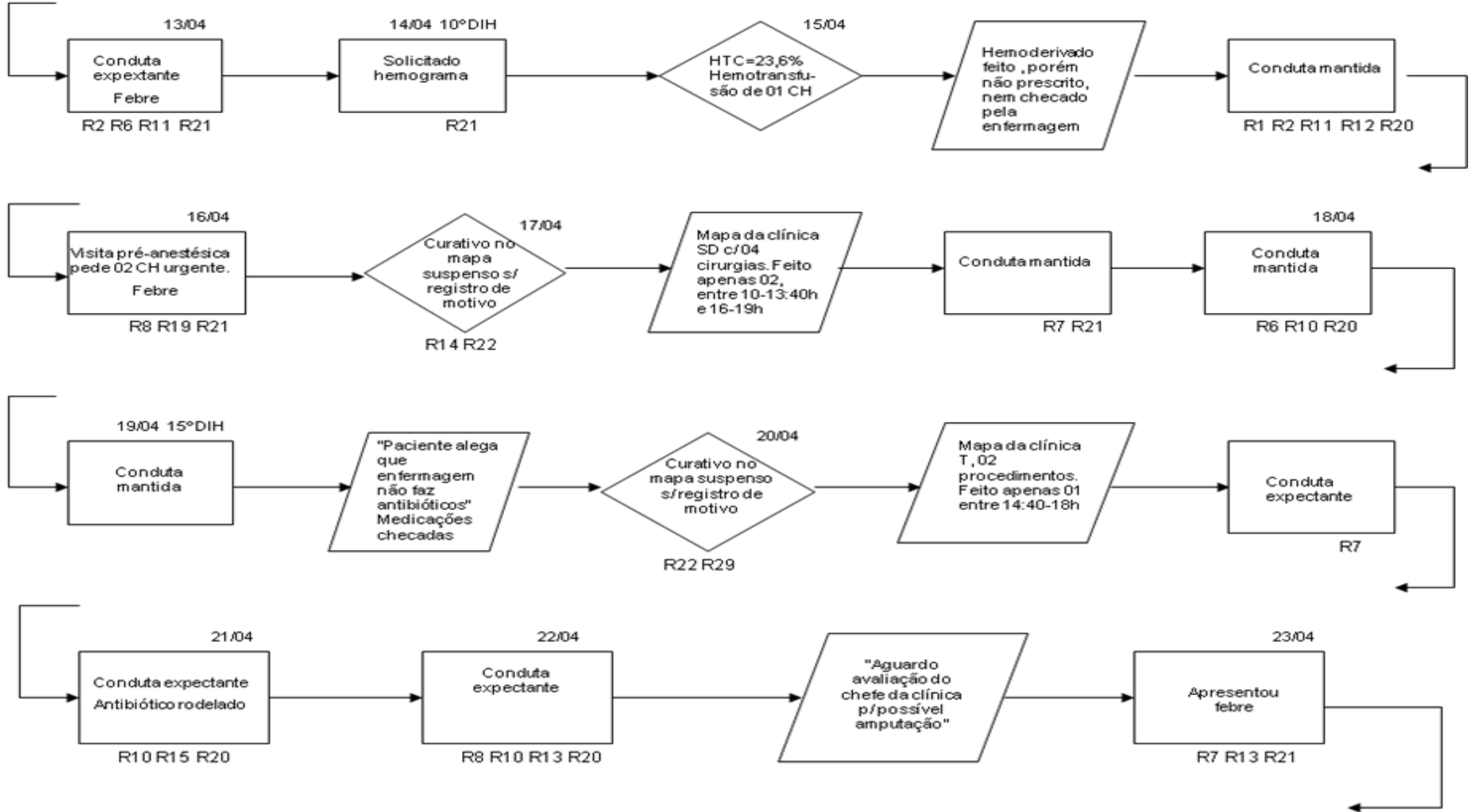
A elaboração do fluxograma de internação se deu a partir de as informações colhidas por memória escrita (principalmente prontuário do cliente), apresentando integralmente a trajetória do cliente durante seu período de internação na clínica cirúrgica da Ortopedia, conforme fluxograma de internação.

Os pontos ruidosos observados e destacados estão apresentados no fluxograma com letra R abaixo das figuras geométricas. Estes ruídos foram listados e numerados desde o primeiro momento em que apareceram durante a trajetória analisada (Quadro I). A partir de então, eles foram categorizados inicialmente em quatro subgrupos: arquivamento, rede de contratualidade, processos de cuidar e registro, visualizados no Quadro II.

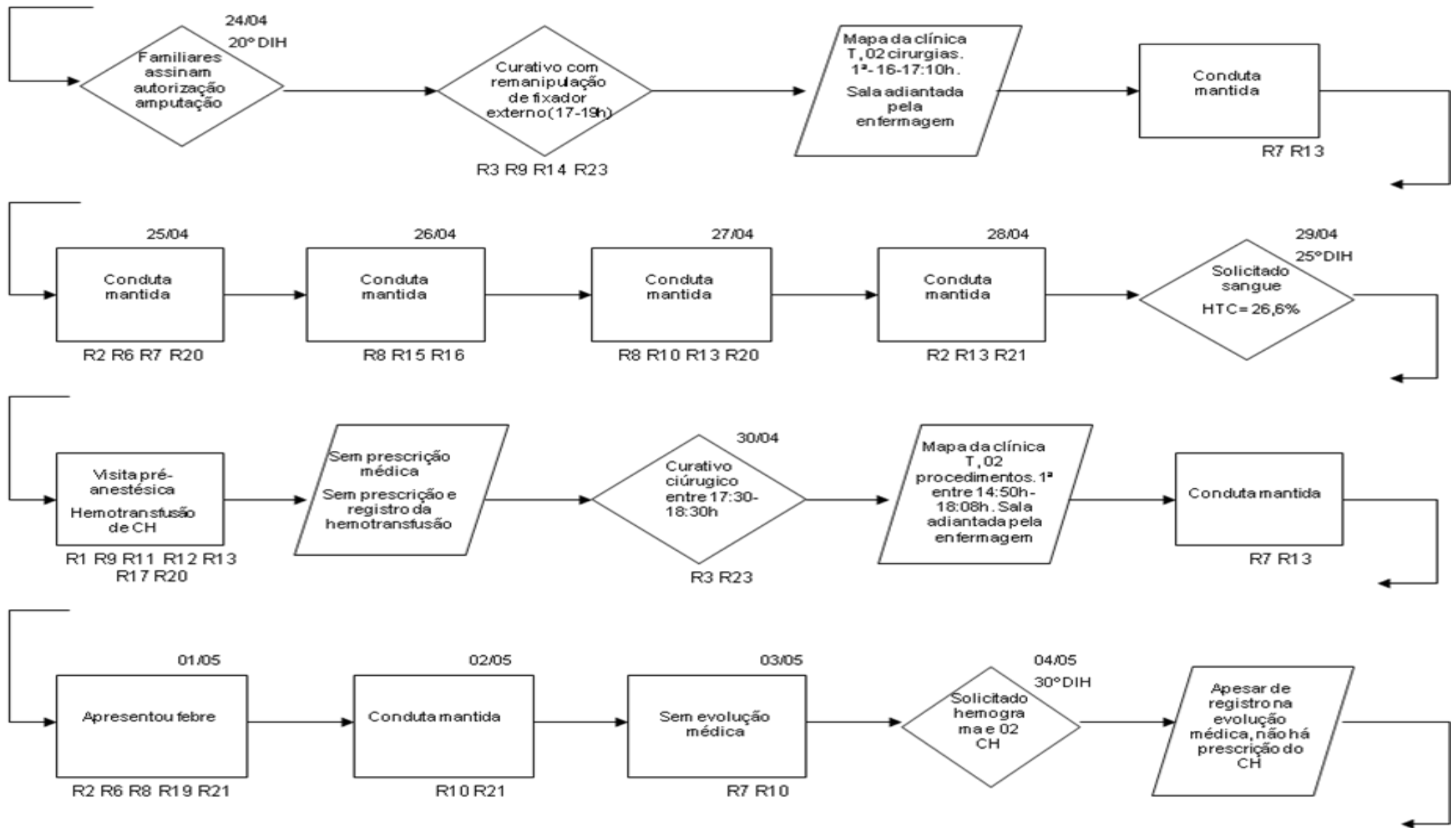
Os serviços/ Unidades demandados durante período de internação do caso E.S.L., foram: Cirurgia Geral, Ortopedia, Centro de Imagem, Bloco Cirúrgico (CME, CC e RPA), Serviço de Anestesiologia, Cirurgia Vascular, Laboratório/ Banco de Sangue, Serviço de Enfermagem (Emergência, Bloco Cirúrgico e clínica cirúrgica da Ortopedia), Serviço de Nutrição e, Cirurgia Plástica. (Figura 4)

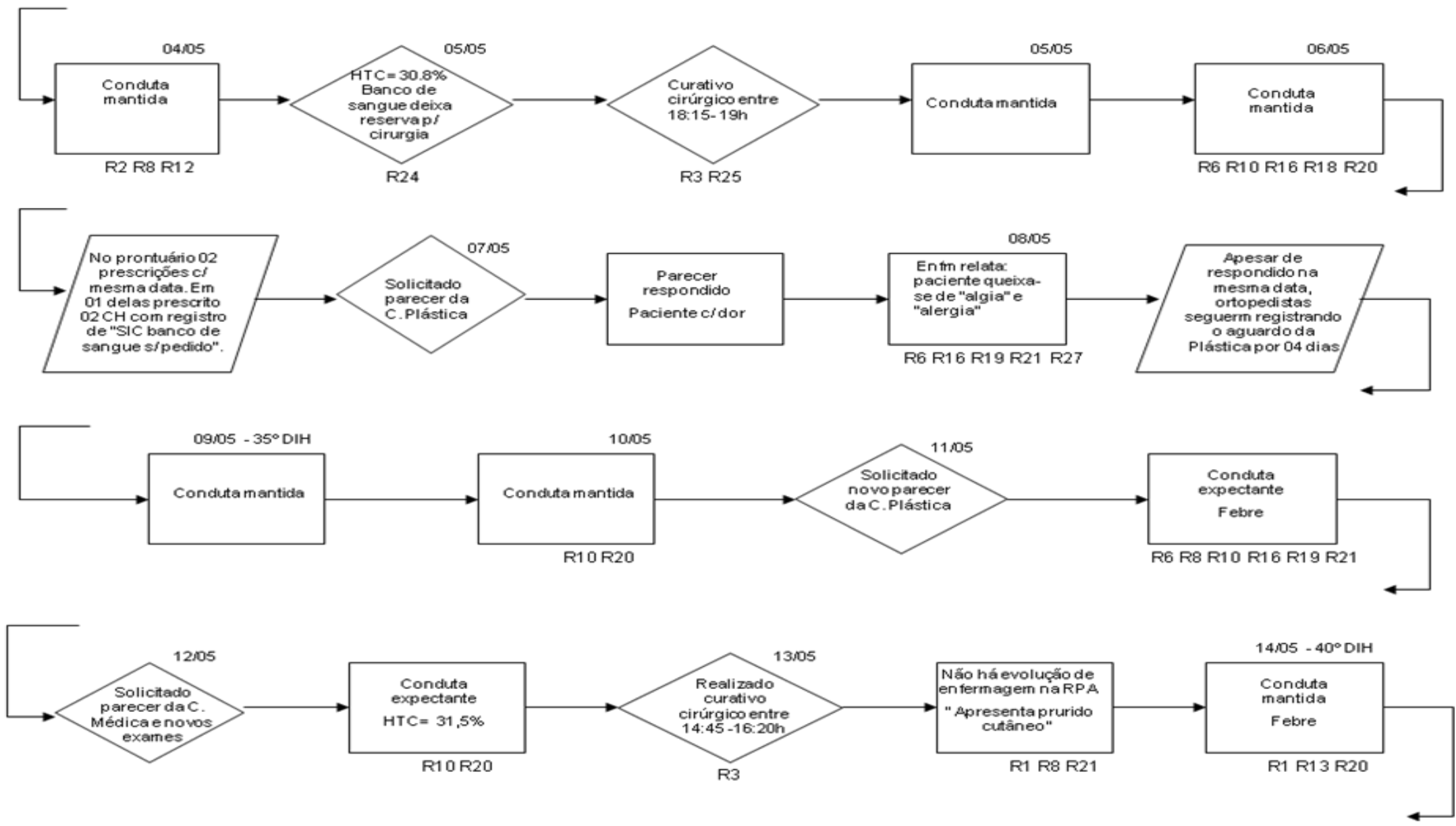
### FLUXOGRAMA – CASO “SENTINELA”

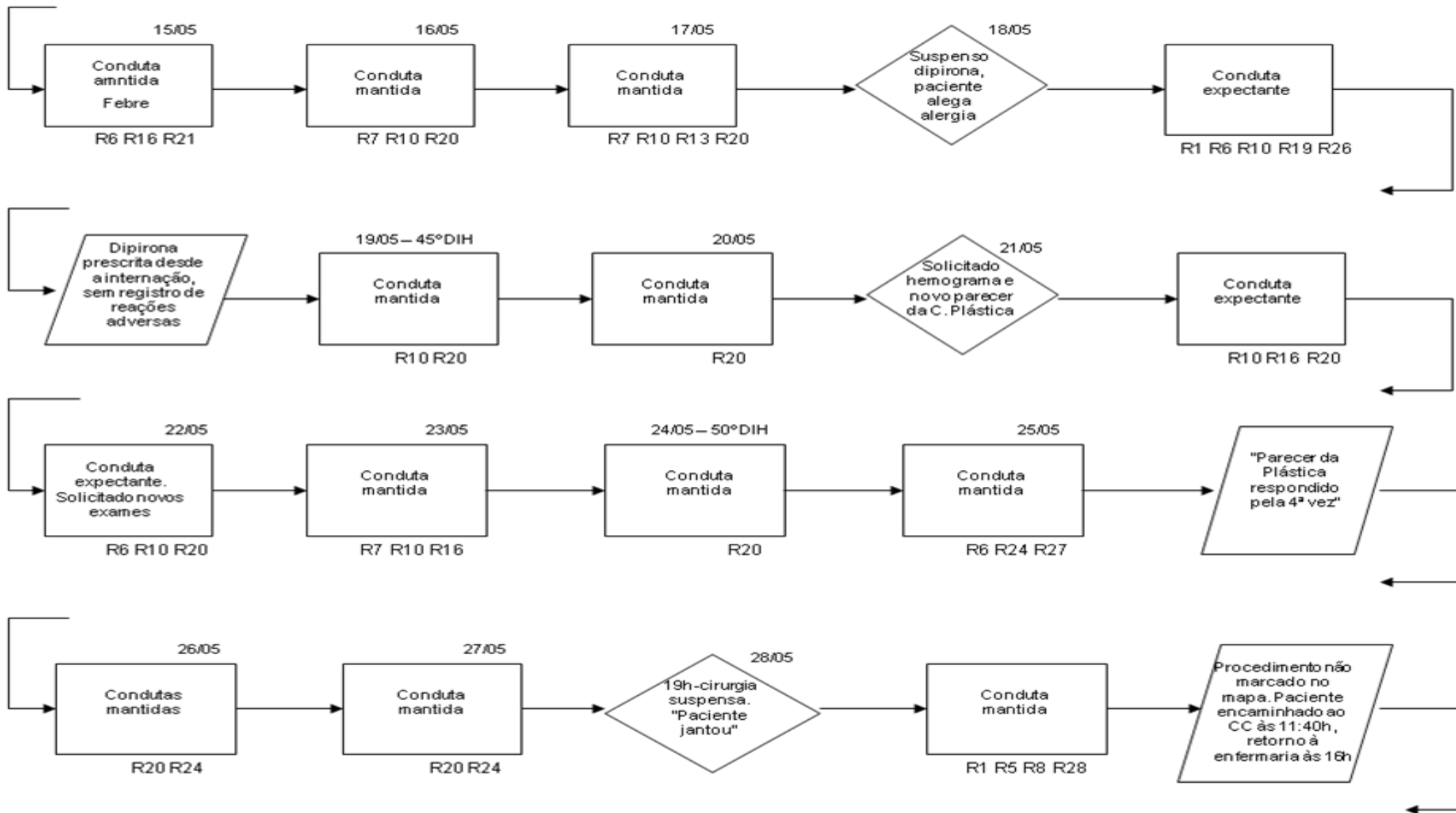


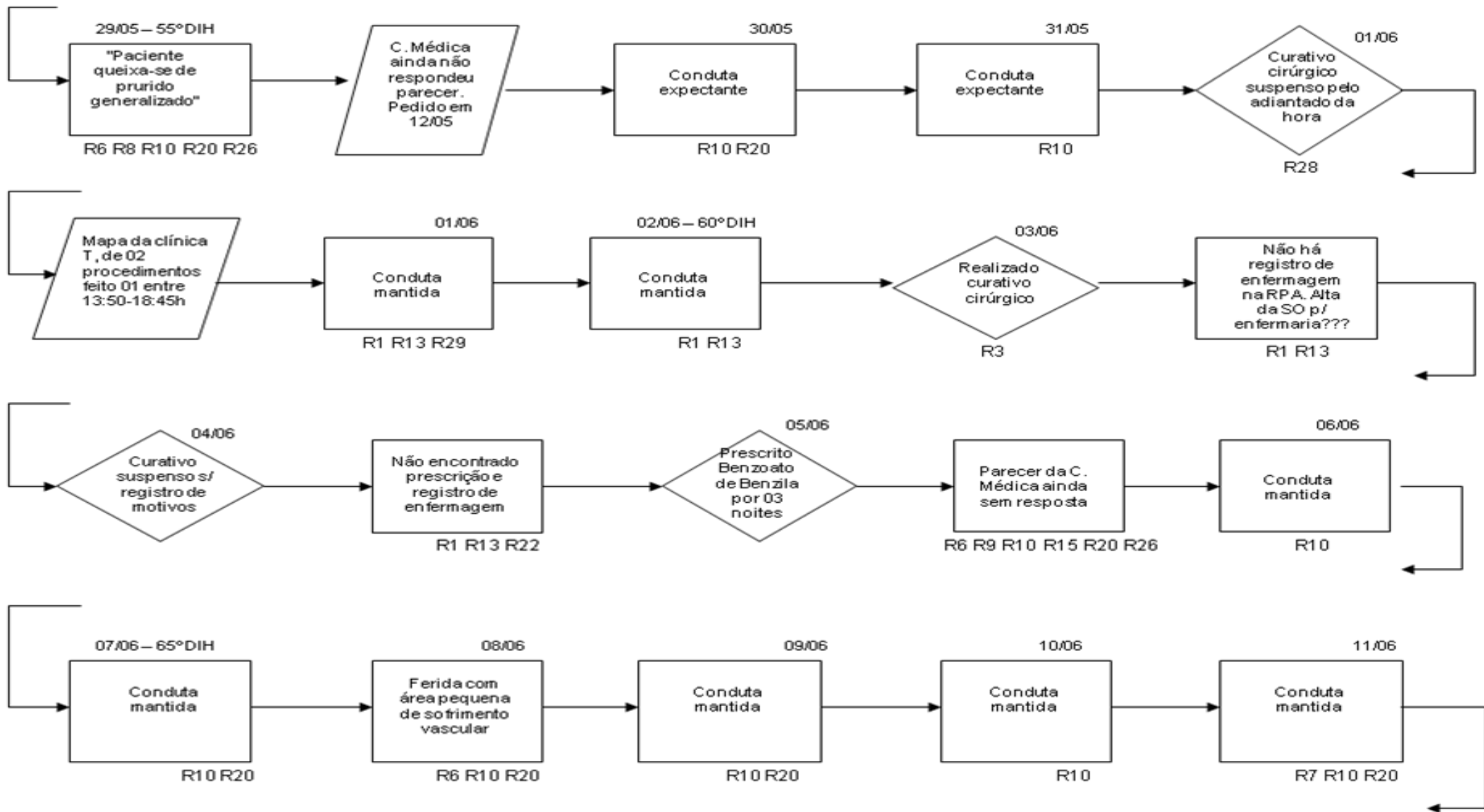


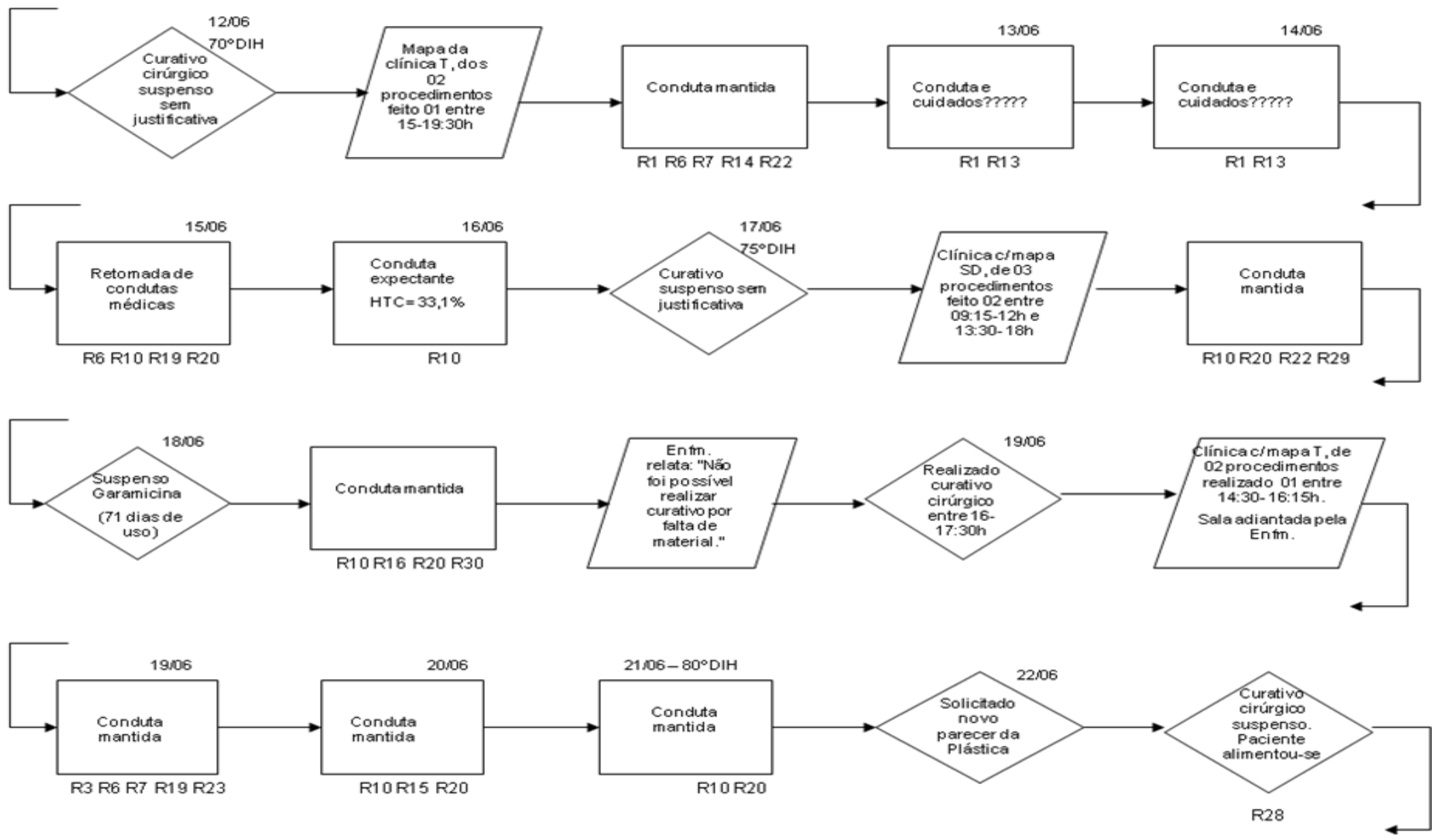


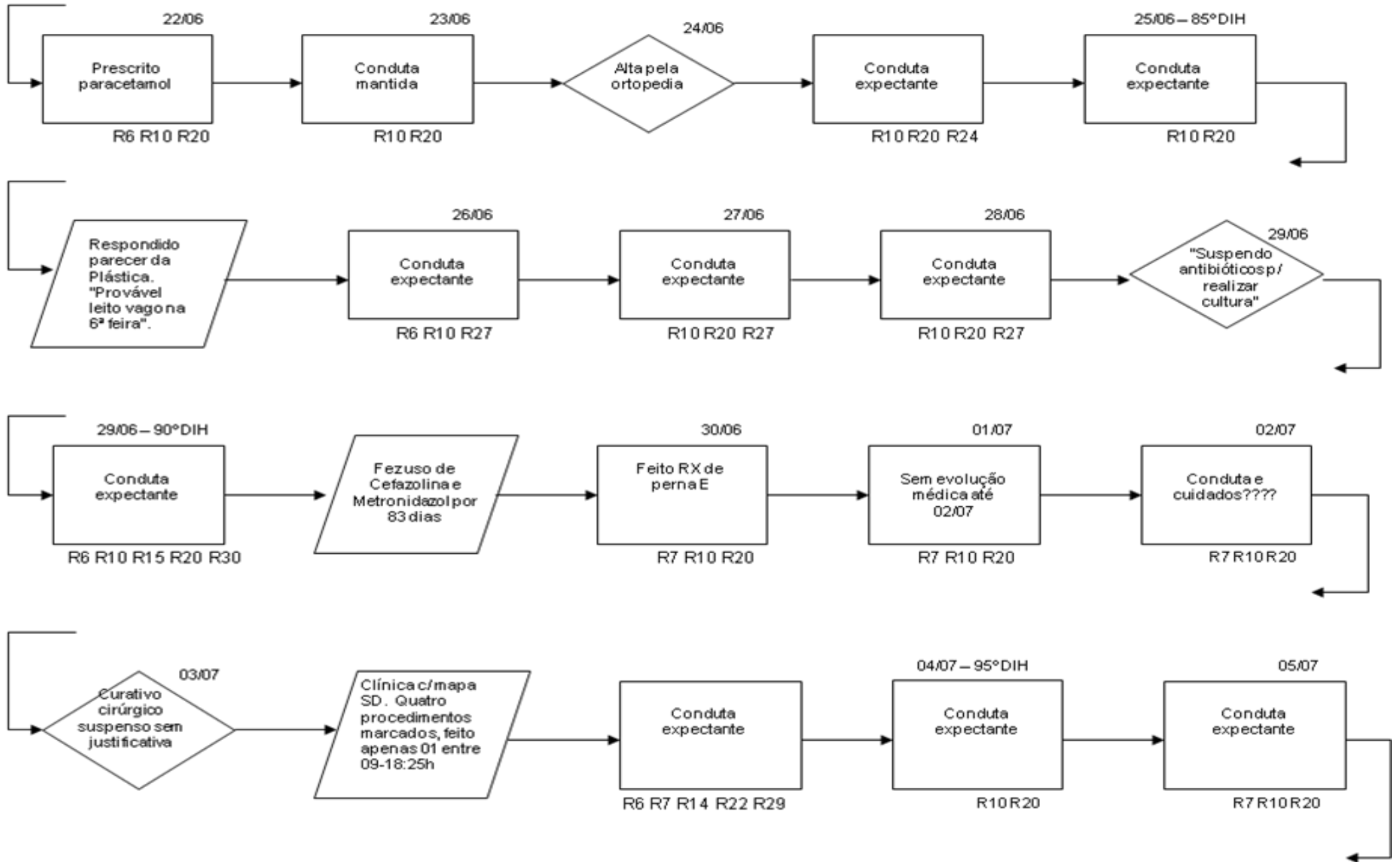


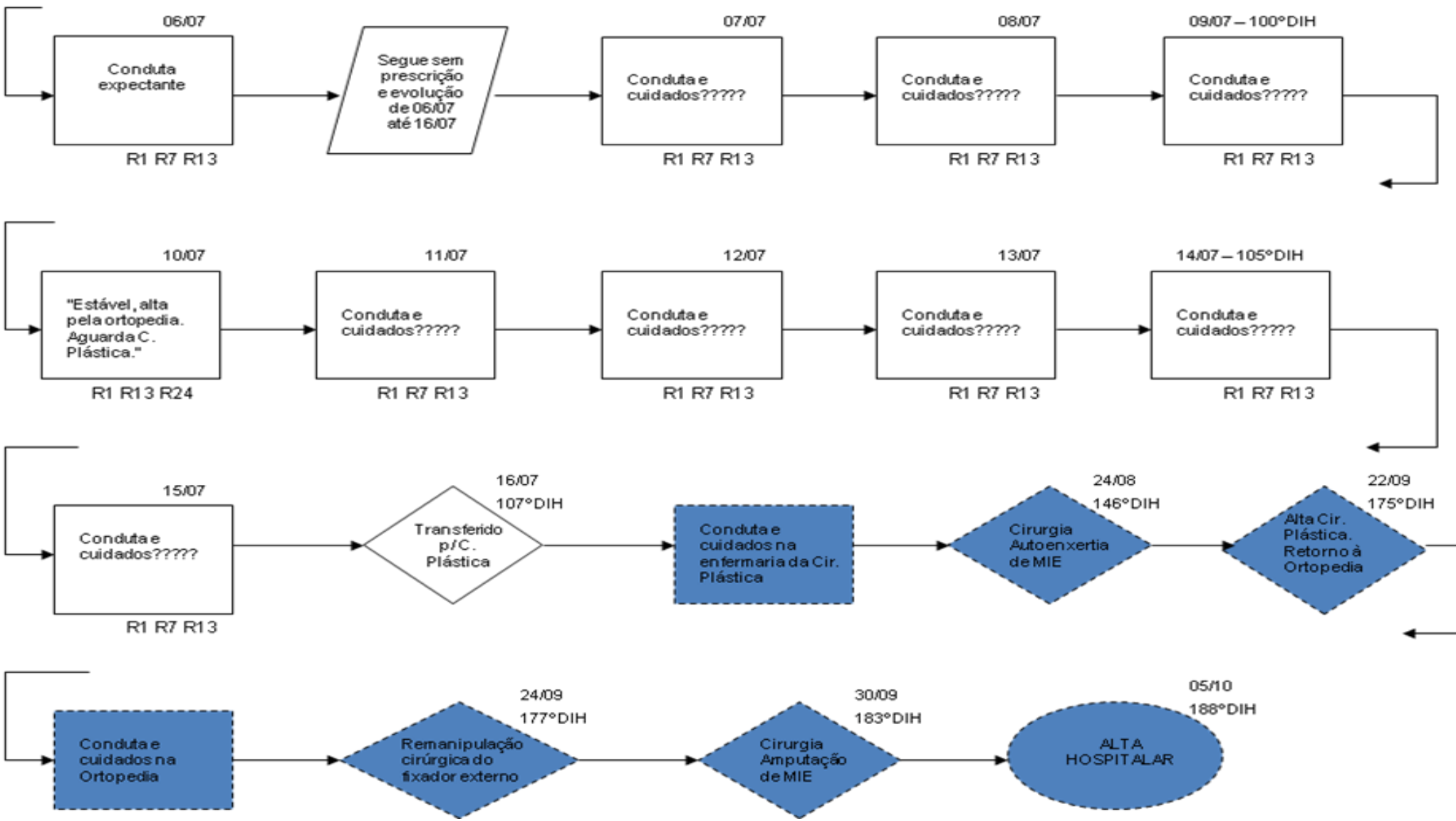












QUADRO I - Ruídos destacados e quantificados no Caso Sentinela

Numeração	Descrição do Ruído	Quantificação
R1	Ausência de registro/ evolução de enfermagem	26
R2	Registro rubricado sem carimbo	12
R3	Arquivamento de impresso fora do prontuário ( folha de sala)	10
R4	Longo tempo de internação na RPA (Falta de leito na enfermaria?)	01
R5	Solicitação indevida de procedimento como urgência	04
R6	Prescrição médica para vários dias	23
R7	Ausência de registro/ evolução médica	32
R8	Indefinição de conduta	11
R9	Ausência de checagem de medicação	04
R10	Registro de enfermagem sem assinatura	46
R11	Ausência de registro de administração de hemoderivados	04
R12	Ausência de prescrição de hemoderivados	03
R13	Ausência de prescrição médica	24
R14	Início tardio de cirurgias previstas	04
R15	Checagem de medicação como não realizada ( rodelada)	05
R16	Falta de medicação/ material na instituição	08
R17	Ausência de registro na ficha transfusional	02
R18	Dupla prescrição para mesmo cliente e data com condutas diferentes	01
R19	Equipe médica não considera/ reconhece problema relatado pela enfermagem	07
R20	Não há registro de nenhum dos sinais vitais nas 24h	48
R21	Ausência de intervenção para sinais e sintomas de febre, anemia, prurido, alergia	12



R22	Suspensão cirúrgica sem registro de motivos	06
R23	Sala cirúrgica adiantada pela enfermagem	03
R24	Definição de conduta por outro serviço/ setor	06
R25	Preenchimento incompleto de ficha anestésica	01
R26	Parecer não respondido	03
R27	Equipe médica não identifica/ reconhece resposta de parecer	05
R28	Cirurgia suspensa com justificativa	03
R29	Programação do mapa/ tempo cirúrgico subestimado	04
R30	Uso prolongado de antibióticos	02

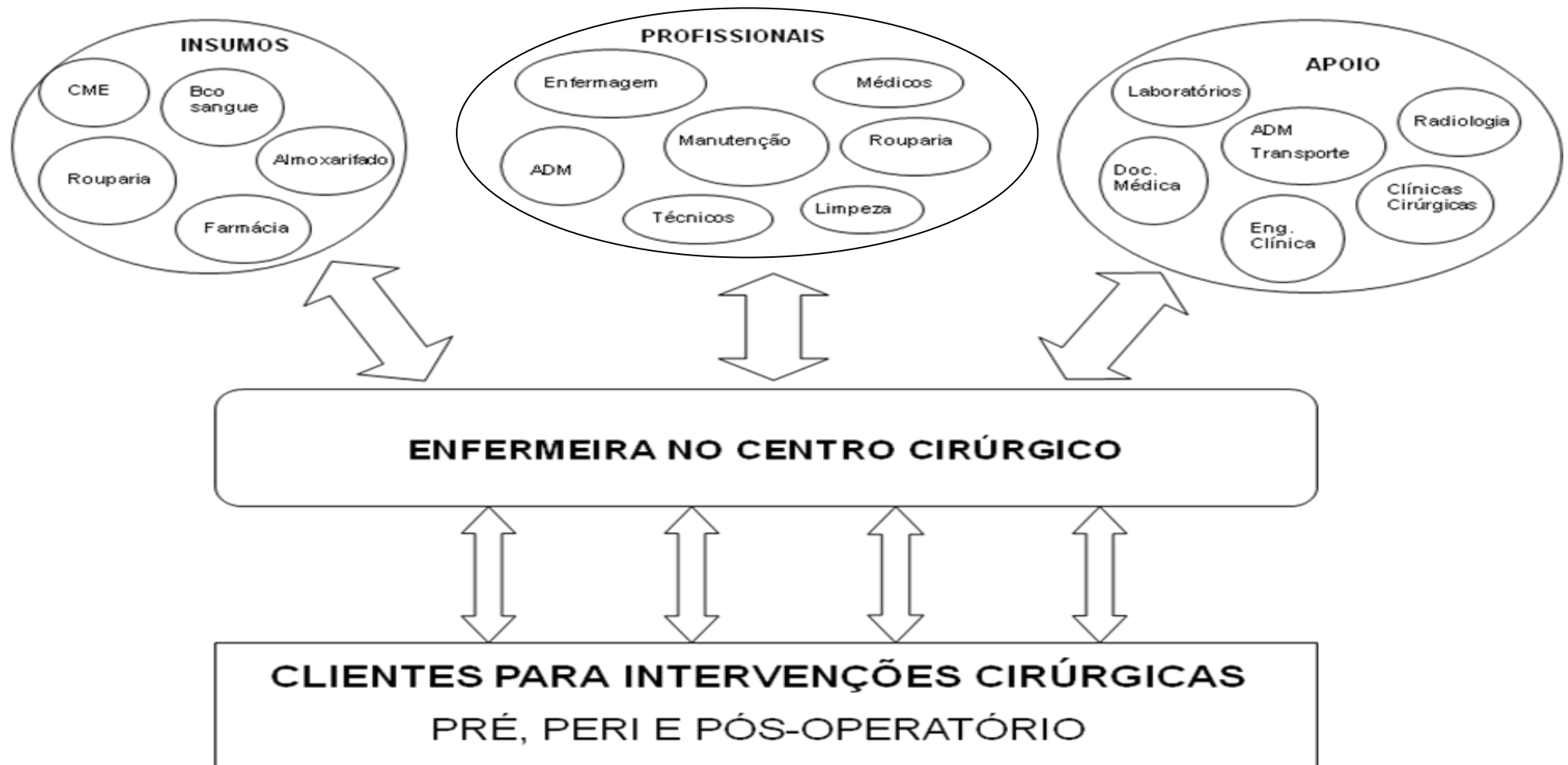
QUADRO II – DEMONSTRATIVO DE RUÍDOS

CATEGORIA	ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	RUÍDO	DESCRIÇÃO DO RUÍDO	QUANTITATIVO	SUB-TOTAL	TOTAL
REGISTRO	Registro	R1	Ausência de registro/ evolução de Enfermagem	26	230	230
		R2	Registro rubricado sem carimbo	12		
		R6	Prescrição médica para vários dias	23		
		R7	Ausência de registro/ evolução médica	32		
		R9	Ausência de checagem de medicação	04		
		R10	Registro de Enfermagem sem assinatura	46		
		R11	Ausência de registro de administração de hemoderivados	04		
		R12	Ausência de prescrição de hemoderivados	03		
		R13	Ausência de prescrição médica	24		
		R15	Checagem de medicação como não realizada (rodelada)	05		
		R17	Ausência de registro na ficha transfusional	02		
		R20	Não há registro de nenhum dos sinais vitais nas 24h	48		
		R25	Preenchimento incompleto de impresso de anestesia	01		

CATEGORIA	ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	RUÍDO	DESCRIÇÃO DO RUÍDO	QUANTITATIVO	SUB-TOTAL	TOTAL
PROCESSO DE CUIDAR	Terapêutica	R8	Indefinição de conduta	11	35	59
		R18	Dupla prescrição médica para mesmo cliente e data com condutas diferentes	01		
		R21	Ausência de intervenção para sinais e sintomas de febre, anemia, prurido, alergia	12		
		R24	Definição de conduta por outro serviço/ setor	06		
		R26	Parecer não respondido	03		
		R30	Uso prolongado de antibióticos	02		
	Mapa Cirúrgico	R5	Solicitação indevida de procedimento como urgência	04	24	
		R14	Início tardio de cirurgias previstas	04		
		R22	Suspensão cirúrgica sem registro de motivo	06		
		R23	Sala cirúrgica adiantada pela Enfermagem	03		
		R28	Cirurgia suspensa com justificativa	03		
		R29	Programação do mapa/ Tempo cirúrgico subestimado	04		

CATEGORIA	ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	RUÍDO	DESCRIÇÃO DO RUÍDO	QUANTITATIVO	SUB-TOTAL	TOTAL
REDE DE CONTRATUALIDADE	Questão Estrutural/ Leitos	R4	Longo tempo de internação na RPA (Falta de leito na enfermaria)	01	01	21
	Insumos: Material e Medicamentos	R16	Falta de medicação e material na instituição	08	08	
	Relacionamento Profissional	R19	Equipe médica não considera/ reconhece problema relatado pela Enfermagem	07	12	
		R27	Equipe médica não identifica e não reconhece resposta de Parecer	05		
ARQUIVAMENTO	Prontuário/ Arquivamento	R3	Arquivamento de impresso fora do prontuário (Folha de sala)	10	10	10

**Figura 4- Representação da Rede de Relações Estabelecidas no Processo de Trabalho em Saúde a Partir do Fluxograma Analisador Tendo a Enfermeira como Articuladora**



### 4.3 – O Caso “Sentinela”: A Análise dos Ruídos

De posse do fluxograma baseado na trajetória sentinela eleita para este estudo e analisando mais atentamente os ruídos demarcados, ou seja, os pontos pulsantes, os estranhamentos que surgiram dessa trajetória nota-se logo de pronto que as questões envolvendo o registro da assistência são os grandes vilões, comprometendo inclusive a coleta de dados para esta pesquisa.

As informações disponíveis no prontuário, algumas vezes, de tão incipientes nos exigiram a busca de novas fontes de informações como livros de registros, mapas cirúrgicos antigos e livro de registro na RPA para elucidar pontos obscuros dessa trajetória. Pode-se perceber ausências de todos os registros básicos que, garantiam a continuidade da assistência e a troca de informações entre as equipes envolvidas no cuidado ao cliente, como evoluções médicas e de enfermagem além da ausência da prescrição médica.

Os ruídos foram codificados como ausência de registro de enfermagem (R1), ausência de evolução médica (R7), ausência de prescrição médica (R13), e a inexistência do registro de nenhum dos sinais vitais em 24h (R20).

Logo em seguida, observa-se que os problemas relacionados à terapêutica e à organização do mapa cirúrgico comprometem negativamente o processo de cuidar na unidade hospitalar através de ruídos como dupla prescrição médica com condutas diferentes (R18), cirurgia suspensa sem registro de motivos (R22), e parecer não respondido (R26).

Deve-se mencionar também as questões relacionadas aos prontuários e às informações inexistentes nele por arquivamento de documentos em outros locais; por exemplo o impresso (“folhas de sala”) destinado ao

registro do procedimento cirúrgico referindo a hora de início e término da anestesia, da cirurgia, nome dos componentes da equipe, descrição dos procedimentos realizados e dos materiais e medicamentos consumidos em cada ato anestésico-cirúrgico. As informações contidas neste impresso servem como dados estatísticos que indicam o movimento do CC.

Têm-se ainda as questões estruturais, como a falta de leitos nas enfermarias (R4), gerando aumento do tempo de internação na RPA dos pacientes operados por urgência, e a falta de materiais e medicamentos (R16).

Além disso, no relacionamento profissional intra e interequipes, parece haver tensões na formação de vínculo e interação entre o saber e fazer, haja vista as vezes em que a equipe médica não identifica a resposta de um parecer pedido (R27) a outra equipe médica e quando os médicos não reconhecem as situações-problemas relatados pela equipe de enfermagem (R19). Esses problemas sugerem nós críticos na rede de contratualidade estabelecida no processo de trabalho.

Adicionalmente, observam-se outros ruídos pulsantes na trajetória-eixo estudada, que podem ser enumerados como ruídos/ questões que expõem problemas intra e interunidades, além daqueles intra e interequipes. Assim, o tempo prolongado e desnecessário de cliente internado na RPA por falta de leitos na enfermaria (R4), e a marcação de um curativo cirúrgico no CC como procedimento de urgência, podem ser considerados como geradores de conflitos **interunidades**. Na primeira situação a permanência do cliente na RPA atrasa o fluxo de todo o CC; na segunda, a solicitação de procedimentos eletivos, solicitados como urgência gera ansiedade e insegurança no cliente, e pode representar um impasse para clientes realmente em situação de urgência que não podem ser atendidos

prontamente, além da sobrecarga de trabalho para a equipe de enfermagem que se ocupa com “falsas urgências”.

Como questões **interequipes**, destaca-se problemas que envolvem a terapêutica implementada ou não ao cliente, como os dois pareceres pedidos à clínica médica e não respondidos, indefinição de conduta por outra equipe médica ou pela chefia do Banco de Sangue que após negar bolsas de sangue pedidas insistentemente, define e justifica no prontuário essa negação e a disponibilidade de reserva para procedimento cirúrgico.

Parece que as equipes médicas desenvolvem ações de forma independente e cada especialidade tem olhar clínico focado no cliente de forma cartesiana, estabelecendo condutas de maneira desarticulada de outras situações-problema apresentadas pelo doente ou por demais profissionais de saúde. Nas palavras de Merhy (s/d), esse fazer do médico é fruto de uma *“forma de organização de sua prática profissional muito corporativa com dificuldade de atuar multiprofissionalmente em eixos de saberes multidisciplinares.”*

No CC, os ruídos **intraunidade** se referem principalmente a questões de organização do setor e da assistência na produção do cuidado em saúde. O início tardio de cirurgias previstas quando temos como horários estipulados para o início do mapa às 08h para manhã e às 14h para tarde. Temos também a programação do mapa muitas vezes truncada, com tempo cirúrgico subestimado levando a marcação de maior número de procedimentos do que as equipes são capazes de realizar, ainda mais se considerarmos os atrasos.

Para os ruídos considerados **intraequipes** podemos estabelecer a divisão entre ruídos intraequipe de enfermagem e intraequipe médica sob nosso olhar. Apesar disso, esses ruídos englobam basicamente as questões de registro. Para a enfermagem a falta de registros e a falta de checagem de



medicações podem ser apontadas como um barulho desagradável, um grito, pois nos indicam falhas graves de continuidade e de assistência. Da mesma forma os ruídos internos da equipe médica também caem nas deficiências de registros e de terapêutica, como a dupla prescrição médica para mesmo cliente, uso prolongado de antibióticos, prescrição médica para vários dias, e ausência de evolução médica.

A análise destes ruídos apontam que o cuidado em saúde implementado aqui diferem dos conceitos de assistência integral e de processo de trabalho centrado no usuário. Neste caso, para Merhy (2007) *“o processo de trabalho carece de uma interação de saberes e práticas necessários ao cuidado integral à saúde”*.

Assim, todos os recursos disponíveis devem ser integrados por fluxos direcionados de forma singular, guiado pelo “projeto terapêutico” do usuário; uma vez que a equipe e os serviços de saúde quando vinculados à clientela se responsabilizam pelo seu cuidado. (MERHY, FRANCO E MAGALHÃES JUNIOR, s/a)

## CAPÍTULO V

### 5 – Discussão dos Resultados

Mesmo partindo da idéia que a cartografia é um método que visa o acompanhamento de um processo de produção, e não a representação de um objeto (Deleuze e Guattari, 1995), arrisca-se estabelecer pistas através de os ruídos indicadores de situações-problema nas tecnologias leve-dura e leve. Ou seja, identificação de problemas referentes às situações próprias da prática assistencial hospitalar, especialmente às relacionadas ou interfaceadas com a Enfermagem.

Nesse sentido, o processo de trabalho quando direcionado para compreensão da situação-problema, tem como “objetivo principal” estimular o julgamento crítico do profissional e não dar ênfase ao estudo das doenças com enfoque biomédico.

Centrar-se nesta perspectiva equivale tomar por base a condição de situar ou de localizar o cliente em “determinada realidade espacial, temporal, contingencial” a partir da qual se define a sua posição ou seu estado de ser. (QUELUCI, 2009, p. 13 e 18)

Com base nessas considerações, os ruídos identificados no fluxograma construído indicam que há problemas de tecnologias de procedimentos e rotinas aliados a desvios de rotas da função das enfermeiras e demais profissionais de saúde e administrativos.

Nas situações-problema descritas, as atitudes e condutas parecem não estar pautadas às normas de serviço, às rotinas instituídas e aos instrumentos legais que regulam as ações de cada profissional. Neste último, cabe a ressalva para a Enfermagem no que concerne sua Lei do Exercício que dispõe e requer sobre a prática de cuidar dos clientes.

A realidade aqui apresentada como concreta a partir de os dados empíricos coletados, surgiu por ruídos gerados nos (des) cuidados ofertados em contraponto às premissas básicas essenciais à qualidade no gerenciamento de casos, apontadas por Channes (2009, p. 69), como foco no cliente em que suas necessidades e expectativas determinam o que deverá ser feito e em que proporção; orientação por resultados, buscando cumprir metas previamente definidas; promoção de assistência sistematizada; e minimização da fragmentação e de ocorrências de lacunas durante o processo assistencial; entre outras.

Assim, parece que os atos e as ações desenvolvidas pelos profissionais demonstram atributos de uma prática de cuidar em saúde bastante precária com alterações das seqüências lógicas das etapas processuais ou assunção de caminhos desordenados, descontrolados e desfocados do saber e do fazer específicos de cada exercente lotado no CC e nos demais setores institucionais.

Debruçar-se sobre o processo de trabalho dos profissionais do CC, mapeando seus atos e ações, permite sinalizar que:

- 1- Os ruídos interunidades referem-se a problemas nas relações entre o CC, a Unidade de internação para a especialidade médica de Ortopedia, o Laboratório, e as especialidades médicas que foram demandadas à emissão de pareceres.
- 2- Os ruídos intra-equipes referentes à inadequada articulação e integração entre os profissionais que cuidam/ assistem e à fragilidade do vínculo com o cliente.

Quanto aos ruídos, a situação de maior freqüência relacionou-se à comunicação escrita intra e interunidades e à comunicação oral interequipes que geram tensões e prejuízos nas relações entre os profissionais; nos espaços das tecnologias leves (acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização); e na memória escrita, cujas

informações inexistentes não podem ser tomadas como objeto de avaliação em um processo de gestão para acompanhamento de indicadores de qualidade e de custo benefício ou em um processo de cuidar documentando a terapêutica implementada para o cliente que possibilita o gerenciamento de casos e a efetiva sistematização do cuidado de enfermagem de forma individualizada.

Como afirma Munck [et al] (2005, p.104), o prontuário é um documento legal com informações referentes à história médico-social do cliente, à sua enfermidade ou problema e ao seu tratamento. Os registros devem evidenciar as alterações e demonstram a evolução do cliente durante todo o período de atendimento.

Desse modo, os registros funcionam como meio de comunicação para o conjunto de profissionais, visando recuperação do cliente; como modo de pesquisa e fonte para os dados estatísticos de incidência e prevalência, de morbidade e mortalidade, possibilitando comparações de condutas terapêuticas e da eficiência profissional; além de ser um importante instrumento de defesa para o cliente, em caso de prejuízos ou reivindicação perante os profissionais, a unidade de saúde ou o poder público. (op. cit., p. 106-7)

Compreende-se, portanto, que a qualidade dos registros nos prontuários e em banco de dados da instituição é reflexo da qualidade do cuidado ofertado, em especial o de Enfermagem. No caso deste estudo, ausência de registros em evoluções e prescrições médicas e de Enfermagem é bastante preocupante por possibilitar riscos ao cliente em ações de cuidar arriscadas, deixando-se de controlar os gastos desnecessários com insumos e aparatos tecnológicos; de otimizar o tempo de atendimento e de internação; de acompanhar a terapêutica medicamentosa, principalmente de antibióticos causadores de danos e eventos adversos (surdez, cegueira,

alergias e insuficiência renal) como os que eram administrados neste cliente.

Adicionalmente, há visibilidade do saber-fazer específico de Enfermagem quando se documenta os cuidados subjetivos prestados, entendidos como os momentos de escuta, de conversa(ção), de orientação entre a enfermeira e o cliente-família (Roque et al, 2007). Iluminar o cuidado inerente à Enfermagem por meio de uma memória escrita é criar possibilidades de dar cientificidade à profissão.

Encontro apoio em Carvalho (2009 p. 643), quando discursa sobre os ensinamentos e escritos de Florence Nightingale, para as enfermeiras hospitalares, que:

*“ o cuidado dos clientes computado como do dever das enfermeiras hospitalares, -a responsabilidade pela ambiência, pelas condições de trabalho e tudo o mais que concerne aos “ mecanismos e prevenção da falha humana no trabalho hospitalar”- pode-se facilmente reconhecer que a enfermagem hospitalar esteja ( talvez) precisando ser seriamente pesquisada e, com isso, que seja devidamente reconsiderada.”*

Encontrar tantas falhas no registro de enfermagem, como o não registro de procedimentos sobre hemotransfusões, ausência de registros de enfermeiras durante 107 dias iniciais de internação e até mesmo a ausência de qualquer registro de enfermagem por dias na assistência, nos provoca questões como: será que esta equipe desconhece a importância de documentar a assistência? Está havendo algum problema de quantitativo de pessoal que impeça que este registro seja feito? Falta supervisão das atividades realizadas pela equipe? Será necessário algum programa de treinamento ou de educação continuada? Ou ainda será essa ausência de “palavra” algum sinal ou provocação?

Não consideramos, à princípio, como “desculpa” plausível o desconhecimento de que se deva registrar sinais vitais ou condições do cliente. Orlandi (2007, p. 37) aponta que “*para nosso contexto histórico social, um homem em silêncio é um homem sem sentido*”. Assim entendemos que o silêncio, ou a ausência do registro no prontuário, pode ter valor de palavra, ter um significado que ainda não se consegue decodificar para este estudo, uma vez que não é um objetivo proposto.

Roque [et al] (2007, p. 403), baseadas em Orlandi (op cit), alertam que o registro pode ser silenciador quanto ao que se escreve, “*muitas vezes se escreve para não se afirmar certas coisas e para não se dizer outras palavras*”. A palavra silenciadora impede a discussão e a discordância e, conseqüentemente, as reflexões do saber-fazer de enfermagem.

Se assim a enfermagem se apresenta, deixa de cumprir também com os preceitos éticos e legais da profissão fixados pelos órgãos reguladores e fiscalizadores como o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que tanto no Código de Ética, capítulo I, artigo 25 estabelece como responsabilidade e dever do enfermeiro, o registro no prontuário do paciente das informações inerentes e indispensáveis ao processo de cuidar; como na Resolução COFEN 272/2002, no artigo 1º, decide que ao enfermeiro incumbe privativamente, dentre outras, a evolução de enfermagem, definida como o registro feito pelo Enfermeiro após a avaliação do estado geral do paciente, devendo constar nesse registro os novos problemas identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes.

Todavia, os registros da enfermeira não foram objetivados/concretizados segundo um método aplicável à sistemática do

trabalho profissional, em especial à sistematização do cuidado de enfermagem, no tocante ao diagnóstico, à intervenção e à avaliação do cliente e do ambiente.

Esse modo de gerenciamento influencia de alguma maneira a totalidade do cuidado de enfermagem e do processo de trabalho em saúde. Para Paim (1977, p. 116-117)

*“A prática profissional do enfermeiro precisa ser redefinida aos aspectos próprios do cuidado direto ao paciente, mormente, porque são esses aspectos, o foco central da formação profissional do enfermeiro. Essa prática, obviamente, tem revelado quão indispensável é a consideração de um método objetivo, aplicável à sistemática de trabalho profissional, capaz de medir – quantitativamente e qualitativamente- as ações do enfermeiro, e que possa também, conduzir à avaliação da assistência de enfermagem, compreendida em dois de seus aspectos principais: o administrativo (ligado ao subsistema de cuidados e tratamento) e o específico (cuidados e atendimentos do paciente e de suas necessidades pessoais).”*

Nesse sentido, não atentar para o registro das ações de cuidar ofertadas- a evolução sobre as condições do cliente ou das ações a serem implementadas – a prescrição de Enfermagem ou a prescrição Médica, configura-se como um processo de trabalho fora dos padrões de regulação e de ações estratégicas ineficientes para mobilizar os saberes teórico-práticos de cada profissão.

Mobilizar o saber profissional inclui saber tomar decisões apropriadas para a solução de problemas ou, até mesmo, para identificação de ruídos, além de exigir a compreensão da situação como um todo e, por conseguinte, as partes em um momento específico do processo de trabalho.

Compreender as situações do todo para as partes requer reconhecer que o trabalho em saúde se dá em momentos interseções ou de encontros para satisfazer as necessidades dos clientes, profissionais e instituição, produzindo bens impalpáveis e de consumo imediato – o cuidado em saúde. Para tal, deve-se ter noções de política entendida como a forma com que cada pessoa envolvida age, toma decisões, se posiciona e reage no processo de trabalho. Ou seja, a forma como ela estabelece e participa de uma micropolítica do trabalho em saúde independente do cenário de cuidar em que ela e sua clientela se encontram. (MERHY, 2007)

Crê-se que os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, mediante o sentido e significado do trabalho construído em sua vida, através dessa micropolítica. Para tanto, devem somar suas “caixas de ferramentas” em torno do cliente e em busca da satisfação de suas necessidades e desejos.

Entretanto, Jorge (2002, p. 53) alerta que o hospital pode ser identificado como uma organização moderna de disciplina e regulação da sociedade, que através da vigilância e disciplina regulam a ordem e moldam as pessoas à conformidade. Assim os membros dos diferentes grupos que dele fazem parte estabelecem negociações entre si, talvez na tentativa de se esquivar ou conviver melhor com a gestão e a política fortemente amarrada aos interesses médicos.

Percebe-se neste estudo que a política institucional é médico-centrada e procedimento-centrada, partindo daí as ações dos demais profissionais. Caracteriza-se, portanto, em processo de trabalho fragmentado e individual, no qual vários profissionais cumprem suas tarefas sem conversar, sem que suas atividades sejam complementares e interdependentes. Um trabalho coletivo no sentido de que vários



profissionais atuam, mas não se agregam, não se interrelacionam e, não constroem juntos a assistência.

*“...podemos dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro da óptica hegemônica do modelo biomédico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. [...] podemos também afirmar que neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante...” (MERHY, 2007b p. 125)*

O caso estudado demonstra um cliente fragmentado, visto apenas como um membro inferior fraturado, muitas vezes abandonado, sem voz como quando referia pruridos e alergias, sem ter suas necessidades satisfeitas enquanto sujeito e participante de seu cuidado. Em nenhum momento encontramos relatos claros ou mesmo nas entrelinhas que nos fizessem supor a apreensão de aspectos subjetivos dos cuidados dispensados a ele.

A fragmentação das ações de cuidar gerou sérios riscos à segurança do cliente como, por exemplo, a possibilidade de eventos adversos relacionados à medicação quando houve a administração de Dipirona mesmo tendo o cliente relatado ser alérgico a essa droga, de Garamicina por 71 dias e de Metronidazol por 83 dias. Caberia um estudo específico que identificasse a ocorrência de danos ao cliente gerado por erros do sistema de medicação, haja vista os diversos riscos vinculados às categorias Registro, Processos de Cuidar (terapêutica) e Rede de contratualidade (insumos e relacionamento profissional) apresentados no Quadro II como: suspensões de antibióticos durante o período determinado, prescrições com horários checados identificando a inexistência de medicação na instituição,

prescrições elaboradas para vários dias, desconsideração de problemas relatados por outra equipe.

Reduzir riscos na assistência requer a preocupação com a segurança da clientela, cujos atos e ações da enfermeira estejam fundamentados sob o princípio da qualidade do cuidado de enfermagem. Essa qualidade deve ser auferida por indicadores que permitam avaliar o cuidado ofertado e aperfeiçoar a prática profissional. Dib; Silva; Iwamoto (2008, p.265-276) citam onze indicadores básicos para um cliente no CC: de lesão por laser, de lesão por eletricidade, de lesão por radiação, de lesão por corpos estranhos, de manutenção para normotermia, de lesão por posicionamento cirúrgico, de lesão química, de quedas nas transferências, problemas relacionados aos medicamentos, de preenchimento adequado do prontuário intraoperatório, e de dor.

Realidades como esta já despertam atenção de estudiosos (Campos 1987 e 1992; Cecílio, 1997 e Merhy, 2002 e 2007) no sentido de discutir e buscar soluções para construção de modelos de atenção de saúde e de gestão organizacional do trabalho, mostrando que:

*“devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e os usuários, nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas.”(MERHY, 2007b p. 39)*

Esse modelo centrado no profissional e no procedimento interfere de maneira decisiva no cuidado, em como as atividades são organizadas e realizadas, e como o cliente é visto pela equipe. Denota assim, uma questão

de poder no qual os profissionais tudo sabem e podem e os clientes apenas esperam e recebem cuidados de saúde, mas não são considerados em suas potencialidades e subjetividades. Foucault (1995) diz que a compreensão do poder está em sua materialidade e funcionamento cotidiano de suas micropráticas.

Entendendo processo de cuidar (Waldow, 1998, p. 149) como o *desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimentos científicos, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas para e com o paciente/ cliente/ ser cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas*, muito preocupa que o cliente apresente febre por dias seguidos, relate pruridos e alergias, use antibióticos por longos períodos, aguarde por horas na porta do CC sem a definição da cirurgia, tenha os procedimentos agendados suspensos com ou sem motivos registrados por dez vezes durante a internação.

O mais preocupante é que essas situações-problema parecem ser consideradas normais ou de rotina pela equipe de saúde, em que cada um faz apenas aquilo que pensa ser sua atribuição para um dado momento, impossibilitando o trabalho coletivo em saúde.

Essas tensões na gestão do cuidado não tornam as equipes vilãs, em especial as enfermeiras e seus auxiliares, cujas evoluções registram os seus procedimentos realizados ainda que sob enfoque biomédico tais como “realizado banho no leito”, “administrado medicações prescritas” e “aceitando dieta oferecida”. Waldow (1998, p. 138) afirma que *“muitas vezes cuidadoras falharão no cuidado, mesmo havendo boas intenções. Parece que o cuidado no seu sentido ideal não se processa [...] o cuidado não ocorre mas as intervenções de enfermagem são realizadas*.

De algum modo, esse processo de cuidado sinalizado por Waldow parece ter ocorrido quando o cliente permaneceu mais tempo do que o necessário na RPA, implicando em diminuição da rotatividade de leito e demandando maior atenção e carga de trabalho para a Enfermagem. Uma vez em condição de alta, os clientes ficam ansiosos pois querem trocar informações com familiares, têm fome, se sentem amedrontados compartilhando e presenciando ainda as situações mais graves dos demais clientes. A alta da RPA em tempo hábil possibilita também a qualidade da assistência prestada aos clientes neste setor, uma vez que a capacidade operacional é de oito leitos neste ambiente. Admitir o nono cliente é assumir riscos para ele e para nós, pois será admitido em maca, e não haverá equipamentos de monitorização e suporte de oxigênio para atendê-lo, com dignidade e ética.

Além disso, a falta de leitos nas enfermarias requer das enfermeiras do CC conhecer bem a estrutura e a dinâmica hospitalar, manter relacionamento interpessoal agradável com as equipes das enfermarias fazendo uma “política de boa vizinhança”, demonstrando necessidade de articulação com os colegas de outros setores na resolução de problemas comuns, como quando “barganham” o leito em troca de roupas de cama ou de algum material de consumo.

Quanto às questões de insumos e carências de materiais, Lunardi Filho (2000) alerta que “*em instituições de saúde em que predominam carências de recursos humanos e materiais além de precárias condições organizacionais*”, as enfermeiras envolvem-se na organização do ambiente e na busca de providências que assegurem condições mínimas para que a equipe de enfermagem e outros profissionais desempenhem suas funções.

Entretanto, Lunardi [et al] (2000) referem que em muitos casos o déficit de materiais nas unidades acarreta o desenvolvimento da criatividade como alternativa. Porém, esta se limita à *“situações de economia de material onde a “criatividade” confere à enfermeira a capacidade de associar idéias que estimulam seu ajuste ao ambiente.”*

Cabe destaque, também, para a perspicácia das enfermeiras na resolução de problemas identificados no mapa cirúrgico, de forma que os atos cirúrgicos, agendados sequencialmente em uma mesma sala e, devido ao horário, em risco de não acontecer, se efetivem. Para tal, elas antecipam cirurgias, mobilizando o grupo de auxiliares, técnicos e anestesistas ao atendimento ao cliente. Mesmo que de forma tímida, há tentativas de autonomia e de negociação para a pactuação dos papéis dos profissionais.

Parecem pequenos atos/ações de pouco valor. Mas se constituem como a preocupação da enfermeira do CC com a dimensão cuidadora, evitando a suspensão de atos em saúde - a cirurgia, a inutilização do processo organizativo que dispôs os aparatos tecnológicos duros e leve-duros, e os desgastes físico-emocionais dos clientes.

Isso porque a organização das atividades diárias no CC para as enfermeiras se inicia, com a observação do mapa cirúrgico. Através dele ela começa a pensar a distribuição de tarefas na equipe, o provimento de materiais, insumos e equipamentos e a organização deste espaço para melhor atender a seus clientes e às equipes cirúrgicas.

Entretanto, o próprio planejamento do mapa exige que, se considere alguns aspectos e que se detenham conhecimentos específicos para sua formulação. Uma vez providenciado estrutura física adequada, e suprimento de equipamentos, instrumentais e roupas, deve-se considerar a classificação de cirurgias pelo potencial de contaminação e, assim

cirurgias limpas serão realizadas antes de cirurgias contaminadas. Pode-se adotar também a classificação de cirurgias por porte cirúrgico<sup>8</sup> considerando tempo e mobilização de recursos necessários para realizá-las utilizando esta classificação inclusive para dimensionar o quantitativo da equipe de enfermagem no setor. (POSSARI, 2004)

Entende-se que, cabe reconhecer e considerar o tempo necessário para cada procedimento cirúrgico e suas intercorrências, de modo que o mapa estipulado a cada dia seja realmente possível. Intercorrências essas que podem ser anestésicas, dificuldades de posicionamento cirúrgico, complicações clínicas ou intra-operatórias levando a alterações de técnica, abortamento do procedimento, aumento do tempo cirúrgico dentre outras situações.

Para a enfermeira esse gerenciamento demanda, ainda, considerar o tempo necessário para cada atividade realizada pela equipe, como o preparo das atividades do dia (checagem do ambiente, conferência e pedidos de material, testagem de equipamentos, escala diária de atividades da equipe), montagem e desmontagem de sala, tempo para cada técnica anestésica, tempo de cirurgia, tempo para saída de sala do paciente, limpeza concorrente entre procedimentos, dentre outros.

Todavia, Hesbeen (1994) alerta que a força e a fraqueza da enfermagem como profissão está centrada na possibilidade de atuação mais próxima ao cliente, pois quando todos os recursos dos outros profissionais de cuidado atingem seu limite, à enfermagem ainda cabe fazer mais alguma coisa. E que talvez por essas “*pequenas coisas*” não serem palpáveis, mensuráveis ainda e “*sim marcadas pela sutileza, pela espontaneidade e*

---

<sup>8</sup> Possari (2004) classifica as cirurgias por : Porte I( cirurgias com tempo de duração de até 02 horas), Porte II ( cirurgias com tempo de duração de 2 a 4 horas), Porte III (cirurgias com tempo de duração acima de 4 até 6 horas) e Porte IV ( Cirurgias com tempo de duração acima de 6 horas).

*pela intuição”, venha ser “difícil reconhecimento num universo biomedicalizado, técnico-científico”.*

Mesmo nesse movimento de solução como o adiantar de sala cirúrgica ou mesmo o registro de que não foi realizado o curativo por falta de material, a enfermeira estabelece outro ponto de conexão, como uma regra instituinte na rede de relações ainda frágil, pois resolve a questão de forma pontual, trazendo pouca colaboração ao processo de trabalho e à implementação de um cuidado em saúde efetivo e eficiente.

Cabe a metáfora do bombeiro, na qual a enfermeira é o bombeiro que apaga o fogo sem atacar o foco do incêndio, num trabalho árduo e cansativo, pouco resolutivo, uma vez que o fogo ganhará outros espaços e sujeitos. Atacar o foco do incêndio requer entender a causa geradora de ruídos, estabelecendo metas e estratégias de “ataque”, ação. Ou seja, urge tornar familiar os problemas e suas causas que são estranhos ao olhar dos profissionais no cotidiano do processo de trabalho.

Pensa-se então, que cabe às enfermeiras o entendimento de que todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha *“é sempre um operador de cuidado e como tal deveria ter a capacidade de atuar no terreno das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, vínculo e responsabilização.”* E desse modo atuar de *“maneira “duo”*, por travar relações interseçoras com os usuários e, como um gerente do cuidar através a administração de toda uma rede necessária para a realização do projeto terapêutico.” (MERHY, 2007b p. 129-130)

## CAPÍTULO VI

### 6 – Considerações Finais

Descrever o processo de trabalho em saúde no CC possibilitou a identificação, análise e discussão da rede de relações estabelecidas entre os profissionais lotados nesse serviço e nos demais serviços que cumprem as atividades-meio e as atividades-fim da instituição-cenário desta investigação. Outro objetivo contemplado foi a análise e discussão dos ruídos interferentes no processo de trabalho do CC, em especial o vivido pelas enfermeiras.

Apesar de o uso do fluxograma analisador ter exigido tempo, paciência e dedicação para a coleta dos dados, é importante ratificar o quanto foi fundamental para a organização desses dados e a identificação dos ruídos e da rede de relações intra e extra unidades. Essa ferramenta possibilitou a discriminação dos eventos e desfecho, demonstrando o movimento do cliente e dos profissionais no processo de trabalho.

O desfecho de alta do cliente com seu membro inferior esquerdo amputado é lamentável, indigno e preocupante. Todavia, esperado conforme os ruídos eram analisados.

Infelizmente, este estudo aponta para um processo de trabalho com ações muito instrumentais e pouco substanciadas em um saber-fazer que direcione os profissionais à assunção de acolhimento e responsabilização necessários à clientela, ao mesmo tempo em que os possibilite usufruir da autonomia específica de cada profissão e de cada sujeito que se encontre em um determinado processo de saúde-doença.



Talvez esse comportamento de não se comprometer com a autêntica responsabilização no “processo de reabilitação do outro” oculte ou bloqueie os espaços possíveis para a criatividade e a autonomia dos profissionais do CC e dos clientes institucionais (indivíduo e coletivo).

A partir da discussão, ousa-se afirmar que esses dois aspectos – criatividade e autonomização existem de forma frágil e tênue em atos individuais, sem proporcionar o necessário pacto de um projeto coletivo intra e extra unidade, cujas relações estabelecidas direcionam para cuidados em saúde qualificadores, que considerem os clientes como sujeitos à dignidade humana e respeito ao atendimento de suas situações e necessidades de saúde.

Infelizmente, não encontrou-se um processo de trabalho baseado em uma sistematização, com a ordenação das etapas de um método científico e gerencial no que concerne ao diagnóstico situacional (cliente/ serviço), intervenção de enfermagem (cuidado/ administração) e avaliação contínua das ações implantadas. Há apenas adoção de uma sistemática aplicada, individualmente, com base no conhecimento tácito provindo da experiência para resolver situações-problema esperadas, ficando as situações-problema inesperadas abarcadas com atos e ações nem sempre os mais indicados e mais resolutivos para o que se apresenta naquele dado momento/ instante.

Pulsou, após análise das categorias dos ruídos, as questões envolvendo a ausência e a precariedade dos registros que documentam a assistência ao cliente, por meio de o prontuário. Pode-se dizer que esta situação representou/ colaborou na dificuldade de se apreender esse processo de trabalho.

Essas ausências apontam comprometimento das questões de continuidade da assistência, de troca de informações na equipe interdisciplinar, na falta de dados que complementassem esta e futuras

investigações, na formulação de novos elementos para gestão da unidade e da instituição e na memória escrita das profissões.

Destarte, entendemos que iluminar o cuidado de Enfermagem através da memória escrita é além de tudo, dar visibilidade para um trabalho realizado que não pode ser percebido/ visto pelos demais profissionais e/ ou familiares uma vez que está impregnado de uma arte instantânea.

Entretanto não devemos pensar o erro/ falha sob a exigência de punição, mas como uma falha no processo, um “ruído” que através de “ferramentas de análise”, como neste estudo, nos permita conhecer essa realidade e repensar as atividades e relações de trabalho privilegiando a responsabilidade e o comprometimento com o outro.

Dessa forma aspectos éticos envolvendo tomada de decisão diária e mesmo para pequenas coisas/atos do dia-a-dia não pode responder apenas sobre as questões objetivas, informativas e organizacionais. Devem também considerar valores subjetivos dependentes do processo de formação de valor sobre as coisas que cada pessoa constrói ao longo da vida. Assim devemos buscar uma ética mínima vinculadora que, seja reconhecida pelos sujeitos para que as ações humanas possam ser avaliadas e, no caso da assistência à saúde poder avaliar o trabalho, para além dos termos produtivistas. Mas porque as enfermeiras não adotam um *modus operandi* no processo de trabalho em saúde diferente desse aqui apresentado?

As enfermeiras quando gerenciam/ coordenam as atividades no CC seguem na maioria das vezes presas às questões de prever e prover materiais e equipamentos, e a coordenação da equipe, com poder de decisão e autonomia, ainda restrito. O que talvez não entendam é que o poder e a criatividade delas estão nas entrelinhas, não na decisão do que

fazer, mas no como, a que tempo, em que seqüência. Certamente aqui se colocam todos os espaços de criação das enfermeiras.

Entendemos, entretanto, que não podemos julgar um “corpo” – da enfermeira/ da enfermagem, que sente simpatia ou antipatia, que sente e sofre, age e reage, que é afeto e desafeto, e que tudo isso pode ser desencadeado numa prática difícil, com dimensões objetivas e subjetivas, nem sempre fácil de serem entendidas, muitas vezes sem condições e com interações adversas - como a retratada neste estudo.

Dessa forma, o desvelar dos ruídos existentes no processo de trabalho das enfermeiras, talvez tenha como maior propósito instrumentalizá-las, talvez sensibilizá-las através deste foco ampliado de sua realidade, de modo a perceberem que podem modificar essas situações se em conjunto colocarem os problemas em discussão, buscando soluções coletivas, saindo das queixas e incômodos para o enfrentamento dos problemas e, vinculadas com seus clientes.

Apesar de tudo, esta investigação faz pensar que a existência de alguns protagonistas pró-ativos na equipe de enfermagem torna possível a melhoria das condições de saúde, e evitariam desfechos indesejáveis e proibitivos por causarem danos ao cliente, aos profissionais e à instituição.

As equipes precisam de espaços de discussão sem a predominância de saber e de poder para que as interlocuções cessem os desencontros e os seus modos negativos de se estabelecer.

## CAPÍTULO VII

### 7 -Referências

AVELAR, M.C.Q.; BIANCHI, E.R.F. Atuação do Enfermeiro de CC. In: CARVALHO, R; BIANCHI, E R F. (orgs.) **Enfermagem em Centro Cirúrgico e Recuperação**. Barueri, SP: Ed. Manole, 2007 (Série Enfermagem).

BIANCHI, E.R.F., LEITE, R.C.B.O.; O Enfermeiro de Centro Cirúrgico e suas perspectivas futuras - uma reflexão. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.11, n. 01, p.24-27, jan-mar., 2006.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC n. 50 de 21 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br> Acesso em 09.01.2009.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução 272- 2002**. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br-2007> Acesso em 15.02.2010.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução COFEN 311- 2007- Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Disponível em: <http://portalcofen.gov.br-2007> Acesso em 15.02.2010.

BOFF, L.- **A águia e a galinha** - uma metáfora da condição humana. 47ª edição, Petrópolis, RJ. Ed. Vozes, 2009.

CAMPOS, G.W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas – o caso da saúde. In: Merhy, EE; Campos, GW de S; Cecílio, LC de O. **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, V.- Da Enfermagem Hospitalar – um ponto de vista. **Escola Anna Nery. Rev. Enfermagem**. 2009 – jul/set; 13 (3) 640-44. [versão on –line] Acesso: 30.09.2009.

CHANNES, M.- Qualidade Assistencial na Enfermagem. In: MALAGUTTI, W.; CAETANO, K. C.- **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009. p. 61-74.

CRUZ, E.A. da; SOARES, E. - A tecnologia em Centro cirúrgico e o processo de trabalho do enfermeiro. **Esc. Anna Nery, Rev. Enferm**. Abril; 8(1): 10-15, 2004, RJ.

CUNHA, I.C.K.O.; XIMENES NETO, F.R.G.- Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio. **Texto e Contexto- Enferm.**, v. 15, nº 03, Florianópolis, jul/set., 2006.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F.- **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. V. 1. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DIB, M.F.F.; SILVA, A.F.; IWAMOTO, V.E. Indicadores em Centro Cirúrgico. In: LEÃO, E.R. [et al] (orgs.). **Qualidade em Saúde e Indicadores como Ferramenta de Gestão**. São Caetano do Sul, 2008.

ENRIQUEZ, E.- **A organização em análise**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FRANCO, T.B.- Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FRANCO, TB; MERHY, EE – **Mapas Analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. UFRJ. Set.-2007. Disponível em: [www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy](http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy) Acesso em 27.08.08.

FRANCO, T.B.; MERHY, E. E.- O uso de ferramentas analisadoras para apoio do planejamento dos Serviços de Saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2005.

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E.- O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.15, nº 02, Rio de Janeiro. Abr/ jun, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 15.05.2010.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.) **Gerenciamento de Enfermagem**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2005. p. 1- 12.

FIGUEIREDO, N.M.A. de; COSTA, E.M.; SHIRATORI, K. O Trabalho no Centro Cirúrgico. In: Figueiredo, NMA de; Leite, JL; Machado, WCA. **Centro cirúrgico: atuação, intervenção e cuidados de enfermagem**. São Caetano do Sul: São Paulo, Yendis, 2006. p. 77-93.

FOUCAULT, M.- **Microfísica do Poder**. 10ª reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

GOMES, M.C.P.A., PINHEIRO, R.- Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes Centros Urbanos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. V. 09, nº 17, Botucatu, SP. Março/agosto, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 15.05.2010.

GUIDO, LA, et al.; Competências do Enfermeiro em Centro Cirúrgico: reflexões sobre ensino, assistência. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.13, n. 01, p.16-23, jan.-mar.,2008.

HESBEEN, W.- **Cuidar no Hospital: enquadrar cuidados de Enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Paris; Lamerre, 1996. 201p.

JORGE, A O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. Tese Doutorado- Unicamp-2002. Disponível em:<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy> Acesso em 22.06.09.

LEOPARDI, M.T. Introdução. In: Leopardi, MT (Org). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 9-22.

\_\_\_\_\_. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 71-81.

LOURAU, R.- **A análise institucional**. 2ª edição, Petrópolis: Vozes, 1996.

LUNARDI, V.L. Problemas no cotidiano do trabalho e suas relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v.21, nº 02, p. 125-140, jul. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 07.05.2010.

LUNARDI FILHO, W.D. **O Mito da Subalternidade do Trabalho da Enfermagem à Medicina**. Pelotas: Editora Universitária, 2000. 206 p.

MACHADO, D. A. **Registros de Enfermagem: a mensagem sobre o cuidado contida na linguagem escrita, 2010**. [dissertação] Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro- UNIRIO, Rio de Janeiro, 2010.

MALTA, DC; MERHY, EE – A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos, **REME- Rev. Min. Enf.**,7 (1): 61-66, jan.-jul., 2003.

MARCUS,MT; LIEHR,PR. Abordagens de Pesquisa Qualitativa. In: LOBIONDO-WOOD, G; HARBER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p.122-135.

MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2001.

MERHY,E.E. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY,E.E; ONOCKO,R.(org.) **Agir em saúde- um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 2007. p.71-112. (a)

MERHY, E.E.- **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2007. (b)

MERHY, E.E.- **Como fatiar um usuário: ATO médico + ATO enfermagem + ATOx+...+ATOy**. (sem ano). Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy> . Acesso em 22.06.09

MERHY, ET AL. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY,E.E; ONOCKO, R.(org.) **Agir em saúde - um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec, 2007.

MERHY, E.E; FRANCO, T.B.- **Trabalho em Saúde**. Texto produzido para EPJV-FIOCRUZ, Nov. 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy> Acesso em 22.06.09.

MERHY, E.E., FRANCO, T.B., MAGALHÃES JR, H.M.- **Integralidade e transversalidade das necessidades de saúde nas linhas de cuidado:** movimentos moleculares na micropolítica do trabalho em saúde. (sem ano). Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy> Acesso em 22.06.09

MUNCK, S. ET AL- O prontuário do Paciente. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (org.). **Textos de Apoio em Registros de Saúde**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1999.

NIGHTINGALE, F.- **Notas Sobre Enfermagem. O que é e o que não é**. São Paulo: Cortez/ Ribeirão Preto: ABEn- CEPEn, 1989.

ORLANDI, E.P.- **As formas do Silêncio. No movimento dos sentidos**. 5ª. Ed. São Paulo: Editora da UNICAMP, 2002.

PAIM, L.- **Quantitativos e Qualitativos do Cuidado de Enfermagem**. Tese de Livre Docência, EEAN, 1995.

PERES, AM; CIAMPONE, MHT – Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto e Contexto- Enferm.**, v.15 n° 03, Florianópolis, jul-set, 2006.

PIRES, D.- A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: Leopardi, MT (Org). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 25-48.

POSSARI, JF. **Centro Cirúrgico: Planejamento, organização e gestão**. São Paulo, Iátria, 2004.

QUELUCI, G. de C.- **Situações-problema de clientes hospitalizados: um estudo baseado em graus de complexidade na prática da Enfermagem**. 2009 Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro -UFRJ, Rio de Janeiro, 2009.

RAMOS, FRS. Quem produz e a quem o trabalho produz. In: Leopardi, MT (Org). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. p. 105-20.

RODRIGUES, RAP, SOUZA, FAEF; O trabalho da enfermagem em Centro Cirúrgico-análise de depoimentos. **Rev. Latino-am. De Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 02 n. 01, p. 21-34, julho, 1993.

ROQUE, K E; MELO, E C P; TONINI, T. Pós- operatório de transplante renal: avaliando o cuidado e o registro do cuidado de Enfermagem. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, 2007. Set; 11 (3): 409-16.

SILVA, ICM da, FIGUEIREDO, NMA de; Questões (CAMA) e Desafios (MESA) na Administração dos Serviços de Enfermagem: de uma prática DOMÉSTICA para uma prática CIENTÍFICA- ensino e prática de CUIDAR. **Rev. Alternativa de Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 1 n. 14, p. 4-14, 1998.

SILVA JUNIOR, AG da; MASCARENHAS, MTM. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a ótica da Integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (orgs). **Cuidado** - as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 241-57.

SOBECC, Sociedade Brasileira de Enfermeiros em CC, RPA e CME- **Práticas Recomendadas da SOBECC**, 5ª ed. São Paulo: SOBECC, 2009.

TONINI, T. **Enfermeira Instituída/ Instituinte**: a subjetividade das estratégias de cuidar, 2006. Tese (Doutorado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ. Rio de Janeiro(2006).

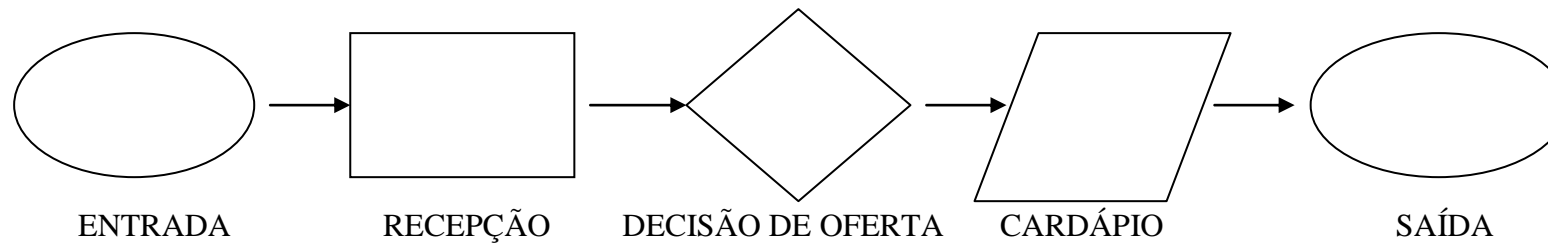
WALDOW, V R. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.





## APÊNDICE I

## REPRESENTAÇÃO DO FLUXOGRAMA ANALISADOR (MERHY; ONOCKO,2007)



\*ELIPSE- Representa a entrada e a saída de uma unidade de produção de cuidado em saúde.

\*RETÂNGULO- Usado para representar as etapas mais importantes do processo produtivo, a produção de insumos, e o consumo de recursos e procedimentos.

\*LOSANGO- Representam momentos de decisão na cadeia de produção.

\*PARALELOGRAMO- Usado para apresentar dados ou informações relevantes para análise do processo produtivo.

\*R ( Ruído)- Serão designados assim, os estranhamentos, elementos destoantes, contraditórios no processo produtivo.

## APÊNDICE II- PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP SMS-RJ



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 154A/2009

Rio de Janeiro, 27 de julho de 2009.


Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

<p><b>Coordenadora:</b> Salésia Felipe de Oliveira</p> <p><b>Vice-Coordenadora:</b> Suzana Alves da Silva</p> <p><b>Membros:</b> Andréa Estevam de Amorim Alice de C. A. Vinhaes Bráulio dos Santos Júnior Carlos Alberto Pereira de Oliveira Elisete Casotti José M. Salame Jucema Fabrício Vieira Márcia Constância P. A. Gomes Maria Alice Gunzburger Mônica Amorim de Oliveira Nara Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chrispim Rafael Aron Abitbol Rondineli Mendes da Silva Sandra Regina Víctor</p> <p><b>Secretárias Executivas:</b> Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p><b>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 126/09</b> <b>CAAE: 0144.314.000-09</b></p> <p><b>TÍTULO:</b> Um olhar sobre o processo de trabalho das enfermeiras no centro cirúrgico.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Ádane Domingues Viana.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> Hospital Municipal Souza Aguiar.</p> <p><b>DATA DA APRECIÇÃO:</b> 27/07/2009.</p> <p><b>PARECER:</b> APROVADO.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMSDC deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

  
**Salésia Felipe de Oliveira**  
 Coordenadora  
 Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
 Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
 CEP: 20211-901  
 E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº: 00010761  
 IRB nº: 00005577