

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA CENTRAL DE MATERIAL E
ESTERILIZAÇÃO: uma perspectiva tecnológica aos instrumentos**

Curitiba
2006

SAMANTA ANDRINE MARSCHALL TAUBE

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA CENTRAL DE MATERIAL E
ESTERILIZAÇÃO: uma perspectiva tecnológica aos instrumentos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marineli Joaquim Meier

Curitiba
2006

DEDICATÓRIA

Ao meu marido, por ter compartilhado angústias, preocupações e dúvidas. Por ter me incentivado a percorrer este caminho de estudos e não desistir. Por, incondicionalmente, ter permanecido ao meu lado até o fim é que dedico esta conquista a você.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por ter-me dado o presente de desfrutar do estudo, de conhecer pessoas e fazer amigos, por permitir viver os momentos de aprendizado com saúde, serenidade, persistência e fé.

A MINHA FAMÍLIA, meus pais e irmã, que mesmo distantes se fizeram presentes em telefonemas, com palavras carinhosas de incentivo. Por muitas vezes, terem pronunciado seu orgulho e amor...

AOS MEUS AMIGOS queridos de muitos anos e de todas as horas: Kamila, Oberdan, Dalila e Samuel, obrigada pelos abraços sinceros e telefonemas que me ofereciam apoio e vontade de continuar....

AS AMIZADES que tive a honra e sorte de desfrutar durante este período. Agradeço a aprendizagem que me proporcionam, guardarei em meus pensamentos as conversas na sala de aula e nos corredores, os trabalhos e aprendizados compartilhados e tudo mais....

Em especial, agradeço às minhas amigas de curso: Juliana, Berendina e Rosele, nossa amizade apenas começou. Daqui para frente, contem sempre comigo....

A MINHA QUERIDA ORIENTADORA, para a qual ofereço especiais agradecimentos por seus ensinamentos, competência, paciência, simplicidade e muito, muito mais... Por muitas vezes lhe disse que a tenho como exemplo profissional e de vida. Sentirei saudades!

AS ENFERMEIRAS participantes desse estudo e a enfermeira e amiga Soriane, pela valiosa contribuição como profissionais e companheiras de profissão. Agradeço a presença de todas...

AOS PROFESSORES, que realizaram seu trabalho com competência e profissionalismo. Obrigada pelos ensinamentos proporcionados em nossos encontros. Em especial, à Professora Dr^a Maria Ribeiro Lacerda, que me fez perceber a importância de refletir minha profissão e ter desejo de fazer algo mais...

AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UFPR, na figura da Professora Dr^a Maria de Fátima Mantovani, que competentemente, alicerçou esse momento de desenvolvimento profissional.

AO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFPR, a todos os professores e funcionários, que me receberam de braços abertos.

Finalmente, A TODOS que, de certa forma, contribuíram à efetivação desse estudo.

Hoje me sinto mais forte, mais feliz quem sabe? Eu só levo a certeza do que muito pouco eu sei, e nada sei...

Cada um de nós compõe a sua história, cada ser em si carrega o dom de ser capaz, de ser feliz...

*É preciso amor, para poder pulsar...
É preciso paz, para poder sorrir...
É preciso chuva, para florir...*

Almir Sater

RESUMO

Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo, que teve como objetivo descrever a percepção de enfermeiras acerca dos elementos do seu processo de trabalho na Central de Material e Esterilização. A fim de subsidiar as reflexões foi construído um referencial teórico alicerçado nos temas: processo de trabalho; Central de Material e Esterilização (CME) e tecnologia. A amostra foi composta por quinze enfermeiras que haviam atuado, estavam atuando na CME e docentes da área, com experiência superior a um ano nesta. As enfermeiras pertenciam a instituições de saúde da cidade de Curitiba - PR dentre elas hospitais, clínicas, empresas de esterilização e instituições de ensino superior, que foram selecionados intencionalmente. Para a coleta de dados, utilizou-se a entrevista semi-estruturada (quinze sujeitos) e o grupo focal (sete integrantes). Os dados foram analisados segundo a proposta de Análise de Conteúdo, e resultaram na definição de cinco categorias: caracterização dos objetos de trabalho da enfermeira na CME; instrumentos necessários para o desenvolvimento do trabalho da enfermeira na CME; a enfermeira da CME e a definição da finalidade do seu trabalho; determinantes/condicionantes do processo de trabalho da enfermeira na CME; o processo de trabalho da enfermeira da CME no grupo focal. A partir da análise dos dados, foi possível perceber e refletir os elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME: os objetos são os materiais odonto-médico-hospitalares e a equipe de trabalho; os instrumentos referem-se às tecnologias gerenciais, de cuidado e de ensino e pesquisa; e a finalidade está na qualidade do serviço e da equipe para o cuidado indireto ao paciente. Caracterizam-se como interdependentes e complementares ao processo de trabalho em saúde e influenciados por determinantes/condicionantes do contexto social, histórico, econômico e político. Em seu processo de trabalho, a profissional tem possibilidade de atuar em diferentes dimensões práticas: “gerenciar”, “cuidar”, “ensinar” e “pesquisar” de modo articulado ou não. Indicou-se, ainda, que em sua trajetória profissional, se apropria e recria os elementos do seu processo com vistas a atender particularidades de sua prática e que, por este motivo, as funções que desempenha na CME são peculiares. Os dados também sugerem modificações às funções da enfermeira e a observação da importância de sua exclusividade na coordenação desse setor. Os desafios e contribuições do estudo são pontuados na complexidade do tema e do referencial teórico, e na profundidade da discussão proporcionada pelo grupo focal. Compreende-se que a prática profissional exige da enfermeira um conjunto de conhecimentos empíricos, científicos e tecnológicos para acompanhar as inovações das organizações de saúde que, conseqüentemente, refletem nos seu processo de trabalho e em sua maneira de ser, pensar e agir. A partir da percepção e reflexão dos elementos de seu processo de trabalho, a enfermeira poderá desenvolver ações condizentes às necessidades de seu setor de atuação, qualificar o seu saber-fazer e, assim, proporcionar visibilidade e autonomia ao seu trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho; Enfermagem; Administração de materiais de Hospital/ organização & administração; Tecnologia.

SUMMARY

Descriptive-type qualitative boarding Study, that had as its objective to describe the perception of the nurses concerning the elements of their process of work in the Central office of Material and Sterilization. In order to subsidize the reflections it was constructed a theoretical reference on the subjects: working process; Central office of Material and Sterilization (CME) and technology. The sample was composed of fifteen nurses who had acted, were acting in the CME and professors of the area, with more than one-year experience in that. The nurses belonged to health institutions in the city of Curitiba - PR among which there were hospitals, clinicals, sterilization companies and superior education institutions that had been selected intentionally. For the data collection, it was used the semi-structured interview (fifteen subjects) and the focal group (seven integrant ones). The data had been analyzed according to the Content Analysis Proposal, and resulted in the definition of five categories: CME nurse working objects characterization; necessary instruments for the CME nurse working development; the CME nurse and the definition of the purpose of her work; determinants/ conditioners of the CME nurse working process; CME nurse working process in the focal group. From its analyzes data, it was possible to understand and to reflect about the working process elements of the nurse in the CME: the objects are the odonto-medic-hospital materials and teamwork; the instruments refer to education and research, care and management technologies; and the purpose is in the quality of service and of the team for the patient's indirect care. They are characterized as interdependent and complementary to the health working process and influenced social, historical, economical and political context determinants/conditioners. In her process of work, the professional has the possibility to act in different practical dimensions: "to manage", "to care", "to teach" and "to research" in an articulated way or not. It was indicated, yet, that in her professional trajectory, she appropriates and recreates her process elements with views to take care of the particularities of her practice and that, for this reason, the functions that she plays in the CME are peculiar. The data also suggested modifications on the nurse functions and her exclusive importance observation in the coordination of this sector. The challenges and contributions of the study are cited in the theme complexity and theoretical reference, and in the depth of the discussion proportionated by the focal group. It is understood that the professional practice demands from the nurse a set of empirical, scientific and technological knowledge to follow health organizations innovations that, consequently, are reflected in her working process and in her way of being, thinking and acting. From the perception and reflection of her working process elements, the nurse could develop actions regarding the necessities of her branch of acting, quality her know-how, and therefore, to provide visibility and autonomy for your work.

KEY-WORDS: Work; Nursing; Administration of materials of Hospital organization & administration; Technology.

RESUMÉN

Estudio de abordaje cualitativo del tipo descriptivo, que tuvo como objetivo describir la percepción de enfermeras sobre los elementos de su proceso de trabajo en la Central de Material y Esterilización. A fin de subsidiar las reflexiones fue construido un referencial teórico, basado en los temas: proceso de trabajo; Central de Material y Esterilización (CME) y tecnología. La muestra fue compuesta por quince enfermeras que habían actuado, estaban actuando en la CME y docentes del área con experiencia superior a un año en esta. Las enfermeras pertenecían a instituciones de salud de la ciudad de Curitiba - PR, entre ellas hospitales, clínicas, empresas de esterilización e instituciones de enseñanza superior, que fueron seleccionados intencionalmente. Para la coleta de datos, se utilizó la entrevista semi-estructurada (quince sujetos) y el grupo focal (siete integrantes) Los datos fueron analizados según la propuesta de Análisis de Contenido, y resultaron en la definición de cinco categorías: caracterización de los objetos de trabajo de enfermería en la CME; instrumentos necesarios para el desarrollo del trabajo de enfermería en la CME; la enfermería de la CME y la definición de la finalidad de su trabajo; determinantes / condicionantes del proceso de trabajo de la enfermería de la CME; el proceso de trabajo de la enfermería de la CME en el grupo focal. A partir de la análisis de los datos, fue posible percibir y reflejar los elementos del proceso de trabajo de la enfermería de la CME: los objetos son los materiales odonto-médico-hospitalarios y el equipo de trabajo; los instrumentos se refieren a las tecnologías referenciales de cuidado y de enseñanza e investigación; y la finalidad está en la calidad del servicio y del equipo para el cuidado indirecto del paciente. Se caracterizan como independientes y complementarios al proceso de trabajo en salud e influenciados por determinantes / condicionantes del contexto social, histórico, económico y político. En su proceso de trabajo, el profesional tiene la posibilidad de actuar en diferentes dimensiones prácticas: “regentar”, “cuidar”, “enseñar” e “investigar”. De manera articulada o no. Se indicó aún, que en su trayectoria profesional, si apropia y recrea los elementos de su proceso con vistas a atender particularidades de su práctica, y que, por este motivo, las funciones que desempeña en la CME son peculiares. Los datos también sugieren modificaciones a las funciones de enfermera y la observación de la importancia de su exclusividad en la coordinación de ese sector. Los desafíos y contribuciones de los estudios son puntuados en la complejidad del tema y del referencial teórico, y en la profundidad del tema proporcionada por el grupo focal. Se comprende que la práctica profesional exige de la enfermera un conjunto de conocimientos empíricos, científicos y tecnológicos, para acompañar las innovaciones de las organizaciones de salud que, consecuentemente, reflejan en su proceso de trabajo y en su manera de ser, pensar y actuar. A partir de la percepción y reflexión de los elementos de su proceso de trabajo, la enfermera podrá desarrollar acciones que estén relacionadas con la necesidad con su sector de actuación, y así, calificar su saber-hacer.

Palabras-clave: Trabajo, Enfermería, Administración de Materiales de Hospital/ organización & administración; Tecnología

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	21
2.1 O processo de trabalho da enfermeira: uma construção histórica.....	21
2.2 A Central de Material e Esterilização (CME): história e processo de trabalho da enfermeira.....	49
2.3 Uma definição tecnológica aos instrumentos do processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização	62
3 CAMINHO METODOLÓGICO	72
3.1 Campo e sujeitos do estudo.....	73
3.2 Coleta de dados.....	76
3.3 Análise dos dados.....	84
3.4 Aspectos éticos do estudo.....	87
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	89
4.1 CATEGORIAS DA PERCEPÇÃO INDIVIDUAL.....	90
4.1.1 Categoria 1 – A caracterização dos objetos de trabalho da enfermeira na CME.....	90
4.1.2 Categoria 2 – Instrumentos necessários ao desenvolvimento do trabalho da enfermeira na CME.....	100
4.1.3 Categoria 3 – A enfermeira da CME e a definição da finalidade do seu trabalho	151
4.1.4 Categoria 4 – Determinantes /condicionantes do processo de trabalho da enfermeira na CME	165
4.2 CATEGORIA DA PERCEPÇÃO GRUPAL.....	174
4.2.1 Categoria 5 – O processo de trabalho da enfermeira na CME no grupo focal	176
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	183
REFERÊNCIAS	199
APÊNDICES	214
ANEXOS	218

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Tecnologias de Enfermagem do processo de trabalho da Enfermeira da CME	104
QUADRO 2 – Material de estímulo da sessão de grupo focal: Conceitos de processo de trabalho e de seus elementos.....	177
QUADRO 3 – Material de estímulo da sessão de grupo focal : Síntese das entrevistas individuais.....	178
FIGURA 1 – Perspectiva grupal do processo de trabalho da enfermeira da CME.....	182
FIGURA 2 – Uma adaptação aos elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME a partir da percepção dos sujeitos.....	191

1 INTRODUÇÃO

O processo de trabalho da enfermeira¹ é parte interdependente do processo de trabalho em saúde, e ambos se inserem em um contexto social, histórico, político e econômico. Por sua vez, este contexto transpõe transformações que determinam e condicionam as políticas e demandas de saúde, o mercado de trabalho e, inevitavelmente, os modos de saber e fazer das práticas profissionais (GELBCKE e REIBNITZ, 2002; SCHOELLER, 2002). Diante disso, Guérin et al. (2004) afirma que o trabalho apresenta um caráter sócio-econômico por fazer parte de uma organização social e econômica de produção.

As modificações pelas quais o processo de trabalho da Enfermagem está suscetível, podem, dentre outros fatores, provir de momentos que marcaram a história, como o período medieval que atribuiu caráter divino aos cuidados das religiosas e o advento da Reforma Protestante no século XVI que desprestigiou a Enfermagem, na época realizada por mulheres de índole duvidosa. Além disso, a Revolução Industrial no século XVIII proporcionou a reforma dos hospitais, o surgimento do modelo clínico² e de outras profissões, e a absorção e criação de novas tecnologias impulsionada pelo modelo de produção capitalista³ que viu na Medicina, e nos hospitais, um nicho de mercado lucrativo (COLLIÈRE, 1986; ALMEIDA e ROCHA, 1997; RIZZOTTO, 1999; GEOVANINI, 2002).

Outros acontecimentos pós Revolução Industrial influenciaram, e ainda influenciam, o processo de trabalho da saúde e da enfermeira como, por exemplo, o surgimento do neoliberalismo⁴ a partir da década de 70 e a globalização⁵, que

¹ Enfermeira: termo escolhido no feminino devido à predominância deste sexo na profissão e na pesquisa.

² Modelo clínico ou biológico, caracterizado pela especialidade, parcelamento do homem, ênfase nos aspectos clínicos do processo saúde-doença, no qual o médico domina o processo de trabalho em saúde (PIRES, 1998; RIZZOTTO, 1999).

³ O modelo de produção capitalista centra-se no capitalismo, um regime econômico que desenvolve meios de produção, operado por trabalhadores e fundamentado na empresa privada e liberdade de mercado (BORON; GENTILI (orgs.), 2000).

⁴ Estrutura ideológica/política que acompanha mudanças do capitalismo e caracterizada pela privatização, controle de gastos, elevação de taxas de juro e desemprego. Receitas econômicas e programas políticos sugeridos nos anos 70, conectado à nova dinâmica tecnológica e gerencial, que influenciou as finanças e competitividade dos mercados (SADER; GENTILI, 2000).

⁵ Entendo por globalização o processo caracterizado pelo desenvolvimento da tecnologia e avanços de diferentes áreas (economia, sociologia, biologia, gestão, etc), que vêm afetando os processos de trabalho e as estruturas das organizações por meio da modernização e (re)elaboração de teorias econômicas e sociais (NETO; LIBERAL, 2004).

provocaram mudanças nas organizações de saúde, no aumento da incorporação de tecnologia e na qualificação dos serviços e dos recursos humanos. Até os dias de hoje, tais mudanças se mostram imprescindíveis às organizações que desejam permanecer competitivas no mercado de produção de serviços de saúde.

Por sua vez, as mudanças do contexto histórico, social, político e econômico respondem, dentre outras coisas, às demandas do mercado de trabalho atual e ocorrem em uma velocidade espantosa que atinge as profissões de saúde e suas práticas. Muitas instituições e serviços de saúde desenvolvem práticas que buscam diagnósticos e terapêuticas de qualidade⁶, por meio da incorporação de equipamentos, materiais e conhecimentos científicos, qualidade de atendimento e redução de riscos aos seus clientes, objetivando otimização e competitividade pela superação de suas expectativas (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Como consequência, a competitividade acarreta modificações no trabalho da enfermeira, que busca aperfeiçoamento, habilidades e reflexão de suas práticas à construção de um perfil que exige uma profissional polivalente e multifuncional (CORNETTA, 2002; FELLI; PEDUZZI, 2005). Ao refletir a respeito de seu trabalho, como parte de um contexto social, a enfermeira percebe a necessidade de ações criativas, eficazes, eficientes e de qualidade, que conduzam ao atendimento das reais necessidades de cuidado dos pacientes⁷, além do alcance dos interesses da organização na qual desenvolve suas práticas de cuidado.

Porém, a rápida inovação tecnológica científica⁸ absorvida pelas organizações de saúde e, respectivamente, pelos que nelas atuam, revela aspectos negativos ao seu trabalho como, por exemplo, crises na organização dos seus saberes, identidade profissional, condições de trabalho, de vida e de percepção a respeito do que, como e para que o trabalho está sendo desenvolvido. De acordo com

⁶ Na saúde a qualidade corresponde a um conjunto de atributos ao alcance de um nível de excelência profissional e satisfação do paciente, no uso eficiente de recursos com o mínimo de riscos a ele. A qualidade é avaliada a partir da estrutura, processo e resultado e tem como pilares a eficácia, eficiência, efetividade, otimização, aceitabilidade, equidade e legitimidade (DENSER, 2003; TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

⁷ Termos como paciente, cliente e usuário foram mencionados pelos sujeitos desse estudo ao se referirem aos indivíduos que procuram as instituições em que trabalham para receberem atendimento de saúde. Diante disso, estes termos estarão permeando a construção desse estudo, sem padronizá-los a partir da escolha de um deles, com o objetivo de preservar a originalidade das falas dos sujeitos.

⁸ A expressão diz respeito a transformações de caráter tecnológico que incidem sobre os processos de produção e seus produtos, se relacionam a progressos técnicos e mudanças tecnológicas nos processos de produção por meio da aplicação e transformação de conhecimentos técnicos e científicos à produção e comercialização de produtos, com vistas ao lucro (CASTILHOS, 2002).

Gelbcke e Reibnitz (2002) o tempo está em uma constante transformação direcionada às pessoas em um ritmo frenético e, muitas vezes, estas transformações se articulam nas mais diferentes áreas de forma imprevisível e nem sempre positiva.

Dessa maneira, as transformações mediadas pelo contexto social, quando assimiladas inadequadamente, podem confundir, dissociar e fragilizar as ações das profissões, inclusive da Enfermagem e, a partir daí, fazer surgir uma incoerência entre a teoria e a prática. Em contraponto, quando assimiladas de modo positivo, instigam a reflexão dos profissionais em torno de seus discursos e práticas, servindo como 'molas propulsoras' para novas ações e maneiras ao seu saber e fazer.

Diante disso, percebo que acontecimentos sociais influenciam o processo de trabalho da enfermeira como sinais de um tempo que, de certo modo, definem e delimitam caminhos a ser seguidos pelos elementos e pessoas envolvidas neste processo. Retratar o trabalho no contexto sócio-econômico em que se encontra é, também, demonstrar que em seu desfecho existem determinantes e condicionantes históricos, sociais, econômicos, culturais, políticos, científicos e tecnológicos. Nesse sentido, deve ser visto como dinâmico, mutável e sensível a oscilações e movimentos da sociedade (GELBCKE; REIBNITZ, 2002). A respeito desse aspecto, Almeida e Rocha (1997, p.24) enfatizam que: "Conseqüentemente, as circunstâncias fazem os homens, da mesma forma que os homens fazem as circunstâncias".

No decorrer de sua trajetória histórica, a Enfermagem vivenciou modificações e mostrou dinamicidade nas ações de muitas enfermeiras, que trilharam novos caminhos na criação e aplicação de conhecimentos. Nestas ações, as profissionais deram origem a procedimentos, sistematizações e teorias que instrumentalizaram o saber e o fazer da profissão, embasados em conhecimentos científicos advindos da necessidade de resolver problemas da sua realidade prática, o que foi iniciado por Florence Nightingale (1820-1910) no século XIX, e impulsionou a profissionalização da Enfermagem no mesmo período (GEOVANINI, 2002).

O trabalho da Enfermagem é considerado uma prática social, por encontrar-se articulada a outras práticas de saúde e estar integrada a instituições prestadoras de serviços de saúde de caráter coletivo, pois suas ações são compartilhadas com outros profissionais de saúde. O seu caráter coletivo o insere no processo de trabalho de saúde produtor de bens não comercializáveis, pois seus produtos ou

serviços são consumidos no ato em que são produzidos (KIRCHHOF, 2003; FELLI; PEDUZZI, 2005).

Felli e Peduzzi (2005) acrescentam que cada trabalho desenvolvido no processo de trabalho em saúde, seja ele da Enfermagem, Medicina, Nutrição, Fisioterapia ou outro, é identificado como meio à realização do trabalho em saúde. Porém, cada profissão apropria-se dos elementos do processo de trabalho em saúde (objeto, instrumentos e finalidade) para criar o seu próprio, com vistas a atender as especificidades de sua prática.

Ao investigar o processo de trabalho da enfermeira, observo que é teórico e prático, interdependente e complementar ao trabalho da saúde, caracterizado por um conjunto de elementos (objeto, instrumentos e finalidade) adaptado às especificidades da profissão, ou seja, apresenta-se de um modo próprio e peculiar (PIRES, 1998; LEOPARDI, 1999).

Os elementos do trabalho se articulam à medida que as ações desenvolvidas atuam sobre um determinado objeto por meio de instrumentos, que trarão resultados a uma finalidade específica. Este processo depende de pessoas e das relações que estabelecem entre si e seu ambiente de trabalho, e por meio dele a enfermeira é capaz de produzir e reproduzir sua existência (CAPELLA 1996; ALMEIDA; ROCHA, 1997; LEOPARDI, 1999a; ARGENTA; PIRES, 2000; MATOS; PIRES, 2002).

Ao focar os elementos do processo de trabalho, destaco os instrumentos, ou seja, o “como” da prática da enfermeira, para o qual vários sinônimos foram encontrados, como meios, recursos, métodos, caminhos, formas, jeitos. Não obstante, identifico-os como tecnologias utilizadas no processo de trabalho da enfermeira e, neste panorama, as tecnologias de Enfermagem se caracterizam por algo a mais do que equipamentos e recursos materiais. Gonçalves (1994), Merhy (1997), Cecílio (1997), Faria (1999) e Meier (2004) entendem que a tecnologia vai além dos objetos e equipamentos, pois também envolve o uso de saberes estruturados para orientar ações e alcançar a finalidade proposta no trabalho.

Nesse sentido, proponho que as tecnologias de Enfermagem sejam entendidas como um conjunto de saberes (conhecimentos, reflexões) e fazeres (materiais, equipamentos, metodologias de trabalho, comunicação) que envolvem as dimensões do seu processo de trabalho e que podem ser classificadas, conforme Merhy (1997) como leves (relações, vínculos), leve-duras (saberes organizados) e duras (equipamentos, normas, estrutura organizacional). E, ainda, conforme Meier

(2004), a tecnologia pode ser de materiais e equipamentos, atividades humanas e profissionais.

Diante disso, apreendo que o processo de trabalho da enfermeira envolve a articulação de um conjunto de elementos que caracterizam o saber e fazer dessa profissional que mantém uma intrínseca e interdependente relação ao processo de trabalho em saúde. Além disso, acrescento que alguns autores concebem que o trabalho da enfermeira possui dimensões práticas: o cuidar, o educar e o gerenciar que transformam o ser, o saber e o fazer da profissão (CAPELLA 1996; LEOPARDI, 1999; LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2001; KIRCHHOF, 2003).

Além dessas dimensões, Felli e Peduzzi (2005) acrescentam a dimensão pesquisar, presente no cotidiano das enfermeiras e por meio da qual ela tem a possibilidade de refletir sua prática e observar fenômenos de seu cotidiano com vistas a modificar sua realidade. Aponto que a percepção da existência da dimensão da pesquisa, observada pelas autoras citadas anteriormente, também se faz presente em minha prática profissional⁹ atual.

Desse modo, as dimensões práticas do fazer da enfermeira permitem-lhe atuar em diferentes organizações de saúde, dentre elas clínicas, hospitais e instituições de ensino e pesquisa, que são compostas por diversos setores. A Central de Material e Esterilização (CME) é um desses locais e se caracteriza como um setor de serviços de saúde, inserido ou não em uma organização de saúde, devido à possibilidade de existir como uma empresa independente, prestadora de serviços de esterilização. É um ambiente de alta concentração de equipamentos e materiais, que apresenta um processo de trabalho específico, no intuito de contribuir à qualidade dos serviços prestados por suas unidades consumidoras¹⁰, por destinar-se a oferecer materiais esterilizados em condições seguras de uso (POSSARI, 2003; SILVA; BIANCHI, 2003; TONELLI; LACERDA, 2005).

Para tanto, necessita incorporar inovações tecnológicas científicas para qualificar o atendimento de saúde e, principalmente, para auxiliar o controle e redução de riscos relacionados às infecções (ARGENTA; PIRES, 2000). Diante

⁹ Como enfermeira, atuei um ano em unidade básica de saúde, quatro anos em clínicas especializadas, no setor de Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização e dois anos como professora de um curso técnico de enfermagem. Atualmente, dedico-me à pesquisa, como bolsista do Curso de Mestrado da Universidade Federal do Paraná –UFPR.

¹⁰ Unidades consumidoras: setores das instituições de saúde que consomem, que fazem uso dos materiais (produtos) produzidos na CME (SOBECC, 2005; HOUAISS, 2004).

dessa necessidade, a enfermeira busca transformar e ampliar caminhos antigos por meio da aplicação de saberes e fazeres no intuito de atingir suas finalidades e garantir a qualidade, ao mesmo tempo em que tenta manter-se presente no mercado de trabalho da atualidade. Isso indica a presença de determinantes e condicionantes ao processo de trabalho da CME, acrescido da necessidade de acompanhar as mudanças do contexto social, político, econômico e histórico no qual está inserido.

Diante das informações mencionadas anteriormente, a contextualização do processo de trabalho da enfermeira instigou buscas pessoais acerca da temática, tendo como base a realidade do cenário em que a profissão está implantada: de mudanças, questionamentos, reflexões à definição de seu objeto de trabalho, instrumentos que o circundam e finalidade a que se destina.

Destaco que a importância de conhecer a prática da enfermeira, no significado de seu processo de trabalho e dos elementos que o compõe, está em compreender o quê, para quem, como e por que as ações são desenvolvidas e, a partir daí, adaptar tais elementos às diferentes práticas, de modo a torná-los condizentes à realidade. Esta reflexão apresenta-se como um exercício a ser realizado por todas profissionais que desejam perceber os contornos de sua prática.

A escolha do objeto de estudo partiu de reflexões a respeito dos conhecimentos adquiridos na graduação, na prática profissional, desenvolvida em Centros Cirúrgicos e Centrais de Materiais e Esterilização (CME) ambulatoriais, e no contato com as disciplinas do Curso de Mestrado em Enfermagem, realizado atualmente. Em minha formação acadêmica pouco foi abordado a respeito da área de CME, o estágio foi curto e assimilado como algo moroso, dispensável e que não agregava conhecimentos. Entrar em uma CME era uma “perda de tempo”, pela concepção incorporada ao trabalho desenvolvido (tecnicista, rotineiro e repetitivo) e pela ausência da profissional enfermeira no setor.

Depois de formada, vivenciei situações que compeliram reflexões acerca do processo de trabalho da enfermeira neste setor. Tive a oportunidade de atuar em uma Unidade Básica de Saúde, na qual encontrei dificuldades em gerenciar o processamento de materiais odonto-médico-hospitalares para o cuidado em saúde, dentre elas, a ausência de recursos físicos e materiais e a inexperiência com as atividades.

Um tempo depois, ao atuar em um Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização de uma Clínica Oftalmológica, precisei de dedicação e estudos para compreender o trabalho desenvolvido no setor, o que, aos poucos, também me auxiliou a perceber a sua importância, sua dimensão e a responsabilidade de gerenciá-lo.

Ao longo do tempo, observei que o trabalho realizado no setor abrangia muito mais do que receber, limpar, acondicionar, esterilizar, guardar e distribuir artigos, e “lidar” com equipamentos de complexa tecnologia. Desenvolvia educação em serviço, monitorização de processos, participava da aquisição e testes de produtos e materiais, além da parceria com a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Visualizei que as atividades desenvolvidas na CME repercutiam em diferentes setores da instituição, pois todos dependiam do adequado processamento de artigos realizado pelo setor. Assim, o fato do trabalho da CME ser relegado a segundo plano pela equipe de saúde da instituição foi algo transformado com a visibilidade das atividades realizadas.

A CME se caracteriza como uma área de atuação peculiar da enfermeira que exige uma gama de conhecimentos que podem advir de reflexões, pesquisas, estudos e experiências ocorridas no desenrolar de seu processo de trabalho. Cruz e Soares (2003) afirmam que o trabalho da enfermeira na CME é, também, fruto de experiências cotidianas e que exige conhecimentos empíricos, científicos e tecnológicos. Esta última questão, da exigência de conhecimentos tecnológicos, instigou o desejo de aprofundar a dimensão do significado da palavra ‘tecnologia’ ao trabalho da Enfermagem na CME, o qual foi solidificado em uma aula da disciplina “Enfermagem e a Prática Profissional” do curso de Mestrado da Universidade Federal do Paraná (UFPR), na qual uma nova concepção de tecnologia à Enfermagem foi apresentada.

A partir daí, foram realizadas leituras de conhecimentos divulgados em meios científicos a respeito do processo de trabalho da Enfermagem, da tecnologia e da CME. Nestas, alguns autores destacaram a necessidade de aprofundar essas temáticas em suas reflexões, dentre os quais estão Cruz e Soares (2003), Souza e Ceribelli (2004) e Tonelli e Lacerda (2005) que estudam o trabalho da CME; Pires (1998); Leopardi (1999); Pereira (2001); Kirchhof (2003) e Fracoli e Granja (2005) que abordam aspectos do trabalho e seu processo; e Gonçalves (1994), Merhy

(1997), Faria (1997) e Meier (2004), que estudam a temática da tecnologia, além de outras referências.

Dentre os conhecimentos divulgados a respeito das temáticas em meios científicos, destaco alguns. Um deles corresponde a um estudo retrospectivo dos conhecimentos produzidos em Central de Material e Esterilização realizado por Cruz e Soares (2003, p.95), no qual relatam: “[...] evidenciamos a ausência de estudos voltados para os aspectos subjetivos da experiência da prática vivenciada pelos trabalhadores dessa área”.

As autoras comentam a evidência de um número reduzido de conhecimento produzido pelas enfermeiras desse setor, fato que foi observado na revisão de literatura. Tonelli e Lacerda (2005, p.31), indicam que a enfermeira da CME deve questionar o trabalho que desenvolve no setor, com o intuito de se tornar: “[...] porta-voz de idéias, valores, padrões e juízos que impliquem a consciência da atual forma de relações sociais em CME e direcionem novas necessidades de produção e de qualificação da assistência à saúde”.

Em outro estudo, que trata um levantamento bibliográfico desenvolvido por Fracolli e Granja (2005) com o objetivo de identificar como a Enfermagem brasileira tem abordado a categoria “processo de trabalho” para analisar a sua prática, foi constatado que a produção de artigos acerca do tema é pequena frente ao montante de artigos produzidos nos periódicos pesquisados.

De modo similar, Pires (1998, p.19) destaca que: “[...] apesar das especificidades do processo de trabalho em saúde e da sua importância para a sociedade, a teorização sobre ‘o trabalho em saúde’ é relativamente pequena”. Nesse sentido, Gelbcke (2002) salienta que devido às mudanças ocorridas no mundo do trabalho e da Enfermagem, pesquisas estão surgindo no intuito de aprofundar discussões acerca do processo de trabalho da enfermagem.

Com relação à justificativa de aprofundar estudos direcionados à temática das tecnologias de Enfermagem, destaco as reflexões de Meier (2004), que sugere rever saberes e fazeres da profissão e aponta que ao compreender a tecnologia como essencial à sua prática, a enfermeira será induzida a retomar o entendimento do seu processo de trabalho. Diante de tais afirmações, o estudo dos elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME possibilitará compreender a inserção da tecnologia nesse processo.

A partir do exposto, a pergunta norteadora que direcionou esse estudo foi: “Qual a percepção¹¹ das enfermeiras acerca dos elementos do seu processo de trabalho na Central de Material e Esterilização?”.

No intuito de responder essa questão, o objetivo geral foi descrever a percepção de enfermeiras acerca dos elementos do seu processo de trabalho na Central de Material e Esterilização por meio de uma abordagem individual e grupal. Os objetivos específicos estão em conhecer a percepção das enfermeiras acerca dos elementos do seu processo de trabalho na Central de Material e Esterilização e proporcionar a reflexão a respeito dos elementos do seu processo de trabalho na Central de Material e Esterilização.

O presente estudo encontra-se estruturado em quatro capítulos. O primeiro é a introdução, ora apresentada. O segundo trata da fundamentação teórica, que se mantém alicerçada em leituras e reflexões apresentadas em três seções: *o processo de trabalho da enfermeira: uma construção histórica; Central de Material e Esterilização (CME): história e processo de trabalho da enfermeira; e uma definição tecnológica aos instrumentos do processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização.*

A seção intitulada *o processo de trabalho da enfermeira: uma construção histórica*, aborda o conceito de elementos do processo de trabalho e um breve histórico do processo de trabalho de saúde e da Enfermagem, ressaltando alguns momentos importantes para a profissão e os determinantes e condicionantes que atuam na sua evolução.

A seção apresentada como *Central de Material e Esterilização (CME): história e processo de trabalho da enfermeira*, apresenta um breve relato histórico do setor, da inserção da enfermeira e do seu processo de trabalho. A última seção do segundo capítulo identificada como *uma definição tecnológica aos instrumentos do processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização*, traz o conceito de tecnologias de Enfermagem e a sua inserção na CME. O terceiro capítulo trata do caminho metodológico percorrido e o quarto capítulo, apresenta a análise e discussão dos dados, seguida das considerações finais, referências e dos anexos e apêndices.

¹¹ Entendo por percepção a capacidade do ser humano em apreender algo por meio de sua mente ou seus sentidos (HOUAISS, 2004).

Acredito que esse estudo possa contribuir à melhoria da qualidade do processo de trabalho da enfermeira na CME, à medida que instigará reflexões a seu respeito e, quem sabe, modificará o seu cotidiano.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo compreende a apresentação de aspectos históricos do processo de trabalho da Enfermagem e da enfermeira e seus elementos — objeto, instrumentos e finalidade. Na seqüência, a Central de Material e Esterilização (CME) em sua história, processo de trabalho e inserção da enfermeira no setor. Por fim, a relação da tecnologia com o processo de trabalho da enfermeira na CME.

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA: UMA CONSTRUÇÃO HISTÓRICA

História do Processo de Trabalho da Enfermagem

A Enfermagem, ao longo de sua trajetória, vem sendo conceituada de diferentes maneiras, como uma prática que utiliza saberes de outras ciências e uma síntese própria destes, com vistas a atender necessidades de saúde do indivíduo, visualizadas na promoção da saúde, prevenção e recuperação das doenças do indivíduo, por meio do cuidado. Como trabalho e prática social, utiliza conhecimentos e habilidades específicas, construídas e organizadas na divisão social e técnica do trabalho da saúde, com o objetivo de manter, dar continuidade e reparar obstáculos à vida, buscando visualizar o indivíduo como sujeito de sua existência, universal, concreto e singular (CAPELLA, 1996; ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Lacerda (1998) interpretou a Enfermagem como um ser, estar, pensar, fazer, acontecer, transformar, uma disciplina, uma ciência e uma arte inserida em um mundo sujeito a transformações. Uma disciplina acadêmica, que necessita de conhecimento científico; uma ciência básica, aplicada e prática e uma arte por utilizar conhecimentos científicos com vistas a atender seus fenômenos de interesse na prática. Profissão praticada entre uma equipe composta de enfermeira, técnica e auxiliar de Enfermagem, regida por uma legislação para o seu exercício profissional.

A compreendo como uma profissão que utiliza saberes para subsidiar suas práticas, como uma forma de ser, fazer, pensar e transformar em seus ambientes de trabalho e de interagir, dialogar e modificar os seres humanos com quem estabelece relações nestes ambientes por meio do cuidado. Apresenta respaldo legal e mantém

um exercício profissional que determina sua composição em enfermeiras, auxiliares e técnicas de Enfermagem, como profissionais habilitadas para desenvolver atividades sob uma divisão social e histórica de trabalho. É uma profissão inserida em um contexto econômico, político, social e cultural que determina suas práticas e condiciona seu processo de trabalho. Este processo, por sua vez, apresenta dimensões de atuação visualizadas no cuidado, na gerência, na pesquisa e no ensino e elementos (objeto, finalidade e instrumentos) que se articulam e o compõe.

Ao pensar nos elementos do processo de trabalho na Enfermagem, percebo que esta se apropriou, ensinou, transformou, criou e recriou técnicas, enunciou princípios científicos, teorias e implementou metodologias de trabalho para incluir-se na organização social e econômica. Atualmente, também busca aproximar-se de seu objeto e finalidade, concomitantemente com as tentativas de responder às exigências do mercado de trabalho, que influenciam a sua prática profissional.

A profissão tem incorporado, ao seu fazer, novas concepções para atualizar suas práticas e atender as demandas de saúde que surgem. Busca uma definição de seu objeto de trabalho e necessita de profissionais responsáveis ao seu saber-fazer, que sejam competentes e éticos (MEIER, 2004).

Similarmente, Pereira (2001) aponta que a profissão exerce suas ações a partir de saberes próprios que finalizam transformar o processo saúde-doença da coletividade por meio de processos de trabalho – assistencial, administrativo, de ensino e de pesquisa. Compõe a área de prestação de serviços de saúde que está alicerçada em um modelo de saúde político hegemônico regido pelas políticas de saúde. Outrossim, a autora ressalta que o trabalho, sempre tema central na vida das comunidades, limita-se às condições estabelecidas pelo contexto no qual está inserido.

Assim, o processo de trabalho da enfermeira é determinado, porém dinâmico. Sua dinamicidade, visualizada em sua transformação ao longo dos anos, resulta de buscas e construções de maneiras de processar o trabalho, e é passível de reflexões, análises e proposição de novas idéias. Assim, falar do trabalho remete repensar a sua prática, e isto faz emergir sentimentos e lembranças do “jeito” de fazer a profissão.

Por sua vez, esse processo encontra-se vinculado ao da saúde, como um conjunto de atividades coletivas, complementares e interdependentes a este, a partir do qual a enfermeira se apropriou e recriou o seu trabalho sob uma nova forma,

modelada conforme suas especificidades (ALMEIDA; ROCHA, 1989; CAPELLA, 1996; PIRES, 1998; KIRCHHOF, 2003). Sob o mesmo ponto de vista, Schoeller (2002, p.159) diz que: “[...] a inserção de cada profissão no processo de trabalho em saúde decorre, entre outras questões, do modo com essa se apropria da, e recria a finalidade do processo de trabalho em saúde”.

Além disso, enfatizo a constatação de que o trabalho sofre modificações advindas do contexto em que está inserido. Nesta perspectiva, os momentos históricos servem como testemunhas a confirmar a existência de transformações aos processos de trabalho por meio de determinantes e condicionantes.

A apreensão do significado das palavras condicionante e determinante permitiu a reflexão de alguns aspectos da trajetória histórica vivenciada pela Enfermagem e resgataram a existência de fatores influenciadores do processo de trabalho da enfermeira. Considero que uma condição refere-se à maneira de ser de uma pessoa ou de uma coisa, é uma circunstância de que as pessoas dependem, um estado favorável ou desfavorável, uma situação ou oposição na sociedade. Quando algo é condicionado corresponde que é submisso a certas condições, e o “condicionador” traduz o que regula a existência ou o comportamento de algo ou alguém (HOUAISS, 2004).

A palavra determinante designa o que determina, e determinar é indicar, fixar com precisão. Ainda, é aquilo que é decisivo, que estabelece e demarca limites, que é causa de (HOUAISS, 2004). Por perceber a proximidade dos conceitos de determinante e condicionante, passo a os considerar, nesse estudo, como um único termo: indicadores causais da maneira de ser, estar e fazer da Enfermagem.

Compreendo que as mudanças e a dinamicidade do trabalho da enfermeira advieram da necessidade de acompanhar as demandas de saúde da população e do mercado de trabalho, bem como de tentativas de solucionar problemas e obstáculos de sua prática e ensino.

Marx (1987) apontava, no século XIX, as conseqüências da evolução do processo de trabalho como uma metamorfose que transforma, evolui, avança, mas que também traz à arena do trabalho questões controversas, passíveis de interrogações e dúvidas. Atualmente, alicerces do cenário histórico-político-social estão nos avanços tecnológicos, da ciência e seus paradoxos e na produção de bens e serviços (originada do sistema capitalista) que influenciam e dinamizam as

práticas de saúde, direcionam a organização dos serviços de saúde e condicionam o seu trabalho e, conseqüentemente, o da Enfermagem.

Leituras a respeito da evolução e da história do trabalho da enfermeira permitem afirmar que suas práticas foram, são e sempre serão determinadas e condicionadas por fatores históricos, políticos (econômicos), sociais e culturais, o que torna sua estruturação dependente do contexto em que estão implantadas. Vários fenômenos e acontecimentos históricos determinaram formas, modelos e sistematizações que condicionaram as práticas e os saberes da Enfermagem e, por conseqüência, refletiram em sua visibilidade e imagem social, em seu reconhecimento e valor econômico de trabalho, em sua dependência ao modelo biomédico, dentre outras coisas.

A existência e identificação de determinantes/condicionantes no processo de trabalho da enfermeira são confirmadas nas palavras de Peduzzi e Ciampone (2005), que apresentam relações entre o trabalho dos profissionais de saúde e o contexto do qual faz parte, refletidas nos processos de gestão e estruturas organizacionais, que são permeáveis a influências externas.

Além disso, destaco reflexões de diversos autores como Collière (1986), Machado (1995), Passos (1996), Rizzotto (1999), Geovanini (2002) a respeito da relação do trabalho da Enfermagem com o contexto em que se encontra. Os autores enfatizam alguns aspectos da imagem, da valorização e da posição da profissão, relacionados a questões históricas e culturais pelas quais passou e ainda passa. Apresentam suas características como legados da história carregados dos séculos passados para o século atual, das quais a profissão reluta em se prender, ao mesmo tempo em que busca alternativas para se desvincular.

Os estudos e reflexões a respeito da evolução da Enfermagem revelaram a existência de alguns momentos históricos marcantes à sua construção, os quais determinaram caminhos seguidos pelas suas práticas e saberes, que condicionaram sua maneira de ser, fazer e saber. Exemplos destes estão na Idade Média e no Cristianismo (século V a XV), nos acontecimentos da Reforma Protestante (início do século XVI), na Revolução Industrial (século XVIII) e no capitalismo (século XIX) (GEOVANINI, 2002). Além destes, aponto o período atual que, neste século (XXI), se firma na globalização, no neoliberalismo e no pós-neoliberalismo os quais, juntamente com os outros momentos mencionados, passam a ser abordados nas páginas seguintes (BÓRON; GENTILI, 2000).

A igreja, na Idade Média, marcou as práticas de saúde pelo seu poder dogmático moral, intelectual e financeiro e, a partir disto, se apropriou do cuidado dos doentes com o auxílio de entidades que imperavam no governo da época. O cuidado aos doentes era prestado em hospitais regidos pela Igreja e, neste momento, eram vistos como locais de busca da salvação da alma e do corpo, tanto pelos doentes quanto pelas religiosas que prestavam cuidados caritativos.

A respeito das características da Enfermagem, contribuía com as práticas e políticas de saúde à medida que cuidava de enfermos segregados nos hospitais devido a doenças infecciosas. Neste momento histórico, era uma prática sozinha (não havia a figura do médico nestes locais), leiga (fundamentada na experiência) e praticada por mulheres de ordens religiosas. O fazer destas mulheres se caracterizava por atividades manuais, obrigatórias, submissas como um sinônimo de doação total e de cuidado espiritual, de proteção da castidade e de abnegação material e social (COLLIÈRE, 1986; ALVES, 1987; ALMEIDA; ROCHA, 1997; RIZZOTTO, 1999; GEOVANINI, 2002).

A partir disso, autores como Collière (1986) e Geovanini (2002) apontam que o período do Cristianismo condicionou heranças à imagem da Enfermagem, como legados legitimados e aceitos na sociedade, os quais identificaram a profissão como um sacerdócio, devido aos valores advindos da abnegação, obediência e do espírito de serviço das religiosas no cuidado aos enfermos. Esta relação entre a invisibilidade histórica da Enfermagem e as características e ações das religiosas no Cristianismo, é entendida como determinante/condicionante que se reflete atualmente em suas práticas.

Outro ponto importante, ressaltado por autores como Collière (1986), Machado (1995) e Passos (1996), é o fato do conceito da profissão seguir um caminho histórico e paralelo ao da mulher e de sua simbologia na sociedade: inferior ao do homem, desqualificada, desvalorizada, somada à herança de preconceitos que a conotam como atividade de renúncia, aceitação e respeito para com os outros. Tais fatores resultaram na distorção da imagem social da enfermeira, pela qual vem lutando de forma desigual a passos lentos e isolados um do outro para transformar, como consequência da desunião da categoria e da equivocada determinação histórica do que lhe cabe ou não fazer.

Constato que as características de obediência, disciplina, abnegação, respeito, falta de autonomia e presença da figura feminina na Enfermagem, podem

ser retratadas como frutos de uma árvore antiga, que continuam a serem colhidos e que podem ser observados nas suas condições de trabalho em instituições de saúde deste século, descritos nas desumanas horas, cargas e turnos de trabalho, ausência de locais adequados para descanso, subordinação a superiores e baixos salários (MACHADO, 1995).

O período do Cristianismo da Idade Média caracterizou a Enfermagem como uma prática devota, caritativa, de cuidado empírico, praticada por religiosas, e configurou os elementos do seu processo de trabalho da seguinte maneira: o objeto no corpo e alma do enfermo hospitalizado e renegado da sociedade; como instrumentos, a estrutura precária dos “hospitais”, o conhecimento empírico (experiência), os cuidados básicos (higiene, alimentação); e como finalidade, salvar a alma e o corpo do enfermo e, de si mesma.

Almeida e Rocha (1997) reforçam este pensamento ao dizerem que nesse período a Enfermagem, por ser independente da prática médica, reunia suas ações de cuidado ao conforto da alma. De modo idêntico, Leopardi (1999, p.13) explica que nas organizações religiosas, mulheres eram escolhidas para executar a obra divina do cuidado ao enfermo: “[...] o cuidado dos religiosos se diferencia pela preocupação com o cuidado da alma, tanto quanto com o cuidado do corpo, na trilha da tradição judaica”.

Dessa maneira, é identificada a influência de determinantes/ condicionantes históricos, políticos, sociais e culturais deste período às características do trabalho atual da Enfermagem, como estilhaços da história espalhados ao longo do caminho, que se repercutem nos baixos salários da enfermeira como sinônimo de baixo valor de suas práticas, nas jornadas prolongadas de trabalho, sobrecarga de atividades e precárias condições dos hospitais. De certa forma, as características de subordinação podem ser presenciadas, nos dias de hoje, na maneira em que a enfermeira se relaciona com o profissional médico, com os interesses da instituição e do sistema econômico.

Outro momento histórico, determinante do processo de trabalho da Enfermagem, foi o da Reforma Protestante, no século XVI, marcado por grandes acontecimentos: decadência do feudalismo, êxodo rural e com ele o surgimento de doenças infecto-contagiosas devido à aglomeração de pessoas nas cidades, progressos do Renascimento — ciência e arte moderna, universidades como *status* intelectual — e evolução da Medicina.

Além disso, a Igreja, ao sentir abalos ao seu poder, provocou o evento da Santa Inquisição, justificado pela perseguição de bruxas e curandeiras. Mas, ao mesmo tempo, uma rebelião contra a coerção da Igreja surgia e teve sua força comprovada na Reforma Protestante, movimento iniciado por Martim Lutero no século XVI como um manifesto contra o poder dogmático do cristianismo. Esta Reforma resultou no fechamento de hospitais, que permaneceram assim até as políticas de saúde pública sentirem a necessidade de um local específico para abrigar os enfermos e segregá-los do convívio da sociedade. Com isso, as políticas de saúde tornaram-se responsabilidade do governo, que reabriu esses espaços e os tornou sinônimos de locais insalubres, depósitos de doentes e pessoas portadoras de doenças infecciosas. Leopardi (1999, p.13) corrobora este pensamento ao mencionarem que: “a institucionalização dos hospitais foi uma resposta que, mais do que cuidar e curar tinha como objetivo confinar, controlar e excluir”.

Até o momento da Reforma Protestante, a Enfermagem, na figura das religiosas, permaneceu nos hospitais. Em seguida, na reabertura destas organizações, houve a necessidade de recrutamento de pessoas para prestarem os cuidados aos doentes e, então, as mulheres religiosas foram substituídas por mulheres consideradas de baixa índole. Geovanini (2002) refere que estas mulheres eram embriagadas, pseudo-enfermeiras, ignorantes e sem ideal, submetidas a atividades domésticas, baixas condições de vida e de trabalho. Os autores explicam que estes acontecimentos determinaram o trabalho da profissão como indigno, pouco atrativo e, inevitavelmente, desprestigiado, e este período é lembrado, atualmente, como um período decadente e negro da profissão.

Nesse contexto, as atividades da Enfermagem foram marcadas pela desorganização, péssimas condições de trabalho e introdução da figura do médico no ambiente hospitalar, até então inexistente no local. A partir daí, o médico assumiu a reforma, a administração e a organização desses ambientes, se apoderou do cuidado e tratamento dos indivíduos enfermos e auxiliou a constituição da Enfermagem como atividade auxiliar da Medicina.

Almeida e Rocha (1997) reafirmam esta reflexão ao dizerem que ao tomar a frente da reestruturação dos hospitais, o médico presidiu todas as fases do processo de trabalho da saúde, utilizou como instrumentos o saber clínico e a infra-estrutura hospitalar e, por conseqüência, deixou à Enfermagem as atividades estabelecidas no cristianismo (básicas). Do mesmo modo, Leopardi (1999) salienta que após as

religiosas serem banidas dos hospitais, abrem-se as portas à clínica hospitalar e o médico fixa-se neste ambiente, o qual se torna instrumento de seu trabalho. Com isso, os elementos do processo de trabalho não se modificaram muito na época, quadro que foi transformado pelo momento que estava por vir, a Revolução Industrial e a instalação do capitalismo

Após o período pós-monástico, surge com a Revolução Industrial (1760), um período marcado pela industrialização, avanços tecnológicos e científicos e, na seqüência, a definição e consolidação do capitalismo (século XIX). O século XVIII trouxe a difusão da indústria e a economia política centrada no preço dos produtos, nas relações de oferta e procura e na interdependência a fatores sociais e econômicos.

No final do século XVIII, com o advento da indústria, os camponeses e artesãos tornaram-se trabalhadores, engrenagens de uma máquina, e os tempos e lugares de trabalho passaram a defender regras empresariais e ritmos de fábrica. O domínio econômico passou a ser da indústria, com suas máquinas potentes e produtividade por meio de atividades parcelares e, a partir disso, o trabalho revelou contradições: alienante e deformador, mas, ao mesmo tempo, necessário e, quando ausente, foi caracterizado como sinônimo de desocupação e os desempregados “trapos ao vento”, como mencionou De Masi (2001).

A indústria passou a fabricar produtos, serviços e valores para consumidores e, por isso, a sociedade foi chamada de industrial, na qual houve padronização de produtos e processos, processos parcelados e mantidos na sincronia imposta pelas máquinas. Foram centralizados os saberes (informações) e o poder (hierarquia) e, concomitantemente, maximizou-se a eficiência e a produtividade. “Com o advento da indústria, de fato, o trabalho é organizado em bases realmente novas, até atingir vertiginosos níveis de produtividade, e a organização do trabalho se transforma numa ciência autônoma” (DE MASI, 2001, p.145-6).

Este período, marcado pelo surgimento das fábricas, êxodo rural, fragmentação das atividades, altas cargas e jornadas de trabalho, alienação, subordinação e exploração, revelou conseqüências às cidades. Elas se tornaram desestruturadas, se transformaram em focos de epidemias pelas péssimas condições de higiene e saneamento, o que fez com que as doenças atingissem os trabalhadores e este fato se tornou uma “pedra no sapato” do sistema capitalista,

como obstáculo à força produtiva do trabalhador, sentida na diminuição de sua produção.

Nesta situação, o governo entendia que soluções imediatas eram indispensáveis à “saúde” do capitalismo, o que o levou a conduzir políticas de saúde pública com vistas a recuperar a saúde dos trabalhadores. Além disso, as doenças atingiram alguns dos soldados do governo — considerados caros e necessários neste período marcado por conflitos e guerras—, o que fortaleceu a idéia de medidas drásticas e urgentes para restabelecer a capacidade dos enfermos e, com isso, garantir o capital. Como resultado, as práticas de saúde absorveram a ideologia do capitalismo e a saúde passou a ser vista como uma necessidade à manutenção da produtividade (GEOVANINI, 2002).

O avanço das práticas de saúde, somado à reestruturação dos hospitais, foi auxiliado pela incorporação de processos de trabalho e equipamentos utilizados nas indústrias, o que possibilitou a expansão do setor de saúde. Ao mesmo tempo em que manteve a produção dos trabalhadores, ao assumir medidas de tratamento às doenças, a Medicina, com seu modelo clínico, fez com que o setor de saúde fortalecesse o seu poder econômico pelo consumo de equipamentos e medicamentos e, assim, foi ao encontro da consolidação do sistema capitalista, bem como o crescimento e prestígio da profissão. A saúde passa a ser vista como necessidade, objeto de consumo, desejo e fonte de lucro, e os hospitais, reorganizados, tornam-se produtores e vendedores desta necessidade, por meio da oferta de seus serviços (PIRES, 1998). “A tecnologia e a ciência assumiram o comando dos processos de produção, antes guiados pelo bom senso e pela experiência” (DE MASI, 2001, p.153).

Além disso, as transformações que surgiram nos hospitais determinaram e auxiliaram o aparecimento da divisão técnica do trabalho da saúde, pelo surgimento de uma gama variada de profissões subalternas à Medicina, por não conseguir mais trabalhar sozinha e dar conta de todas as tarefas dos tratamentos dos doentes. Por este motivo, a Enfermagem teve a oportunidade de assumir tarefas e organizá-las (RIZZOTTO, 1999; LEOPARDI, 1999; GEOVANINI, 2002).

Desse modo, os serviços de saúde se organizaram na lógica do modelo biológico de assistência à saúde, sob a hegemonia médica, que domina o processo de trabalho em saúde e delega atividades aos outros profissionais envolvidos. Ao coordenar a assistência da saúde, essa profissão definiu modelos, manipulou

técnicas e saberes que deveriam ser seguidos por todos os outros profissionais da área da saúde e os submeteu ao seu saber, interesses, autoridade e controle. Por conseguinte, a Enfermagem surgiu como profissão complementar, subordinada e de suporte à Medicina (PIRES, 1998; RIZZOTTO, 1999; GEOVANINI, 2002).

De certa forma, o sistema militar influenciou a mudança no cenário e imagem dos hospitais, ilustrada no modelo clínico individualista e curativo e nos princípios de consideração à habilidade manual (tecnicismo), hierarquia e vigilância e manutenção da disciplina. Estes princípios foram firmados no trabalho por meio de normas, rotinas, técnicas, controle, supervisão, fragmentação, e ações burocráticas e administrativas que, com o tempo, foram delegadas à enfermeira, que passou a manter a ordem e a disciplina nos ambientes de trabalho.

O cenário do capitalismo foi o nascedouro da Enfermagem moderna e de sua organização, como apontam Pires (1998) e Geovanini (2002). As autoras comentam o auxílio de Florence Nightingale (1820-1910), sua precursora, em tornar o processo de trabalho da profissão vinculado à política e ideologia da sociedade capitalista, que o associou a uma prática institucionalizada e com o objetivo de atender às necessidades de saúde dos soldados, da mão-de-obra (força de trabalho) e do saber médico.

Reconheço e valorizo que Florence teve sua importância à configuração da Enfermagem e merece ser destacada pelos seus pensamentos e escritos, por considerar a profissão como uma arte de cuidar de indivíduos doentes e sadios, sustentada por um triângulo de ações entre cuidar, gerenciar e educar, fundamentadas na manutenção de condições favoráveis do ambiente para que o paciente obtivesse a cura pela natureza. Ela destacou que o conhecimento e as ações da profissão eram diferentes da Medicina, por seu foco central estar no indivíduo e não em seu corpo.

Mas, por outro lado, interpreto que Florence estimulou a fragmentação do trabalho da Enfermagem, ao criar uma divisão social do processo de trabalho em duas categorias, as enfermeiras — *ladie-nurses* (de classe social elevada, com funções intelectuais de administração, supervisão, direção e controle) e as auxiliares — *nurses* (de classe baixa, dirigidas pelas *ladie-nurses* e que faziam o trabalho manual e direto aos indivíduos). Essa divisão técnica do trabalho teve por consequência a cisão entre o pensar (realizado pelas enfermeiras) e o executar (realizado por auxiliares e técnicas). Além disso, instaurou um padrão a ser seguido

na seleção, caracterização e definição das enfermeiras — um padrão moral e intelectual de abnegação absoluta, altruísmo, espírito de sacrifício, integridade, humildade e disciplina—, que logo se tornou exemplo a ser seguido e considerado em diversas escolas e que se reflete até os dias de hoje (MELO, 1986; SILVA, 1989; GEOVANINI, 2002).

Dessa maneira, o processo de trabalho da Enfermagem moderna foi determinado pelo sistema capitalista, pela influência dos saberes e fazeres de Florence Nightingale e pelo modelo clínico da Medicina, com pequenas alterações que condicionaram seu objeto no cuidado ao indivíduo, seus instrumentos nos procedimentos técnicos e de supervisão por meio de normas e rotinas, e sua finalidade em cuidar e promover a cura do indivíduo.

Porém, mesmo com a abrangência do objeto da Enfermagem para o cuidar do indivíduo e não do corpo, o trabalho da enfermeira se organizou em três direções que convergiam para a recuperação individual do corpo: organização do cuidado ao doente (sistematização de técnicas), do ambiente terapêutico (higiene, limpeza) e dos agentes de enfermagem (treinamento, mecanismos disciplinares) (ALMEIDA; ROCHA, 1997; GEOVANINI, 2002). Essas direções impulsionaram a absorção de princípios da administração no cuidado com o ambiente proposto por Florence, como um novo instrumento do processo de trabalho que subsidiou as ações com modelos, normas e rotinas que finalizavam a organização da instituição e controle do trabalho.

Por sua vez, as ações administrativas da enfermeira foram influenciadas por várias teorias da administração, dentre as quais estão as de Frederick Winslow Taylor e seus seguidores, com suas teorias que apareceram para garantir produtividade às organizações. Nesta perspectiva, o administrador passou a empreender medidas para controlar o ritmo e a jornada de trabalho e se apropriar do saber, características também absorvidas pela enfermeira, enquanto supervisora e coordenadora de setores de serviços da Enfermagem (PIRES, 1998).

Taylor, no final do século XIX e início do século XX, impulsionado pela preocupação existente com o desempenho humano e a cientificidade no trabalho, difundiu suas idéias de organizá-lo por meio da redução do tempo (eficiência) com o emprego da máquina, do cronômetro e da precisão e, assim, transformou os resultados do trabalho, até então embasados na aproximação e na experiência. As escolas tayloristas tinham por questão fundamental o estabelecimento do ritmo e do tipo de tarefas a serem executadas, o que foi alcançado pelo controle do trabalho,

divisão de tarefas e hierarquia entre os que pensam e os que executam (PIRES, 1998; DE MASI, 2001; CARMO, 2005).

Logo depois, no século XX, Henry Ford sugeriu que o trabalho das fábricas poderia incorporar o processo de linhas de montagem, desenvolvido por ele para suas fábricas de automóveis, o que resultou no parcelamento das atividades, redução das necessidades de pensar e de se movimentar. O trabalho configurou-se como repetitivo e contínuo e os trabalhadores como peças de engrenagens gigantes. As atividades eram fragmentadas, simplificadas, padronizadas e voltadas à produção em massa. A partir disso, tecnologia e organização concorreram para organizar o trabalho pela automação e informatização dos serviços, e as máquinas avançaram tanto que ficou difícil acompanhar o progresso tecnológico (PIRES, 1998; DE MASI, 2001).

As características reveladas anteriormente, criações tayloristas e fordistas, recaíram sobre as práticas das instituições de saúde e, então, suas concepções de controle do trabalho, uso de máquinas e de pessoas como suas engrenagens, e o fazer manual, robotizado e repetitivo foram incorporados ao processo de trabalho da Enfermagem, juntamente com a divisão do trabalho em fragmentos ou áreas especializadas (LEOPARDI, 1999).

Ao refletir a respeito do século XIX e início do século XX, percebo que o processo de trabalho da enfermeira transformou-se totalmente vinculado às mudanças sociais, políticas e econômicas que determinaram e condicionaram o seu saber-fazer. Tais concepções de trabalho firmam-se até hoje no modelo clínico, biomédico e tecnicista de assistência à saúde, apesar da luta da categoria em modificar esta realidade, principalmente no que tange à necessidade de construção de um corpo de conhecimentos específico pela Enfermagem, e de um saber direcionado, próprio e científico à visão do indivíduo como um todo e não um composto de partes.

O fato é que as técnicas, os procedimentos, a administração de pessoal e do ambiente são atuais e concretas nas atividades da profissão, como heranças da reestruturação dos hospitais, do modelo biomédico, da subordinação à Medicina, dos padrões de comportamento aflorados de Florence Nightingale, do modelo capitalista e das teorias administrativas que emergiram no período. Leopardi (1999) salienta que no final do século XIX, as rotinas e os métodos tornaram-se mais importantes que o doente, foco e origem do trabalho profissão até então.

A Revolução Industrial e, em seguida, o capitalismo, modificaram profundamente a saúde e a Enfermagem como conseqüência da reforma dos hospitais regida pelos médicos; do avanço do conhecimento clínico, que gerou a necessidade de outras profissões agregadas à sua prática; e da evolução tecnológica, impulsionada pelo modelo de produção e lucro do capitalismo. Estes avanços propiciaram a transformação dos hospitais: de locais insalubres para locais de cura. A partir disso, os elementos do processo de trabalho da profissão foram definidos da seguinte maneira: como objeto o corpo doente; como instrumentos técnicas, materiais e equipamentos e os saberes estruturados e princípios da administração; e como finalidade, auxiliar a cura do corpo.

O cotidiano da enfermeira, nesse período, remete pensar que a sua profissionalização aconteceu aqui e teve como principal objetivo a conservação e adaptação da força de trabalho às exigências da economia de produção, no intuito de manter os corpos —necessários ao setor produtivo— sadios, o que fez com que as políticas e práticas de saúde fossem desenvolvidas com vistas a tal objetivo econômico, fato comentado por Leopardi (1999). Sob este ponto de vista, Kirchof (2003) explica que os fundamentos que definem as políticas e práticas de saúde sofrem variações conforme modelos adotados, os quais direcionam a organização dos serviços de saúde e, por conseguinte, as ações dos seus profissionais. De modo semelhante, Pereira (2001, p.240) afirma:

[...] a enfermagem articula-se às demais práticas da sociedade, determinada pelo estágio de desenvolvimento das forças produtivas e das relações de produção vigentes em um dado espaço social, em um dado tempo histórico.

Durante o século XX, as atividades da Enfermagem permaneceram direcionadas à execução de prescrições médicas, rotineira e automaticamente, porém com um despertar à subjetividade do sujeito como ser integral, enfatizados no cuidado. Mas, mesmo assim, permaneceu desvalorizada em relação a outras profissões. A respeito dos instrumentos de trabalho, o setor eletrônico digital, a automação, a biotecnologia, dentre outros se destacaram e com eles a produção em larga escala e os aparelhos microeletrônicos, que agilizaram os processos, atenderam necessidades do mercado competitivo e, também, aumentaram a produtividade da máquina (PIRES, 1998; LEOPARDI, 1999).

Na atualidade, em que os processos de trabalho se configuram sob o modelo capitalista, juntamente com o neoliberalismo e o processo de globalização, os locais de saúde são vistos como produtores de bens e serviços para consumidores exigentes. Este fato explicita a superação dos princípios industriais do taylorismo, visto que o modelo de produção atual integra certa relação entre quem produz os serviços e quem os consome: agora chamados de clientes. Nesta relação, os clientes interferem relativamente na constituição do produto, ao participarem de sua construção por meio de opiniões e sugestões, advindas de pesquisas de mercado e no interior das próprias instituições (LAZZAROTO; NEGRI, 2001).

Assim também acredita Kirshhof (2003) ao enfatizar que a saúde e, conseqüentemente, a Enfermagem se transformaram em atividades comercializáveis no mercado com serviços que produzem bens e trabalhos imateriais¹² e, por isso, o seu consumo se confunde com o próprio ato de produção.

Semelhantemente, Schwartz e Nogueira (2002) destacam três peculiaridades do trabalho em saúde: seu caráter coletivo, um serviço realizado por pessoas e para pessoas, e um serviço fundamentado nas relações pessoais entre consumidor e prestador de serviço.

De acordo com Ramos e Leopardi (2001), a economia e a política constituem a atmosfera do trabalho o que nos dias de hoje, sob o efeito da globalização, podem ser vistas na competitividade do mercado de trabalho e na necessidade de constante inovações para manter-se nele.

A globalização, processo organizado e articulado ao momento histórico atual, vem afetando as estruturas das organizações, os processos de trabalho e, conseqüentemente, as formas de ser, pensar e agir das profissões e da sociedade. Esse processo foi intensificado pelo avanço da tecnologia, que permitiu e flexibilizou a comunicação com o mundo e, com isso, reduziu fronteiras, distâncias e modificou noções a respeito do tempo e espaço, mas, ao mesmo tempo, deu margem ao transitório e ao incerto (PIRES, 1999; NETO; LIBERAL, 2004).

Sob este ponto de vista, a globalização pode ser fonte de possibilidades, um caminho para estreitar relações, um universo pelo qual pode-se descobrir, trocar,

¹². Trabalho imaterial: compreende as formas de comunicação, na relação social com o consumidor, materializado dentro e por meio do processo comunicativo. Ele dá forma e materializa as necessidades, os gostos do consumidor, produz uma relação social e não somente mercadorias e por isso, sua matéria prima está na subjetividade, no qual se utiliza a criatividade, imaginação e trabalho técnico e manual (LAZZAROTO; NEGRI, 2001).

colonizar, regulamentar, se atualizar, o qual surge da tendência histórica do homem de explorar e colonizar o território que ainda existe. Por meio dela, o homem é capaz de explorar para conhecer, mapear e desfrutar de informações e, com isso, como diria metaforicamente De Masi (2001), pode transformar o mundo em “um aeroporto familiar” e vizinho de cada um. Entretanto, também pode ser fonte de impossibilidades refletidas no desemprego, nas incertezas, na interferência na mentalidade política, social e cultural, na competitividade do mercado, nas superespecializações, dentro outras.

Além do sistema capitalista e do processo de globalização, as características atuais do mercado de trabalho e da produção de bens e serviços tem como base uma estrutura ideológica e política chamada de neoliberalismo. O neoliberalismo é compreendido como um conjunto de receitas econômicas e programas políticos que foi sugerido a partir dos anos 70, como uma doutrina que veio conectada a novas dinâmicas de gerenciamento, apropriação de tecnologia, financiamentos dos mercados e competitividade nos modos de produção (SADER; GENTILI, 2000).

Essa nova estrutura ideológica-política teve como consequência, devido ao seu surgimento à transformação do capitalismo, a privatização, o controle de gastos, o desemprego crescente pela contenção de salários, dentre outros resultados pouco positivos ao contexto do mercado de trabalho. Além disso, Therborn (2000) comenta o surgimento de uma nova situação política e ideológica chamada de pós-neoliberalismo, no sentido de combater ou minimizar tais consequências. Uma situação política e social que centra suas ações e seus discursos à justiça e direitos sociais e econômicos de todos os indivíduos, aos problemas planetários do meio ambiente e da arquitetura social.

Algumas características desse cenário atual podem ser vistas na produção de bens e serviços, no que se refere à inovação tecnológica científica com vistas a atender demandas e necessidades sociais. A produção em lotes de produtos diversos foi intensificada, nas organizações a estrutura, hierarquia e o tamanho da empresas foram reduzidos, além do surgimento de outros setores como o terciário. As organizações mantêm a visão do cliente como consumidor que emite opinião, expectativas, interesses e com necessidades que precisam ser atendidas pela avaliação e controle de qualidade e, a respeito do trabalho, evidencia-se condições de competitividade, aperfeiçoamento constante, instabilidade, precarização e desemprego (PIRES, 1998).

Atualmente as ações das organizações de saúde giram em torno da busca por qualidade e, para tanto, se embasam em programas, recomendações e ações no uso de Gestão de Qualidade, de indicadores de medição de desempenho de funções e processos como, por exemplo, o Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ou mesmo ações da Organização Nacional de Acreditação (ONA) em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que avaliam os serviços de saúde por meio da Acreditação Hospitalar. Estas organizações, programas e ações objetivam adaptar projetos de monitoração de indicadores de saúde e qualidade à realidade das organizações de saúde do Brasil (DENSER, 2003). Acredito que estes sejam exemplos de determinantes/condicionantes postos no contexto atual das práticas e políticas de saúde com as quais a Enfermagem trabalha diariamente.

Além disso, algumas enfermeiras demonstram uma busca pela apropriação do seu processo de trabalho e lutam por uma modificação de seu saber e fazer profissional, ora com trabalhos independentes, ora por meio da prática do cuidado, ou ainda como construtoras de reflexões que argumentem o domínio destes saberes e fazeres. Este trabalho de algumas enfermeiras advém de ações criativas, na apreensão e aplicação de tecnologias para construir um saber-fazer diferente e necessário, mas adaptado às especificidades de suas realidades.

Neste momento, é relevante destacar algumas palavras de De Masi (2001), que retratam a transformação da concepção do trabalhador dentro das organizações nos dias de hoje e identificada no trabalho de algumas enfermeiras, como dito anteriormente.

O homem não é uma máquina predisposta pela natureza para ser veloz, repetitiva e precisa. Isto é, não é uma máquina. Pelas suas exigências de velocidade, repetitividade e precisão, ele criou aparelhos de grande alcance, mais eficazes do que ele mesmo. Para si deixou intacto o monopólio da criatividade, da ambigüidade, da idéia vaga, da ironia, do imprevisto, da mudança da descontinuidade, da complexidade, do riso, do pranto, de tudo aquilo que o torna humano (DE MASI, 2001, p.232).

O autor complementa que a sociedade atual, chamada por ele como pós-industrial, está centrada na produção de bens não-materiais (serviços de informação, valores, estética), na qual computadores e robôs dominam os ambientes de trabalho e a criatividade, subjetividade e qualidade de vida são valores apreciados pelos

empregadores e empregados. Segundo De Masi (2001), o trabalho deixou de ser sinônimo de uma seqüência de parafusos realizada por Charles Chaplin em “Tempos Modernos”, pois vem sendo mudado com as atividades terciárias, criativas e com novas hierarquias que resultam em mudanças nas organizações. “Racionalidade, flexibilidade, precisão, segurança, beleza e rapidez são enfim mais do que simples características: são um novo paradigma de organização, em que as visões gerenciais, política e até estética da empresa terminam se encontrando” (DE MASI, 2001, p. 184).

Neste momento, o processo de trabalho vem sendo desenvolvido em equipe, os trabalhadores participam das decisões por meio das relações hierárquicas horizontais, e apresentam-se mais qualificados — alto nível de formação técnica e escolar— e com possibilidades criativas em seus processos de trabalho. Quanto à qualificação, existe a necessidade de educação constante do profissional, requisito imprescindível ao ingresso e reinserção no mercado de trabalho, característica que se reflete na Enfermagem pela especialização (PIRES, 1998).

A tendência da especialização no processo de trabalho em saúde, mantém forte ligação e influência da Medicina, por assimilar seus princípios biologicistas e mecanicistas no tratamento de doenças. Ao se especializar, os trabalhadores de saúde em geral passaram de conhecedores gerais para múltiplos especialistas de atividades fragmentadas dependentes umas das outras, as quais surgiram devido às inovações tecnológicas científicas, ao aumento da complexidade das instituições e aos problemas e demandas dos setores de saúde. Com isso, conhecimentos específicos foram aprofundados. Porém, parcelaram o homem, dificultaram o seu entendimento como um todo e chegaram a criar modalidades novas de trabalho como, por exemplo, os procedimentos médicos e de saúde (RIZZOTTO, 1999; PIRES, 1999; GEOVANINI, 2002).

A especialização atingiu todas as profissões de saúde e determinou que os profissionais dominassem os conhecimentos do seu exercício específico, de acordo com sua qualificação profissional. “A especialização do conhecimento e do trabalho em saúde é, ao mesmo tempo, resultado do fenômeno de especialização do conhecimento humano, mas resulta também da concepção de ciência positivista e do parcelamento do trabalho” (PIRES, 1999, p.36).

Particularmente no processo de trabalho em saúde, existe uma hierarquia caracterizada pela fragmentação das atividades, na qual a Medicina exerce o

controle por ter, dentre os profissionais de saúde, maior autonomia em seu exercício profissional. Neste processo, a Enfermagem mostra-se dependente de outros setores, de outros profissionais e das regras e normas institucionais. Da mesma maneira, a profissão parcela seu trabalho interno, nas atividades das técnicas e auxiliares de Enfermagem que executam tarefas direcionadas e nas das enfermeiras, que detêm o saber e controlam o processo de trabalho.

O enfermeiro faz a gerência do trabalho dos demais membros da equipe de enfermagem e presta os cuidados privativos do enfermeiro. Domina os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem e tem alguma autonomia para avaliar necessidades assistenciais do paciente, decidindo sobre cuidados, o que o aproxima do trabalho do tipo profissional (PIRES, 1999, p.42).

Diante destas afirmações, percebo que a Enfermagem não pode ser dissociada do contexto social, pois ambos se produzem e reproduzem mutuamente, de modo dependente e em uma relação de simbiose: um é o eco do outro, como deveria ser. A partir disso, novos paradigmas surgem, como o da visão do universo como uma teia de relações e com ele surgem reflexões a respeito dos processos de trabalho das profissões de saúde, e um deles diz respeito à visão do corpo como um todo e não fragmentado (CAPRA, 1982). Assim, mudanças de saberes, de instrumentos de trabalho e de maneiras de integrá-los na prática se originam e, desta maneira, Geovanini (2002) aponta que sem dúvida estas transformações na saúde irão abrir novos espaços para a prática da Enfermagem e, assim, determinar, condicionar e construir uma nova história.

Nesse momento, a profissão busca incessantemente seu espaço ao mesmo tempo em que sofre com as conseqüências do desenvolvimento tecnológico científico acelerado e desesperado do mercado de trabalho que estimula e necessita da venda e compra de produtos e serviços, inclusive no setor da saúde, e isto estimula a competitividade. A Enfermagem é vista como integrada ao setor de saúde e, por isso, também vende serviços e produtos consumidos no ato de sua realização, e o deve fazer adequadamente com o menor custo possível.

Como conseqüência, as transformações propiciadas pela era da globalização determinam distorções nas funções a serem desempenhadas pela profissão, na descaracterização, marginalização e atividades confusas. Muitas vezes, o trabalho

da enfermeira se concentra em identificar irregularidades de planta física do hospital, fiscalizar trabalhos da lavanderia, copa dentre outros, deixando o cuidado do cliente a mercê de outras pessoas e profissões. Tais distorções se devem às exigências funcionais das políticas e instituições de saúde, das estatísticas de produção, de controle de infecções, dentre outras demandas (GEOVANINI, 2002).

Similarmente Rizzotto (1999) comenta que, sob sua percepção, parece que a categoria de Enfermagem não atribuiu para si o controle e a vigilância do seu trabalho, pois desconhece a amplitude de suas funções. Outrossim, o processo de trabalho da enfermeira direciona-se, na maioria das vezes, ao ato de administrar, organizar e supervisionar, o que o faz cooperar, mesmo que inconscientemente, ao poder do sistema capitalista proposto pelo mercado e absorvido pelas organizações de saúde. O resultado provoca reflexões, uma vez que a enfermeira perde oportunidades de construir e demarcar o seu espaço por não perceber a importância e necessidade de atuar, também, no cuidado ao cliente, essência da profissão (ROCHA, 1989).

Realmente, no que diz respeito aos cuidados de Enfermagem, a existência de conseqüências advindas do afastamento dos cuidados diretos ao cliente, são observadas na abertura de espaço para lacunas que vieram a ser preenchidas pelo pessoal auxiliar de Enfermagem e por outras profissões (nutrição, terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia, dentre outras), o que auxilia a invisibilidade de seu trabalho e o valor atribuído a ele, ofuscado nos limites impostos no ambiente de trabalho, pela pouca divulgação de seus saberes e práticas à sociedade (SILVA, 1989; RIZZOTTO, 1999; GEOVANINI, 2002).

A respeito do cuidado, autores como Boff (1999) e Waldow (2004) o compreendem não somente como um momento de atenção, de zelo, desenvolvimento ativo e presença mas, também, como um ato ou uma atitude de preocupação e responsabilidade. Para Santos (2002), o cuidado da Enfermagem é mais do que fazer, implica em um querer-fazer para construir, melhor ajudar e compreender a si mesmo e a tudo que nos rodeia. Em seus escritos, Waldow (1998) destaca que cuidado não significa apenas relações afetivas e de amizade, ele envolve competência, aprimoramento, responsabilidade e experiência.

Porém, concordo com Pires (1999) ao relatar que historicamente, o trabalho da Enfermagem envolve atividades em direção a dois campos: o cuidado e a administração do cuidado e do espaço de cuidar. Nesse sentido Leopardi, Gelbecke

e Ramos (2001) enfatizam que talvez isto se deva a Enfermagem ter um campo de trabalho complexo – que combina ações direcionadas à educação, cuidado e gerência –, apesar da dimensão prática de cuidar identificar a profissão.

Em relação ao cuidado, as autoras o identificam como uma ação que finalidade transformar um estado de desconforto ou dor percebido e, por isso, tem uma perspectiva terapêutica sobre um objeto animado, de natureza física e social. A partir da perspectiva da existência de uma outra forma de cuidar, relacionada a sua administração, compreendo que não se restringe à presença física ao lado do paciente, pois entendo que ao realizar ações no ambiente e à equipe de trabalho das instituições de saúde a enfermeira cuida, quando este cuidado agrega responsabilidade, atitude e preocupação com o resultado final de seu trabalho.

A partir disso, não desmereço ou destaco uma ou outra pois entendo que, de qualquer forma, a finalidade do trabalho estará relacionada à qualidade do cuidado oferecido pelo paciente, seja ele por meio do cuidado ao paciente (direto) ou ao ambiente no qual ele se encontra (indireto).

Outro ponto determinado historicamente, que é percebido ainda nos dias atuais, é a hegemonia da medicina sob as outras categorias profissionais, uma perspectiva que vem sendo, aos poucos e com esforço, substituída pela integração das profissões em um trabalho multiprofissional, percebido em algumas instituições de saúde e em grupos de pesquisa. Esta perspectiva de trabalho conjunto vem corroborar, nesse momento de globalização, a necessidade de atingir resultados precisos, eficientes e que provoquem mudanças reais no processo de saúde/doença dos indivíduos.

Pereira (2001) também diz que a Enfermagem se configura como uma área de prestação de serviços de saúde, alicerçada em um modelo de saúde hegemônico e em um projeto político (econômico) que se materializa nas políticas de saúde. Como efeito, deve direcionar práticas e saberes com o objetivo de acompanhar as mudanças oriundas de tais políticas e, para isso, cria modelos, metodologias e práticas de processar o seu trabalho. Dessa maneira, também sofre as conseqüências da governabilidade sentidas, atualmente, na exclusão, na competitividade, no desemprego, na busca constante de atualização e acompanhamento dos avanços tecnológicos e na busca por atender às demandas de saúde.

Dessa maneira, o cenário atual da profissão vem definir o seu objeto de trabalho no cuidado ao indivíduo como um todo, saudável e/ou enfermo; como instrumentos a criatividade, metodologias, trabalho em equipe e os saberes científicos ou estruturados; e, como finalidade, o atendimento de qualidade das necessidades de cuidados de saúde aos indivíduos, por meio do gerenciar, educar, pesquisar, além do cuidar. Pereira (2001) corrobora este pensamento quando diz que a finalidade da Enfermagem é transformar o processo saúde-doença do coletivo e, para tanto, utiliza processos assistenciais, gerenciais, de ensino e de pesquisa em seu trabalho.

Diante do exposto, acredito que pensar na Enfermagem e em seu processo de trabalho, inter-relacionados às questões do contexto em que estão incluídos, propicia embarcar em uma luta pela transformação da profissão, a partir do que já existe de concreto para, em seguida, reconstruir, transformar e seguir seu caminho. Acerca desse aspecto, Machado (2002, p.255) reforça que:

Escrever sobre as contradições da prática da Enfermagem e de suas relações com o contexto social em que ela ocorre, é buscar entendimentos para tantas dúvidas sobre sua história, seus significados, suas representações e seu futuro que tanto preocupa e que se constitui um grande desafio para seus profissionais, sobretudo no alvorecer do terceiro milênio.

Interrogações relacionadas à constituição (elementos) do processo de trabalho, tais como para que, porque se deve trabalhar e qual o futuro deste trabalho são importantes para prosseguir, pois mesmo que não nos interesse saber do ontem, inevitavelmente, as práticas e saberes de hoje são produtos de um passado, ao mesmo tempo em que se tornam produtores do presente e do futuro.

Os elementos do Processo de trabalho da Enfermeira

Inicialmente à apresentação dos elementos do processo de trabalho da enfermeira, considero pertinente abordar o conceito de processo de trabalho, no significado de cada uma das palavras que o compõe, bem como a definição dos seus elementos: objeto, finalidade e instrumentos.

Um processo é a “a realização contínua e prolongada de alguma atividade” (HOUAISS, 2004, p.597). Pode ser entendido, ainda, como o desenvolvimento de algo, um conjunto de elementos, peças que instruem para algo, um método para executar alguma coisa (FERREIRA, 1985).

O significado da palavra trabalho está em uma “atividade profissional, remunerada ou não, [...] atividade produtiva ou criativa, exercida para determinado fim [...], resultado ou o exercício dessas atividades” (HOUAISS, 2004, p.726). Para Ferreira (1985) a palavra “trabalho” significa uma atividade coordenada necessária para realizar algo, um empreendimento de forças e faculdades humanas para o alcance de alguma finalidade e, ainda, qualquer obra realizada. Alguns autores explicam que o termo “trabalho” é utilizado para designar qualquer atividade. Mas, as atividades humanas vistas como trabalho, são feitas de músculos e cérebro, quase todas podem ser organizadas e, nas empresas, são pagas e se constituem como matéria-prima particular (DE MASI, 2001; CARMO, 2005).

O trabalho, ao longo de sua história, obteve diferentes concepções perante a sociedade, ora foi desprezado ora exaltado, em outros momentos foi visto como penitência, castigo e, atualmente, como privilégio. Foi retratado como sinônimo de servidão na Idade Média (século V a XV), como castigo e forma de remissão dos pecados para alcançar o paraíso no Cristianismo, como meio para obter riquezas, servir a Deus e distanciar-se do ócio após a Reforma Protestante (século XVI). Passou a ser caracterizado como honra, daí para um direito e hoje é observado como atividade escassa aos otimistas e um luxo para os pessimistas. Esta trajetória histórica do trabalho o fez passar de um castigo para um privilégio, de algo a ser distanciado para algo almejado no século XXI (PIRES, 1999; DE MASI 2001; CARMO, 2005).

Ao abordar o significado da palavra “trabalho”, Guérin et al. (2004) fazem uma ressalva ao fato dessa ser utilizada para abranger três realidades distintas: designar as condições de trabalho, os resultados do trabalho e a própria atividade de trabalho. Os autores acrescentam que, visto como atividade, o trabalho consiste:

[...] em um conjunto de fenômenos (fisiológicos, psicológicos, psíquicos...) que caracterizam o ser vivo cumprindo atos. Estes resultam de um movimento do conjunto do homem (corpo, pensamento, desejos, representações, história) adaptado a esse objetivo (GUÉRIN et al., 2004, p.16).

É ainda uma energia, um esforço físico e/ou mecânico despendido pelos seres humanos, animais, máquinas e, até mesmo, objetos que são movidos por alguma força, por uma energia colocada em movimento que visa transformar elementos removidos da natureza ou, ainda, produzir, manter e modificar bens e serviços necessários á sobrevivência do homem (LIEDKE, 2002).

O trabalho é uma atividade concreta, uma experiência social que pode ser realizada individual ou coletivamente, uma palavra que foi definida em vários idiomas e que trouxe conceitos diferentes ao longo do tempo. Conhecida como *laboris* e *tripalium* em grego, *lavorare* em italiano, *laborare* em latim, *trabajo* para a língua espanhola e *travail*, *travailler* para a francesa, as quais lhe conferiam um sentido penoso, diferente da palavra *work*, que enfatiza o trabalho como um ato criativo do homem (GELBCKE; REIBNITZ, 2002; PEREIRA JUNIOR, 2006).

Ao compreender as diferentes palavras utilizadas para designar trabalho em sua evolução histórica, percebo que a etimologia carrega vivências humanas, pois ao investigar o significado de uma palavra resgata-se o que o ser humano foi e é. Uma palavra como trabalho, tão utilizada no cotidiano, esconde arquétipos humanos, transporta hábitos, pensamentos, preconceitos e heranças, ou seja, ela acompanha a história da vida humana.

Dessa maneira, concordo com alguns autores que referenciam o trabalho como algo indissociável do homem e de sua historia, pois por meio dele sobrevive, produz, reproduz e cria, podendo ser uma possibilidade de prazer (criação) ou desprazer (alienação), uma representação que está intimamente ligada à evolução da história e ao contexto social, econômico, cultural e político do homem.

Pereira (2001) considera o trabalho como uma ação humana que ocorre em um contexto social, uma ação recíproca entre trabalhador e meios de produção, constituindo-se como fator fundamental de mobilização social. A autora afirma que as atividades que contemplam o trabalho, quando modificadas, concomitantemente, modificam condutas e reações dos grupos, indivíduos e sociedades que o compõem.

Através do trabalho, o homem pode modificar seu meio e modificar-se a si mesmo, à medida que possa exercer sua capacidade criativa e atuar como co-participe do processo de construção das relações de trabalho e da comunidade na qual se insere. A interdependência entre o homem e seu trabalho é intermediada por vetores administrativos, tecnológicos, sociais, políticos, ideológicos, comportamentais etc, que interferem continuamente na dinâmica estabelecida em tal relação (PEREIRA, 2001, p.235).

Mediante estas afirmações, pondero que o trabalho é parte da sociedade, do indivíduo, da economia, da política, da cultura e possui em sua essência a ação humana, por meio de suas relações e modificações no mundo. O considero um espelho da existência humana, pelo qual o homem se percebe no mundo social, político (econômico) e cultural, e por meio do qual mantém relações de convívio. Sob o mesmo ponto de vista, Leopardi (1999a) salienta o trabalho como um meio, uma possibilidade de encontro entre as pessoas.

Ao processar o seu trabalho o homem adquire, produz, reproduz e constrói conhecimentos, ora com sua força física, manifestada no desempenho de atividades e tarefas, ora com sua força mental, por meio de idéias e conhecimentos científicos, ou não. Nesse sentido, Vaz (1999, p.66) menciona que o trabalho é “[...] nuclear na vida de cada indivíduo e se expressa pela produção do indivíduo em estruturas materiais e sociais”. O homem não é um ser inerte, pois está inserido em um mundo de movimentos e transformações que determinam horizontes e caminhos a serem seguidos e que, inevitavelmente, determinam o seu modo de ser, fazer, conhecer e viver.

Leopardi (1999) concebe o trabalho como uma atividade humana, relação entre sujeito e objeto que tem como efeito uma modificação mútua de movimento. Vaz (1999) o percebe como um meio pelo qual o indivíduo continua a construir a sua história, que permite produzir, redefinir e reorganizar seus significados, suas criações, descobertas, modos de viver, de pensar. Por sua vez, Ramos (1999) afirma que o trabalho é um exercício de capacidade de ação, de transformação e criação material e simbólica da vida social, uma prática de produção e autoprodução do sujeito.

Com base nas leituras de Marx (1987), o trabalho pode ser entendido como um processo no qual participam o homem e a natureza, e desta o homem se apropria dos recursos para atuar sobre ela e modificá-la e, assim, modificar a si mesmo. Do mesmo modo também pensam Capella e Leopardi (1999), ao reputarem ao trabalho uma maneira diferente de ação do homem sobre a natureza, o qual define, implementa e realiza projetos no intuito de recriar, permanentemente, esta natureza.

Nesse momento, destaco a concepção de processo de trabalho proposta por Marx (1987), com o objetivo de clarear os elementos que o compõem. Para o autor, o processo de trabalho é composto de alguns elementos: o objeto, os meios ou

instrumental, a finalidade e o produto final. O objeto está nas coisas, materiais que o trabalho retira da natureza e transforma, os meios ou instrumental são as coisas ou complexos de coisas inseridas entre o trabalhador e o objeto de trabalho, que servem para direcionar as atividades sobre o objeto, podendo ser citados as condições materiais, os ambientes e as instituições. A finalidade é o fim para o qual o trabalho é desenvolvido e o produto final, é aquele material removido da natureza e adaptado, transformado às necessidades humanas. “No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir o produto” (MARX, 1987, p.206).

Os conceitos de objeto, finalidade, instrumento e produto final de Marx (1987) foram interpretados por diversos autores, na intenção de compreendê-los e inseri-los em diferentes processos de trabalho, o que também foi feito por estudiosos do processo de trabalho em saúde e da Enfermagem. Schoeller (2002) foi um deles, que ao embasar-se nos escritos de Marx, conceituou o objeto de trabalho como as coisas separadas do seu meio natural, ou seja, da natureza, por meio do trabalho, e este objeto traz em si um projeto, uma antevisão do produto final do trabalho. A finalidade está na consciência que preside o seu processo e os instrumentos são os meios adequados ao objeto, que visam a transformação deste para atingir a finalidade. Estes elementos são nada mais do que momentos de um único processo, o qual é coletivo e histórico: o trabalho.

No entendimento de Egry (2006), o objeto está na matéria a ser modificada, transformada com intervenção consciente e a finalidade corresponde à antevisão do objeto modificado, uma espécie de “desenho” projetado do novo objeto após a intervenção; os instrumentos são exemplificados de duas maneiras: nos meios, que são os lugares e equipamentos nos quais se instalam os processos de trabalhos; e os nos saberes instrumentais, que podem ser coisas ou saberes que se interpõe entre o objeto e o agente para cumprir a finalidade. O produto é o final do processo de trabalho.

Em momentos anteriores, aponte que o processo de trabalho da enfermeira é parte interdependente do da saúde e, por este motivo, antes de definir os seus elementos, acredito ser importante descrever a percepção de alguns autores a respeito destes elementos no processo de trabalho em saúde. Para Pires (1998), o processo de trabalho em saúde tem como objeto o indivíduo ou grupos doentes e

sadios que necessitam de prevenção ou cura de doenças; como finalidade a ação terapêutica de saúde; como instrumental, instrumentos, condutas e saberes de saúde; e o produto final está na prestação de assistência de saúde, produzida e consumida concomitantemente.

De acordo com Schoeller (2002), o objeto do trabalho em saúde é o indivíduo, o produto final corresponde a um serviço manifestado na própria atividade do trabalhador de saúde, a finalidade dirige-se para curar e/ou prevenir doenças e, para tanto, utiliza certos instrumentos de trabalho à manipulação do seu objeto tais como o hospital, o centro de saúde, diversos equipamentos e materiais e os modelos de conhecimento do processo saúde-doença.

No processo de trabalho da saúde Bartolomei (2003) destaca uma especificidade que está no seu produto final, o qual busca atender necessidades não materiais das pessoas e, neste sentido, é indissociável ao seu processo de produção, pois ele está na própria realização das atividades de saúde, ou seja, consome-se o produto ao mesmo tempo em que é produzido.

O mesmo indica Egry (2006), ao dizer que o produto final do processo de trabalho em saúde está no serviço, que se confunde com o objeto por ser parte dele, mas não o todo, e os agentes são as pessoas que participam deste processo. Pires (1998) faz uma ressalva para explicar que o trabalho em saúde é essencial para a vida humana e que se constitui parte do setor de serviços, mas que se caracteriza por um trabalho não-material, a partir do momento que se completa no ato de sua realização e por não ter um produto material comercializável como resultado “[...] o produto é indissociável do processo que o produz, é a própria atividade” (PIRES, 1999, p.29).

Associado a isto, Geovanini (2002) comenta que os elementos do processo de trabalho da Enfermagem são os mesmos do trabalho em saúde, pois é parte de um trabalho coletivo e que cabe a ela especificar tais elementos de acordo com suas particularidades, direcionando sua atuação. Vaz (1999) corrobora o exposto ao mencionar que o trabalho em saúde é uma prática coletiva, de cooperação em que muitos trabalham juntos, em processo de produção iguais ou diferentes, mas sempre conexos.

A partir da definição dos elementos do processo de trabalho em saúde — objeto, instrumentos e finalidade —, e da observação e reflexão da prática da Enfermagem, diversas enfermeiras se apropriaram destes elementos e os recriaram,

direcionando-os a sua prática profissional. Nesse sentido, os elementos do processo de trabalho da Enfermagem são os mesmos do da saúde, por ser parte de um conjunto de atividades coletivas porém, coube à profissão especificar tais elementos de acordo com seus objetivos para, então, direcionar as ações de sua prática (PIRES, 1998; GEOVANINI, 2002).

Nos escritos de Capella (1996) evidencia-se que o processo de trabalho da Enfermagem tem dois objetos: os corpos e consciências dos indivíduos e a organização da assistência. Os instrumentos são as ações manuais e administrativas, os materiais utilizados e os métodos de assistência e a finalidade, está em atender as necessidades das instituições de saúde e em organizar a assistência no interior da instituição, ambas para possibilitar a intervenção no corpo orgânico.

Uma outra perspectiva dos elementos do processo de trabalho da Enfermagem foi apresentada por Almeida e Rocha (1989), na qual o objeto está no cuidado de Enfermagem, os instrumentos estão nos seus saberes, representados pelas técnicas, pelos princípios científicos e pelas suas teorias. A finalidade encontra-se no atendimento de necessidades humanas biológicas, psicológicas e sociais.

Muitos outros autores definiram os elementos do processo de trabalho da Enfermagem, dentre os quais estão Peduzzi e Anselmi (2002) que destacam que o objeto é recortado da realidade, por um “olhar” que contém um projeto, uma antevisão deste objeto e que na profissão ele está dividido em: cuidado de Enfermagem e gerenciamento do cuidado.

Por sua vez, Schoeller (2002) caracteriza os elementos do processo de trabalho da enfermeira da seguinte maneira: finalidade voltada ao conforto e recuperação do paciente ou prevenção de doenças; como instrumentos utiliza os mesmos do processo de trabalho em saúde acrescido de disciplinas específicas que embasam cientificamente a profissão; o seu objeto, inicialmente, está no indivíduo, porém, dependendo de suas especificidades, pode manipular mais de um, ou seja, outros objetos, que englobam a administração, o cuidado, o ambiente terapêutico e a educação em saúde. O autor também destaca que cada equipe de profissionais caracteriza seus elementos de trabalho sob um ponto de vista particular e que venha a ser compatível com a sua prática, o que conduz a possibilidades de recriação destes elementos.

Considero pertinente destacar a existência de diferentes perspectivas nos autores apresentados anteriormente, no que diz respeito à definição dos elementos do processo de trabalho da Enfermagem. Pressuponho que tal diversidade possa advir de peculiaridades e da complexidade da atuação da enfermeira no interior dos serviços de saúde, bem como dos seus conhecimentos e trajetória profissional, que envolvem sua visão de mundo e apropriação e recriação de saberes e práticas específicos.

Concordo com Schoeller (2002) quando afirma que o objeto, os instrumentos e a finalidade do trabalho da enfermeira devam ser compatíveis às particularidades de sua prática, o que proporciona sua dinamicidade, mas, sem jamais esquecer que faz parte do trabalho da saúde. Ao levar em conta o fato do processo de trabalho da Enfermagem ser interdependente e complementar ao da saúde, constato que se ele se configura de modo similar a este, mas não de maneira idêntica, pois compreendo que cada profissão se apropria e recria os elementos de seu processo de trabalho em acordo com as suas percepções, especificidades, necessidades e objetivos.

A partir disso, embasada nos autores citados anteriormente, caracterizo os elementos do processo de trabalho da enfermeira da seguinte maneira: o objeto está no cuidado de Enfermagem ao indivíduo ou grupos doentes e/ou sadios; os instrumentos de trabalho estão nos saberes estruturados, materiais, equipamentos e estrutura física das instituições de saúde. Como finalidade, o atendimento de qualidade das necessidades de cuidados dos indivíduos à promoção de seu bem-estar. O produto final é o cuidado, consumido ao mesmo tempo em que é produzido, sendo que o trabalho da enfermeira possui dimensões práticas de “cuidar”, “gerenciar”, “pesquisar” e “ensinar”, articuladas ou não, desenvolvidas em várias organizações de caráter hospitalar, ambulatorial, saúde coletiva, educacional, dentre outras.

Além disso, as organizações de saúde possuem diferentes setores, conforme suas especialidades, nos quais a enfermeira se apropria, delimita e caracteriza os elementos de seu processo de trabalho, conforme as necessidades do seu setor de atuação. Um deles é o da CME, considerado específico e com um processo de trabalho peculiar.

2.2 A CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (CME): HISTÓRIA E PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA

Uma descrição da história da CME

Compreender o processo de trabalho na Central de Material e Esterilização (CME) remete buscar a sua história, para que sua inserção e evolução nas instituições de saúde possam ser compreendidas. Nesse sentido, uma breve retrospectiva histórica da CME revela que seu surgimento esteve vinculado ao das cirurgias dos séculos XVIII e XIX.

Nesse período, os procedimentos cirúrgicos tinham como inconveniências, e “inimigos mortais”, a dor, a hemorragia e a infecção. Esta última provinha, principalmente, da ausência de métodos anti-sépticos, da falta de limpeza dos instrumentais cirúrgicos e da ausência de conhecimentos a respeito das causas das infecções. Referente a limpeza dos instrumentais cirúrgicos, Thorwald (2002) comenta que ela era feita de qualquer maneira em aventais e panos guardados precariamente, o que se constituía importante fator predisponente às infecções no pós-operatório. Como consequência deste e de outros fatores, por muito tempo a cirurgia foi tida como última alternativa terapêutica, improvável de ter resultados positivos.

Esse cenário de descrédito para com as cirurgias foi transformado graças à persistência de alguns cirurgiões e pesquisadores, que não se convenceram da inexistência de alternativas ao combate das infecções. Assim, sua persistência resultou em descobertas que, aos poucos, foram utilizadas nas salas operatórias.

Nomes importantes surgiram como o de Inácio Filipe Semmelweis (1818-1865), descobridor da “infecção por contato” pelas mãos sujas e preconizador de sua lavagem rigorosa; o de Joseph Lister (1827-1912), que, influenciado pelas idéias e descobertas de microorganismos por Pasteur (1822-1895), iniciou experimentos com o objetivo de mantê-los longe das feridas por meio de tratamentos anti-sépticos com ácido carbólico e fenol. O estudioso Lister também sugeriu a imersão das mãos e dos instrumentos cirúrgicos na solução de fenol, inventou vaporizadores que criavam “névoas” de ácido carbólico sobre o campo operatório (método anti-séptico chamado de “burro mecânico”) e iniciou a limpeza da pele dos pacientes no campo

operatório com o uso de toalhas desinfetadas com fenol (GORDON, 1996; THORWALD, 2002).

Muitos outros pesquisadores fizeram descobertas, como Roberto Koch (1843-1910) que ao descobrir bactérias (cocos e bastonetes) inventou o meio bactericida chamado de vapor de água em ebulição, que exterminava bactérias com o uso de um jato de vapor d'água fervente. Na seqüência, sua idéia deu origem à esterilização por vapor d'água, pela fervura de instrumentais e materiais cirúrgicos. Em meio das descobertas da Medicina, também se destacaram as práticas da enfermeira Florence Nightingale, que se preocupou com as condições dos ambientes e sugeriu medidas de higiene a estes (GORDON, 1996; THORWALD, 2002; GEOVANINI, 2002).

O avanço das descobertas da época, somado às ocorrências das infecções e epidemias na população trabalhadora, exigiram um local específico e adequado para se tratar doenças e desenvolver a Medicina, o que possibilitou a reestruturação dos hospitais que se transformaram de locais de morte para locais de cura de doenças, capazes de viabilizar a realização de procedimentos invasivos e mais complexos (FERNANDES; FERNANDES ; FILHO, 2000 ; SILVA; BIANCHI, 2003).

Os autores comentam que o avanço dos conhecimentos científicos e a criação de equipamentos cirúrgicos proporcionados pela Revolução Industrial, influenciou o desenvolvimento da cirurgia e das técnicas cirúrgicas e assépticas e possibilitou a criação de instrumentos cirúrgicos mais refinados, diversificados e funcionais. Dessa maneira, estas evoluções deram credibilidade à cirurgia e, como resultado, um aumento da realização deste tratamento. Por sua vez, a evolução e o aumento do número de cirurgias e de materiais destinados à elas, demandou a necessidade de centralizar a limpeza e esterilização destes objetos, o que deu margem à criação da CME (SILVA; BIANCHI, 2003).

[...] aumento da demanda de artigos médico-hospitalares, sentiu-se a necessidade de centralizar as atividades de limpeza, acondicionamento e esterilização em um único local, de forma a racionalizar o trabalho e otimizar o uso dos equipamentos de esterilização. Nascia assim, o Centro de Material e Esterilização (POSSARI, 2003, p.21).

Por conseqüência, gradativamente as atividades desenvolvidas na CME se tornaram parte essencial ao sucesso dos procedimentos cirúrgicos, no que se refere

à redução de riscos pós-operatórios e à agilidade e segurança das cirurgias. Isto fez com que, inicialmente, a CME fizesse parte do ambiente cirúrgico, não se constituindo como um setor à parte (POSSARI, 2003).

Posteriormente, isso foi modificado com a centralização das salas operatórias e das áreas de preparo de materiais, explicada pelo avanço das técnicas operatórias, pela complexidade e especificidade dos artigos utilizados nelas, demanda dos procedimentos cirúrgicos e necessidade de pessoal em quantidade e qualidade suficientes para “manipularem” estes artigos. Os resultados destas mudanças foram a otimização, a racionalização e a facilidade do trabalho do Centro Cirúrgico e das áreas de preparo de materiais que passaram a ser chamadas de Central de Material e Esterilização, e se mantiveram agregadas ao setor cirúrgico, mas em um espaço físico próprio.

No Brasil, a CME começou a ser implantada na década de 50 e, neste período, funcionava parcialmente centralizada o que, a partir de 1970, foi modificado pela implantação, em alguns hospitais, de setores independentes e autônomos dos Centros Cirúrgicos. Apesar desta descentralização, ainda hoje, pode ser percebida a freqüência de CME agregada ao Centro Cirúrgico e, muitas vezes, os dois setores encontram-se sob a responsabilidade de uma única enfermeira (POSSARI, 2003).

Atualmente, autores como Martins (2001); Silva e Bianchi (2003) e Possari (2003) apontam a necessidade de a CME localizar-se em um espaço independente e autônomo, descentralizada do Centro Cirúrgico, como um setor à parte. Isto se deve ao aparato tecnológico que a configura, ao avanço de conhecimentos na área e por atender diferentes setores da instituição de saúde e não somente o Centro Cirúrgico.

De acordo com a Resolução nº 307, de 14 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), a CME deve existir nos estabelecimentos de assistência à saúde quando possuírem Centro Cirúrgico, Centro Cirúrgico obstétrico, hemodinâmica, emergência, alta complexidade e urgência. Além disso, ainda pode estar situada fora destes estabelecimentos, como uma empresa independente, prestadora de serviços de esterilização.

Diante de tais considerações, a trajetória histórica da CME revela que esta passou a ser vista em destaque nas instituições de saúde a partir do momento em que foi concebida como um local que desenvolve um trabalho inter-relacionado à qualidade da prestação de serviços hospitalares, por ser caracterizada como

unidade de apoio a todos os setores que necessitam de materiais odonto-médico-hospitalares.

A imagem da CME, como um local de trabalho destinado somente à eliminação e colocação de materiais e equipamentos e de pessoal sem qualificação, foi reproduzida por muitos anos na percepção dos profissionais de saúde em geral e, por vezes, ainda é. Porém, esta imagem vem dando lugar à de um serviço fundamental no atendimento em saúde à medida que o auxilia, organiza e qualifica.

Entendo que tenha havido uma mudança de pensamento em relação ao trabalho desenvolvido pela CME, devido à necessidade das unidades que consomem seus produtos em receber materiais, quanti e qualitativamente, em condições adequadas de uso e por ser vista como um setor fundamental à qualidade do serviço prestado pelas organizações de saúde (MARTINS, 2001; SILVA; BIANCHI, 2003).

O processo de trabalho na CME

Na Resolução - RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), a CME foi definida como uma unidade funcional de apoio técnico, que oferece produtos a outros setores da instituição de saúde que realizam atendimento aos pacientes. Estes produtos são artigos ou materiais odonto-médico-hospitalares que devem ser processados adequadamente pela CME antes de serem distribuídos ao seu destino final.

A mesma Resolução dispõe que a CME responde de forma integral pelos processos de recepção, preparo, esterilização, guarda e distribuição de artigos médico-hospitalares às unidades de atendimento do estabelecimento de saúde com que atua. Para Silva *apud* SOBECC (2005) a CME é uma unidade de apoio técnico a outras unidades ou setores de serviços, pois processa artigos às suas unidades consumidoras.

Por ser considerada como uma área de apoio técnico para setores de serviço de saúde, consumidores de seus produtos, a CME pode estar inserida em uma instituição de saúde hospitalar, ambulatorial ou outra, e ser uma empresa terceirizada, fornecedora de produtos às instituições de saúde. Também, pode ser um setor auxiliar as disciplinas práticas dos cursos de saúde nas instituições de ensino superior como, por exemplo, no caso da clínica de odontologia, que realiza

atendimento ao público e que, para tanto, necessita das práticas da CME. Nesses locais, a CME é fundamental à qualidade do atendimento odontológico.

Alguns autores, como Possari (2003), conceituam a CME como uma área importante à qualidade do cuidado prestado ao cliente, pelo fato de sua estrutura demandar altos investimentos relacionados aos recursos materiais e equipamentos sofisticados necessários aos processos de esterilização. Este investimento direcionara o êxito dos procedimentos cirúrgicos, a qualidade dos serviços prestados e a segurança da assistência. Similarmente Silva e Bianchi (2003, p.161) afirmam que: “a CME é o setor da organização de saúde, ou ainda, dentro do processo de prestação de assistência ao paciente, que lida com artigos odonto-médico-hospitalares e que está diretamente ligada com a qualidade da assistência prestada”.

Além disso, Martins (2001) destaca uma outra perspectiva a CME, acrescentando importância à sua relação com o controle de infecção hospitalar (CIH). Entendo que o vínculo da CME ao CIH está em contribuir ou não à qualidade e segurança do atendimento em saúde, pois ao distribuir artigos odonto-médico-hospitalares processados, influencia o processo saúde-doença de modo positivo ou negativo à medida que predispõe ou não o surgimento de doenças (processos infecciosos). Julgo que, ao realizar processos de limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, a CME se torna, também, responsável pela manifestação de infecções hospitalares. Isto pode ocorrer quando a infecção relacionar-se com os materiais processados inadequadamente no setor.

A infecção é causada por uma invasão, multiplicação ou ação de agentes infecciosos no hospedeiro suscetível que resulta em uma resposta imunológica manifestada na presença de sinais e sintomas que caracterizam a doença infecciosa. Ela se manifesta em qualquer ambiente, mas, se relacionada às ações de uma instituição de saúde, é chamada de infecção hospitalar (FERNANDES; FILHO; BARROSO, 2000; MARTINS, 2001; LACERDA, 2003). A Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998 do Ministério da Saúde define uma infecção hospitalar como aquela adquirida durante a internação ou após a alta do paciente, quando relacionada a procedimentos hospitalares (BRASIL, 1998).

Tais procedimentos relacionam-se, principalmente, aos de fim diagnóstico ou terapêutico, que trazem riscos de infecção não somente aos clientes que a estes são submetidos, mas também aos profissionais que os realizam. Um deles é o

procedimento cirúrgico, conforme aponta Carraro (1997, p.27): “na vivência do processo saúde-doença, o ser humano pode encontrar-se em situações cirúrgicas, nas quais está exposto a riscos que comprometam a sua saúde e a sua vida, um deles é o de contrair infecções hospitalares”.

Ao relacionar uma infecção ao trabalho da Central de Material e Esterilização, penso na influência deste no surgimento de uma infecção, por meio da transmissão indireta de um agente infeccioso (microorganismo) a um hospedeiro suscetível (trabalhadores ou clientes) pelo uso de artigos odonto-médico-hospitalares processados inadequadamente no setor. Esta relação é dinâmica, pois ao responder de modo integral pela recepção, limpeza, desinfecção, preparo, esterilização, guarda e distribuição de materiais às unidades consumidoras de um estabelecimento de saúde pode, ao mesmo tempo, prevenir a doença (infecção) ou favorecer o seu surgimento, em medida que os artigos processados no setor serão utilizados em procedimentos diagnósticos e terapêuticos (SILVA; BIANCHI, 2003).

Por conseguinte, descrever o processo de trabalho da CME implica em comentar sua íntima relação com a qualidade do cuidado prestado ao cliente, nas ações direcionadas na contribuição do controle de infecção hospitalar e na conexão do setor com diversos outros setores de uma instituição de saúde, considerados suas unidades consumidoras.

Assim, a CME também apresenta um processo de trabalho dependente e complementar ao trabalho da saúde, porém configura-se de modo peculiar. Possui elementos que se articulam com vistas a atender as especificidades do seu setor, sendo que Possari (2003) comenta que a finalidade está em contribuir à assistência das unidades que consomem seus produtos, enquanto que seu objeto de trabalho está nos:

[...] artigos e instrumental contaminados e também artigos limpos, provenientes da lavanderia e do almoxarifado. O produto final do processo de trabalho é o artigo em condições seguras de uso, que irá subsidiar outros processos (POSSARI, 2003, p.21).

Além disso, o autor pontua que a CME tem por finalidade concentrar, controlar, conservar e manter os artigos e instrumentais, padronizando técnicas para proceder cuidado com estes, assegurar economia, distribuir os artigos prontos para

as unidades de atendimento, treinar equipe para as atividades do setor, controlar consumo, qualidade e segurança dos processos, favorecer o ensino e pesquisa e manter estoque para atender prontamente necessidades das unidades consumidoras.

De acordo com Bartolomei (2003), a CME apresenta como objeto de trabalho fundamental os artigos médico-hospitalares reprocessados ou a serem processados e como finalidade, a segurança aos procedimentos de intervenção, especialmente os invasivos. Entretanto, Delgado (2000, p.137-139) concebe que a finalidade do trabalho da CME está no cuidado qualificado e a justifica ao dizer que:

Pude perceber que o estar distante não impede que eles, funcionários, elejam a pessoa como o cerne de seu cuidar. [...] pude perceber nos depoimentos fatos desveladores de que o distanciar da pessoa não impede que os funcionários sejam capazes de se perceberem próximos-distantes, que o seu esforço diário tem um objetivo final, traduzido na pessoa doente, que depende de seu trabalho para obter sucesso na luta pelo direito à vida saudável.

Dessa maneira, ao atuar sobre seu objeto de trabalho, por meio de diferentes instrumentos, creio que a CME, diante de suas finalidades, contribua para qualificar o cuidado ao paciente e, por isso, o influencia. A partir disso, a equipe da CME deve sentir-se co-responsável pelo processo de saúde/doença dos clientes que procuram as instituições de saúde. Sob este ponto de vista, concordo com Carraro (1997), quando diz que a Enfermagem deve ser capaz de potencializar o poder vital do ser humano, o que pode ser feito por meio do princípio de não lhe causar danos e esclarecer riscos e benefícios aos quais pode estar exposto.

Para a autora mencionada anteriormente, a Enfermagem deve ter como objetivo proporcionar melhores condições ao ser humano, para viver uma vida saudável e, para tanto: “[...] utiliza estratégias para a prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, conforto, apoio, educação à saúde e mobilização junto ao meio ambiente” (CARRARO, 1997, p.28).

A enfermeira na CME

Ao estudar a trajetória de organização da CME, percebo a Enfermagem como uma profissão inserida e fundamental ao seu funcionamento. Nesse sentido, Silva et al. (1997) comentam que a equipe desta unidade deve ser composta de enfermeira, técnica ou auxiliar de Enfermagem. No entanto, o freqüente questionamento do exercício desta função pela enfermeira ocorre, por tratar-se de um setor que não realiza cuidados diretamente ao paciente. Sob este aspecto, considero que duas questões importantes surgem e que, ao meu ver, merecem ser apresentadas: a demanda dos processos de trabalho em saúde e, conseqüentemente, da Enfermagem e a valorização da CME.

Nos parágrafos anteriores apresentei, brevemente, a evolução história do setor de CME, trazendo à tona a justificativa de seu surgimento bem como a modificação que tem sofrido, no que diz respeito à sua imagem. Destaquei que o surgimento e transformação do trabalho do setor e sua visibilidade relacionam-se à agregação e necessidade de avanços científicos e tecnológicos na área cirúrgica e por seu vínculo com a qualidade do cuidado de Enfermagem e da assistência de saúde nas instituições.

Dessa maneira visualizo, nitidamente, que a evolução das práticas e intervenções de saúde vem trazendo, juntamente com a aquisição de aparato tecnológico, o desenvolvimento de pesquisas científicas, busca por qualidade e a demanda de novos e importantes processos de trabalho à enfermeira os quais, muitas vezes, não tem por foco o cuidado direto ao paciente e sim se relacionam com este cuidado por meio de ações direcionadas aos ambientes em que é desenvolvido, ou seja, na administração e ou gerenciamento dos ambientes das instituições de saúde. Exemplos estão no trabalho do serviço de controle de infecção hospitalar, serviço de educação em serviço e da CME.

Há quem considere que a enfermeira, ao participar do processo de trabalho de um desses setores, deixe de exercer o cuidado, pois ao ausentar-se dos cuidados diretos ao paciente passa a exercer ações à organização dos ambientes das organizações de saúde e da equipe de Enfermagem. Porém, acredito que ao organizar o ambiente e a equipe, a enfermeira desenvolva cuidado de Enfermagem, mas de maneira indireta, por meio do fornecimento de artigos processados adequadamente às suas unidades consumidoras para auxiliar as intervenções

terapêuticas e diagnósticas de saúde e os cuidados diretos de Enfermagem de outras enfermeiras.

O cuidado indireto representa, na verdade, um trabalho de organizar o processo de cuidar, pois por meio dele podem ser desenvolvidas condições à realização do cuidado dito direto. Nesse caso, “Há inclusive, proposições para que este trabalho possa ser considerado ‘cuidando do cuidado’, uma metáfora para indicar que o trabalhador se envolve em uma ação para depois produzir o cuidado” (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

A CME está interligada no cuidado de saúde e almeja a qualidade e segurança deste cuidado, por meio da disponibilização de artigos processados com a finalidade de auxiliar as práticas e ações de saúde prestadas por outros setores de saúde e, por isso, entendo que realiza um cuidado que ocorre de uma maneira diferente, indireta. De modo idêntico, Tonelli e Lacerda (2005, p.28) comentam que: “o processo de trabalho do enfermeiro da CME é diferente do realizado em unidade assistencial, mas também se constitui em serviço da área da saúde e, de alguma forma, pode ser classificado como cuidado”.

De modo similar, Tonelli e Lacerda (2005) destacam que a profissão incorporou atividades não diretamente à assistência, mas à organização do ambiente terapêutico (o saber administrativo) e dentre elas estão às práticas da CME, que ao garantir qualidade e segurança aos procedimentos, por meio do processamento de artigos, realizam um cuidado indireto de saúde e de Enfermagem. “[...] pode-se entendê-la como um processo de cuidar indireto e específico da Enfermagem, cujos produtos constituem instrumentos para o cuidado em ato” (TONELLI; LACERDA, 2005, p.29).

Autores como Melo (1986), Silva (1989) e Almeida e Rocha (1997) explicam que o processo histórico da profissão da Enfermagem, de tradicional à moderna, conduziu o seu objeto de trabalho para uma fragmentação entre o cuidado direto e indireto ao enfermo, ou seja, entre o cuidado propriamente dito e a supervisão, organização e administração do cuidado. A partir disso, o processo de trabalho da enfermeira adquiriu dimensões práticas que não só o cuidado direto do paciente, pois agregou a ele a gerência, o ensino e, mais recentemente, a pesquisa.

Ao analisar o processo de trabalho da enfermeira em CME, penso que suas práticas e saberes encontram-se direcionados ao cuidado indireto, ao atuar sobre o processamento de materiais odonto-médico-hospitalares para promover o cuidado

direto aos clientes. Sob este ponto de vista, percebo a importância de todas as dimensões do trabalho da enfermeira: o cuidar, o ensinar, o pesquisar e o gerenciar, mencionados por autores como Leopardi (1999), Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001), Kirchhof (2003) e Felli e Peduzzi (2005).

O surgimento de novos processos de trabalho em saúde traz consigo a possibilidade de novos ambientes ao exercício profissional da enfermeira e, como resultado, sugere a expectativa de um aumento de vagas de emprego. Outrossim, acrescento aqui a questão da valorização desse trabalho no reconhecimento social que pode alargar-se e/ou modificar-se nestas novas possibilidades.

Ao recorrer ao significado da palavra valor, a encontrei como sinônimo de bravura, merecimento, mérito, importância, préstimo, validade, e ainda “[...] importância que se atribui a algo ou alguém, mérito” (HOUAISS, 2004, p.750). Compreendo que outros cenários de trabalho possam gerar outras percepções do papel da enfermeira, no sentido de que sugiram acréscimos à valorização das atividades desta profissional, e que diferentes olhares possam ser lançados à sua prática, no intuito de reconhecer suas possibilidades, agregar espaços à sua atuação e alicerçar a profissão.

Alguns autores relacionam a valorização ao elemento “produto final” do processo de trabalho, como é o caso de Egry (2006) que compreende que a invisibilidade do trabalho de algumas profissões pode vincular-se ao fato de que o produto final do seu processo de trabalho não é visível e, assim, o próprio trabalho também não o será. A autora comenta que no caso do trabalho da Enfermagem, o produto final confunde-se com o próprio ato do trabalho, pois ao final dele não existe um produto comercializável ou palpável.

De acordo com esta perspectiva, entendo que o reconhecimento da existência de novas demandas e processos de trabalho amplia a prática da enfermeira, e acarretam à profissão crescimento e visibilidade. Contudo, em hipótese alguma desmereço que a essência do trabalho da Enfermagem esteja no cuidado, pois acredito que este, independente da presença física, é direcionado ao atendimento das necessidades de saúde e de Enfermagem do paciente, mas de maneiras diferentes. Enquanto o cuidado direto é caracterizado pela presença humana e relacionamento entre enfermeira e paciente durante a sua realização, o indireto preconiza ações à melhoria do ambiente desse cuidado, como é o caso do trabalho

da CME. E ambos, são demandas de saúde que se articulam, que dependem uma da outra no intuito de qualificar ações para o paciente.

No entanto, para desenvolver o cuidado, a enfermeira necessita reconhecer suas atribuições, se certificar de seus direitos e deveres profissionais e compreender os limites de sua atuação prática, o que exige o conhecimento de suas competências enquanto coordenadora ou administradora de um setor. Por este motivo descrevo, a seguir, as funções desempenhadas por esta profissional na CME, embasada nos escritos de Silva e Bianchi (2003) e da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação anestésica e Centro de Material e Esterilização – SOBECC (2005).

Ao se responsabilizar pelo setor de CME, a enfermeira deverá empregar um conjunto de atividades que direcionam sua prática para a administração, a organização e a gerência, como citam Silva e Bianchi (2003). Do mesmo modo a SOBECC (2005), entende que as funções dessa profissional na CME são classificadas em três grandes grupos: coordenação da unidade, atividades técnico-administrativas e administração de pessoal.

De acordo com essa associação, dentre as atividades de coordenação, a enfermeira prevê e provê artigos às unidades consumidoras que prestam cuidado direto aos pacientes; elabora relatórios mensais; planeja e faz orçamento anual; elabora e atualiza manuais de normas, rotinas e procedimentos; desenvolve pesquisas e trabalho científicos; atualiza-se em relação ao controle de infecção e uso de tecnologias; participa de comissões institucionais relacionadas à dinâmica da área; e gerencia o serviço de enfermagem.

A respeito das atividades técnico-administrativas, planeja, coordena e desenvolve rotinas para processos de limpeza, preparo, esterilização, armazenagem e distribuição de artigos; avalia os serviços prestados ao cliente; estabelece rotinas de manutenção preventiva de equipamentos; realiza testes e emite pareceres técnicos à aquisição de novos equipamentos; administra materiais consignados; faz relatório diário sobre atividades desenvolvidas; participa da passagem de plantão; realiza e mantém atualizado inventário de materiais, equipamentos e participa da sua aquisição. Quanto às atividades de administração de pessoal, realiza treinamentos e educação continuada; faz escalas de atividades, de férias e feriados; participa do processo de seleção de pessoal; e estabelece sistemas de prevenção de riscos ocupacionais (SOBECC, 2005).

Similarmente, Silva e Bianchi (2003, p.161) explicam que:

a coordenação dessa unidade, exercida pelo enfermeiro, deve estar voltada para os aspectos organizacionais, gerenciais e administrativos, mas sempre imbuída da assistência a ser prestada ao paciente, seja ele submetido a um exame de rotina como às cirurgias altamente complexas, usando equipamentos de robótica e de última geração.

Em seus escritos, Possari (2003) desenha o perfil e as competências que a enfermeira deve possuir para gerenciar o setor. O perfil relaciona características de liderança, postura profissional, relacionamento com equipe e conhecimento de técnicas que envolvem o processamento de artigos e equipamentos. Nas competências, cita o planejamento e acompanhamento dos processos com materiais e equipamentos, estabelecimento de metodologias de trabalho, participação em reuniões, realização de educação em serviço, desenvolvimento de trabalhos científicos, dentre outros.

Um outro ponto que merece destaque, e se relaciona às funções da enfermeira na CME, diz respeito à percepção da existência não somente da equipe de Enfermagem (enfermeira, técnicas e auxiliares de enfermagem) vinculada à CME, pois em seu processo de trabalho também estão envolvidos trabalhadores da equipe de saúde de outros setores, que utilizam os materiais ou artigos processados pela CME no cuidado direto aos clientes e que podem ser chamados de unidades consumidoras. Além destas, existem os clientes ou pacientes, a quem se destina à finalidade do trabalho da CME, por meio do cuidado indireto de Enfermagem.

Essa percepção destaca a responsabilidade do processo de trabalho desenvolvido pela equipe de Enfermagem da CME e, especialmente, pela enfermeira. O desenvolvimento de suas atividades reflete-se na qualidade do cuidado prestado ao paciente e a existência desta qualidade implica em investimentos, que se relacionam à recursos materiais, físicos e humanos agregados ao setor.

Para desenvolver as suas práticas, a equipe da CME necessita de uma gama de materiais e equipamentos, os quais estão em constante evolução para acompanhar os avanços e as demandas dos serviços do setor de saúde e das cirurgias. Por conseqüência, para atuar nesse setor, o trabalhador de Enfermagem necessita ser qualificado para, também, acompanhar estas evoluções. Segundo

Silva e Bianchi (2003, p.160), “[...] observa-se o CME com tecnologia bastante avançada, com tarefas automatizadas, equipamentos de esterilização sofisticados e complexos, o que exige um trabalhador melhor qualificado”. A partir disso, interpreto essa qualificação na capacidade de aprender, criar, transformar e ensinar, o que justifica a necessidade de observação, ação e reflexão do processo de trabalho.

Nesse sentido, alguns autores defendem e justificam que a coordenação da CME é de competência da enfermeira, tais como Silva e Bianchi (2003, p.160), que escreveram que: “até o momento, pode-se afirmar que o enfermeiro é o profissional habilitado para coordenar a CME, responsabilizando-se pelas atividades desenvolvidas e pelo pessoal de Enfermagem”. Igualmente, Tonelli e Lacerda (2005) ressaltam que a sua formação atual a habilita para coordenar a área de CME, mais do que outros profissionais de saúde.

Historicamente, a enfermeira tem sido a responsável pelo processo de trabalho na CME e um dos pontos que a direciona para tal função é a afirmativa de que sua formação tradicional lhe confere saberes não somente para o cuidado ao paciente, mas também para o cuidado com o meio e com os objetos deste meio, no qual esse cuidado é realizado (BARTOLOMEI, 2003; MOURA, 2004).

Sob este ponto de vista, percebo que questionamentos vêm sendo feitos a respeito da exclusividade da responsabilidade do trabalho da CME estar nas mãos dessa profissional, pela perspectiva da existência de novos profissionais à coordenação do setor, tais como farmacêuticos e administradores hospitalares. Acredito que respostas a questionamentos do tipo “Deverá ser a enfermeira a profissional a coordenar o setor? O que justifica sua permanência como coordenadora de CME?”, devem ser verbalizadas por todas as enfermeiras que atuam em CME.

Justifico que a sua permanência na coordenação do processo de trabalho da CME é fundamental, embasada em minha experiência profissional e nos autores anteriormente mencionados, que apontam tal afirmação. Um forte indício está na Lei n. 94.406/87 (BRASIL, 1987), que regulamenta o exercício da Enfermagem profissional a qual define que, privativamente, incumbe a enfermeira a direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, seja ela pública ou privada, e chefia do serviço e de unidade de Enfermagem. Também, acrescenta a função de organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços e o

planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de enfermagem (COFEN, 1987).

Acredito na exclusividade da enfermeira na coordenação da CME não somente por sua formação habilitá-la ou pela exigência de tal função pela lei que regulamenta seu exercício profissional quando houver uma equipe de Enfermagem para coordenar, mas por este profissional ser capaz de conhecer, nos mínimos detalhes, o contexto cirúrgico, as necessidades do procedimento cirúrgico, além do cuidado de Enfermagem realizado em outras unidades, como de internação, UTI, pronto-socorro. Confio que a sua permanência como coordenadora da CME seja embasada em seus conhecimentos de administração, mas, principalmente, no conhecimento do cuidado de Enfermagem ao paciente, o qual lhe confere peculiaridades essenciais à coordenação de um serviço que objetiva fornecer recursos materiais e orientações às equipes de suas unidades consumidoras.

Penso que as características do processo de trabalho da CME vêm se modificando perante a opinião dos profissionais de saúde e que podem ser alteradas ainda mais, à medida que sejam compreendidas a importância e a relação de suas práticas ao cuidado em saúde. Além disso, acredito que o conhecimento do trabalho desenvolvido pela equipe de Enfermagem da CME, coordenada por uma enfermeira, auxiliará a observação de que esta profissional possui competências que a habilitam para realizar práticas e saberes direcionados ao cuidar, educar, ensinar e pesquisar, juntamente com sua equipe de trabalho.

2.3 UMA DEFINIÇÃO TECNOLÓGICA AOS INSTRUMENTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Ao focar as principais mudanças ocorridas entre os séculos XVIII e XX, Leopardi (1999) aponta algumas, dentre as quais encontra-se a da incorporação da tecnologia nos processos de trabalho. A autora acredita que a tecnologia pode ser utilizada no intuito de causar impactos positivos na realidade, orientando os indivíduos e grupos para transformá-la.

A tecnologia sempre envolveu a vida do homem e o seu meio, mas sua presença intensificou-se no século XIX com a Revolução Industrial e no século XX, pelo estabelecimento do modelo capitalista de produção e pela influência dos modelos taylorista e fordista. “A disponibilidade dos instrumentos de precisão

permitiu aos cientistas reunir ulteriores graus de perfeição, transformando a técnica em tecnologia isto é, ciência incorporada na técnica” (DE MASI, 2001, p.236).

Entendo a necessidade de acompanhar as mudanças, fato que na área da saúde se relaciona principalmente com as transformações advindas da ciência e da tecnologia. Porém, observo que para acompanhar tal evolução seria importante analisar conseqüências, influências positivas e negativas e, concomitantemente, haver uma preparação para enfrentar o novo sem jamais esquecer as reais necessidades e demandas de saúde da população. Sob este ponto de vista, Meier (2004) comenta as crises, efeitos nocivos e impactos que podem surgir no homem e na sociedade pelo uso indevido e indiscriminado da tecnologia, como resultado da busca obstinada de crescimento, expansão e aumento da produtividade.

A concepção da área da saúde como um setor de serviços, fez surgir a necessidade de adequações nas suas instituições, direcionadas à busca da qualidade de suas práticas e ao atendimento das necessidades e demandas de saúde da população. Neste contexto, a tecnologia e sua intensa incorporação estão inseridas, um fato que acompanha a história e a evolução do homem em seus modos de vida, em suas relações, em sua casa e nos seus ambientes de trabalho.

Por estas razões, julgo que entender o processo de trabalho da saúde e da Enfermagem aliados ao significado e localização do termo ‘tecnologia’ neste processo, bem como entender as inter-relações de fenômenos e/ou acontecimentos históricos, políticos (econômicos), sociais e culturais que determinaram e condicionaram a sua construção e evolução, torna-se fundamental à percepção da prática atual da enfermeira.

Sustento e justifico a abordagem do conceito de tecnologia no que foi exposto anteriormente e nas palavras de Merhy (1997) quando diz que o tema “tecnologia em saúde” tem um fetiche a ponto dos profissionais de saúde sentirem-se impotentes em falar a respeito dele e, nesse momento, acredito ser oportuno destacar o significado do termo “tecnologia”, e como busco me referir a ele.

A evolução do homem e de seu processo de trabalho se adequam sob uma lógica de mercado e competitividade de serviços que exige avanços tecnológicos, muitas vezes realizados a partir da aquisição de objetos, máquinas e equipamentos, no intuito de alcançar racionalização, eficiência e produtividade no trabalho (LEOPARDI, 1999b). Talvez este seja um dos motivos pelo qual o conceito de tecnologia, no senso comum, seja um sinônimo restrito de equipamentos, máquinas

e materiais. Sem sombras de dúvidas isto é real, factível e geral, quem sabe como conseqüência da ausência de discussões a respeito da temática e, principalmente, do significado da tecnologia nos ambientes de vida e de trabalho. Neste sentido, Gonçalves (1994), Merhy (1997), Faria (1997) e Meier (2004) destacam a necessidade de refletir e falar a respeito da tecnologia.

Ao buscar o significado de tecnologia, foi encontrado que corresponde ao: “conjunto de conhecimentos científicos, dos processos e métodos usados na criação e utilização de bens e serviços” (HOUAISS, 2004, p.711). Um processo designa procedimento, método, realização de alguma atividade contínua, enquanto a palavra método indica um modo ou maneira sensata de agir, um meio para se atingir algo. Nesse sentido, as palavras processo e método designam algo mais para o termo tecnologia do que somente equipamentos materiais.

Na perspectiva de Merhy (1997) a tecnologia é um conjunto de saberes humanos, associados ao uso de equipamentos, aparelhos e instrumentos. A mesma reflexão é apresentada por autores como Gonçalves (1994) e Vaz (1999), ao apontarem que a tecnologia não se confunde exclusivamente com instrumentos (materiais, equipamentos), devido à existência de saberes, habilidades e ações humanas que os envolvem, os quais permitem a realização de um trabalho.

Concordo com Meier (2004, p.6) ao conceituar que a tecnologia : “[...] compreende o saber (conhecimento científico, ciência), o fazer (prática, conhecimento prático, habilidade, destreza manual) e é entrelaçada por aspectos comunicacionais, sociais, biológicos, espirituais, emocionais, intuitivos e culturais”. Desta maneira, acredito que a tecnologia não deve ser reduzida aos materiais e equipamentos pelo entendimento de que ela envolve um conjunto de ações e saberes humanos, que instrumentaliza o processo de trabalho em saúde e, conseqüentemente, da Enfermagem.

Na pesquisa feita por Meier (2004), o termo tecnologia de Enfermagem foi construído por um grupo de enfermeiras, a partir do uso da metodologia de grupo focal. Como resultado, houve a construção do conceito a seguir:

A tecnologia de enfermagem compreende o conhecimento humano (científico e empírico) sistematizado, requer a presença humana, visa á qualidade de vida e se concretiza no ato de cuidar, considerando a questão ética e o processo reflexivo. Os materiais e equipamentos requerem conhecimentos agregados para sua aplicação, sendo assim considerados, tecnologia para a enfermagem (MEIER, 2004, p.167).

Para esta autora, a tecnologia se divide em equipamentos e materiais e em atividades humanas e profissionais. Ainda, nas reflexões de Merhy (1997), há a concepção da existência de três tipos de tecnologias: a leve, caracterizada nos aspectos individuais como relacionamento, sabedoria, experiências, atitudes, comportamentos, compromissos, responsabilidades, etc; a leve dura, demonstrada nos conhecimentos científicos organizados no processo de trabalho da saúde; a dura que se configura nos recursos materiais (equipamentos, máquinas), normas e estruturas organizacionais.

De acordo com Marques e Lima (2004), as tecnologias leves compreendem o acolhimento, autonomização, produção de vínculo e gestão compartilhada dos processos de trabalho, e destacam sua concepção como representativa de responsabilidade e compromisso profissional.

No processo de trabalho da enfermeira, a articulação de tecnologias leves, leve duras e duras, ou ainda de equipamentos e materiais e atividades humanas e profissionais conforme Meier (2004), é possível e ocorre no desenvolvimento de suas ações de cuidar, gerenciar, educar e pesquisar, no intuito de qualificar o cuidado. Sob este ponto de vista ressalto a afirmação de Merhy (1997) de que os profissionais de saúde devem sentir-se responsáveis pela qualidade da assistência que ofertam e, para tanto, é necessário que usem todas as opções tecnológicas que possuam à disposição desta assistência, o que inclui o conhecimento.

A compreensão dos conceitos abordados anteriormente indica que a tecnologia pode ser entendida como algo além dos instrumentos materiais e equipamentos, pois envolve processos e métodos, interpretados como um conjunto de atos, de pensamentos, de modos de agir, embasado em princípios norteadores, em conhecimento e saberes. Leopardi (1999b) corrobora este pensamento ao entender que os artefatos materiais e os saberes originam-se de pesquisas e reflexões, e que são traduções objetivas da ciência, a qual é transformada em tecnologia para fixar novas formas de processar o trabalho em saúde.

Tecnologia é sinônimo de saber e, neste sentido, pode ser compreendida enquanto saber tecnológico¹³, um conjunto de saberes originados da interação entre

¹³. O saber tecnológico corresponde às opções tecnológicas que o profissional de saúde possui para atender a saúde. O saber, como tecnologia, corresponde ao “poder fazer”, a aplicação de conhecimento, científicos e práticos, para solucionar problemas da prática (GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997; MEIER, 2004).

ciências e determinações de outras ordens vindas da prática social, com características históricas, atuais e tecnológicas. A concepção de tecnologia como saber evidencia-se no fato da necessidade da presença do homem para construí-la e aplicá-la em suas atividades cotidianas (DE MASI, 2001; GONÇALVES, 1994).

Autores como Gonçalves (1994), Faria (1997) e Nietzsche et al. (2005) destacam e relembram que a tecnologia tem sido tratada de maneira reducionista, enquanto mero conjunto de instrumentos materiais, o que representa uma marca do pensamento contemporâneo, que a denomina como um conjunto de coisas, objetos materiais que auxiliam a técnica ou a produção no trabalho. Tal pensamento omite a essência do uso dos instrumentos do processo de trabalho, uma vez que a concretude de sua existência está na relação social entre o trabalhador e os objetos com os quais trabalha e modifica seu objeto de trabalho e, assim, a sua história (GONÇALVES, 1994; FARIA, 1997).

A concepção de tecnologia tem sido usada para representar o uso de um produto ou máquina, aos procedimentos técnicos de operação desse produto ou máquina, o que imprime certa banalização e visão simplista à complexidade do termo. Esta banalização também se encontra intrínseca na relação da tecnologia às necessidades de vida das pessoas que, ao direcionarem um primeiro pensamento a respeito de seu conceito, se dividem em: defensores/otimistas que a vêem aliada ao progresso da humanidade e em contrários/pessimistas, que a ela atribuem alienação e esgotamento de recursos naturais (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000; NIETSCHE et al., 2005).

Para autores como Nietzsche e Leopardi (2000) e Nietzsche et al. (2005) o conceito de tecnologia agrega processos que se concretizam e se originam da experiência humana e da pesquisa, no intuito de desenvolver um conjunto de atividades veiculadas ora por artefatos, ora por saberes sistematizados, que servem para gerar conhecimentos socializáveis, dominar processos e produtos, explicar um modo de fazer e, assim, provocar intervenções na prática.

Diante de tais considerações e de leituras e reflexões a respeito da tecnologia, a entendo como um conjunto de saberes (conhecimentos) e fazeres (materiais, equipamentos, metodologias de trabalho, comunicação, educação), os quais envolvem um processo de trabalho específico, estruturado e organizado, que necessita de pessoas (trabalhadores de enfermagem, de saúde e clientes) à sua

aplicação e de um ambiente, por meio do qual são estabelecidas relações à sua efetivação.

Em relação a conexão da tecnologia com o processo de trabalho de saúde e da Enfermagem, Vaz (1999) explica que as práticas dos profissionais de saúde se diferenciam em três aspectos: as especialidades, a natureza de seu objeto e as tecnologias que utilizam. A autora acrescenta que ao atuar sobre seu objeto, o profissional de saúde utiliza-se de saberes e ações tecnológicas com o objetivo de proporcionar ao cliente a superação de sua enfermidade. Nesse sentido, Leopardi (1999b) comenta que a escolha dos instrumentos, em um processo de trabalho, é essencial pois são capazes de configurar a identidade da profissão. Diante destas afirmações, entendo a tecnologia como algo indissociável do processo de trabalho da enfermeira, por meio da qual desenvolve seu trabalho sobre seu objeto no intuito de atingir as finalidades deste processo e, assim, é considerada como instrumento do seu processo de trabalho.

Em momentos anteriores, apresentei que o processo de trabalho é composto por elementos que o configuram, como o objeto, finalidade e os instrumento e que estes elementos foram recriados pela Enfermagem a partir da concepção que lhes é dada no processo de trabalho em saúde. Esta apropriação e recriação dependem, dentre outros fatores, das especificidades da profissão e dos diversos ambientes de trabalho em que a enfermeira pode atuar.

No processo de trabalho, a enfermeira utiliza instrumentos sobre seu objeto ao alcance de sua finalidade e, nesta perspectiva, acredito que não há tecnologia alheia ao processo de trabalho. Tecnologia, “[...] é algo que se constitui dentro dos processos de trabalho, e só dentro deles, apontando ao mesmo tempo para suas dimensões técnicas e sociais” (GONÇALVES, 1994, p.126).

Similarmente, Gonçalves (1994, p.127) escreve sua percepção de as tecnologias serem meios de um processo de trabalho:

Compreendendo, porém a tecnologia, em sentido amplo, como tecnologia do processo de trabalho, as referidas investigações assumem o caráter de meios, de “tecnologias” parciais para o controle de um processo cujo sentido geral passa então a poder ser conhecido, ganhando novo significado à pesquisa das funções, dos alcances, dos desempenhos, dos limites de utilização destes ou daqueles meios de trabalho específicos.

Da mesma forma escreve Leopardi (1999b), ao identificar a existência de três grupos de instrumentos de trabalho necessários ao processo de trabalho em saúde: os instrumentos materiais, os metodológicos e o ambiente. Nos instrumentos materiais cita objetos, mobílias, medicamentos dentre outros que possibilitam precisar e acelerar as ações terapêuticas. Nos metodológicos aponta a interação, organização de atividades, avaliações que caracterizam o modo ou jeito de trabalhar, e em relação ao ambiente identifica as diferentes instituições de saúde (como clínicas, ambulatórios, hospitais). Percebo que a autora, aponta diversos instrumentos ao trabalho em saúde, ao acrescentar aos artefatos materiais (objetos, instrumentos, equipamentos), a existência de relações entre estes instrumentos e o homem, quando os utiliza para uma determinada finalidade como, por exemplo, nos metodológicos.

Oliveira (2004) evidenciou a existência de novas tecnologias no ambiente de Centro Cirúrgico para as quais diz que as enfermeiras devem apresentar domínio: as tecnologias biomédicas (equipamentos utilizados para viabilizar o cuidado de enfermagem), tecnologias de comunicação (artefatos como telefone, videoconferências) e tecnologias da informação (sistemas de computadores). Percebo nas tecnologias apresentadas, a visão simplista da qual Nietzsche e Leopardi (2000) se referiram, a da concepção de que ela se relaciona restritamente a equipamentos e produtos materiais. Porém, em um outro momento Oliveira (2004) apresenta que a qualificação da enfermeira, seus conhecimentos e habilidades constituem-se fatores condicionantes ao êxito do gerenciamento de tais tecnologias.

Particularmente, ao pensar nos instrumentos que envolvem o trabalho da enfermeira na CME, é comum, em primeiro momento, ser mentalizado o imenso aparato tecnológico que o setor possui e que se mostra sob a forma de lavadoras, desinfetadoras, autoclaves, objetos e instrumentais cirúrgicos. Porém, compreendo que a concepção de instrumentos nesse ambiente não se finda nos recursos materiais e equipamentos, devido à prática no setor demonstrar a utilização de outros instrumentos fundamentais ao alcance da finalidade de trabalho proposta.

Para clarificar essa afirmação, posso tomar como exemplo um instrumental cirúrgico sujo advindo de uma unidade cirúrgica para ser processado. Para que este objeto possa retornar ao seu local de origem, terá que passar por vários processos que incluem limpeza, secagem, inspeção, acondicionamento, esterilização, dentre outros. Contudo, para que ocorra uma modificação deste objeto, de sujo para limpo

e estéril, serão necessárias atividades humanas ou profissionais, como conceitua Meier (2004), as quais atuarão sobre determinado objeto para transformá-lo.

Tal raciocínio elucida a existência e utilização de outros instrumentos de trabalho na CME, os quais poderão ser utilizados pela enfermeira. Mesmo que suas atribuições não envolvam, essencialmente, a manipulação de objetos materiais, certas vezes o fará e em outras, administrará essa manipulação (processamento) pela equipe. Nesse sentido, é que acrescento outros instrumentos ao processo de trabalho da enfermeira na CME, tais como o conhecimento técnico e científico, a comunicação, o relacionamento interpessoal com a equipe e tantos outros.

De modo similar, Delgado (2000, p.139) exemplifica a presença do conhecimento técnico e científico e a complexidade de uma das atividades de processamento de materiais realizadas na CME:

“Ficou explícito que os atos e os procedimentos de enfermagem tem um refletir que os norteia, pois convivem com o não visível, o não palpável, mas essencial. O simples dobrar contracenam com a microbiologia, a fisiologia, a química e muitos outros fatores inerentes a esse processo. A essência que há por trás do processo de dobrar é uma essência do processo científico. Quando se dobra corretamente, evita-se a contaminação ou a penetração dos microorganismos. O técnico, o científico e o prático são igualmente fundamentais num aparentemente “simples” dobrar.

Manipular recursos materiais e equipamentos ou mesmo administrar tal atividade implica a enfermeira conhecer as funções de tais objetos e, além disso, algumas especificidades dos processos a que serão submetidos como, por exemplo, qual produto detergente é o mais adequado para a efetivação da limpeza, em qual embalagem deverá ser acondicionado, a qual temperatura e tempo de esterilização poderá se submetido, no intuito de orientar e auxiliar sua equipe em direção a qualidade do processamento dos materiais.

“[...] para realizar esse trabalho o enfermeiro desenvolve conhecimentos específicos sobre a diversificação sobre a diversificação de materiais e equipamentos e a forma de processá-los, configurando-lhe o domínio de uma área de saber e, por conseqüência, de um determinado grau de autonomia” (BARTOLOMEI, 2003, p.16).

A partir do exposto, considero os instrumentos do processo de trabalho da enfermeira na CME como sinônimos de tecnologias de Enfermagem, que podem ser utilizadas como meios para apreender o seu objeto e atingir suas finalidades. Estas tecnologias, na CME, poderão ser leves, leve-duras ou duras, ou de materiais e equipamentos ou atividades humanas e profissionais, e utilizadas concomitantemente ou não, o que dependerá da finalidade para a qual serão utilizadas em determinado momento da prática da enfermeira.

Para Nietzsche e Leopardi (2000), as tecnologias de Enfermagem são instrumentais utilizados pelas enfermeiras ao saber da profissão e podem se relacionar ao cuidado, à situação dos clientes, à administração, à educação, à comunicação, aos modos de conduta e às concepções às profissionais que as utilizam.

Nesse crescente caminhar, acreditamos que a enfermagem encontra-se, hoje, com um conjunto de tecnologias que podem cada vez mais ser desenvolvidas e especificadas por todos aqueles profissionais motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser humano (NIETSCHE; LEOPARDI, 2000, p.150).

As autoras acrescentam que por constituírem-se como instrumentos do agir da enfermeira e interferirem em suas percepções e condutas, as tecnologias podem auxiliar na identificação da profissão, na caracterização da sua prática a partir da reflexão do seu processo de trabalho e na construção de um “corpus tecnológico específico”, uma expressão nomeada pelas autoras para designar um conjunto de conhecimentos transpostos por tecnologias, sejam elas teorias, técnicas, metodologias ou artefatos.

De modo similar, Mendes et al. (2002, p.560) acreditam que

O que nos parece certo é que a tecnologia perpassa pela enfermagem em todas as suas dimensões, vez que a natureza do seu trabalho lhe coloca face a face com a produção de tecnologia na sua expressão mais simples até o seu contato com a tecnologia de ponta.

As autoras anteriormente mencionadas, revelam que as tecnologias simples podem envolver atos de improvisações e de criatividade, enquanto as de ponta podem se referir à produção de artefatos tecnológicos e inventos e que ambas

envolvem conhecimento sistematizado, aplicável e apropriado. O termo “apropriado”, refere uma adequação da tecnologia à situação ou cenário em que é aplicada, no intuito de compor-se como um meio para facilitar as ações do homem. Nesse sentido, elas apontam que produzir tecnologia é desenvolver ações alicerçadas na necessidade de resolver um problema, no conhecimento orientador de novas alternativas escolhidas para resolvê-lo e na criatividade para encontrar essas alternativas.

Sendo assim, ao embasar-me nas concepções de Nietsche et al. (2005) considero que a tecnologia viabiliza, identifica e fortifica o processo de trabalho da enfermeira, por encontrar-se em seu centro: ela faz a mediação entre o pensamento e a transformação desse pensamento em ação. Constitui-se como instrumento, meio que revela o seu “saber fazer” e “saber usar” conhecimentos e equipamentos em todas as dimensões práticas de seu trabalho.

A área de CME também desenvolve atividades criativas e precisas como alternativas para estabelecer seu processo de trabalho em acordo com as demandas, necessidade de saúde e do mercado de trabalho. Além disso, creio que almeja construir um corpo de saberes específicos que caracterizem e definam seu espaço, e um processo de trabalho que seja articulado com os dos demais setores e profissionais das instituições em que está inserido.

Acredito que essa busca está apenas começando e que jamais terá fim, e que hoje, se constitui como um passo à transformação de sua prática. Para isso, a enfermeira luta contra heranças de seu passado que continuam a determinar, condicionar e se refletir como imagens obscuras e distorcidas em seu processo de trabalho atual, as quais se sustentam na confusão, invisibilidade e valor atribuído pela própria Enfermagem ao seu trabalho. Uma das alternativas para a reversão destas características poderá estar na apreensão, incorporação e avaliação de novas tecnologias ao processo de trabalho da enfermeira na CME.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

Este capítulo aborda o caminho metodológico a partir da concepção de que a metodologia escolhida para permear uma pesquisa pode ser comparada ao “norte”, rumo ou direção dos objetivos propostos e pretendidos nela.

Uma pesquisa é um conjunto de atividades que direciona a busca de um conhecimento específico e para ser científica deve, portanto, ser realizada de forma sistemática, com métodos e técnicas próprias, com seus resultados apresentados de maneira peculiar. Pesquisar significa indagar para construir a realidade e, por isso, uma atividade que alimenta e atualiza o ensino (MINAYO et al, 1999; RUDIO, 2003).

O caminho, o percurso metodológico ou a metodologia de pesquisa são entendidos por Minayo et al. (1999, p.16) como: “[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade [...] a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitam a construção da realidade e o sopro divino do potencial criativo do investigador”.

Assim, compreendo que uma pesquisa contribui para desvelar, entender, analisar, explicar, observar e solucionar inquietações, dúvidas, problemas que se destacam no cotidiano da prática profissional do pesquisador e para alcançá-los, necessita de uma sistematização que a direcionará para encontrar respostas aos objetivos pretendidos.

Minayo et al. (1999) acrescentam que uma pesquisa se apresenta em um ciclo entendido como um processo de trabalho em espiral, que é iniciado por um problema ou pergunta e finalizado com um produto capaz de originar novas perguntas e, por isso, é provisório.

A pesquisa qualitativa é uma forma de abordagem da pesquisa científica que está voltada para um universo composto de significados, aspirações, crenças, valores, dentre outros que constituem uma realidade que não pode ser quantificada. “[...] corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO et al., 1999, p.22). Este tipo de abordagem trata da intuição, subjetividade, da exploração, pois está aprofundada no estudo do mundo das relações e ações humanas, e os significados que afloram de situações cotidianas das pessoas. Quanto aos tipos de pesquisa, pode ser de campo, de laboratório, documental,

bibliográfica, experimental, ex-post facto, participante, pesquisa-ação, estudo de casos, dentre outras, como apontam Tobar e Yalour (2001).

Nesse estudo, a abordagem foi qualitativa, do tipo descritiva, que Tobar e Yalour (2001, p.69) definem como “[...] aquela em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre variáveis. Não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve”. Para Figueiredo (2004), essas pesquisas são, assim como as exploratórias, habitualmente realizadas por pesquisadores sociais, preocupados com a prática.

Neste momento, após apresentar o conceito de pesquisa qualitativa descritiva, serão delineados alguns elementos metodológicos essenciais ao desenvolvimento da pesquisa tais como: o campo de estudo, os sujeitos do estudo, as técnicas de coleta de dados, os aspectos éticos e, por fim, a análise e discussão dos dados.

3.1 CAMPO E SUJEITOS DO ESTUDO

Para Minayo et al. (1999), um campo de pesquisa é um recorte de um espaço feito pelo pesquisador, e que representa uma realidade a ser estudada. As autoras acrescentam que: “[...] o campo torna-se um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos” (MINAYO et al., 1999, p.54).

Esse estudo envolveu a área de Central de Material e Esterilização da cidade de Curitiba – PR, na qual enfermeiras de CME de algumas instituições e empresas de saúde da cidade dentre elas hospitais, clínicas, empresas de esterilização e instituições de ensino superior, que foram selecionados intencionalmente.

A opção pela seleção de diferentes instituições e empresas de saúde e ensino considerou as diversas possibilidades de atuação da enfermeira da CME, além de buscar uma representação da realidade do campo de pesquisa, ou seja, a área de CME da cidade de Curitiba – PR.

Para constituir a amostra, selecionei instituições de acordo com o nível de

assistência e atenção à saúde¹⁴, embasada na classificação de Cecílio (1997) e da Organização Mundial de Saúde — OMS e Organização Pan-americana de Saúde — OPAS (2004) — nível de atenção primário, secundário e terciário —, sendo selecionadas instituições de atenção secundária e terciária nas quais estavam clínicas especializadas, hospitais de atendimento cirúrgico, ambulatorial e clínico, hospitais universitários, além de empresas de esterilização e instituições de ensino, públicas e privadas. A justificativa da seleção está na consideração de serem estes possíveis locais de atuação da enfermeira na área de CME, embasado na possibilidade de atuação nas dimensões prática de administrar, cuidar, pesquisar e ensinar.

A princípio, as instituições perfizeram um total de dezoito — busquei selecionar três instituições de cada tipo de acordo com a classificação mencionada anteriormente: hospital de atendimento cirúrgico ambulatorial, hospital universitário, hospital clínico geral, clínicas especializadas, empresas de esterilização e instituições de ensino superior —, que foram encontradas por meio da lista telefônica, na qual obtive dados iniciais da instituição (nome, endereço, telefone). O número de dezoito instituições foi delimitado por considerá-lo adequado à abordagem da pesquisa (qualitativa) e as técnicas de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e, especialmente, grupo focal. Para tanto, embasei-me nos critérios e orientações dirigidos por autores que utilizam as técnicas de coleta de dados escolhidas e, portanto, a constituição da amostra foi intencional (DEBUS, 1997; MEIER, 2004; PASCHOAL, 2004; MINAYO, 2004).

A partir disso, fiz um primeiro contato via telefone com as instituições de saúde para me certificar da presença de estrutura física de CME e da enfermeira no

¹⁴. Existem diferentes classificações das instituições prestadoras de serviço,. Entre elas está a que considera o nível de assistência à saúde que diferencia as instituições de acordo com a complexidade das suas atividades, instalações materiais, recursos humanos e tecnológicos. Podem ser classificadas como de nível primário, secundário, terciário e terciário-quaternário. No nível primário estão as instituições de prevenção e detecção de doenças e tratamento como as Unidades Básicas de Saúde; no secundário, estão os hospitais de atendimento ambulatorial, clínico, cirúrgico e de internação, focados para uma especialidade como, por exemplo, as clínicas e hospitais focados em uma especialidade médica. No nível terciário estão os hospitais gerais, de clínicas e universitários, bem como os especializados no tratamento e estudo de determinadas doenças. No nível terciário-quaternário estão os serviços mais complexos (CECÍLIO, 1997). A OPAS (2004) define que o modelo de atenção à saúde determina a forma de organização dos sistemas de saúde, podendo ser primário, secundário e terciário, o que influi nas modalidades de atenção (ambulatorial e de internação), no perfil dos recursos humanos, no estilo do trabalho, tipo de serviços providos, a relação entre os recursos humanos e os usuários do serviço, etc.

setor. No caso das instituições de ensino, confirmei a presença de docentes em conteúdos referentes a CME e nas empresas de esterilização.

Nas instituições de saúde, a confirmação da existência da enfermeira na CME veio acompanhada de um outro dado: em algumas delas, é responsável pela CME e pelo Centro Cirúrgico. O mesmo aconteceu nas instituições de ensino, em que a docente ministrava conteúdos de CME concomitantemente aos de CC. A partir disso, tanto enfermeiras exclusivas da CME quanto as que se responsabilizavam pela CME e CC foram incluídas na amostra.

Ao conversar com as enfermeiras, obtive as seguintes informações: nome, telefone de contato, turno de trabalho, e-mail e disponibilidade de horário para um contato pessoal com o objetivo de esclarecer informações a respeito da pesquisa e de sua possível participação. Além disso, identifiquei informações que confirmassem a inclusão da enfermeira na amostra, de acordo com os seguintes critérios, estabelecidos previamente: ser enfermeiro (a), estar atuando ou já ter atuado no setor ou ser docente de disciplinas relativas ao conteúdo que diz respeito ao Centro Cirúrgico e Central de Material e Esterilização e ter experiência profissional superior a um ano na área.

O critério referente à experiência maior de um ano como enfermeira ou docente da CME, foi considerado relevante pelas características do grupo focal (interação, discussão, experiências e vivências) e pelo enfoque de discussão pretendida, centrada no processo de trabalho.

Com relação à determinação dos sujeitos, Figueiredo (2004) explica que esta fase deverá ser delimitada ao máximo pelo pesquisador, com a utilização de parâmetros que selecionem os sujeitos. Para Rudio (2003), em uma pesquisa científica, o termo população designa uma totalidade de indivíduos de características iguais, as quais dependem das especificações realizadas para cada pesquisa.

Após a confirmação da inclusão das enfermeiras na amostra, um segundo contato foi realizado por meio de uma visita aos locais selecionados no intuito de estabelecer contato pessoal. Nesse momento, ocorreu a apresentação do pesquisador e de questões referentes à pesquisa como tema, objetivos, justificativa e técnica de coleta de dados, aspectos considerados importantes à decisão da participação ou não no estudo.

A apresentação do Termo de Consentimento Livre e Informado (TCLE) (Anexo 1) e leitura pela enfermeira ocorriam em seguida, destacando os aspectos

éticos da pesquisa. Das dezoito enfermeiras contatadas, quinze aceitaram participar do estudo e assinaram o TCLE. Esse contato pessoal também foi utilizado para agendar a data, horário e local da entrevista.

3.2 COLETA DE DADOS

Inúmeras alternativas podem ser utilizadas para a realização da coleta de dados, as quais podem ser definidas de acordo com o tipo de pesquisa e os objetivos que foram propostos. Figueiredo (2004) explica que para a seleção das técnicas mais adequadas à coleta de informações, precisam ser considerados os passos que envolvem a pesquisa como: objetivos, método, tipo de estudo e abordagem utilizados.

Destaco que o objetivo geral dessa pesquisa foi descrever a percepção de enfermeiras acerca dos elementos do seu processo na Central de Material e Esterilização, por meio de uma abordagem individual e grupal. No intuito de alcançar os objetivos da pesquisa, foi utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada para o primeiro momento, individual, e a de grupo focal para o segundo momento, que foi grupal.

Entrevista

Na linguagem de alguns autores, a entrevista é compreendida como uma conversa a dois que objetiva fornecer informações, levantar dados a um objeto de pesquisa determinado. Uma entrevista é usada para fornecer dados referentes a opiniões, atitudes, sentimentos, comportamentos e outras peculiaridades do cotidiano de vida das pessoas (MINAYO, 2004).

Dentre os tipos de entrevista está a semi-estruturada, que consiste em uma junção da estruturada (constituída de perguntas formuladas previamente) e não-estruturada (também chamada de aberta por possibilitar abordagem livre do tema pelo entrevistado), que permite uma obtenção de informações contidas nas falas dos entrevistados, definida como uma conversa entre duas pessoas, cujos propósitos encontram-se bem definidos (MINAYO et al, 1999).

A entrevista semi-estruturada requer formulação de alguns questionamentos que são básicos, embasados em questões abordadas no estudo, que permitem o

aparecimento de outras interrogações em medidas que o sujeito da pesquisa fornece informações. Por conseguinte, o entrevistador tem a liberdade de acrescentar perguntas que forneçam suporte às questões básicas no decorrer da entrevista, determinadas anteriormente, com o intuito de aprofundar e esclarecer pontos relevantes aos objetivos da pesquisa (FIGUEIREDO, 2004).

A entrevista semi-estruturada foi aplicada às quinze enfermeiras que aceitaram participar da pesquisa e foi realizada de forma individual, por meio de um instrumento composto por questões abertas e fechadas (apêndice 1). As respostas foram gravadas, mediante a permissão dos sujeitos a partir da assinatura do TCLE. Faço uma ressalva, para explicitar que a partir da décima primeira entrevista, os dados começaram a se repetir mas, mesmo assim, continuei a realizar as entrevistas até compor o número de quinze.

A justificativa da aplicação da técnica de entrevista semi-estruturada está na afirmação de alguns autores como Minayo (2004) e Britten (2005), de que consiste na técnica mais usada no processo de trabalho de campo de uma pesquisa qualitativa, bem como pelo fato de proporcionar a emissão de opinião, sentimentos, condutas e comportamentos por parte dos sujeitos entrevistados, uma vez que recordo que o objetivo desta pesquisa está em conhecer a percepção dos sujeitos a respeito dos elementos de seu processo de trabalho, por meio de abordagem individual e grupal.

Grupo focal

O grupo focal tem sido utilizado de várias maneiras em pesquisas qualitativas, como método, técnica complementar, assistente ou combinada a outras como, por exemplo, as entrevistas, observações e questionários. A recomendação da utilização do grupo focal combinado a outra técnica vem sendo aplicada nos campos das ciências sociais há algum tempo, bem como nas investigações em saúde, principalmente em saúde coletiva. Neste contexto, o papel complementar da discussão em grupo com outras técnicas de pesquisa objetiva a participação dos usuários de saúde nas decisões e avaliações de diferentes programas oferecidos, bem como para promover processos de mudanças de comportamentos de saúde (WESTPHAL; BÓRGUS; FARIA, 1996; MORGAN, 1997; DALL' AGNOL; TRENCH, 1999).

Além disso, o grupo focal pode auxiliar os participantes a explorar e clarear a visão de certos fenômenos, de modo a fazê-los desenvolver perspectivas particulares como resultado da conversa com outras pessoas. Nesse sentido, a entrevista expressa biografias individuais enquanto o grupo focal examina as idéias expressas por um grupo de pessoas, em um determinado contexto social e cultural e, por este motivo, firma-se o sucesso de agrupar técnicas individuais e grupais, no intuito de propiciar a troca e o aprofundamento de idéias e reflexão de atitudes (KITZINGER, 2005).

A partir das afirmações anteriores é que o grupo focal foi selecionado como técnica complementar à entrevista semi-estruturada, frente aos objetivos pretendidos. A decisão se confirmou a partir das literaturas que apresentam o grupo focal como uma técnica que possibilita momentos de “pensar coletivamente” a respeito de temáticas relevantes, construir percepções socialmente e, mais ainda, que o grupo focal permite, por meio do processo de interação, que comentários de uns façam emergir opiniões de outros provocando mudanças de esquemas referenciais e atitudes dos participantes (WESTPHAL; BÓRGUS; FARIA, 1996).

A coleta de dados através do grupo focal tem como uma das suas maiores riquezas basear-se na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros indivíduos. Ele contrasta, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente. As pessoas, em geral, precisam ouvir as opiniões de outros antes de formar as suas próprias, e constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas à discussão em grupo (IERVOLINO; PELICIONI, 2001).

Dessa maneira, justifico a decisão de conjugar as técnicas de grupo focal e entrevista devido à complexidade da temática proposta por essa pesquisa, o estudo dos elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME e os objetivos de descrever a sua percepção acerca da temática em uma abordagem individual e grupal. Por ter acreditado que percepções individuais no processo de interação grupal possam ser aprofundadas, consolido a opção pelo caminho percorrido na fase de coleta de dados dessa pesquisa.

A alternativa do grupo focal me fez pensar na oportunidade de não somente coletar dados, mas, de contribuir à reflexão e aprofundamento do tema, de propiciar momentos de interação e troca de vivências, valores e opiniões acerca do processo

de trabalho em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos. Apesar de pertencerem a uma mesma área de atuação, suponho que seus processos de trabalho possam apresentar peculiaridades, detalhes diferentes para cada enfermeira e, concomitantemente, olhares distintos aos elementos deste processo.

Um grupo focal pode ser entendido como uma técnica de pesquisa que permite o encontro de um grupo de pessoas, sujeitos do estudo, ligadas entre si por meio de sessões grupais para a discussão focada de um tema específico. As sessões facilitam a expressão de crenças, percepções, valores, representações sociais e atitudes a respeito de um assunto pré-determinado, acrescido da possibilidade de produção de conhecimento, surgimento e mudanças de pensamentos, aprendizado da vivência em grupo, investigação, dentre outras possibilidades que possam surgir nos encontros (DALL' AGNOL; TRENCH, 1999; MEIER, 2004).

Na compreensão de Paschoal (2004, p.34), o uso do grupo focal “[...] consiste na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos”. No entendimento de Barbosa (1998), o objetivo do grupo focal é revelar percepções dos participantes acerca de tópicos colocados em discussão, para ampliar a compreensão ou saber mais a respeito de algum tema.

O grupo focal gera dados a partir da discussão de idéias pelos participantes e isto possibilita a expressão de diferentes opiniões e pontos de vista, que são lançados a um fenômeno. Além disso, durante a discussão as opiniões podem ser modificadas, justamente pelo fato da técnica permitir a interação de pensamentos, percepções e atitudes. “[...] com a história individual constrói-se no seio das inter-relações experienciadas, os relatos, as opiniões, os posicionamentos são construtos que vão se delineando nas relações com o(s) outro (s)” (DALL' AGNOL; TRECH, 1999, p.6).

A importância da utilização da técnica de grupo focal para questões relacionadas ao campo da saúde e, principalmente, à relação da técnica com o tema dessa pesquisa, pode ser visualizado nas palavras de Minayo (2004, p.129): “[...] se presta ao estudo de representação e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população”.

Dessa forma, após apresentar o conceito e importância da técnica, penso ter chegado o momento de explicar alguns aspectos que devem ser considerados à

organização da técnica, que direcionam e caracterizam o grupo focal. Estes aspectos dizem respeito ao número de encontros, composição do grupo, duração e dimensão do grupo e a escolha do local para a realização das sessões grupais.

Para determinar o número de encontros, Debus (1997) fornece algumas recomendações para auxiliar esta decisão, das quais destaco a que considero pertinente para esta pesquisa que consiste em organizar grupos até que as informações obtidas deixem de ser novas, o que depende do tema e do objetivo da pesquisa, bem como da intenção do grupo focal. Nesse sentido Dall’Agnol e Trench (1997, p.11) destacam que: “[...] de acordo com a questão de estudo e/ou agregando outras técnicas de pesquisa, é viável proceder à realização de um único grupo focal”.

Inicialmente, propus-me a realizar dois encontros de grupo focal, entretanto obtive o alcance do objetivo no primeiro momento. Considerando os apontamentos das autoras mencionadas anteriormente, finalizei esta etapa da coleta de dados. Para formar um grupo focal a composição e a dimensão são pontos fundamentais que, apesar de distintos, quando somados auxiliam a determinação da amostra da pesquisa que se relaciona ao objetivo da pesquisa e finalidade da técnica.

Na composição, existem alguns critérios de seleção dos sujeitos, que revelam a necessidade dos integrantes terem pelo menos uma similaridade entre si, que podem ser de classe social, ciclo temporal, nível de experiência, estado civil, idade, sexo, dentre outras e, nesse sentido, a constituição da amostra é intencional, por serem determinados de acordo com o objetivo do estudo (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996; DEBUS, 1997).

Por ponderar a temática e o objetivo da pesquisa, a seleção dos sujeitos foi intencional e a composição do grupo foi caracterizada por enfermeiras, que haviam atuado ou estejam atuando na área de CME, tanto na prática quanto na docência, com experiência de, pelo menos, um ano na área.

A dimensão do grupo focal diz respeito ao número de participantes que deverá compor a amostra que, tradicionalmente, tem sido de oito a dez. Mas, Debus (1997) comenta que existe a tendência de se optar por grupos maiores ou menores. Os grupos menores surgiram em resposta a algumas limitações e problemas na formação de grupos maiores como, por exemplo, a frustração de alguns participantes não poderem se expressar devido a um número grande de pessoas determinar um tempo menor para cada participante. A partir disso, os grupos menores foram sugeridos, pois promovem um espaço para a expressão de

respostas mais profundas e, por este motivo, o autor concebe que um grupo ideal seria aquele formado por cinco a sete participantes.

Similarmente Meier (2004) aponta que apesar de reconhecer que o número de seis a quinze integrantes é recomendável, afirma que grupos menores direcionam um aprofundamento de idéias. Diante dessas informações houve o convite de todos os quinze sujeitos, dos quais sete participaram do segundo momento: o grupo focal.

Com relação à duração de cada encontro do grupo focal, Meier (2004), em seu estudo, optou por sessões que duraram, no máximo, duas horas e trouxe autores como Debus (1997), que sugeriam esse tempo como máximo, pelo cansaço e desgaste mental que pode provocar aos sujeitos. A duração das sessões do grupo focal, proposta para o presente estudo, seguiu tais orientações.

A respeito do local de realização do grupo focal, é sugerido um ambiente que proporcione tranquilidade, segurança, privacidade, acessibilidade, neutralidade aos sujeitos, com vistas a evitar constrangimentos e ausências. O local escolhido foi uma sala de aula do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, por sugerir neutralidade aos locais de trabalho das enfermeiras, por localizar-se em uma região central, pelo local ser de conhecimento de todos os sujeitos e pela sala apresentar privacidade, por estar localizada em um piso inferior da casa, com poucos cômodos e um restrito acesso de pessoas. No local, os assentos devem ser dispostos de forma que promova a interação face-a-face das pessoas e, por isso, optou-se por dispor as cadeiras em forma de meia lua.

Outro aspecto interessante a ser mencionado está na definição da data e horário da realização do grupo. Para determinação de um horário e data comum a todos, disponibilizei três opções (em dias e horários diferentes) aos sujeitos, que foram apresentadas a eles por e-mail e, dias após, por contato telefônico. A partir de suas decisões, o grupo focal foi realizado no dia vinte e seis de junho de dois mil e seis, das doze às quatorze horas, nas dependências do departamento de Enfermagem da UFPR. Por ocorrer no horário do almoço, foi oferecido um lanche aos participantes.

Definidas todas estas questões, o próximo passo foi compreender a dinâmica do grupo focal, o funcionamento que abrange a aspectos dos momentos-chave da sessão grupal e da coordenação do grupo. Os momentos-chave compõem o “norte” da sessão, sendo conhecido por Debus (1997) como guia de temas, que auxilia o moderador ou coordenador do grupo focal a conduzir a sessão. Por meio dele, o

pesquisador mantém uma seqüência ao andamento das discussões do grupo, bem como organiza seus pensamentos e relembra, constantemente, os objetivos da discussão. Ao guia de temas, pode ser acrescida uma lista de temas ou perguntas (questões), as quais permeiam as discussões do grupo focal.

O primeiro momento-chave é a abertura da sessão, destinada aos cumprimentos, apresentações e informações da pesquisa, da técnica de grupo focal e explicação da dinâmica das discussões. O segundo momento é o estabelecimento do *setting*, no qual são destacados os aspectos éticos da pesquisa, contrato entre os participantes (horário, duração da sessão, etc). Em seguida, inicia-se o debate, conduzido por um guia de temas para proporcionar uma investigação produtiva com questões focadas, no intuito de nortear e centralizar a discussão. A síntese é o passo seguinte, na qual são firmados e resumidos os aspectos discutidos, seguido do encerramento, no qual acertos, combinações finais e agradecimentos são realizados (DEBUS, 1997; MEIER, 2004).

O guia de temas (Anexo 2) desta pesquisa, foi construído a partir das orientações de Debus (1997) que enfatiza que o mesmo deverá convergir aos objetivos da pesquisa, ser construído com a participação do moderador e observadores, determinar que informações serão obtidas dos participantes, preparar uma lista de perguntas para sondar a opinião dos participantes, preparar, apresentar e examinar cada material de estímulo, fazer uma estimativa de tempo flexível para cada tema.

A elaboração desse material é parte de um resumo que apresenta as etapas fundamentais à realização de uma investigação com grupos focais, escritas por Debus (1997). Seu objetivo é promover o debate e, como o próprio nome diz, servir de material de apoio, que incita ou encoraja os sujeitos da pesquisa a participarem da discussão. Para a pesquisa, dois materiais foram elaborados e serviram como material de estímulo: a síntese das entrevistas dos sujeitos (Apêndice 2), que apresentou um resumo das categorias que surgiram da análise de dados feita segundo Bardin (2000), das entrevistas semi-estruturadas; e um material que agrupou diferentes conceitos de processo de trabalho, objeto, instrumentos e finalidade, embasados em autores estudados e citados na pesquisa (Apêndice 3)

Os momentos-chave são essenciais a um adequado desenvolvimento do grupo focal, pois configuram uma seqüência às atividades, no sentido de evitar que ocorram dispersões por parte dos participantes e do coordenador. Nesse sentido,

acredito que tal sistematização do encontro de grupo focal deva ser seguida pelo coordenador, pesquisador, para que o objetivo seja alcançado.

O coordenador do grupo faz parte da equipe de coordenação, e pode ser chamado de moderador, que, junto com os observadores, desempenham papéis específicos na condução da dinâmica grupal. Ao moderador compete conduzir as discussões direcionando os participantes a discutirem e interagirem entre si, sem juízo de valor, indução ou demonstração de opinião pessoal e, por isso, torna-se um facilitador do debate. Para tanto, deve ser possuidor de certas características como tranquilidade, interação, respeito, competência diante do inusitado, dentre outras, e clarear, aos participantes, que suas funções não englobam as de ser professor, juiz ou chefe (DEBUS, 1997; DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; MEIER, 2004).

Na moderação do grupo focal, existem duas classificações que dizem respeito à técnica de moderação e ao estilo do grupo. Em relação à técnica de moderação, pode ser diretiva, na qual o moderador limita a discussão e utiliza perguntas muito específicas e não diretiva, que usa perguntas abertas para os participantes expressarem seus sentimentos. Quanto ao estilo do grupo, pode ser estruturado, quando trabalha a partir de um guia de temas preparado no qual são incluídas questões dirigidas aos objetivos da investigação; não estruturado, quando recorre a um guia de temas vago e o debate fica a cargo do próprio grupo e, semi-estruturado, utiliza um guia de temas estruturado e realiza perguntas abertas. A partir das definições, confirmo que utilizei a técnica de moderação diretiva e o estilo de grupo estruturado.

A moderação do grupo foi auxiliada por dois observadores, um alheio ao projeto e outro integrante dele que, para colaborar com as sessões, contaram o tempo, monitoraram equipamentos e registraram informações e, para isso, mantiveram atenção constante e desenvolveram habilidades de análise e síntese. O parecer dos observadores é fundamental, pelo fato de sua função dentro do grupo permitir o registro de falas, expressões e reações dos participantes durante a sessão grupal (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; MEIER, 2004).

A literatura orienta ser conveniente optar por dois observadores ou recorrer à filmagem das sessões e, a respeito disso, enfatizo que a pesquisa utilizou ambos os recursos, objetivando o registro criterioso das informações. Para minimizar inibições ou afetar expressões dos participantes, a câmera de vídeo foi mantida em um canto da sala, com distância considerável dos assentos, de maneira discreta.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é uma fase da pesquisa que está diretamente relacionada às outras fases que a precedem, pois pode se mostrar incerta, insuficiente e incoerente com os objetivos da pesquisa, o que exige uma retomada ou redefinição de objetivos, hipóteses, fundamentação teórica e até mesmo, da própria coleta de dados (MINAYO et al., 1999). Assim, a fase da análise dos dados é um momento fundamental que exige concentração, retomada de objetivos, propósitos, compreensão e fidelidade por parte do pesquisador.

A respeito da análise e interpretação dos dados, Rudio (2003) relata que após obter os dados, o pesquisador terá um amontoado de respostas diante de seus olhos, e estas necessitam de ordenação e organização para, posteriormente, serem analisadas e interpretadas.

Minayo et al. (1999, p.68) escrevem que a análise e a interpretação: “[...] estão contidas no mesmo movimento: o de olhar atentamente para os dados da pesquisa”. Para a autora, essa etapa tem por finalidade compreender os dados, responder as questões formuladas e ampliar o conhecimento acerca do tema.

A partir da transcrição dos dados, a qual obtive por meio da cópia das falas dos sujeitos emergidas da entrevista individual e da sessão de grupo focal, optei pela realização da Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2000). Justifico a escolha pela valorização do significado, do conteúdo das mensagens de acordo com o objetivo proposto pela pesquisa.

A AC é um método empírico dependente da “fala” e de sua interpretação, um conjunto de técnicas que utiliza procedimentos sistemáticos para descrever conteúdos advindos de mensagens, por meio da inferência. Na AC, o interesse encontra-se no que a descrição dos conteúdos pode ensinar, ela busca “[...] conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça [...] busca de outras realidades através das mensagens” (BARDIN, 2000, p.44).

A AC exige que sejam contempladas, seqüencialmente, as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e inferência e interpretação.

A primeira fase, de pré-análise, consiste em um período de intuições, sistematização de idéias, formulação de hipóteses e objetivos. É uma fase intuitiva e aberta a idéias com o objetivo de operacionalizar e organizar idéias iniciais. A

constituição do *corpus*, consiste na reunião do conjunto de documentos a serem analisados, no caso, a coleta de dados. Na seqüência, é preparado o material coletado, ou seja, a transcrição escrita das falas literais verbalizadas pelos sujeitos em forma de texto para, então, fazer uma leitura flutuante, na qual a intenção do pesquisador deverá ser conhecer o texto, invadir-se pelo conteúdo, é a primeira leitura. O próximo passo é escolher as unidades de registro para serem recortadas do texto. A preparação do material acontece na reunião, transcrição e edição dos textos completos.

Nessa fase, realizei a preparação do material a partir dos dados surgidos das entrevistas semi-estruturadas e do grupo focal, ambos gravados e transcritos literalmente, digitados e identificados separadamente. Para a entrevista utilizei a identificação E (entrevista), sendo que cada participante recebeu um número como identificação, de 1 a 15, de acordo com a ordem cronológica em que as entrevistas ocorreram, exemplo: E1, E2, E3.

Em relação aos participantes do grupo focal, identifiquei-os como E – enfermeira (o), seguido da sigla GF sobrescrita ^{GF}, de grupo focal, e de um número, que correspondeu à seqüência de apresentação, de expressão da fala dos participantes no início da discussão no grupo. Portanto, a enfermeira que participou do grupo focal e foi a primeira a falar foi representada pela sigla E^{GF}1. Tal simbologia foi utilizada para resguardar o anonimato dos participantes e referenciar as falas apresentadas na discussão dos dados que seguem. Dessa forma, as falas dos integrantes foram identificadas nas categorias e citadas nas discussões dos dados como E1, E2 para entrevistas e GF1, GF2 para o grupo focal.

Na segunda fase, de organização ou exploração dos dados, ocorreram as operações de codificação, ou seja, o agrupamento de elementos ou unidades de registros comuns. As unidades de registro são rubricadas no texto e, depois, recortadas em operações de codificação, ou seja, como se os recortes fossem agrupados em gavetas, enumerados ou identificados.

Para a codificação, escolhi a unidade de registro por recorte de “temas”, que compuseram minha unidade de significação, para as quais busquei descobrir os núcleos de sentido, ou seja, frases ou conjunto de frases de tamanho variável que significassem algo para o objeto do estudo, a partir do recorte do texto completo. Bardin (2000) explica que o tema consiste em uma regra de recorte usada para estudar opiniões, atitudes, valores, que analisa, os significados, o que tais elementos

querem dizer ao pesquisador. Para o autor, análise temática recorta o conjunto de entrevistas por meio de categorias a respeito dos conteúdos e, para tanto, considera-se a frequência dos temas extraídos, na intenção de descobrir os núcleos de sentido.

Tendo como critério o objetivo da pesquisa, busquei fazer leituras e me familiarizar com os conteúdos dos textos, o que possibilitou o recorte das unidades temáticas. Desse modo, os recortes dos conteúdos das mensagens foram selecionados e agrupados de acordo com cada categoria específica. A terceira fase, de tratamento dos resultados, sua inferência e interpretação, possibilitam a condensação dos dados brutos e relevam informações para análise. Os dados são lapidados e representam o conteúdo das mensagens.

Tratar o material é codificá-lo e transformá-lo; os dados brutos são agregados, enumerados e representam a expressão do conteúdo das mensagens. Os dados são classificados em categorias, que são rubricas que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título comum a todos. O agrupamento acontece no que há de comum entre as unidades de registro grifadas, rubricadas e retiradas da mensagem (texto completo).

Nesse estudo, os recortes das mensagens foram agrupados em categoriais e foram analisados embasados nas literaturas acerca do tema. Para a definição das categorias, alguns critérios foram considerados: homogeneidade, exaustividade, exclusividade dos elementos, objetividade e pertinência. A pertinência corresponde à adaptação dos elementos recortados ao conteúdo e objetivo da pesquisa e, por isso, acredito ser necessário destacar que, durante todas as fases da análise dos dados, essas questões foram tomadas e lembradas constantemente.

Dessa forma, a AC consiste, basicamente em analisar as falas coletadas dos sujeitos, extraíndo delas os núcleos de sentido ou unidades de significação e seus núcleos de sentido, das quais compõem-se as categorias, quantas forem necessárias para expressar o todo dos conteúdos.

Para a organização dos dados, segundo a técnica de AC, a análise temática foi desenvolvida, em um primeiro momento, pelo texto da transcrição integral dos dados coletados, nos quais identifiquei e grifei as unidades de registro (tema). Num segundo momento, construí as categorias, a partir do agrupamento de elementos comuns encontrados nos temas ou unidades de registro. A partir deste

agrupamento, surgiram categorias genéricas ou temas centrais que buscaram representar o todo das falas dos sujeitos.

Um terceiro momento foi necessário, no qual as categorias genéricas ou temas centrais foram reagrupadas em uma única categoria final, que representou o tema final de cada questão abordada na coleta de dados. Por conseguinte, os dados possibilitaram o encontro de cinco categorias, que serão apresentadas e discutidas nas páginas a seguir.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná aos vinte e sete dias do mês de outubro de dois mil e cinco. A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do mesmo setor ocorreu em vinte e três de novembro do mesmo ano, sob o número: CEP/SD: 222 SM 097.55.11 e CAE 0046.0.091.000-05. O registro do projeto no Banco Nacional de Pesquisa (Banpesq), sob o número FR 74532, ocorreu dias anteriores ao encaminhamento ao CEP. O exame da banca de qualificação foi realizado no dia doze de dezembro de dois mil e cinco, nas dependências do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, sendo o projeto aprovado e registrado em ATA específica do Programa de Pós-graduação.

Para atender a resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), que estabelece critérios/requisitos à realização de pesquisa clínica em saúde com seres humanos, deu ênfase aos compromissos éticos a serem respeitados diante dos sujeitos da pesquisa. A ética de uma pesquisa manifesta-se em suas características e princípios bioéticos para com os seres humanos envolvidos, os quais deverão ser respeitados, reservando-lhes todos os direitos e garantindo-lhes a liberdade de recusa em participar ou retirar-se em qualquer momento do decorrer da pesquisa.

O uso do equipamento para gravação de áudio e vídeo foi sugerido pela pesquisadora e permitido pelos sujeitos em momento anterior, na assinatura do TCLE, o qual foi utilizado durante a sessão de grupo focal. Para as entrevistas, foi utilizado um gravador de voz portátil.

Este projeto de pesquisa foi desenvolvido em conformidade com a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, sendo encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR para parecer e validação das questões éticas. Além disso, o

TCLE foi construído de maneira a permitir e registrar segurança aos participantes, no que tange a seus direitos a orientações em torno dos procedimentos da pesquisa: sigilo, anonimato, participação voluntária e ausência de prejuízos.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

O presente capítulo abordará a caracterização dos sujeitos do estudo e análise dos dados a partir da discussão das categorias surgidas das falas.

Caracterização dos sujeitos

Os dados referentes à caracterização dos sujeitos demonstram que a maioria é do sexo feminino — apenas um é do masculino. Em relação à idade, oito se encontravam na faixa etária entre 41 e 50 anos, e dos sete restantes, apenas um apresentou idade superior a 51 anos. A respeito do tempo de formação, a maioria, treze sujeitos, estava distribuída entre dois extremos: até cinco anos de formação, sete, e mais de quinze anos formados, seis.

No que se refere ao tempo de atuação na área de CME, a maioria (nove) apresentava de dois a cinco anos de atuação. Dos quinze sujeitos, sete atuavam em outras áreas concomitantemente com à CME, dos quais seis diziam respeito à área de C.C. Relativo ao tipo de organizações de atuação dos sujeitos, sete trabalhavam em hospitais gerais de clínicas ou universitários (nível terciário), quatro em clínicas e hospitais ambulatoriais focados em especialidades médicas (nível secundário), três em instituições de ensino e um em empresa de esterilização.

Dos quinze sujeitos, nove tem pós-graduação em áreas diversas, como centro cirúrgico, controle de infecção hospitalar, pediatria, saúde pública, bioética, unidade de terapia intensiva, licenciatura, auditoria em saúde e gestão hospitalar. Desses, dois têm mestrado, um em Engenharia da Produção e outro em Enfermagem.

Descrição das categorias

A partir das unidades de significado, extraídas das falas dos sujeitos, surgiram cinco categorias das quais quatro representaram a perspectiva individual (entrevistas) e a quinta, a perspectiva grupal (grupo focal). Na percepção individual, são elas: a caracterização dos objetos de trabalho da enfermeira na CME; instrumentos necessários para o desenvolvimento do trabalho da enfermeira na CME; a enfermeira da CME e a definição da finalidade do seu trabalho; determinantes/condicionantes do processo de trabalho da enfermeira na CME. Na

percepção grupal, a categoria que surgiu foi nomeada como o processo de trabalho da enfermeira na CME.

4.1 CATEGORIAS DA PERPCEPÇÃO INDIVIDUAL

4.1.1 CATEGORIA 1 – A caracterização dos objetos de trabalho da enfermeira na CME

Essa categoria apresenta aspectos que caracterizam o objeto do processo de trabalho da enfermeira na CME, e se relacionam ao significado da palavra “objeto” como elemento do processo de trabalho, que traduz algo sobre o que se aplica ao trabalho, à matéria a ser modificada pelo homem nesse processo mediante sua intervenção consciente (MARX, 1987; EGRY, 2006).

As falas dos sujeitos, obtidas por meio de entrevistas individuais, revelaram quatro **objetos: controle e qualidade do processamento de materiais; controle de infecção; excelência do cuidado; coordenação, supervisão¹⁵ e desenvolvimento de atividades em relação aos funcionários.**

Em relação ao objeto **controle e qualidade do processamento de materiais**, há frases que revelam preocupação com as etapas e a qualidade do seu processamento. Os materiais, ora citados como equipamentos, ora como instrumentais, foram mencionados por quatro enfermeiras como objetos de seu processo de trabalho e justificados devido às atividades desenvolvidas sobre eles como, por exemplo, o controle de sua entrada e saída na CME.

Seria o controle de qualidade dos materiais, seria controlar os materiais (E1).

Volto-me para eles, para todo o fluxo de material que tem aqui dentro, que tem que sair, não pode estar parado, toda essa responsabilidade desse material, [...] o bom funcionamento de todos esses utensílios (E12).

¹⁵. A supervisão e a coordenação são termos que designam funções administrativas, sendo que a primeira serve à identificação de necessidade de orientação e desenvolvimento dos funcionários no intuito de desenvolver e capacitar as pessoas à execução do serviço com eficiência e eficácia. A segunda, remete ao favorecimento do espaço de integração entre o pensar e agir e do trabalho em equipe à execução do serviço (BOSSO; ANTOLELLI; FARIA, 2005; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005). A diferença entre os termos foi percebida, porém foram utilizadas como sinônimos pelos sujeitos do estudo em suas falas e, portanto, foram consideradas como complementares e integrantes à definição de um dos objetos do processo de trabalho da enfermeira da CME.

Os recortes apontados anteriormente confirmam a percepção dos sujeitos de que os materiais, como o conjunto de utensílios, que são encontrados na CME (instrumentais, equipamentos, mobílias), constituem o objeto de seu processo de trabalho. Essa concepção também foi evidenciada por Bartolomei (2003, p.79) ao dizer que o fato de ser alta a concentração de atividades administrativas envolvendo recursos materiais “[...] não deixa dúvidas sobre qual é o objeto de trabalho fundamental e concreta da enfermeira de CM: artigos médico-hospitalares a serem processados e ou reprocessados”.

Nesse sentido, a preocupação com o processamento desses materiais, envolvendo as etapas: limpeza, desinfecção, acondicionamento, esterilização podem justificar as “evidências” nos relatos de três enfermeiras, nos quais o objeto de trabalho está no *processamento dos materiais*.

Tanto a esterilização quanto à desinfecção. Em cima de controle de processo. Cada etapa do processo que o funcionário, que o material realmente esteja limpo, em segurança, que todo o material esteja adequado, então ele tem que ter controle sobre isso (E6).

O foco maior é mais a parte de esterilização aqui na central. [...] a maior preocupação é a esterilização [...] é mais na parte de esterilização, é o principal (E13).

A preocupação e o conhecimento das etapas de processamento de materiais encontram-se intrínsecas às atividades desenvolvidas pela enfermeira na CME, uma vez que ao atuar sobre os materiais, inevitavelmente, atuará sobre seu processamento, sobre as etapas necessárias à sua transformação, seja em seu gerenciamento, orientação à realização ou até mesmo, em certas circunstâncias, ou na própria realização. Receber, limpar, preparar, acondicionar, esterilizar, armazenar e distribuir são verbos constantemente conjugados pelos profissionais de Enfermagem que atuam em CME que vêm na enfermeira, uma gerente, uma educadora e, por vezes, uma cuidadora desses materiais.

Portanto, a enfermeira compõe o processo de trabalho desse setor ao se responsabilizar pelas atividades de processamento de materiais desenvolvidas no setor e, para tanto, emprega esforços no sentido de que a elas esteja agregada a qualidade. A partir disso, o *controle de qualidade do processamento de materiais* na CME foi explicitado por duas enfermeiras como objeto de seu trabalho.

É sempre sobre o controle de qualidade, sempre sobre o controle de todos os meus processos que tem aqui, então, é sobre o controle de qualidade de todos esses controles, passos (E3).

Na parte da esterilização, eficiência da esterilização e que esse material saia um material de qualidade. A gente aplica sobre a qualidade de esterilizar o material (E9).

A qualidade circunda as ações desenvolvidas pela equipe da CME, refere-se aos seus recursos humanos, materiais e de estrutura física, e pode ser compreendida como um processo ativo com vistas a direcionar caminhos ao alcance dos objetivos desejados. Para tanto, são empregados todos os recursos disponíveis na produção de bens ou serviços (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Nesse sentido, a gestão de qualidade vem influenciando os modelos gerenciais, a política de recursos humanos e a organização dos processos de trabalho no intuito de obter o maior número de benefícios possíveis, com os menores riscos aos pacientes.

No que se refere ao conceito de qualidade, alguns autores como Denser (2003) e Tronchin, Melleiro e Takahasi (2005) apontam Avedis Donabedian, como precursor do estudo a seu respeito na saúde, na demonstração de que a qualidade se mantém alicerçada em setes pilares, que dizem respeito à eficácia, efetividade, eficiência, aceitabilidade, legitimidade e equidade, os quais serão explicados no decorrer desta análise; e, além disso, na definição de que a avaliação da qualidade é construída por meio de três dimensões: estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponde aos recursos humanos, materiais, financeiros e de modelos organizacionais; o processo refere-se às atividades realizadas nas relações de trabalho, enquanto o resultado contorna os efeitos ou características desejadas ao produto do trabalho, seja ele um bem ou serviço.

Assim, o controle de qualidade da CME é imprescindível e contorna a estrutura, o processo e o resultado envolvidos no seu processo de trabalho, que vão desde os recursos necessários a realização das etapas que promovem a transformação dos artigos odonto-médico-hospitalares, o desenvolvimento propriamente dito, e os efeitos desejados a essas etapas.

Dessa maneira, acredito que a avaliação da qualidade do processo de trabalho da CME poderá influenciar a competência dos profissionais de saúde que atuam no setor, pois os produtos produzidos por seu trabalho são disponibilizados

aos outros setores para utilização em diferentes procedimentos de saúde, diagnósticos e terapêuticos.

Na medida em que se aplicam todos os recursos disponíveis às atividades de processamento de materiais pelos profissionais da CME e, no entanto, sua somatória distancia-se do alcance de efeitos desejáveis, a qualidade pode não ser obtida, e este resultado influenciará de modo negativo o atendimento da saúde causando, por exemplo, a ocorrência de uma infecção.

A partir disso, outro aspecto relacionado à qualidade é o **controle de infecção**, que surgiu como objeto do processo de trabalho da enfermeira na CME, na fala de um dos sujeitos desse estudo, como demonstro a seguir:

A minha parte atuante é sobre o controle de infecção também, a gente faz tudo para que as cirurgias transcorram bem, para não ter esse problema (E7).

Delgado (2000, p.103) identifica que “A qualidade buscada pelo funcionário é revelada na sua constante preocupação em manter o material seguro e ausente de qualquer tipo de microorganismos”. Desde o surgimento da CME, a questão do controle de infecção hospitalar está presente, uma vez que necessidades como o aumento do número de cirurgias e, conseqüentemente, a quantidade e variedade de materiais cirúrgicos suscitaram a criação do setor, que dentre outras coisas, veio otimizar as atividades que esse setor demandava. Por conseguinte, o trabalho da CME tornou-se intrínseco à qualidade do processamento de materiais utilizados nas cirurgias e ao controle de infecção.

De fato, ao falar de qualidade em CME, concomitantemente, penso na relação paralela e evidente que mantém com o controle de infecção, pois acredito que pensar em qualidade na CME remete, também, pensar em práticas de controle de infecção, devido a uma das etapas que integra o processamento de materiais ser a esterilização, na qual se busca a destruição total de microorganismos dos objetos que os contêm. Além da esterilização, outros processos com materiais contribuem ao controle da ocorrência de infecção como, por exemplo os processos de limpeza e desinfecção que prevêm a redução de microorganismos dos objetos que os contêm. Lacerda (2003) explica que a segurança atribuída à esterilização deve-se à probabilidade de sobrevivência dos microorganismos ao processo, e isso dependerá do tratamento fornecido aos artigos (materiais).

Ao buscar o significado da palavra qualidade, identifico que seu conceito traduz uma maneira de ser de alguma coisa, a excelência de qualquer coisa. Nesse sentido, a percepção do controle de infecção como objeto do processo de trabalho da enfermeira na CME pode estar relacionada às conseqüências que uma infecção hospitalar poderá causar no âmbito individual e institucional.

Para a instituição, uma infecção repercute em taxas de morbidade e mortalidade, no aumento de custos com internação e procedimentos diversos, além da diminuição de ofertas de leito pela longa permanência dos pacientes acometidos por tal complicação. Do ponto de vista individual, para o paciente que adquire infecção, poderá ser necessário um elevado número de procedimentos invasivos, aumento de sua permanência do leito hospitalar e, além disso, pode temer que sua evolução seja irreversível (MARTINS, 2001).

A partir dessa reflexão, a enfermeira responsável pela CME atribui como um dos objetos do seu processo de trabalho o controle de infecção, com vistas a evitar as conseqüências institucionais e individuais. Somado a isso, busca a capacidade de produzir melhorias ao seu serviço, com vistas ao alcance da efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, pilares da qualidade dos quais fala Donabedian *apud* Pinho (2002). E tais colocações, não deixam de retratar a excelência que o conceito da palavra qualidade contempla.

Neste momento, é pertinente apresentar a manifestação de um dos sujeitos que atribuiu a **excelência do cuidado** como objeto de trabalho da enfermeira na CME.

Então o foco sempre é no cuidado [...] eu acho que ele projetaria suas atividades sobre a excelência do cuidado. [...] eu foco o cuidado (E9).

O foco foi uma das palavras que persistiu na fala, nos questionamentos a respeito de sobre o que atua, sobre o que projetam suas atividades, na intenção de conhecer a sua percepção acerca do seu objeto de trabalho. Foco pode significar muitas coisas, mas ao considerar o objetivo desse estudo, identifico-a como ponto para o qual convergem as ações, um ponto principal, um centro de convergência.

Na Enfermagem, a excelência poderá ser atribuída ao cuidado que a enfermeira desenvolve nas atividades de seu trabalho, por constituir-se como essência, foco, fenômeno e até compromisso da profissão, como indicam alguns

autores como Sampaio e Pellizzetti (1996), Lacerda (1998), Carraro (2001), Huf (2002), Waldow (2004), dentre outros. O cuidado é entendido como um processo, uma maneira de ser e de se relacionar com alguém, é ajudar o outro, para o qual alguns elementos são fundamentais como o conhecimento, a confiança e a habilidade técnica, dentre outros. Cuidar é ato e também atitude de preocupação, responsabilidade e envolvimento, é interesse e compromisso moral (BOFF, 1999; WALDOW, 2004).

Na CME, o cuidado configura-se de maneira diferenciada, em função da inexistência de um contato direto entre o profissional de saúde e o paciente. A partir disso, o cuidado na CME relaciona-se a dois aspectos: o cuidado com os materiais e seu processamento e o cuidado indireto, tendo em vista que os materiais irão subsidiar a realização do cuidado propriamente dito por enfermeiras de outros setores.

Compreendo que a excelência do cuidado revela o aspecto do cuidado aos materiais e seu processamento, concebido como objeto de seu processo de trabalho. Esse cuidado exige o emprego de conhecimento, habilidade técnica, atitude de preocupação, responsabilidade e compromisso com o processamento de materiais, elementos que caracterizam o ato de cuidar, descrito por Boff (1999) e Waldow (2004) anteriormente.

A fala da enfermeira que destaca a excelência do cuidado, representa o conceito de cuidado realizado na CME direcionado às atividades com materiais, as quais exigem efetividade e qualidade para sua utilização junto ao paciente. “Os cuidados realizados com os diversos materiais necessitam de atitudes firmes e isentas do não cuidado, porque toda atividade desempenhada naquele setor será utilizada em benefício do paciente” (DELGADO, 2000, p.92).

A preocupação, a responsabilidade e o compromisso do cuidado com materiais estão na exatidão do processamento dos mesmos, na necessidade de desenvolver uma técnica correta, na co-responsabilidade da ocorrência de uma infecção hospitalar, o que revela uma forma diferente de cuidar, um cuidar indireto. Indireto, pois não se revela no encontro entre enfermeira e paciente como no cuidado direto realizado por outras enfermeiras, que utilizarão o produto do seu trabalho (TONELLI; LACERDA, 2005).

A divisão do cuidado em direto e indireto representa acontecimentos históricos da Enfermagem, na separação entre cuidar do ambiente e cuidar do

indivíduo e entre o pensar e o fazer. Esses momentos retratam a divisão no interior da profissão entre enfermeiras e auxiliares e técnicas de Enfermagem, existente até os dias de hoje e representada na fragmentação entre o pensar e o fazer. De certo modo, essa cisão se mantém na CME nas figuras dos que desempenham atividades com os artigos e dos que coordenam tais atividades, fato explícito na apresentação das atividades dos integrantes da equipe de trabalho da CME sugeridas pela SOBECC (2005).

A respeito desse aspecto, a CME revela contradições, uma vez que os profissionais de enfermagem que ali desempenham suas atividades, enfermeiras e auxiliares e técnicas, não cuidam do paciente diretamente e, sim, dos artigos odontomédico-hospitalares a serem processados, os quais estão presentes no ambiente que permanecerá para receber cuidados de saúde. Mas, em relação ao desenvolvimento de cuidado direto e indireto, todas as profissionais da CME desenvolvem um cuidado indireto, ao se destacar em que em seu processo de trabalho não existem ações direcionadas ao cuidado direto ou em ato, mas à organização desse cuidado.

Todavia, preciso destacar é a percepção de um dos sujeitos de que a excelência do cuidado é objeto de trabalho da enfermeira na CME, fato que Bartolomei (2003) evidenciou em sua pesquisa, na existência de uma relação entre o trabalho da CME e o cuidado ao paciente, mesmo que tal relação não signifique a sua realização propriamente dita e sim um subsídio, um instrumento-meio para o seu desenvolvimento por outros profissionais. Além disso, Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001) revelam que na dimensão prática do trabalho “gerenciar”, é comum ouvir das enfermeiras que elas desenvolvem um cuidado indireto, em medida que produzem condições à realização do cuidado direto.

Sendo assim, concordo com Tonelli e Lacerda (2005) que a percepção do cuidado dependerá da concepção teórica considerada. Além disso, enfatizo a fala das autoras ao dizerem que o questionamento efetuado atualmente não envolve a cisão do cuidado da Enfermagem nessas duas esferas e sim a clareza do sentido de seu processo de trabalho.

A partir do exposto, o cuidado pode representar a finalidade do processo de trabalho em saúde e, portanto, poderá ser desenvolvido por diferentes profissionais de saúde, em diferentes processos de trabalho. Importante é mencionar que a existência de novas finalidades de trabalho promove novas necessidades aos

profissionais de saúde, bem como novos objetos e processos de cuidar (BARTOLOMEI, 2003).

A partir dos destaques dos autores mencionados nos parágrafos anteriores, acredito que o processo de trabalho da enfermeira da CME poderá integrar diferentes objetos, sendo que a sua definição dependerá dos referenciais teóricos adotados pelas profissionais e da finalidade para a qual direciona as atividades de seu trabalho.

As considerações a respeito da excelência do cuidado abrem caminho para a apresentação do próximo objeto do processo de trabalho da enfermeira percebido por cinco sujeitos desse estudo: **coordenação, supervisão e desenvolvimento de atividades em relação aos funcionários.**

O meu foco de atenção é o funcionário, são os funcionários [...] seriam eles (E2).

Na supervisão, na coordenação, na organização do serviço de enfermagem, da estrutura, do grupo [...] eu acho que é coordenação (E10).

Aqui dentro, eu projetaria primeiro sobre a equipe, primeira coisa a equipe: as pessoas humanas que estão aqui dentro. Me volto para eles (E12).

É conhecer a equipe, trabalhar com a equipe. Ele projeta no processo na equipe, ou seja, no controle do processo e no desenvolvimento da própria equipe (E6).

O objeto de trabalho percebido nos funcionários surgiu vinculado às palavras de coordenação, de supervisão, de controle, de organização e de verificação que representam o acompanhamento das atividades realizadas por esses funcionários, um quesito que integra o processo de trabalho da enfermeira na dimensão prática do “gerenciar”.

O trabalho da Enfermagem foi organizado em direções distintas, que contempla a organização do cuidado, da equipe e do ambiente de cuidado. O surgimento da Enfermagem moderna integra o gerenciamento ao processo de trabalho da enfermeira, que incorporou para si a organização da equipe e do ambiente de cuidado. Nesse sentido, concordo com a afirmação de que na profissão, o processo de trabalho divide-se em uma teia de subprocessos – cuidar, gerenciar, pesquisar e ensinar – e que cada um pode ser tomado à parte e, por isso,

ter seus elementos próprios que poderão ou não coexistir, o que dependerá do momento e da instituição de saúde da qual fazem parte (FELLI; PEDUZZI, 2005).

As autoras continuam seu raciocínio dizendo que ao gerenciar, a enfermeira tem como finalidade organizar o processo de cuidar e, por isso, suas ações incidem sobre os trabalhadores, que se constituem seus objetos de trabalho, o que vai ao encontro das falas dos sujeitos desse estudo, nas quais foi identificado que a coordenação e supervisão das atividades dos funcionários se constitui objeto do processo de trabalho da enfermeira na CME.

Ao tomar por objeto de seu processo de trabalho o funcionário, a enfermeira poderá intervir no resultado de suas ações, o que exige a apropriação de saberes ao emprego de ações direcionadas à educação de sua equipe no ambiente de trabalho. Assim, é compreensível que seu objeto seja o funcionário, a partir do momento que objetivar uma transformação dele – de suas ações e pensamentos – , por meio de uma intervenção consciente subsidiada por conhecimentos e ações direcionadas à educação em serviço.

A educação em serviço é tida como um meio do qual a enfermeira da CME se apropria com vistas à organização da equipe de funcionários que fazem parte de seu processo de trabalho. É notória a precisão de conhecimentos aos funcionários desse setor, que os habilitem a realizar as atividades de seu trabalho de modo eficiente e eficaz e, desse modo, cabe a essa profissional viabilizar tais conhecimentos (FELLI; PEDUZZI, 2005).

Assim, a enfermeira atua sobre a coordenação e supervisão do desenvolvimento das atividades dos funcionários, com vistas a transformá-los para alcançar as finalidades de seu processo de trabalho de modo eficiente e eficaz, o que se traduz na qualidade da produção dos produtos manipulados pela equipe da CME.

Em sua pesquisa, Bartolomei (2003) concluiu que a gerência constitui o trabalho principal das enfermeiras de CME, por suas atividades estarem concentradas na organização de materiais e de pessoal. Retomando o conceito de objeto de trabalho, que se mostra como matéria ou alguma coisa a ser transformada no processo de trabalho mediante intervenção consciente do homem, reflito a possibilidade dos funcionários ou equipe serem considerados como “algo” a ser modificado pelo homem, sobre o que se incidiria uma ação. Tal reflexão foi estimulada e pode ser congruente se considerar a interpretação de objeto do

processo de trabalho em saúde feita por Egry (2006), na qual diz ser o objeto tudo aquilo que pode ser transformado com intervenção consciente do homem.

Outro ponto importante a ser contemplado nesta análise, e que diz respeito às falas que sugerem à coordenação, supervisão e desenvolvimento de atividades em relação aos funcionários como objeto de trabalho da enfermeira da CME, está na percepção de que esta coordenação e supervisão objetiva, também, a manutenção da harmonia da equipe pela resolução de possíveis conflitos entre os funcionários no desenvolvimento de suas atividades.

É mais na coordenação da equipe mesmo, é manter uma equipe harmônica, onde não haja discussão, onde não haja dispersão de energia. Então, eu acho que eu tenho que atuar especificamente nessa questão, resolver conflitos, esse tipo de coisa (E15).

O gerenciamento de conflitos diz respeito a dificuldades, desavenças, competições ou desarmonias entre outros aspectos, que surgem das relações que indivíduos mantêm entre si e que possuem diferentes origens tais como: lutas por reconhecimento, progressão de carreira, competitividade do mercado de trabalho e outras. O conflito exige da enfermeira habilidades para saber administrá-lo, e que podem ser alcançadas com aperfeiçoamento, tais como aprender a negociar, utilizar-se de formas ou estilos de planejamento estratégico e negociação (CIAMPONE; KURCGANT, 2005).

Ao apresentar a percepção individual dos sujeitos a respeito do objeto do processo de trabalho da enfermeira na CME, percebo a existência de mais de um objeto de trabalho, resultando em um elemento partilhado entre distintas opiniões que o identificaram no processamento de materiais, no controle de infecção, na excelência do cuidado e na coordenação dos funcionários. A mesma afirmação é abordada por Schoeller (2002) ao dizer que a Enfermagem não possui um único objeto de trabalho apesar de, geralmente, o indivíduo representar seu objeto a um primeiro momento e, isso ocorre devido ao seu processo de trabalho conter particularidades. Além disso, a autora pontua vários objetos: a administração, o cuidado, o ambiente terapêutico, a educação em saúde, etc.

Dessa maneira, concordo com as idéias de Schoeller (2002) de que os elementos do processo de trabalho da enfermeira deverão ser compatíveis com as

especificidades da prática de cada profissional, sem esquecer de sua íntima e complementar ligação com o processo de trabalho em saúde. Mas o que poderia justificar tal plasticidade? Talvez a dinamicidade necessária do processo de trabalho em saúde, construído a partir da atuação de diferentes profissionais, os quais desempenham suas atividades em distintas instituições de saúde, que são formadas por diversos setores, cada qual com uma finalidade que converge à prevenção, promoção ou recuperação da saúde.

Além disso, a justificativa poderia estar na influência inevitável que o trabalho vem sofrendo do contexto histórico, social, econômico e político do qual faz parte, não permite distanciar-se ou tornar-se mero espectador. E por que não relacionar a essa dinamicidade do processo de trabalho da enfermeira e, conseqüentemente, dos seus elementos, à existência de dimensões práticas no trabalho dessa profissional que permitirá atuar na gerência, no cuidado, na educação e na pesquisa, de forma isolada ou concomitante.

Os sujeitos desse estudo destacaram a existência de mais de um objeto para o processo de trabalho da enfermeira na CME, pois atua sobre o controle e qualidade dos processos com materiais, controle de infecção, excelência do cuidado e coordenação dos funcionários. Acredito que a complexidade expressa por parte dos sujeitos possa confirmar o encontro de peculiaridades, por parte da profissional, que influenciam e representam os elementos do seu processo de trabalho nas atividades que desenvolve em um setor específico de uma instituição de saúde.

4.1.2 CATEGORIA 2 - Instrumentos necessários ao desenvolvimento do trabalho da enfermeira na CME

Essa categoria foi construída a partir das reflexões das enfermeiras a respeito dos instrumentos necessários ao desenvolvimento de suas atividades na CME, que foram questionadas acerca do seu cotidiano de trabalho enfatizando o que dava suporte à realização de suas atribuições. As respostas representaram os instrumentos do seu processo de trabalho na CME compreendidos e tratados, nesse estudo, como tecnologias de Enfermagem.

Para esse estudo, como já dito anteriormente, instrumentos de trabalho são sinônimos de objetos que servem para auxiliar uma ação, o que se emprega para alcançar resultados. São considerados, ainda, como meios materiais ou intelectuais

construídos historicamente pelos sujeitos que deles se apropriam e, por algum momento, os utilizam para desenvolver a intervenção que projetam ao seu objeto de trabalho (MARX, 1987; PEDUZZI; ANSELMINI, 2002; HOUAISS, 2004; EGRY, 2006).

A partir desse entendimento, resgato, ainda, que para esse estudo o conceito de tecnologia de Enfermagem é compreendido como sinônimo de meios ou instrumentos do processo de trabalho na CME, utilizados ao empregar saberes e fazeres no trabalho com vistas ao alcance de determinada finalidade.

As tecnologias podem ser classificadas, segundo Merhy (1997), como leves (relações, vínculos), leve-duras (saberes organizados) ou duras (equipamentos, normas, estrutura organizacional). Ou ainda, conforme Meier (2004), podem ser divididas em equipamentos e materiais e em atividades humanas e profissionais. Assim, todas elas inserem-se no processo de trabalho da enfermeira como meios ou instrumentos empregados no desenvolvimento de suas atribuições.

Nesse sentido, compreendo que os instrumentos – tecnologias de Enfermagem são utilizados pelas enfermeiras para manipular os objetos de seu processo de trabalho e, por isso, possuem uma importância significativa. A maneira como as tecnologias serão interferirá, intimamente, nos resultados do trabalho.

Sob esse ponto de vista, é importante retomar aspectos relacionados à concepção de tecnologia de Enfermagem apontada por Meier (2004) e sua relação com o processo de trabalho da enfermeira da CME. A autora explica que essa tecnologia deverá estar integrada ao processo de cuidar e quando essa integração é possibilitada pela ação da enfermeira que a empregará por meio de suas informações, interpretações e análises nesse processo. Ressalta ainda que a presença humana é essencial à tecnologia, pois o ser humano a cria, manipula e usa e, a partir disso, é concretizada no ato de cuidar.

As considerações dessa autora apontam que os materiais e equipamentos não se bastam, eles necessitam de intervenções humanas, de manipulação para serem considerados tecnologias de enfermagem. Nesse sentido, os artigos odontológico-hospitalares que compõem o arcabouço de recursos materiais das CME, juntamente com os equipamentos, não são capazes de se autoprocessar: eles dependem da manipulação dos profissionais, eles requerem a presença humana. Nesse sentido, a tecnologia na CME designa um instrumental, uma autoclave, enquanto a tecnologia de Enfermagem compreende uma intervenção humana sobre essa instrumental ou autoclave, dentre outros.

Destaco a importância de clarificar que a partir do entendimento dos conceitos citados anteriormente, a análise das falas dos sujeitos do estudo conduziu ao encontro de inúmeras ações ou funções das enfermeiras da CME em seu processo de trabalho, consideradas como tecnologias de Enfermagem. São entendidas assim, tendo em vista o conceito já apresentado que envolve um saber-fazer impregnado de conhecimento científico, estrutura, reflexão, questionamentos éticos, etc.

No entanto devo considerar que a enfermeira, em sua prática na CME, poderá empregar instrumentos de trabalho sem imbuir-se de saberes ou conhecimentos científicos. Assim, reconheço que, por vezes, o seu fazer pode mostrar-se desarticulado do saber, certamente por inúmeros fatores que não pretendo aqui pontuar, e devido a isto estes instrumentos são descaracterizados como tecnologias. Entretanto, destaco a ressalva que, nesse estudo, não faço juízo de valor a respeito das atividades realizadas pelas enfermeiras da CME no sentido de elas se caracterizarem ou não como tecnologias, pelo foco e os dados da pesquisa serem outros impedirem tal julgamento.

A partir das falas e do referencial teórico utilizado no estudo, as tecnologias identificadas foram agrupadas e o agrupamento traduziu as dimensões práticas do trabalho da enfermeira: cuidar, educar e gerenciar, retratadas neste estudo quando da apresentação de autores como Leopardi (1999), Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001) e Kirchhof (2003). Acrescento e destaco os escritos de Felli e Peduzzi (2005) que apontam que o processo de trabalho de enfermagem é composto por uma rede de subprocessos, dentre os quais também está o da pesquisa, considerada como a dimensão prática pesquisar. A complexidade e particularidade do trabalho dessa profissional são percebidas e indicam a possibilidade de trilhar e operar o seu trabalho em mais de uma dimensão de atuação.

As mesmas autoras ainda consideram que tal diferenciação é determinada a partir do objeto apreendido, para o qual se escolhem instrumentos de atuação às especificidades da dimensão prática que a enfermeira trabalha, apontando, dessa forma, diferentes objetos, finalidades e instrumentos a cada dimensão (cuidar, gerenciar, educar). Dessa maneira, Kirchhof (2003), destaca a riqueza de possibilidades do trabalho nessas dimensões de atuação, que chama de micro-espacos operacionais, e que podem ocorrer simultaneamente ou serem priorizadas, e cada uma delas é importante à prática da Enfermagem. Similarmente, Vagheti et al. (2004) demonstram que a enfermeira percebe um conjunto de atividades no seu

processo de trabalho, que incluem ações de gerência, assistência, educação e pesquisa.

Sob esse ponto de vista, enfatizo que para esse estudo a presença de dimensões práticas ao trabalho da enfermeira foi utilizada para agrupar somente os instrumentos do seu processo de trabalho na CME ou seja, as tecnologias de enfermagem, não explicando separadamente os outros elementos desse processo (objeto e finalidade) para cada uma das dimensões. Ao optar por agrupar as tecnologias mencionadas nas falas dos sujeitos, tive a intenção de facilitar a compreensão do leitor em identificar os meios utilizados para alcançar a finalidade em cada uma das dimensões práticas de seu trabalho.

Outro aspecto é o encontro, no discurso de um mesmo sujeito, de diversas tecnologias que, por vezes, foram agrupadas em mais de uma dimensão prática do trabalho da enfermeira na CME, por este sujeito citar, no decorrer de sua fala, tecnologias consideradas como gerenciais, de cuidado, ensino e/ou pesquisa. No quadro que se segue (Quadro 1), serão apresentadas as tecnologias de Enfermagem do seu processo na CME, segundo as dimensões práticas de seu trabalho que retratam a percepção dos sujeitos em relação a esse aspecto.

Quadro 1 – Tecnologias de Enfermagem do processo de trabalho da enfermeira da CME

DIMENSÃO PRÁTICA DO TRABALHO DA ENFERMEIRA DA CME	TECNOLOGIAS DE ENFERMAGEM EMPREGADAS COMO INSTRUMENTOS DE SEU PROCESSO DE TRABALHO
Gerenciar	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Planejamento/organização, observação/ percepção. ☉ Supervisão e coordenação. ☉ Dimensionamento de pessoal. ☉ Tomada de decisão. ☉ Provisão e previsão de recursos materiais, humanos e físicos. ☉ Documentação das atividades. ☉ Auditoria. ☉ Análise. ☉ Liderança.
Cuidar ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Comunicação. ☉ Envolvimento/trabalho em equipe.
Ensinar	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Educação continuada e em serviço à sua própria formação. ☉ Educação em serviço e continuada direcionada aos seus funcionários.
Pesquisar	<ul style="list-style-type: none"> ☉ Pesquisa.

FONTE: A partir da análise dos dados das entrevistas individuais realizadas no período compreendido entre abril e junho de 2006.

As tecnologias de Enfermagem agrupadas nas dimensões práticas do

¹⁶. Observo que as tecnologias identificadas para a dimensão “cuidar” também poderiam estar na dimensão “gerenciar”; entretanto, optei em agrupá-las na dimensão “cuidar” tendo em vista que os sujeitos referem o desempenho do cuidado dos materiais ao compartilhar (trabalho em equipe, envolvimento, comunicação) o desenvolvimento das atividades de processamento, participando e se envolvendo com a equipe e com outras equipes da instituição de saúde. Na perspectiva dos sujeitos, foram caracterizadas de forma mais contundente com tecnologias direcionadas ao cuidado com materiais e ao relacionamento e comunicação que mantêm com outros setores com vistas a auxiliar o cuidado direto. Entendo que a distinção é complexa visto a inter-relação dessas dimensões.

trabalho da enfermeira serão, a seguir, apresentadas detalhadamente, discutidas e classificadas em leve, leve-duras e duras, embasada na proposta de Merhy (1997) e, ainda, em equipamentos e atividades humanas, conforme Meier (2004).

Tecnologias de Enfermagem da dimensão prática “gerenciar” do trabalho da enfermeira

Todos os sujeitos, em certo momento, comungaram a identificação de mais de uma tecnologia agrupada na dimensão prática “gerenciar”, no trabalho da enfermeira de CME.

As tecnologias percebidas na dimensão prática “gerenciar” são classificadas por mim como leve-duras e duras, pois ao buscar o conceito e a classificação das tecnologias feitas por Merhy (1997), recordo que o autor descreve como tecnologias leve-duras os saberes estruturados do processo de trabalho em saúde e, neste caso, os saberes administrativos — de liderança, planejamento, coordenação, etc. — delas fazem parte. As tecnologias duras foram conceituadas pelo autor como equipamentos, máquinas e normas organizacionais, as quais foram identificadas nas falas dos sujeitos nos recursos materiais e físicos. Conforme Meier (2004), classifico as tecnologias de Enfermagem presentes nessa dimensão prática do trabalho da enfermeira da CME como de equipamentos e materiais (recursos materiais e físicos), e em atividades humanas e profissionais (saberes gerenciais).

As palavras de Bartolomei (2003, p.125-6) corroboram esse pensamento, ao mencionar que no trabalho da enfermeira na CME, “O seu instrumento principal é o saber administrativo voltado predominantemente para a previsão, a provisão e o controle de materiais, ou seja, situa-se no terreno das tecnologias leve-duras”.

Dessa maneira, as tecnologias que compuseram a dimensão “gerenciar” do trabalho da enfermeira na CME foram: **planejamento/organização, observação/percepção; supervisão e coordenação; dimensionamento de pessoal; tomada de decisão; provisão e previsão de recursos materiais, humanos e físicos; documentação das atividades; auditoria; análise; liderança.**

A palavra gerenciar significa dirigir, administrar, organizar um grupo de operações, sendo que o gerente é aquele que administra bens ou serviços (HOUAISS, 2004). No gerenciamento, algumas ações mostram-se fundamentais para organizar um conjunto de ações ou serviços, como é o caso do planejamento

que esteve intrínseco aos depoimentos de alguns dos sujeitos. Esse **planejamento** surgiu e se relacionou, principalmente, com o ato de **observar e perceber** a realidade para prover e prever recursos materiais, no intuito de programar e organizar o serviço, como pode ser visto nas falas a seguir:

A gente programa tudo para o que vai acontecer no dia seguinte [...] ver o que está faltando, [...] o que está no fim [...] então a gente tem que ficar sempre percebendo isso (E2).

Você planejar, projetar como vai desenrolar aquele processo de trabalho. Cabe ao enfermeiro [...] o planejamento para cada cirurgia, se eu vou ter uma cirurgia amanhã, são 40 cirurgias, como que eu planejei, a montagem dos carrinhos. Já envolveria planejamento, tem que ser um planejamento anual (E8).

O planejamento constitui-se um instrumento do processo de trabalho gerencial da enfermeira, o qual Ciampone e Melleiro (2005) definem como uma arte de escolher e elaborar planos no sentido de contribuir a um processo de mudança por meio da sistematização da ação futura. Envolve um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos para possibilitar uma programação de estratégias e ações ao alcance dos objetivos propostos. Nesse sentido, planejar não é um fim em si mesmo, mas um meio para se atingir algo. As autoras ainda comentam que “no processo de trabalho de gerenciamento na enfermagem, a função do planejamento costuma figurar como uma das atividades desenvolvidas privativamente pelos enfermeiros” (CIAMPONE; MELLEIRO, 2005, p.39).

Diante desse ponto de vista, o planejamento envolve organização, uma vez que planejar significa sistematizar ações futuras. A organização traduz uma preparação, na qual as partes envolvidas encontram-se dispostas para cumprir suas funções (HOUAISS, 2004). Ao discorrer a respeito do processo de trabalho da enfermeira, em sua dimensão gerencial, Felli e Peduzzi (2005) descrevem que dentre os instrumentos encontra-se o planejamento, como um saber administrativo, expresso como uma das ferramentas desse saber.

Ao analisar os depoimentos anteriores, percebo que o planejamento realizado pelas enfermeiras mantém-se em torno de programar, providenciar e adquirir materiais, que representam as atividades de prever, prover e manter recursos materiais ao setor. Similarmente, Bartolomei (2003) registra em sua pesquisa que as

suas atividades na CME, freqüentemente, inserem-se na função administrativa de recursos materiais, nas ações de previsão e provisão de materiais e controle de sua preparação.

Para tanto, foi explicitada a necessidade da enfermeira observar a realidade, do seu setor para ser capaz de prever suas necessidades e, em seguida, provê-las. O ato de observar torna os indivíduos conscientes da realidade na qual estão inseridos e, como não tem um fim em si mesmo, torna-se um instrumento que a enfermeira dispõe para coletar dados de sua realidade. Para realizar uma observação, precisa utilizar a percepção visual para captar os estímulos externos e internos e, nesse ponto de vista, a observação torna-se uma habilidade pessoal (MATHEUS; FUGITA; SÁ, 1996).

Nessa perspectiva é que compreendo uma conexão entre o planejamento e a observação, pois a última configura-se como instrumento básico e necessário ao ato de planejar e executar da enfermeira.

A supervisão e coordenação foram observadas nos conteúdos das mensagens dos sujeitos, como pode ser visto a seguir:

Ter o papel de coordenar o andamento das atividades, coordenar o processo de materiais como um todo [...] você vai controlar a eficiência da máquina, vai controlar a técnica de carregamento, a técnica de empacotamento, a técnica em si que é utilizada (E6).

Você tem que fiscalizar, eu tenho que estar supervisionando também como está o processo de trabalho desses funcionários, supervisionar de perto (E8).

É mais supervisão e coordenação. A supervisão é você estar acompanhando diariamente, ver o trabalho do funcionário [...], acompanhando uma montagem, acompanhando o carregamento de uma autoclave. E a coordenação eu acho que engloba tudo, desde a elaboração de rotinas, desde fluxograma, a parte gerencial; a supervisão eu acho que é bem superficial e a coordenação é você estar mais no administrativo (E10).

As falas descritas anteriormente apontam a supervisão e a coordenação como uma tecnologia. Os sujeitos desempenham a supervisão e a coordenação quando acompanham, fiscalizam, observam e controlam o processamento de materiais, principalmente, no que se refere às atividades desenvolvidas pelas funcionárias da CME durante esse processamento.

Tais atividades abarcam funções gerenciais da enfermeira, por meio do acompanhamento do trabalho desenvolvido na CME. Nessa perspectiva, Batolomei (2003) escreveu que, especificamente, o trabalho dessa profissional na CME tem por instrumento de trabalho fundamental os saberes administrativos, no sentido de organizar o processo de trabalho.

Sabidamente, a organização do ambiente de trabalho e o controle das atividades da equipe de Enfermagem surgiram a partir da reestruturação dos hospitais, no final do século XVIII e início do século XIX, e do avanço da medicina que abriram caminho à organização desses ambientes pelas enfermeiras e, subseqüentemente, levaram a cisão do trabalho entre o pensar e o fazer, explícitos nas categorias que abarcam a profissão até os dias de hoje - enfermeiras, auxiliares e técnicas (PIRES, 1998; RIZZOTTO, 1999; GEOVANINI, 2002).

Diante dessa reflexão compreendo que planejar, organizar, supervisionar e coordenar são atividades intrínsecas à CME e, por conseqüência, surgiram nas falas dos sujeitos. Além disso, certas falas apresentaram a atividade de **dimensionamento de pessoal** como tecnologia necessária ao processo de trabalho da CME:

[...] você faz escala de atividades faz escala de trabalho e quando você faz escala de trabalho então tem toda essa visão da demanda de características dos profissionais. Escala de atividades escala de trabalho e de cada setor de cada etapa do processo (E6).

Fazer uma escala de funcionários para que cada um tenha a sua função; [...] um prepara a parte de lap, um fica com a parte de chumaço, outro fica com a compressa (E13).

Vejo se todos os funcionários estão conforme escala, distribuo os funcionários em suas atividades, conforme escala de atividades. A gente faz escala de atividades. [...] faço legendas com cores, tipo o expurgo eu pinto de vermelho, a sala de preparo é verde [...] então o funcionário chega, pega o plantão e a primeira coisa que ele vai ver é ver onde ele está escalado na atividade; quando tem funcionário que faz 12, não é justo ele ficar 6 horas no expurgo, que é bem pesado, e 6 horas na autoclave que é uma atividade bem pesada, então eu troco (E14).

O dimensionamento de pessoal, envolve previsão e provisão quantitativa e qualitativa de pessoal em um ambiente de trabalho, é um processo sistemático que auxilia o planejamento e avaliação do serviço e, conseqüentemente, influencia diretamente em sua qualidade. Desse modo, o dimensionamento de pessoal de Enfermagem engloba o processo de trabalho da enfermeira, como instrumento

gerencial à qualidade do serviço prestado pelo setor que coordena (GAIDZINSKI; FUGULIN; CASTILHO, 2005).

As autoras acrescentam que o dimensionamento necessita de um método, formado pela identificação e avaliação de variáveis como, por exemplo, a carga de trabalho, o tempo efetivo de trabalho de cada funcionário e outros fatores que influenciam diretamente no processo de trabalho. O processo de dimensionar o quadro de funcionários reflete o contexto econômico em que as instituições de saúde se encontram. Portanto, exige conter gastos e busca por estabelecer um equilíbrio entre custos e benefícios e, diante disso, a enfermeira precisa utilizar métodos que justifiquem a necessidade de um número de funcionários quantitativamente e com qualidade, suficiente à excelência do processo de trabalho de seu setor.

As falas das depoentes revelaram que o dimensionamento de pessoal é necessário e, faz parte de seu processo de trabalho na CME, como algo que lhes dá suporte ao alcance de seu objetivo no setor. No entanto, percebo que as falas traduzem o dimensionamento na realização de escalas de trabalho, de atividades, de férias e folgas e que essas contribuem para o andamento das atividades desenvolvidas no processamento de materiais pelos funcionários do setor. Nesse sentido, percebo que o dimensionamento mostra o empirismo no trabalho, pela ausência de embasamento científico percebida nas falas.

De acordo com Gaidzinski (1991) o dimensionamento de pessoal em Enfermagem se refere à administração de pessoal e, por isso, faz parte de um conjunto de atividades dentre as quais estão o recrutamento e seleção de pessoal, escalas de distribuição de pessoal, supervisão, avaliação de desempenho, educação continuada e liderança.

Na Enfermagem, a distribuição de pessoal se apresenta como uma atividade desenvolvida sob a forma de escalas que podem ser mensais, diárias e de férias. Cada uma delas faz menção à efetividade do trabalho da Enfermagem e, conseqüentemente, são consideradas atividades complexas que despendem tempo e requerem conhecimentos relativos ao cotidiano do setor de serviços do qual a enfermeira faz parte, tais como: necessidades da clientela, dinâmica do setor, características da equipe de trabalho e legislação que resguarda o exercício profissional de cada categoria (MASSAROLLO, 1991).

Sob esse ponto de vista, enfatizo as palavras de Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005) ao afirmarem que para tornar o dimensionamento de pessoal de Enfermagem uma atividade efetiva e eficaz, as enfermeiras devem buscar instrumentos que auxiliem uma adequada gerência dos recursos humanos que estão sob sua responsabilidade. Para isso, devem obter conhecimentos, habilidades e competências em torno do planejamento, alocação, distribuição e controle de pessoal no intuito de tornarem-se negociadoras frente às políticas de direcionamento de recursos humanos nas instituições de saúde.

Para negociar, as autoras referenciadas anteriormente compreendem que as enfermeiras precisam operacionalizar o processo de dimensionamento de pessoal de Enfermagem. Esse processo requer a aplicação de um método sistemático de mensuração de variáveis que interferem na carga de trabalho da equipe, que considere um índice de segurança técnica à elaboração de escalas de atividades como, por exemplo, na previsão de ausências por feriados, férias e folgas e na identificação de um tempo diário de trabalho determinado pela instituição. O uso de um método sistemático ao dimensionamento de pessoal revela a necessidade de conhecimento científico, embasamento teórico à elaboração de uma escala de trabalho no interior da CME os quais, mesmo não mencionados explicitamente nas falas dos sujeitos foram encontrados na preocupação em considerar as características individuais dos funcionários, na necessidade de eventuais trocas de turnos, em direcionar dias de folga e férias de maneira equivalente, e na estratégia de realização de rodízio de postos de trabalho na CME, mencionado na fala de um dos sujeitos desse estudo.

Nesse momento, acredito ser importante lembrar que a CME apresenta um processo de trabalho sistematizado, quase que invariável e seqüencial em torno do processamento de materiais para que ele aconteça. O cumprimento de algumas etapas é fundamental e, basicamente, envolvem recepção, limpeza, desinfecção, acondicionamento, esterilização, validação da esterilização e armazenamento de materiais, e estão distribuídas nas seguintes áreas físicas da CME: expurgo, preparo e acondicionamento, esterilização, armazenagem e distribuição (BARTOLOMEI, 2003; SILVA; BIANCHI, 2003; SOBECC, 2005).

A respeito das etapas de processamento de materiais, Bartolomei (2003) comenta que são sistemáticas e distintas em suas fases de produção e, por suas características de processo industrial, são pouco variáveis. Tal variabilidade

dependerá do tipo de artigo odonto-médico-hospitalar que será processado. Dessa maneira, a distribuição das pessoas na CME auxilia a enfermeira no andamento das etapas do processamento de materiais e organização das atividades de trabalho dos funcionários envolvidos.

Nesse sentido, considero o rodízio, mencionado por um dos sujeitos, uma alternativa às características e especificidades dos trabalhadores, ao controle da carga de trabalho, ao aprendizado constante e, principalmente, uma ação para amenizar um processo de trabalho sistemático e invariável que pode ser fonte de estresse, desânimo e não satisfação no trabalho por parte do funcionário.

No entanto, a gestão de recursos humanos é uma das preocupações das enfermeiras, não somente no que diz respeito à distribuição de atividades, mas, também, à necessidade de tê-lo e de como viabilizar sua presença. O recrutamento e seleção de pessoal são processos em que a profissional pode e deve fazer parte, pois dizem respeito a um amplo processo atração de potenciais candidatos, de investigação e de escolha dos potenciais mais competentes para determinada atividade para a qual existem vagas em setores ou instituições de saúde (PEREIRA; LEITE, 1991).

Recrutar, selecionar e supervisionar pessoas são funções administrativas que exigem habilidades da enfermeira que devem ser empregadas com vistas ao aumento da produtividade ao alcance das metas da instituição, à satisfação das necessidades dos funcionários e ao auxílio para a conquista e manutenção da qualidade dos serviços prestados (MARQUIS; HUSTON, 2005). As autoras acrescentam que a qualidade do contingente humano de uma organização tem relação direta com a sua produtividade.

O contingente de recursos humanos, tanto quantitativo como qualitativo, se constitui como necessário ao desenrolar do processo de trabalho da enfermeira da CME os quais, juntamente com a necessidade de se ter recursos físicos e materiais, interferem diretamente na qualidade do serviço prestado ao setor. Entretanto, certas vezes a atuação dessa profissional na função de dimensionamento de pessoal é realizada de maneira simplificada ou, então, sem embasamento científico.

A **provisão e previsão de recursos humanos, físicos e materiais** surgiu como tecnologia necessária ao processo de trabalho dos sujeitos pesquisados e disseram respeito ao seu aspecto quantitativo e qualitativo. Em relação aos recursos humanos foi explicitado pelos sujeitos o seguinte:

Qualidade dos funcionários [...] a gente precisa ter pessoas com responsabilidade, com atitude (E1).

Precisa de pessoal também no mínimo, o necessário para ter um bom processo [...] ter um enfermeiro específico (E6).

[...] funcionários porque sem eles a gente não trabalha. Tem que investir, se existem técnicos de enfermagem tem que investir [...] funcionários que não faltem que tenham boas qualidades de trabalho, funcionários que sempre estejam buscando coisas [...] funcionários que tenham envolvimento com o trabalho (E7).

Ter uma enfermeira administrativa, eu acho, uma gerente, e ter uma enfermeira encarregada dos processos, mais na educação, na supervisão ou com contato com os clientes, e que troque experiências (E8).

A necessidade de recursos humanos, expressa nas falas dos depoentes, está vinculada à sua quantidade e qualidade. A qualidade conecta-se a certas características pessoais advindas dos funcionários como responsabilidade, atitude, comprometimento, envolvimento. Porém, outras exigem o envolvimento da instituição que os contrata, no sentido de estabilidade, investimento e remuneração.

Nesse sentido, Gaidzinski, Fugulin e Castilho (2005) apontam que as chefias dos serviços de Enfermagem devem instrumentalizar a gerência dos seus recursos humanos, por meio de conhecimento, de competências, de habilidades que objetivem planejar, alocar, distribuir e controlar seus funcionários.

Em relação à seleção e recrutamento de pessoal, Peres, Leite e Gonçalves (2005) dizem que o grande desafio das empresas atualmente é captar pessoas talentosas, com conhecimentos, habilidades e saberes, o que nem sempre acontece, pois a realidade está no mero preenchimento de vagas e essa atitude se deve a vários fatores, principalmente os econômicos.

Tal realidade no recrutamento de recursos humanos das organizações em geral, em particular nas de saúde, é apresentada nos relatos feitos pelas enfermeiras desse estudo, que acreditam que a sua qualificação e de sua equipe seja fundamental à qualidade do processo de trabalho do qual fazem parte.

Somado a isso, os depoentes sugerem, ainda, a existência de mais de uma enfermeira na CME, uma que realize atividades gerenciais do setor e outra que desenvolva atividades junto aos funcionários, em relação à educação continuada e à supervisão e que ambas trabalhem em conjunto, trocando experiências.

Quanto aos recursos físicos e materiais, os sujeitos descreveram questões relacionadas à sua previsão e provisão, que são observados nos recortes a seguir.

Condições [...] nos recursos materiais, as condições de qualidade de equipamentos e insumos, materiais, [...] é manter o centro de material, fisicamente, não anexo ao centro cirúrgico [...] ter o centro de material como um setor independente. [...] precisa de recursos materiais, de recursos humanos (E6).

[...] materiais adequados, condições adequadas e equipamentos adequados [...] bom espaço, um espaço apropriado. Materiais bons, bem feitos, duráveis. Equipamentos, não dá para esquecer dos equipamentos, uma boa lavadora, secadora, que vai te ajudar muito (E7).

É necessário ter materiais para trabalhar, você ter como trabalhar porque ter o material, a estrutura para trabalhar é o essencial (E11).

A CME é um setor que, diariamente, trabalha com materiais e equipamentos e, portanto, necessita deles para desenvolver seu processo de trabalho. Suas atividades concentram-se no processamento de artigos odonto-médico-hospitalares e, para fazê-lo, precisa de estrutura física adequada, na qual estejam contidos equipamentos diversos, que promovam eficiência e eficácia às atividades da CME e, conseqüentemente, qualidade ao atendimento de saúde do paciente.

Por recursos físicos Takahashi e Gonçalves (2005) entendem o conjunto de áreas internas e externas de um serviço de saúde, no qual uma unidade determina um espaço físico que desenvolve atividades específicas, com instalações e dimensões particulares. Em relação à estrutura física da CME, a Resolução nº 370 de 14 de novembro de 2002, do Ministério da Saúde, dispõe a respeito do regulamento técnico para planejamento, programação e elaboração de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, a qual veio alterar a antiga Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2001. Essa Resolução pode auxiliar a enfermeira na participação em novas construções, ampliações e reformas de tais estabelecimentos, pois nela são encontradas informações a respeito do dimensionamento e instalações das unidades de CME, considerada nessa Resolução como unidade funcional de apoio técnico (BRASIL, 2002).

Segundo a mesma Resolução, a CME deverá existir quando houver centro cirúrgico, obstétrico ou ambulatorial, setor de hemodinâmica, emergência e urgência de alta complexidade e deverá ser composta de área para recepção, descontaminação e separação de materiais, lavagem, área de recepção de roupas limpas, área de preparo de materiais e roupas limpas, área de esterilização física e química, sala de armazenamento de materiais e roupas esterilizadas, área de armazenamento e distribuição de materiais estéreis descartáveis. Além disso,

deverá agregar ambientes de apoio como sanitários com vestiários para funcionários, depósito de materiais de limpeza, sala administrativa e área de manutenção de equipamentos (BRASIL, 2002).

Em posse das informações desse documento, a enfermeira poderá auxiliar de maneira efetiva possíveis necessidades de adequação de estrutura física da CME, bem como elaborações e execução de novos projetos. “Para assegurar a viabilidade técnica e compatibilizar a necessidade com a disponibilidade de recursos, observando os parâmetros legais, é fundamental a participação do enfermeiro na proposição e planejamento da área física” (TAKAHASHI; GONÇALVES, 2005, p.184).

Além disso, a previsão e provisão de recursos materiais são responsabilidade da enfermeira que responde pelo processo de trabalho da CME (SOBECC, 2005). Os materiais são definidos como produtos armazenados, distribuídos e consumidos na produção de bens e serviços e, por isso, compõem uma infra-estrutura indispensável à ocorrência dessa produção. Para provê-lo, é necessário programar, comprar, receber, armazenar, movimentar e transportar tais produtos, que envolvem o suprimento e a logística dos mesmos (ROMANO; VEIGA, 1998; CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

Em uma instituição de saúde, a responsabilidade do gerenciamento de recursos materiais fica a cargo do setor de compras e almoxarifado, vinculado à administração da organização. Porém, a participação de alguns setores é importante, como é o caso da CME que recebe recursos materiais dos setores mencionados, mas, concomitantemente, distribui tais recursos para outros setores da instituição de saúde que os consumirão no atendimento de saúde ao paciente, após seu processamento (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

Dessa maneira, Romano e Veiga (1998) acreditam que a enfermeira demonstra ser a profissional tecnicamente preparada para definir e/ou participar da definição dos materiais necessários aos cuidados dos pacientes, pois os conhece e compreende o seu uso no cuidado aos pacientes. Tal função deve estar imbricada à busca pela qualidade desse cuidado e, concomitantemente, à consideração do custo-benefício da aquisição e opção por tais produtos.

A partir dessa compreensão é que apresento a próxima tecnologia encontrada nos recortes das falas dos sujeitos desse estudo: **a tomada de decisão.**

Tem outros compromissos também nas decisões de produtos que vão ser utilizados, de métodos de trabalho, de métodos de processos (E6).

Eu sempre tento comprar os produtos eficientes porque eu faço a compra aqui, então eu sempre tento estar fazendo melhor isso aqui dentro (E9).

A aquisição de novos produtos, tem que passar pela avaliação do enfermeiro, [...] então antes de colocar qualquer produto ele tem que passar pela avaliação do enfermeiro, é importante a opinião do enfermeiro, estar participando da compra, participando da padronização, porque é por ele é ele quem vai ditar se é possível ou não, ele tem conhecimento. Planta física, planta física eu acho que compete principalmente por montar uma central, ela tem que participar porque ela é enfermeira de estrutura, ela sabe do fluxo de material, da dinâmica (E10).

As decisões envolvem, principalmente, a aquisição, controle e validação dos recursos materiais, além de certa participação no recrutamento de recursos humanos e nos físicos; e o propósito é qualificar o serviço prestado pela Enfermagem e beneficiar o paciente, mas sem esquecer de controlar custos.

No que diz respeito à CME, a enfermeira tem papel importante nas decisões, seja na participação de determinações quanto à previsão e provisão de recursos humanos, físicos e materiais ou dos métodos de trabalho que envolvem as atividades de sua equipe, para as quais toma decisões de diferentes complexidades que interferirão diretamente no processo de trabalho do qual faz parte.

Por exemplo, na administração de recursos materiais, a enfermeira deve participar da escolha do material, da definição de suas especificidades técnicas, do estabelecimento de controle e da avaliação do uso de tais materiais, pelo conhecimento que detém do perfil de consumo dos materiais das unidades das quais é responsável, e na orientação do uso e cuidado com tais materiais, sempre com o intuito de garantir a qualidade do cuidado prestado ao paciente (CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

A ação de tomar uma decisão é uma constante na vida dos seres humanos, a qual implica na escolha de um caminho e sua frequência e importância dependerão do contexto social, econômico, histórico no qual estão inseridos. Algumas dessas decisões poderão ser aleatórias, empíricas e imediatas e outras exigirão reflexão, estratégias e planejamento, sendo que estas últimas implicam no uso de um processo decisório, composto das fases de percepção e definição do problema, coleta e análise de dados, redefinição do problema, procura e escolha de soluções, decisão, implantação e avaliação da solução escolhida (CIAMPONE, 1991).

A tomada de decisão é uma competência reconhecida, requerida e imprescindível ao profissional de qualquer área, principalmente àquele que assume cargos gerenciais. É uma atividade administrativa que envolve e acompanha o processo de trabalho na CME, como instrumento importante ao seu desenvolvimento, composta de passos a serem percorridos para solucionar problemas do seu cotidiano. O processo de tomada de decisão é responsabilidade da enfermeira que o utiliza por meio de decisões programadas ou não (MARCON, 2006).

A autora mencionada anteriormente enfatiza a importância da presença de reflexão da enfermeira durante todo o processo de tomada de decisão e destaca que, tal decisão, necessita de uma complementação por meio do uso de um modelo de etapas que pode incluir ações de análise situacional, elaboração e avaliação de alternativas existentes, seguida da implementação e monitoramento das decisões escolhidas. Afirma que as profissionais compreendem esse processo como uma atividade que não se limita a papéis, documentos e computadores, pois requer a sua reflexão em que são consideradas a responsabilidade, a repercussão e implicações da decisão escolhida e aponta que a escolha do método ou modelo e sua estruturação são flexíveis e dependerão da finalidade à que a tomada de decisão se propôs.

Essas considerações demonstram a complexidade do processo de tomada de decisão, pela necessidade de reflexão durante a atividade desde a análise da situação para a escolha de uma decisão até sua implementação e avaliação. Um processo que exige a opção por um método que é flexível, devido à dependência sobre aspectos que envolvem características pessoais, do setor de trabalho e da finalidade à que se pretende alcançar. Nesse sentido, no decorrer do processo decisório, influências poderão mudar o rumo das decisões a serem tomadas ou já tomadas pela enfermeira. Essas influências poderão ser inúmeras como, por exemplo, as de cunho pessoal sob influência da intuição, da experiência, do conhecimento e da ética por parte de quem tomou a decisão; e ainda de cunho institucional sob influência da filosofia, missão, norma e hierarquia das instituições de saúde das quais a enfermeira faz parte (MARCON, 2006).

Dessa forma, o processo de tomada de decisão constitui-se como uma tecnologia do processo de trabalho da enfermeira na CME, a qual solicita o cumprimento de uma seqüência de etapas, e que exige o conhecimento e reflexão

das especificidades do trabalho por meio do auxílio de outras tecnologias como a observação, a percepção e o planejamento. Diante disso, é um processo que requer conhecimento científico, aliado ao conhecimento de aspectos do cotidiano da enfermeira, com o objetivo de desenvolver uma ação sistemática e alcançar resultados adequados.

O fato da enfermeira participar do processo decisório da instituição na qual está inserida e observado nos relatos dos depoentes, chamou minha atenção, pelos sujeitos enfatizarem a importância do conhecimento empírico e científico que possui, que a vivência de sua profissão possibilita e dela exige. Um outro ponto importante, que deve ser frisado, é o fato de que as decisões administrativas, da chefia ou gerência da instituição, poderão interferir de modo positivo ou negativo ao processo de trabalho da enfermeira da CME.

Um produto desinfetante de qualidade inferior, uma autoclave que não atende à demanda de materiais consumidos na instituição, uma estrutura física que comprometa a qualidade do processamento dos materiais, um quadro de funcionários insuficiente ou sem qualificação trarão como resultados prejuízos ao atendimento de saúde do paciente e, conseqüentemente, à imagem da instituição fornecedora de tais serviços, dentre outras.

Por vezes, a compra de uma embalagem para acondicionamento de certos materiais pelo almoxarifado, sem a participação e avaliação da enfermeira da CME, poderá gerar custos dispensáveis e intercorrências previsíveis à qualidade do processamento dos materiais e à qualidade do atendimento do paciente, pela possibilidade de se constituir um fator predisponente ao surgimento de infecções hospitalares.

Diante disso, a análise compõe o conjunto de tecnologias do processo de trabalho da enfermeira da CME, pois a avaliação é uma interface da qualidade dos serviços e por meio dela poderá ter acesso a dados que lhe confirmem a existência ou não de qualidade em seu processo de trabalho. **A análise** surgiu no depoimento de um dos sujeitos dessa pesquisa, como pode ser visto a seguir:

É ele saber ler o resultado do trabalho dele, é ele analisar através [...] como está aquilo que ele está produzindo, se tem feito bons resultados. Analisar uma planilha de custo [...] analisar os resultados da CCIH [...] analisar a satisfação do cliente (E8).

Analisar é julgar embasado em critérios definidos, é ainda uma estratégia à tomada de decisão que pode ser empregada em uma instituição de saúde para três direções: a avaliação da estrutura, do processo e do resultado do trabalho desenvolvido (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Sob esse ponto de vista é que julgo que a avaliação da enfermeira na participação da aquisição de materiais, seleção de recursos humanos ou adequação de estrutura física tem como finalidade, dentre outras, o controle de custos como exigência da instituição. O gerenciamento de custos foi percebido nos conteúdos das falas dos depoentes, mas foi analisado e discutido em uma outra categoria, que será apresentada nas páginas a seguir.

Para dar conta das exigências de controle de custos das organizações e, concomitantemente, obter e manter qualidade dos seus serviços, a enfermeira da CME depara-se com a necessidade de documentar todas as atividades das quais é responsável e, para tanto, utiliza métodos e maneiras diferentes de comprovar tal qualidade como, por exemplo, os relatórios de produtividade de sua equipe, as fichas que armazenam dados de validação da esterilização, dentre outros.

Nesse sentido, outra tecnologia, que pode ser considerada administrativa, diz respeito à **documentação de atividades** que envolvem o trabalho da CME, e que esteve presente no conteúdo das mensagens de alguns dos sujeitos.

[...] anotações de toda essa parte de funcionamento de autoclave, vistoria, o controle de qualidade dessas máquinas. Ter os registros porque amanhã o material, o paciente foi a óbito por causa de uma infecção e é feito um levantamento ou é feita uma auditoria para tentar descobrir se tem esse material, estava estéril ou não, e aí aonde está registrado tudo isso, ter várias informações ou ter registros até de educação do seu pessoal (E4).

O controle gerencial tipo, o controle de registros [...] tem que ter consciência disso e têm que ter registro, tem que ter controle e rastreabilidade de materiais. Monitorização nas autoclaves [...] registros [...] a interpretação dos dados como registra [...] a decisão dos parâmetros. Usar de recursos para isso, criar impressos (E6).

Eu faço rotinas de enfermagem para a central. [...] rotinas que eu coloco para eles, por exemplo, como fazer limpeza de materiais, limpeza, preparo (E7).

[...] tudo o que você faz ali [...] tem que estar escrito, como fazer, como que usa, quanto tempo que deixa [...] você tem que transformar isso em algo escrito. [...] é quantificar, quantifica quanto esteriliza, quantifica quanto de material vai em cada caixa, quantifica quanto de material produz, o quanto de estoque, coisas que você transforma em relatório final [...] é papel que no final se transforma num relatório (E10).

O uso de documentações, especificamente em manuais, se deve à vigência de padrões de qualidade incorporados pelos serviços de saúde, os quais são norteados pelas International Standards Organizations (ISO's), que estabelecem normas para gestão de qualidade das organizações, e pelo programa de Acreditação Hospitalar, criado pelo Ministério da Saúde com o objetivo de estimular as organizações de saúde a apresentarem padrões de qualidade aos consumidores de serviços de saúde (MINATEL; SIMÕES, 2003; TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

As autoras comentam que a documentação contempla um ou mais documentos que finalizam padronizar orientações de atividades e, para tanto, devem conter informações claras e objetivas com vistas a servirem como instrumento a uma prática sistematizada e de excelência. Esses documentos podem ser divididos em internos e externos, sendo que os primeiros representam políticas, rotinas, procedimentos e descrição de cargos do serviço da organização ou de seus setores, nos quais os de rotina e procedimento associam-se à descrição e execução de atividades no processo de trabalho. Os segundos, referem-se a qualquer documento elaborado por terceiros, que integre descrição de algo no interior da organização como, por exemplo, as normas e regimentos (MINATEL; SIMÕES, 2003).

Na Enfermagem, a documentação se mostra estreitamente conectada à confecção de manuais de orientação da equipe às rotinas de trabalho, à organização da prestação de serviços e, também, à determinação de parâmetros de avaliação de desempenho e melhorias ao setor de trabalho, o que se reflete e contribui à qualidade do serviço. Os manuais sustentam normatizações que objetivam sistematizar quem deve fazer as atividades e como essas deverão ser feitas (MINATEL; SIMÕES, 2003).

Dessa maneira, os manuais são instrumentos de um sistema de informação de uma organização que, por meio da escrita, orientam a equipe de enfermagem ao desenvolvimento de seu trabalho e estruturam e formalizam o serviço. “Entende-se por manual de enfermagem o instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução de ações de enfermagem” (SILVA, 1991, p.60). Além disso, a documentação da Enfermagem é observada nas anotações em prontuários de pacientes, relatórios de atividades, dentre outros tipos de documentos que são manipulados no dia-a-dia pela enfermeira.

Para compreender a documentação na CME como tecnologia, evidencio a afirmação feita por Almeida e Rocha (1989) que as técnicas de Enfermagem constituíram o seu primeiro instrumento de trabalho, a primeira expressão de saber da profissão utilizada para manipular seu objeto de trabalho: o cuidado. As técnicas vieram para sistematizar o cuidado, orientar e organizar a prática da Enfermagem. “[...] então é necessário que as tarefas sejam previamente descritas, passo a passo, para que o pessoal que não tem preparo possa realizá-las” (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p.34).

Os autores descrevem que a inclusão da descrição e desempenho de técnicas teve antes a intenção de organizar e otimizar o serviço do que propriamente qualificar o cuidado. Os princípios de gerência científica no século XIX exigiam a economia de tudo - tempo, energia, recursos diversos – e exigiu dos trabalhadores de enfermagem do século XX um empenho à capacidade de desempenhar o máximo de tarefas e procedimentos com o mínimo possível de gastos de tempo e movimento, revertidos em rapidez e eficácia, em um regime com disciplina do tempo.

Mais tarde, surgem os princípios científicos – década de 50 – com vistas a fundamentar as técnicas de Enfermagem, na aplicação de teorias para fundamentá-las, que provieram de diferentes campos de conhecimento como anatomia, fisiologia e outros, e assim pudessem servir de base ao direcionamento do seu trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Os recortes das falas acima demonstram a preocupação das enfermeiras em notificar e documentar suas atividades que, a meu ver, traduzem a organização e otimização do serviço da CME, além da documentação da produtividade dos funcionários do setor. Mas, ao mesmo tempo, expressam a necessidade de justificar a procedência do serviço que desenvolvem em seu processo de trabalho, pois tais documentos poderiam comprovar a qualidade de suas atividades caso fosse necessário perante a direção da instituição de saúde.

A preocupação com os procedimentos de documentação pode ser compreendida na relação direta que a CME tem com o controle de infecção da instituição a que está vinculada, pelo próprio conceito de CME, pela essência de seu trabalho – processamento de materiais – e pela função de distribuir materiais adequadamente processados a diversos setores de atendimento de saúde, dos quais farão uso direto ao paciente.

Nesse sentido, a documentação realizada pela enfermeira da CME subsidia a garantia da qualidade do serviço, pois no caso de intercorrências com materiais cirúrgicos como ,por exemplo, o surgimento de uma infecção, é necessário comprovar a procedência e qualidade do processamento do lote daquele material específico. Esse apontamento se comprova na conceituação de validação dos processos de esterilização propostos pela SOBECC (2005), que a define como um procedimento de documentação com o objetivo de registrar e interpretar resultados desejados ao estabelecimento e controle de processos com artigos médico-hospitalares.

Quanto aos processos, são registrados os seguintes itens: o número de lote da esterilização, o conteúdo quantitativo e qualitativo do lote, os parâmetros físicos de cada processo, nome do operador responsável, resultado de indicadores biológicos e químicos, além de qualquer intercorrência durante os ciclos de esterilização (SOBECC, 2005).

A partir do exposto, acredito que a documentação contribua para a qualidade do processo de trabalho da enfermeira da CME, ao embasar o planejamento, a tomada de decisão, o desempenho de ações, bem como os resultados inerentes a esse processo, como afirmam Minatel e Simões (2003, p.29): “[...] é de grande valia na organização de serviços e excelente meio de controle de processos de qualidade do cuidado”.

Tomando por base as considerações a respeito da documentação na CME, apresento outro elemento componente dessa categoria, presente nas falas de dois dos sujeitos desse estudo, apresentada no recorte de uma de suas considerações: a **auditoria**.

[...] auditar prontuários de centro cirúrgico, ver o que foi usado e o que não foi, de opinar se aquele material pode ser utilizado ou não e quem pode dar uma resposta [...] a enfermeira da central, é aquela que está pegando material que manuseia o material, que limpa, que seca, que vê a funcionalidade do material, se ele pode ou não (E3).

É a avaliação e auditoria, então eu uso um pouco dessas aulas para falar de auditoria, de auditoria em serviços. [...] eu tenho que ver material, pessoal, tenho que ver o horário, tenho que ver escalas, tem que ver as máquinas, então eu tenho que ser multi. [...] quando você tem qualidade, o que é que você vai exigir, ter um padrão de exigência (E4).

A auditoria é compreendida como uma análise ou exame do funcionamento de uma atividade, ou da movimentação financeira de uma empresa. A partir disso, entendo que auditar é examinar, acompanhar o processo de trabalho, no sentido de obter informações a respeito da aplicação de recursos diversos, e tal atividade vai ao encontro do gerenciamento de custos, discutido anteriormente, da necessidade de controlar custos e buscar qualidade relevando a relação custo/benefício.

Por tais motivos, a auditoria pode direcionar as ações da enfermeira com vistas à qualidade, mas sem jamais esquecer do exame e análise da relação custo/benefício, observando as características do mercado atual, que exige das organizações fazer mais com menos, preservando qualidade, mas com racionalização de recursos.

Ainda na dimensão prática “gerenciar”, **a liderança** surgiu como tecnologia na fala de um dos sujeitos desse estudo.

Eu acho capacidade de liderança, capacidade de relacionamento que todo líder tem [...] a capacidade de liderança dos funcionários. Hoje em dia é difícil você trabalhar sozinho e querer fazer tudo, porque os funcionários também estão, quando eu digo liderança eu tenho que buscar também, eu tenho que estar relacionando (E8).

A liderança pode ser considerada um processo dinâmico e situacional essencial à organização e aos grupos que nela atuam, para auxiliar a escolha de estratégias, estabelecer limites e arquitetar caminhos. Os líderes indicam caminhos, assumem o controle e, por se relacionarem com pessoas, necessitam algumas habilidades. Um líder deve ser capaz de motivar, incentivar, de se comunicar, tomar decisões, enfatizar o trabalho em grupo e influenciar o grupo. Para Rocha *et al* (2005), um líder é aquela pessoa que possui seguidores, que forma redes de relacionamento e, para isso, necessitam de visão para romper barreiras, habilidades e recursos. Além disso, de um líder exige-se responsabilidade, participação ativa no trabalho do grupo que lidera, indicando estratégias vencedoras, dando apoio e incentivo e se dispondo a dar e receber informações. O líder facilita, avalia, realiza previsões, oferece conselhos e habilita o trabalho do seu grupo e, por isso, podem ser chamados de “pontes” que ligam as pessoas ao futuro (ROCHA, et al., 2005).

Um líder difere de um gerente na medida que o líder não somente coordena e conduz o trabalho produzido pela equipe em direção aos interesses organizacionais;

um líder é um facilitador, pois busca o desenvolvimento de sua equipe, ajuda as pessoas ao mesmo tempo em que as direciona a objetivos comuns, por meio de estratégias eficientes (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Em virtude das características exigidas de um líder, a liderança mostra-se como uma poderosa tecnologia do processo de trabalho da enfermeira, pois as ações realizadas embasadas em seus princípios poderão refletir diretamente no trabalho.

O processo de trabalho da enfermagem é desenvolvido em equipe e espera-se que o enfermeiro tenha as competências requeridas para o exercício da liderança, a habilidade de influenciar para que trabalhe entusiasticamente em prol de objetivos identificados como sendo para o bem comum. Nesse sentido, o enfermeiro deve desenvolver autoridade junto a sua equipe pois poder ele já tem em relação a ela (ROCHA et al., 2005, p.43).

Na citação anterior, Rocha et al. (2005) aponta duas palavras que são intrínsecas à posição de líder: competência e autoridade. Concordo com Hunter (2004) ao dizer que a competência envolve a coexistência de três características: conhecimento, habilidade e atitude. Conhecimento significa percepção e compreensão dos fatos, envolve cultura e sabedoria. Habilidade diz respeito àquele que está apto a fazer algo, que resolve situações de maneira apropriada, enquanto a atitude designa postura, maneira de agir (HOUAISS, 2004).

Por sua vez, a autoridade constitui-se um direito de ordenar, decidir na representação de um grupo de pessoas, pois uma pessoa que possui autoridade é respeitada no seu grupo pela competência adquirida e demonstrada na capacidade de convencimento (HOUAISS, 2004). Ela não é um decreto, um domínio ou um controle como o poder, é, sim, uma habilidade de conquistar por meio de características pessoais visíveis ao grupo que lidera.

A fala da depoente desse estudo exprime duas questões: a liderança como capacidade e a conexão dela com o relacionamento. Ser capaz é ter competência ou talento para fazer algo e, como dito anteriormente, a competência envolve habilidade, conhecimento e atitude. O apontamento feito pelo sujeito de que um líder precisa se relacionar é completamente relevante, pois sua posição exige trabalho em grupo, reconhecimento das pessoas, conquista, pois um líder se relaciona com as pessoas e as conduz aos melhores caminhos, por meio de estratégias convincentes.

A partir das falas dos sujeitos, foi possível o encontro de diversas tecnologias ao processo de trabalho da enfermeira na CME, que foram agrupadas na dimensão prática “gerenciar”. Como pode ser percebida na análise realizada anteriormente, a gerência exige um conjunto de características e habilidades, além de uma somatória de conhecimentos em torno do planejamento, coordenação, tomada de decisão, avaliação, liderança, dentre outros.

A necessidade de agrupar tais conhecimentos, adicionados de habilidades e características pessoais, justifica-se pela competência que a enfermeira da CME deverá exteriorizar no intuito de organizar o processo de trabalho e os recursos humanos que dele fazem parte. Para tanto, utiliza um conjunto de tecnologias que a auxiliam a atuar sobre seu objeto de trabalho e alcançar uma finalidade.

Para Rossi e Silva (2005), a enfermeira gerencia o cuidado ao planejá-lo, ao delegá-lo ou ao fazê-lo, também quando prevê recursos, capacita sua equipe, orienta o paciente, interage com outros profissionais de saúde em nome da melhoria do cuidado; utiliza saberes, atitudes e ações para entrelaçar e aproximar o cuidar do gerenciar. Segundo as autoras, para concretizar a gerência do cuidado, utiliza saberes administrativos enquanto tecnologias leve-duras.

A partir disso, passo a refletir e inferir o papel da dimensão prática “gerenciar” do trabalho da enfermeira da CME, pois essa profissional tem em suas mãos uma importante arma de combate ao desprestígio e desvalorização da profissão que, por vezes, não percebe ou não sabe como usar o conjunto de saberes e fazeres que estão ao seu dispor, ao optar por uma atuação puramente empírica. Preciso concordar com Ermel e Fracolli (2003) quando dizem que falta à enfermeira a consciência de seu potencial transformador no seu trabalho de gerência, por meio do qual poderá introduzir e aprimorar tecnologias como instrumentos inovadores à reorganização do cuidado da Enfermagem e da divisão social do trabalho e da história da profissão.

Também concordo com Peduzzi e Anselmi (2002) que a dimensão “gerenciar” não se dissocia da dimensão “cuidar”, pois são faces de uma mesma “moeda”, uma “moeda” antiga por sinal, que necessita que ambas as faces estejam conexas e dependentes. Compreendo que essa conexão esteja na finalidade do processo de trabalho da enfermeira como um todo, independente em qual dimensão esteja atuando, pois a direciona ao atendimento das necessidades de saúde do paciente, por meio da qualidade do cuidado.

Tecnologias de Enfermagem da dimensão prática “cuidar” do trabalho da enfermeira

Estão presentes as manifestações de 14 (quatorze) sujeitos que, por meio de suas falas, compuseram as tecnologias dessa dimensão prática do trabalho da enfermeira na CME. Acredito que antes de pontuar as tecnologias que fizeram parte dessa dimensão, devo resgatar a concepção de cuidado utilizada nesse estudo.

Na CME, a forma de cuidar é diferente, pois é realizado com materiais que serão utilizados no cuidado a pacientes realizados por outros profissionais, de outros setores e, por isso, considerados de cuidado indireto. Mesmo assim, esse cuidado envolve preocupação, responsabilidade e compromisso que se voltam ao processamento desses materiais. Autores como Delgado (2000) e Tonelli e Lacerda (2005) reconhecem a existência de uma forma diferente de cuidado na CME, mas enfatizam que tal compreensão dependerá do referencial teórico de cuidado adotado.

O cuidado foi ressaltado por alguns dos sujeitos como sinônimo de assistência e fez menção ao processamento de materiais, à operacionalização do processo de trabalho da CME, como pode ser visto nas falas a seguir.

Nós cuidamos dos materiais, [...] cuidar dos cateteres (E1).

[...] quando eu faço assistência, eu acho que “eu vou junto com você para cá fazer com você”; então eu estou fazendo assistência, então eu estou junto montando a caixa; eu estou lá lavando aquele material, estou dando assistência àquele material; eu discordo de muita gente nesse ponto; eu acho que faz assistência, é assistencial o trabalho na central; agora eu vou montar a autoclave, eu estou lá agora eu vou montar a autoclave, então eu estou olhando o funcionário, se eu estou olhando, eu estou supervisionando, se eu estou fazendo, eu estou assistindo, eu não posso nem coordenar, nem supervisionar se eu não fizer (E10).

Na assistencial você pode fazer, eu diria que você está mais perto do funcionário, você estaria na mesa e faria uma bandeja junto para ele ver que você está do lado; se você está na distribuição você ajuda a ver se vai distribuir, se vai para os armários ou 8º andar, você ajuda a distribuir, a retirar e a dar, você ajuda a fazer (E12).

Pesquisas desenvolvidas por Leopardi, Gelbecke e Ramos (2001) e Vaghetti et al. (2004) destacam a observação de que as enfermeiras percebem que suas ações administrativas, presentes na dimensão “gerenciar” de seu processo de

trabalho, referem-se a um cuidado indireto e referendam que esse trabalho fornece condições, suporte à realização do cuidado direto, pelo fato de, nesta dimensão, ocorrer uma organização do processo cuidar no gerenciamento dos espaços, das pessoas e do tempo. Além disso, esses profissionais observam a unificação das dimensões gerenciar e cuidar, como dois campos de atuação interdependentes.

Os enfermeiros compreendem que administrar é cuidar, já que se destina a uma finalidade imediata, para organizar o cuidado, e uma mediata, para prover condições de adequada realização do mesmo. Quando os enfermeiros planejam, organizam, avaliam e coordenam, eles também estão cuidando (VAGHETTI et al., 2004, p.320).

Concordo com os autores mencionados anteriormente que a enfermeira da CME desempenha uma forma diferente de cuidado em seu processo de trabalho, que pode ser chamado de indireto ou instrumento-meio do cuidado em si desenvolvido no paciente por profissionais de outros setores; mas, acima de tudo, acredito que o cuidado pode ser realizado nas diferentes dimensões de seu trabalho e, neste caso, também poderá envolver o da enfermeira da CME.

Diante disso, apresento as tecnologias apontadas pelas falas dos sujeitos do estudo que compuseram o processo de trabalho da enfermeira em sua dimensão prática “cuidar”: **comunicação e envolvimento/trabalho em equipe**.

A partir dos recortes do conteúdo das falas dos sujeitos, identifico que as tecnologias advindas de seus discursos, que compuseram a dimensão prática “cuidar”, dizem respeito a tecnologias leves, que Merhy (1997) conceitua como aquelas relações de produção de vínculo, acolhimento, formas de governar os processos de trabalho, ou seja, tecnologias de relações. Ainda conforme Meier (2004), classifico-as como tecnologias de enfermagem de atividades humanas ou profissionais.

A **comunicação** esteve presente nos conteúdos das mensagens e se relacionaram à necessidade da enfermeira estabelecer e manter relacionamento com outros profissionais no dia-a-dia, trabalhar interligada a outros setores da organização de saúde, a fim de obter parcerias ao seu processo de trabalho, manter relacionamento e aproximação com outras equipes que dependem dos produtos da CME e, assim, contribuir efetivamente ao cuidado ao paciente, conforme demonstrado a seguir.

Eu preciso de parcerias, eu preciso trabalhar com a manutenção, com as empresas de esterilização, de óxido de etileno que eu não tenho aqui, com os colegas do hospital, tem que ter parceria no trabalho, senão não dá certo. Eu preciso deles (E2).

Tem que conquistar a equipe [...] uma coisa de relação interpessoal. Tem que ter essa parte de aproximação, de companheirismo. A interação com o centro cirúrgico que tem que ser muito grande, porque recebe material, entrega material. A relação que o enfermeiro de CME vai manter com os serviços externos, porque com os usuários ou os clientes dele, as pessoas que vêm pegar material, que mandam material para o centro de material então essa política de relacionamento da própria instituição [...] essa interação essa comunicação com os usuários desse serviço também é importante [...] se reunir com as pessoas [...] conversar e definir as coisas em conjunto. Essa responsabilidade não esquecer que ela vai além do centro de material [...] estar interagindo com as outras equipes (E6).

Ele tem que estar em perfeita harmonia com o trabalho da enfermeira do C.C. e com o das enfermeiras das outras unidades e também conhecer quem são os clientes, os clientes externos dele, quem é o RX, o PA o CC. [...] um conhecimento de como as unidades funcionam e com cada enfermeiro você estabelecer um vínculo, um relacionamento Tem relacionamento com a lavanderia, tem relacionamento com CCIH, tem relacionamento com todas as unidades consumidoras do produto. [...] sair só do setor dele e enxergar para quem ele oferece esse material (E8).

A comunicação é um aspecto integrante das falas dos sujeitos desse estudo, o qual mostra-se aliado a questões referentes ao relacionamento da equipe de trabalho da CME e no vínculo entre os setores de trabalho que, em sua maioria, são unidades consumidoras dos produtos da CME. Diante desse ponto de vista, a enfermeira deverá tecer teias que articulem seu processo de trabalho com o processo de trabalho de outros setores da instituição de saúde.

A enfermeira, pelas características de seu processo de trabalho – prática social e coletiva –, vem estabelecer uma teia de relações grupais e interpessoais, pois ao desenvolver seu trabalho diário, mantém relações com trabalhadores de sua categoria profissional (técnicas, auxiliares e outras enfermeiras), trabalhadores da área da saúde (médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentre outros) e com pessoas que procuram os serviços de saúde em busca de atendimento. Nessa teia, acaba por assumir o papel de gerenciar relações interpessoais (URBANETTO; CAPELLA, 2004).

Peduzzi e Ciampone (2005, p.114) definem o que seria uma articulação de ações e interação dos agentes:

[...] a articulação das ações no sentido de colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções técnicas realizadas pelo conjunto de profissionais inseridos numa mesma situação de trabalho, e a interação dos agentes no sentido da prática comunicativa, em que os envolvidos buscam o reconhecimento e entendimento mútuo e colocam-se de acordo acerca de seus planos de ação.

Para tanto, o veículo para que essa articulação de ações ocorra é a comunicação, compreendida por Junior e Matheus (1996) como um ato intrínseco do ser humano, que o capacita a trocar idéias, a dialogar e a se relacionar com outros seres humanos e que se constitui como uma habilidade. Tem por finalidade informar, persuadir, ensinar ou discutir, bem como promover relacionamentos entre as pessoas. Os autores entendem que a comunicação é um instrumento básico da prática da enfermeira e complementam que “[...] o enfermeiro existe na medida em que utiliza a comunicação no saber-fazer profissional” (JUNIOR; MATHEUS, 1996, p.72).

Similarmente, Yoshimoto et al. (2005) concebem que a enfermeira utiliza a comunicação com um instrumento básico de seu processo de trabalho, nas relações de trabalho que estabelece com a equipe e no exercício da liderança; e associado a isso, a comunicação instrumentaliza as ações e, conseqüentemente, o alcance dos objetivos a que se propôs. A autora enfatiza que compete às enfermeiras que almejam a excelência da qualidade da assistência de Enfermagem prestada, a responsabilidade de desenvolver suas equipes e, por isso, utilizam a comunicação nos ambientes de trabalho que, a priori, tem função associada ao controle e produção e, posteriormente, à mudança e socialização.

Para o desenvolvimento do processo educativo, a comunicação é uma ferramenta importante à transformação da consciência individual e coletiva, que busca articular teoria e prática, por meio da reflexão e crítica e, conseqüentemente, transformar e qualificar os processos de trabalho (LEOPARDI; GELBECKE; RAMOS, 2001; KIRCHHOF, 2003; YOSHIMOTO et al, 2005).

Aliadas à comunicação, as relações de trabalho também surgiram nas falas no sentido de **envolvimento/trabalho em equipe**, que esteve vinculado às

expressões “fazer para saber fazer”, “fazer para orientar o fazer”, “fazer para contribuir ao processo de trabalho”, no que diz respeito às etapas que envolvem o processamento de materiais. Na percepção dos sujeitos desse estudo, a enfermeira da CME deve compartilhar, envolver-se e participar das atividades de sua equipe, na realização do processamento de materiais, na participação ativa no processo operacional quando for necessária sua presença. O objetivo está em agilizar ou otimizar o processo de trabalho, o que reflete a concepção de trabalho em equipe, de contribuição mútua com vista à sua qualidade, como é observado a seguir.

[...] eu particularmente me envolvo nas atividades, eu acho importante eu saber o que vai no lap [...] eu ter esse conhecimento e para isso eu preciso colocar a mão na massa, estar presente [...] eu boto a mão na massa, eu gosto de saber o que estou fazendo, eu penso assim, fazer para saber, então é você estar presente (E2).

Ele deve participar de todas as etapas do processo. Tem momentos de trabalhar com a equipe com os profissionais em cada etapa [...] compartilhar as atividades. Ele normalmente acaba ficando em parte de todo o processo [...] uma etapa onde está tendo uma demanda grande de material, ele vai também ajudar operacionalmente para melhorar o fluxo desse processo (E6).

[...] na maioria das vezes é estar atuando junto [...] é estar fazendo um trabalho junto [...] estar no preparo desse material [...] é mais uma participação ativa mesmo (E9).

[...] eu acabo fazendo às vezes o trabalho da técnica mesmo, eu mesma entro na dança e faço tudo [...] lavagem de material, preparo do material, esterilização, reesterilização, preparo de laps cirúrgicos [...] não só manda mas sabe fazer, sabe cobrar, porque se você sabe fazer, sabe cobrar, se você não sabe fazer como você vai cobrar? (E11).

Compreendo que as expressões “pôr a mão na massa”, “entro na dança” sugerem uma participação ativa, um envolvimento da enfermeira nas atividades de processamento de materiais. Participar pode ser interpretado como um saber fazer, saber se comunicar, saber informar, tornar-se parte de algo a partir do momento em que é compartilhado com os integrantes da equipe.

O trabalho em equipe, abstraído dos conteúdos das falas dos sujeitos, corresponde a uma tecnologia que faz parte da dimensão prática “cuidar” do trabalho. Pois, embasada nas falas dos sujeitos, expressa a concordância pessoal de que a enfermeira da CME cuida, uma vez que o cuidado envolve estar, ficar, tomar parte, compartilhar, comunicar, fazer, saber e esse cuidado se refere ao

processamento de materiais como meio ao cuidado em si, em ato com o paciente, que será desenvolvido por profissionais de unidades de internação, de Centro Cirúrgico, de Terapia Intensiva e tantas outras que utilizam os materiais processados para realizar o seu cuidado de Enfermagem.

No que diz respeito ao trabalho em equipe, sua expressão sugere um “partilhar o fazer”, pois equipe é uma modalidade de trabalho coletivo, compartilhado entre indivíduos que utilizam habilidades, competências e recursos comuns, pois todos são responsáveis pelo sucesso um do outro. Os objetivos são mútuos, o apoio e a cooperação são recíprocos, bem como o reconhecimento pelos resultados positivos e a responsabilidade pelos que assim não o são (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Saliento, ainda, a diferença existente entre os termos grupo e equipe. No primeiro, as pessoas compartilham valores e visões de mundo, interagem para tomar decisões que os auxiliem a executar tarefas sem, no entanto, trabalharem coletivamente. No segundo, as pessoas apresentam potenciais importantes ao alcance de objetivos que lhe são comuns, possuem responsabilidade e comprometimento por seus atos e funções, integram seus talentos coletivamente para produzir ações eficazes, confiam umas nas outras, respeitam-se e se compreendem, pois desejam um crescimento mútuo. Na enfermagem o termo que deveria prevalecer é o de equipe, pelas especificidades e complexidade de seu processo de trabalho, o que nem sempre acontece. (YOSHIMOTO et al, 2005; ABREU et al, 2005)

Nesse sentido, pondero que o trabalho em equipe, apesar de evidenciado nas falas dos sujeitos desse estudo, nem sempre ocorre na prática das equipes de enfermagem, nem entre si e nem entre os demais profissionais de saúde. Atualmente, tem-se falado com ênfase na articulação do trabalho de diversas áreas da saúde, com suas diferentes categorias profissionais, mas, por vezes, o discurso mantêm-se distante da realidade dos profissionais de saúde.

Ao trabalho de equipe atribui-se uma alternativa ou estratégia de estreitar extensas lacunas nos processos de trabalho das profissões de saúde. Sob esse ponto de vista, Peduzzi e Ciampone (2005) acreditam que o interesse pelo trabalho em equipe advém de diferentes motivos como a decepção com a fragmentação excessiva das tarefas e das profissões – pelas especializações - no qual não se

consegue acompanhar ou perceber a finalização do trabalho, pois cada profissional acompanha uma parte do processo.

Mais importante que isso, o trabalho em equipe vem minimizar a ocorrência da fragmentação do cuidado aos pacientes, como um conjunto de linhas tecidas em ações executadas que nunca se cruzam e que necessitam de articulação mais rápida possível. Segundo as autoras apontadas anteriormente, agora é o momento dos profissionais perceberem e, conseqüentemente, reconhecerem a existência de conexões entre os trabalhos que executam.

A percepção de que a Enfermagem realiza um trabalho fragmentado entre categorias é verídica, e seu processo de trabalho contempla uma finalidade que conduz à reflexão de que não pode ser desenvolvido por uma única pessoa. A enfermeira não trabalha sozinha, assim como a técnica ou auxiliar de Enfermagem, pelo menos assim deveria ser, pois o atendimento das necessidades de cuidado do paciente contempla um trabalho conjunto e contínuo. Apesar disso, a cisão entre o trabalho produzido por agentes de uma mesma área de atuação, como os da enfermagem, e o trabalho produzido por profissionais de diferentes áreas, como por exemplo entre Enfermagem e a Medicina, permanece na prática e insiste em revigorar a divisão entre os que executam as tarefas e os que detêm o saber para coordená-las. Em momentos anteriores, a fragmentação do trabalho foi apontada, nesse estudo, por autores como Melo (1986), Silva (1989), Almeida e Rocha (1989), Geovanini et al. (2002), Peduzzi e Ciampone (2005), dentre outros.

Ao analisar as falas dos sujeitos, percebo certa mudança na enfática cisão do trabalho da Enfermagem entre os que pensam e os que executam e que, aliás, constitui-se herança do século XIX e início do XX. Acredito que mesmo embrionária e até mesmo frágil, tal mudança deva ser relevada, pelo fato do discurso da enfermeira integrar o fazer, o cuidar como dimensão prática do seu processo de trabalho. Não descarto a possibilidade de tal questão estar mais visível no discurso do que na prática, mas acredito que somente a percepção do fazer como tecnologia necessária do seu processo de trabalho poderá reconduzir o rumo da profissão, no sentido de que características como participação ativa, envolvimento e trabalho em grupo possam tecer fios conexos entre a gerência e o cuidado e que ambas possam ser desenvolvidas sem distanciamentos.

[...] eu acho, tendo uma equipe, um conjunto de pessoas não que você mande, que você peça, você a conquista, você não precisa pedir, eles sabem no teu olhar, na tua forma de ser, o que fazer, o que está precisando; então você poderia fazer que vamos precisar daqui a meia hora, vamos todos juntos? Vamos todos juntos, a equipe é necessária, eu não faria nada sozinha, eu não sou nada, eu só faço (E12).

Os fios tecidos paralelamente jamais se cruzam por não alcançarem um ponto comum, diferentemente de uma teia que se forma pelo encontro de fios tecidos a partir de diferentes origens, mas que, cedo ou tarde, em algum lugar se encontram e se percebem. Tal analogia poderá, no futuro, representar mudanças à imagem da profissão, na percepção de que o trabalho em grupo é necessário e fundamental ao êxito e alcance da finalidade do processo de trabalho e que, nesse processo, cada membro da equipe de Enfermagem tem a sua função mas, com objetivos comuns.

Além disso, a necessidade do trabalho em equipe, apresentada pelos sujeitos, não se restringiu ao relacionamento entre a equipe de Enfermagem da CME e com outras unidades de assistência da organização de saúde; ela transcendeu e alcançou as hierarquias da instituição, no sentido de que exista apoio da chefia direta em relação à tomada de decisões, estratégias de planejamento e provisão de recursos diversos.

[...] administrador que vai facilitar o trabalho desse enfermeiro, no desenvolvimento dele, das atividades, é esse elo com a parte de chefia, de gerência, até para ter desenvolvimento (E4).

Acho difícil a enfermeira trabalhar se ela não tiver um apoio da administração porque sem apoio da administração aquelas máquinas quebram, não são consertadas adequadamente, a manutenção preventiva não é feita (E8).

A colaboração da gerência de Enfermagem, da direção do hospital [...] quando você está em uma reunião, quando você está precisando de alguma coisa no setor, principalmente da manutenção, acho que ter esse apoio, ter esse elo entre a direção e a sua gerência (E14).

A percepção dos sujeitos está de acordo com a afirmação de Rossi e Silva (2005), que dizem a respeito do envolvimento dos gestores ser fundamental ao sucesso das ações de cuidado da Enfermagem, além da participação dos profissionais que se encontram em outros setores, tanto de apoio quanto de assistência, e do próprio paciente.

Sob esse aspecto, considero essencial o preparo das enfermeiras para assumirem papéis de coordenação de equipes de trabalho no sentido de compreender a importância de um trabalho articulado e da exigência de tal articulação. Esse preparo exige investimentos pessoais, grupais e, também institucionais, envolve uma busca contínua por capacitação em direção à aquisição de competências que destaquem sua posição de direção de um grupo ou equipe. Além disso, mudanças institucionais requerem alteração na estrutura organizacional e nas políticas de gerenciamento, pois dão suportes importantes à sustentação do trabalho de uma equipe. (URBANETTO; CAPELLA, 2004; PEDUZZI; CIAMPONE, 2005).

Para tanto, a comunicação e o trabalho em equipe são importantes meios para visualizar a articulação do processo de trabalho. Por meio disso, a enfermeira da CME poderá compartilhar o seu trabalho aos de outros setores da organização e, assim, alcançar suas finalidades de maneira mais eficiente. Em uma organização, as funções administrativas exigem comunicação e habilidades de liderança, pois ao proporcionarem um compartilhamento apropriado de informações, conduzem à produtividade, a avaliações e intervenções satisfatórias de necessidades eminentes (MARQUIS; HUSTON, 2005).

A partir do exposto, concebo que a busca por competências de liderança de grupos deve estar intrinsecamente conectada ao papel do ensino da Enfermagem, pois creio que a formação acadêmica não subsidia tal aquisição, o que promove dificuldades de relacionamento no interior do processo de trabalho da profissão. “[...] implica recriar espaços vividos, reinventar o cotidiano dos serviços, e reabilitar profissionais e práticas profissionais engessadas, que não favorecem o desenvolvimento do verdadeiro trabalho em equipe” (PEDUZZI; CIAMPONE, 2005, p.121).

Nesse sentido, concordo com as autoras no que diz respeito à urgência de se reinventar os espaços ocupados pelos processos de trabalho da enfermeira, tanto na teoria quanto na prática, e que pontos de partida poderão estar na percepção da essência do trabalho em equipe, no exercício do diálogo, na observação da necessidade de parcerias, somado à apreensão de novas tecnologias.

A comunicação esteve vinculada ao relacionamento da CME com outros setores e profissionais da organização de saúde, no sentido de utilizá-la como meio para obtenção de parcerias. Também foi apontada como necessária à harmonia das

relações de trabalho, para a troca de idéias, para informar, ensinar e discutir. Além disso, a comunicação se referiu à participação ativa da enfermeira, no seu envolvimento com as atividades de trabalho quando assim for necessário e a participação representou a necessidade do trabalho em equipe, o “fazer para saber fazer”, “fazer para orientar o fazer” e “fazer para contribuir ao processo de trabalho”.

Ao trabalhar em equipe e ao participar ativamente das atividades desenvolvidas pelo grupo, a enfermeira contribui para o alcance da finalidade do processo de trabalho da CME, o que não deixa de ser uma forma de comunicação. Assim, a comunicação e o trabalho em equipe são percebidos como tecnologias de Enfermagem, que fazem parte da dimensão “cuidar” da enfermeira.

Nesse íterim, o cuidado diz respeito à participação no processamento de materiais, e essa atitude demonstra preocupação, responsabilidade e compromisso com processo de trabalho que desenvolve e do qual é responsável. Ao desenvolver atividades com os materiais, realiza um cuidado direto sobre eles e, ao mesmo tempo, um cuidado indireto ao paciente, que receberá cuidados de Enfermagem, no uso de materiais processados pela CME, pelas mãos de outras equipes.

Tecnologias de Enfermagem da dimensão prática “ensinar” do trabalho da enfermeira

A dimensão “ensinar” esteve presente nos conteúdos das falas de 13 (treze) sujeitos e reuniu percepções referentes a duas questões: **educação continuada e em serviço direcionada a sua própria formação; e educação em serviço e continuada direcionada aos seus funcionários.**

Para esse momento, embaso-me no referencial teórico de Paschoal (2004)¹⁷ que conceitua a educação em serviço, educação continuada e educação permanente de forma distinta. Ao analisar as falas dos sujeitos, percebi que os mesmos não fazem distinção conceitual entre educação continuada e em serviço.

¹⁷. Paschoal (2004) explica que os termos educação em serviço, continuada e permanente são distintos. O primeiro corresponde a uma educação informal no cotidiano de trabalho para solucionar problemas e pode ser orientações, treinamentos, atualizações e aperfeiçoamentos. A educação continuada se refere à cursos planejados e avaliados e, por isso, formais como os de pós-graduação. A educação permanente é algo maior, intrínseca ao sujeito; corresponde a um aprender constante, diz respeito a um compromisso pessoal por mudanças de atitudes, conceitos e conhecimento e, no processo de trabalho, engloba a educação em serviço e continuada.

Os termos utilizados para fazer referência a estes processos educativos foram: capacitação, treinamento, orientação, educação no trabalho, participação em eventos e cursos.

Destaco a distinção dos conceitos dos processos educativos vivenciados pela enfermeira, tanto pessoal quanto profissional. A educação permanente não compõe o enunciado das percepções apresentadas pelos sujeitos, tendo em vista o entendimento ampliado deste termo. Que se refere a algo maior, que inclusive engloba a educação em serviço e continuada, que se refere ao caráter da pessoa, se relaciona com suas relações sociais e que mantém compromisso com mudanças pessoais (PASCHOAL, 2004).

Compreendo que a educação continuada e em serviço direcionada a sua própria formação, identificada nos discursos, diz respeito a um “saber para aprender e para ensinar”, enquanto a educação continuada e em serviço direcionada aos seus funcionários é sinônimo de um “ensinar para ensinar”, e ambos representam tecnologias de Enfermagem agrupadas na dimensão prática “ensinar” do trabalho da enfermeira da CME.

Essas tecnologias de Enfermagem, educação continuada e em serviço, são consideradas como leve-duras, a partir da classificação de Merhy (1997) e, de acordo com Meier (2004), tecnologias de enfermagem de atividades humanas e profissionais, por serem compostas de saberes estruturados utilizados na operacionalização do processo de trabalho.

A meu envolver nos conteúdos das mensagens, deparei-me com a observação de que os sujeitos manifestam fontes diferentes ao seu saber, as quais relacionam duas maneiras da enfermeira adquirir o seu saber: o conhecimento advindo da experiência e o científico. Essas formas de conhecer contemplam o conhecimento empírico e o científico, adquirido ora por meio de experiências, ora por meio de cursos de pós-graduação, aperfeiçoamentos e outros, e ambos estão presentes no seu processo de trabalho, como tecnologias necessárias ao decorrer da prática profissional.

O surgimento do conhecimento (empírico e científico) nas falas dos sujeitos como tecnologia utilizada pela enfermeira da CME, veio ao encontro da percepção e definição de tecnologia utilizada para este estudo, como um conjunto de saberes e fazerem inseridos no seu processo de trabalho, que exigem reflexão e consideração de questões éticas em torno do exercício profissional, da responsabilidade perante o

trabalho desenvolvido e nas implicações e conseqüências das decisões tomadas ao alcance da finalidade que a enfermeira se propôs a alcançar.

O conhecimento empírico baseia-se na experiência e na observação, o ser humano adquire ao exercitar, treinar por meios de tentativas e da sua prática, e a observação advém da consideração das coisas pelo uso da atenção, da concentração mental sobre algo (HOUAISS, 2004). Para Aranha e Martins (2003), o senso comum traduz um conhecimento herdado, adquirido de tradições e, também, um resultado da experiência vivida na coletividade a qual o ser humano pertence.

O conhecimento do senso comum diz respeito a um primeiro nível de conhecimento que situa o ser humano em seu cotidiano e o auxilia a compreendê-lo e agir nele e, portanto, é particular, assistemático, subjetivo e restrito a uma “porção” da realidade. “Trata-se também do esforço que fazemos para resolver os problemas que surgem no dia-a-dia, buscando soluções muitas vezes bastante criativas” (ARANHA e MARTINS, 2003, p.156).

A partir dessa compreensão do que venha a ser conhecimento empírico, apresento os recortes de dois sujeitos que o apontaram como uma tecnologia de Enfermagem necessária ao seu processo de trabalho na CME.

[...] o conhecimento da área, tem que ir atrás e sem isso não tem como você saber [...] saber como o material é utilizado, onde é utilizado como, quando, para você ter uma idéia do que é o material e como ele precisa ser processado. Ter bastante conhecimento também de infecção hospitalar, tem que ter [...] ter trabalhado em outras áreas; por exemplo, você ter trabalhado em centro cirúrgico para saber como é a dinâmica do centro cirúrgico [...] ter trabalho na UTI ou pelo menos ter as noções de circuito de respirador toda aquela parafernália que acontece lá, você saber o que precisa utilizar [...] é conhecer os demais setores mesmo, acompanhar o pessoal do serviço de comissão de controle de infecção hospitalar [...] conhece dinâmica de unidades de unidades de setores críticos (E3).

[...] pensar no que vai dentro da aquela caixa é pensado porque eu conheço o ato cirúrgico, não que eu seja a pessoa que vai elaborar, mas eu sei os passos, e quando eu estou cuidando que aquele material vai bem limpo se ele não conhece como aquele material é usado ele também não sabe organizar o serviço (E8).

O conhecimento empírico retratou, na percepção dos sujeitos, que a enfermeira da CME conhece o ato cirúrgico, as etapas que o envolvem e, a partir disso, organiza e coordena o seu processo de trabalho, pois em algum momento observou o ato cirúrgico e suas necessidades. Tal conhecimento foi utilizado no

momento da montagem de uma caixa, na disposição das pinças ou instrumental cirúrgico nessa caixa de maneira a facilitar, otimizar ou qualificar o ato cirúrgico e, conseqüentemente, promover qualidade ao cuidado do paciente.

Outra questão elencada foi a necessidade da enfermeira que coordena a CME ter experiência profissional em outros setores da instituição de saúde, com o objetivo de conhecer a dinâmica dos diferentes processos de trabalho nos quais os produtos que produz — artigos processados — serão utilizados. Considero fundamental o reconhecimento da necessidade de experiência em outros setores articulados ao trabalho da CME e, por isso, concordo com as falas apresentadas anteriormente.

Uma “simples” decisão no processamento de materiais, por exemplo, a de como dispor os instrumentais cirúrgicos na caixa poderá, sem dúvida, implicar na qualidade do ato cirúrgico, pois pode evitar acidentes na sua manipulação, quedas e contaminação do material pelo posicionamento inadequado, promovendo danos ao instrumental cirúrgico, comprometendo a cirurgia e, conseqüentemente, o atendimento ao paciente.

Madureira (2004) aprofunda sua compreensão a respeito da articulação de padrões de conhecimentos revelados no exercício cotidiano da Enfermagem, no qual diz que a enfermeira emprega e entrelaça perícia, habilidade e sensibilidade para construir a arte e a ciência da profissão. Embasada nas reflexões de Carper, a autora faz referência à existência de diversas dimensões de conhecimento dentre os quais estão: empírico, científico, ético, estético, intuitivo, histórico, humanístico, político e sócio-político. Madureira (2004) interpreta o conhecimento empírico como aquele embasado em fatos, voltado pra descrever e prever fenômenos de interesse da profissão.

De modo similar, Cestari (2003) apresenta que a enfermagem utiliza-se de padrões de conhecimento articulados e não excludentes: o empírico, o pessoal, o estético e o ético, sendo que no empírico encontra-se o abstrato associado a explicações teóricas. A autora enfatiza que as pessoas aprendem na inter-relação com outras pessoas e não sozinhas, e declara que na prática a Enfermagem apresenta um “saber como” e um “saber que”. O “saber como” reflete a habilidade e, por tanto, expressa um saber fazer, enquanto o “saber que” é originário da escola e da experiência profissional e exige um refinamento, uma modificação. Tanto um quanto outro são conhecimentos dependentes.

Por outro lado, o conhecimento científico vem investigar sistematicamente os fenômenos do cotidiano, por meio do qual se obtém elementos para direcionar condutas. É um conhecimento objetivo, verificável, preciso e realizado com procedimentos rigorosos de investigação, por meio da observação e da experimentação que oferece a descoberta de relações entre os fenômenos, previsão de acontecimentos e segurança às ações. Por sua vez, o método científico diz respeito a um caminho utilizado para se alcançar um objetivo determinado, no qual é empregado um conjunto de procedimentos ordenados (ARANHA; MARTINS, 2003).

Madureira (2004) aborda o conhecimento científico como aquele utilizado pela Enfermagem para abstrair a realidade com a finalidade de sistematizá-la e descobrir metodologias para solucionar os problemas da prática. Essa forma de conhecer foi descrita como tecnologia necessária ao processo de trabalho da enfermeira da CME, como pode ser observado a seguir.

Uma área muito específica que tem que estudar, estudar, estudar e viver estudando para entender a ciência, a dimensão desta responsabilidade, saber sobre o que você está respondendo. Importante que o enfermeiro de centro de material que ele realmente estude muito todos os aspectos da parte de processo técnico, do administrativo. Aplicar a ciência, vai aplicar a ciência e vai contribuir para elevar a categoria profissional [...] você aplica a ciência a partir do momento que você aplica com corretamente a prática da sua ciência, aplica corretamente as recomendações do processo, onde você executa uma técnica adequada e a consciência porque a partir do momento que você decide as coisas, tem decisões pelo caminho certo, com base científica (E6).

Tem que ter uma filosofia, uma teoria embasando tudo aquilo por trás [...] ter um embasamento científico por trás daquilo [...] nada é feito aleatoriamente, tudo tem ciência muito grande, um embasamento científico. A competência que eu acho que é tecnológica, de conhecimento e que isso aí que o enfermeiro tem que ter, então eu sempre vejo assim a parte tecnológica que está na competência científica. [...] o conhecimento que você tem que ter, de análise, de conhecimento de todo o seu maquinário. Se a gente não trabalhar embasado em uma teoria, em uma fundamentação filosófica, que seja básica, em alguns princípios, em alguns pressupostos, conceitos, modelos conceituais, não precisa ter uma teoria, você pode ter alguns conceitos, mas é lógico que tem que estar bem relacionados, para gerar um produto condizente [...] compreender a essência daquilo, eu tenho que ter conceitos de ser humano, não só de ser humano do meu cliente (E8).

Duas expressões chamaram minha atenção nessas duas falas: o conhecimento científico e a competência tecnológica como alicerces às ações do processo de trabalho e o conhecimento científico como um pilar à compreensão da

responsabilidade do trabalho executado, à repercussão e elevação da categoria profissional.

Destaco a referência feita, na fala de um dos sujeitos, à competência tecnológica que a enfermeira necessita ter, pois a tecnologia material — materiais, objetos, equipamentos — requer a presença humana para sua aplicação e geração de um produto final condizente ao processo de trabalho. A tecnologia solicita um conjunto de saberes à manipulação de materiais e equipamentos, requer um saber tecnológico, que se refere à aplicação de conhecimento científico, técnico e prático às opções de tecnologias materiais mais adequadas ao alcance de determinado fim (GONÇALVES, 1994; MERHY, 1997; MEIER, 2004).

A partir do entendimento da fala do sujeito, acredito que o conhecimento tecnológico também se refira à necessidade da enfermeira de CME conhecer os equipamentos do seu setor, não somente no sentido restrito de acioná-los mas, também, para compreender suas funções, interpretar os dados fornecidos por eles — como é o caso das autoclaves e indicadores químicos e físicos de validação de esterilização — que fornecem inúmeras informações importantes à avaliação e qualificação do processamento dos materiais. É agregar ao ato de mantê-los funcionando o conhecimento de seus componentes, controles, capacidade de produção e soluções a possíveis intercorrências em seu funcionamento.

Assim, compreendo que ao ter competência tecnológica, a enfermeira saberá optar por equipamentos e materiais condizentes aos objetos e finalidades de seu processo de trabalho e, ao aplicá-los, utilizará conhecimentos científicos, técnicos e práticos no sentido de que o produto de seu trabalho seja produzido de modo adequado.

Além disso, percebo que o conhecimento científico, representado nas teorias e modelos conceituais, está presente no depoimento de um dos sujeitos no sentido de ter um papel de auxiliar a compreensão da essência do trabalho desenvolvido pela enfermeira. Sob o mesmo ponto de vista, Taube (2005, p.77) escreveu que:

Pensa-se que o marco conceitual é uma importante "ferramenta" de representação e identificação das características do saber/fazer de uma profissão que possibilita construir conhecimento científico por meio da reflexão dos conceitos que circundam seu processo de trabalho.

Acredito que refletir os conceitos que envolvem a Enfermagem (ser humano, ambiente, Enfermagem e processo saúde-doença) além de tantos outros encontrados nos processos de trabalho da enfermeira e as inter-relações que mantém entre eles e a prática pode auxiliar a profissional a tomar decisões, programar ações e compreender com quem, onde, por que e como seu processo de trabalho poderá ser desenvolvido. Dessa maneira, a fundamentação teórica ou o embasamento científico contribuem à existência e elaboração do conhecimento científico que define, alicerça e valoriza as profissões.

E, a partir dessa afirmativa compreendo e concordo com os sujeitos que o conhecimento científico, a aplicação da ciência, repercute na valorização da profissão, pois instrumentaliza o processo de trabalho da enfermeira. No momento em que auxilia a avaliar problemas da prática e a buscar soluções para resolvê-los, de maneira sistemática e segura. “[...] pode-se dizer que o método científico é para a enfermagem um instrumento básico para o desenvolvimento da profissão enquanto ciência” (SAMPAIO; PELLIZZETTI, 1996, p.28).

O conhecimento científico valoriza o agir da enfermeira ao lhe conferir competência a esse agir, traduzidos na segurança e no poder. A segurança relaciona-se à tomada de decisão que permeiam seu processo de trabalho, pois o conhecimento científico fornece caminhos eficientes no agir e, por isso, o saber identifica-se como um meio para atingir um fim. A relação do saber científico com o poder diz respeito à possibilidade de coordenar uma equipe, por meio de uma hierarquia estabelecida pela profissão e aplicada nas organizações de saúde e, nesse sentido, o saber permite uma certa autoridade para liderar sua equipe (DOMINGUES; CHAVES, 2005).

As autoras citadas anteriormente dizem que tanto o conhecimento empírico quanto o científico são importantes, e sua inter-relação é necessária para questionar, reiterar ou refutar verdades, e ambos necessitam ser buscados. De modo similar, Meier (2004) acredita na existência de uma relação entre o conhecimento científico e o empírico na tecnologia de Enfermagem e que ambos são essenciais, pois o conhecimento empírico diz respeito aos conhecimentos adquiridos na prática e o científico representa o alicerce da estrutura que sustenta o saber e o fazer da profissão.

Almeida e Rocha (1989) consideram o saber como um instrumental utilizado pela Enfermagem para desenvolver seu trabalho, o qual é legítimo e reproduzido por

meio do ensino da prática desse trabalho. Esse instrumental, segundo os autores, possui três expressões vigentes e representativas da totalidade do saber da profissão: as técnicas, os princípios científicos e as teorias de Enfermagem, e dessas, as técnicas representam a primeira manifestação do saber organizado e sistemático da profissão e as teorias, a expressão mais recente deste saber.

Essas diferentes expressões do saber na enfermagem manifestaram, dentre outras coisas, a busca por autonomia, especificidade da profissão, construção de um corpo de conhecimentos próprio, para dar conta de seu processo de trabalho — envolvido de contradições —, para fundamentar a operacionalização do cuidado, para controlar e dirigir a equipe de Enfermagem, etc (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Os passos galgados pelas enfermeiras que compuseram o caminho da profissão em direção à construção de um corpo de conhecimentos próprio e estruturado, ainda não foram suficientes para alicerçá-la e agregar a ela o valor que merece. Suponho que para isso acontecer, esse caminho não pode ser percorrido somente por enfermeiras que ensinam, ou pesquisam, nem tanto somente por as cuidam ou gerenciam. Considero fundamental que se sobressaia aos profissionais o desejo de querer saber e de querer unir saberes e fazeres das diferentes categorias que abarcam a profissão em todas as dimensões de sua prática: cuidar, gerenciar, ensinar e pesquisar.

Como aponta Cestari (2003), o ser humano não aprende sozinho e sim nas relações que estabelece com outros seres humanos, e acrescento aqui, com o ambiente em que se encontra e desenvolve tais relações. Portanto, conhecer implica em aprender e para aprender é necessário observar, fazer e também querer fazer. Nesse sentido, **a educação continuada e em serviço direcionada à sua própria formação** foi apontada pelos sujeitos como uma exigência que cerca o processo de trabalho da enfermeira da CME.

Então a gente tem buscado se atualizar, se adequar [...] buscar, pode ser por literatura, na Internet, através de cursos ele pode fazer até participa de congresso onde se está falando e ensinando (E4).

Atualização eu acho obrigatório, se manter atualizada. No teu dia-a-dia dá para fazer, porque buscando informações é fácil de conseguir informações com colegas, o próprio, de repente chega lá um teste novo ou um produto novo, eu quero um folder desse produto, eu quero pareceres de outros lugares, eu quero que você traga literatura sobre ele, ela estará se atualizando (E10).

[...] tem alguma reunião, aperfeiçoamentos, aí você vê se tem algum congresso, jornada para estar participando, para ver [...] a gente participa, vai na reunião, no congresso (E14).

A evolução histórica dos processos de trabalho, do mercado, das políticas econômicas e sociais determinou transformações na educação. Vários modelos educacionais subsidiaram as ações educativas ao longo do tempo: tradicionais, tecnicistas, progressistas, condicionando as atividades do processo ensino-aprendizado no mundo do trabalho. Atualmente, a educação intensifica-se no objetivo de agregar conhecimentos ao saber-fazer profissional, por meio do aperfeiçoamento, capacitação e desenvolvimento contínuo dos recursos humanos, exigidos pelo mercado de trabalho.

Os avanços de novos modelos de gestão organizacional e as exigências de qualificação e competências profissionais do trabalhador acabam por gerar competitividades de mercado, o que torna as enfermeiras trabalhadoras eternamente insuficientes, deficientes em busca de uma perfeição que lhes é cobrada na competência profissional em seus processos de trabalho. Essa competência, apontada em outros momentos nesse estudo envolve três pontos essenciais: habilidade, atitude e conhecimento e associa-se à relação entre saber, poder e querer, na qual a pessoa competente sabe, pode e quer fazer (YOSHIMOTO et al, 2005).

Autores como Yoshimoto et al (2005) e Peres, Leite e Gonçalves (2005) enfatizam que o cotidiano das organizações, atualmente, é trabalhar com a necessidade de capacitar seus profissionais devido à exigência de produtividade com qualidade, o que exige altos investimentos em educação reflexiva e participativa que desenvolva profissionais competentes. Nesse contexto, os papéis da equipe de Enfermagem são definidos pela enfermeira e deverão se apresentar condizentes com a capacitação de cada um e fundamentados na Lei do Exercício Profissional.

A qualificação nas organizações de saúde é imperativa, é inegável, pois além de qualificar a prestação de serviços ao cliente, atende as exigências do mercado de trabalho, cada dia mais competitivo, diversificado e avançado tecnologicamente. Porém, essa qualificação não se restringe à enfermeira, pois ela geralmente coordena uma equipe de trabalho, uma vez que é impossível desenvolver independentes.

À enfermeira, cabe qualificar-se e, concomitantemente, qualificar sua equipe de trabalho, para que os objetivos almejados em seu processo de trabalho sejam alcançados. Em certo momento, disseram Tipple et al. (2005) que os recursos humanos constituem o maior patrimônio de qualidade de uma instituição e, justamente por isso, selecioná-los e capacitá-los é pré-requisito indispensável ao seu funcionamento.

Nesse sentido, para ensinar a equipe, a enfermeira deve, antes, aprender. Assim, ensinar e aprender são palavras que devem andar juntas, conectadas a objetivos comuns: o desenvolvimento humano e a transformação do ser e do ambiente social. Na percepção dos sujeitos desse estudo, ter conhecimento é fundamental à orientação da equipe e essa orientação pode ocorrer enquanto treinamento, exposição oral, aulas, capacitações, educação continuada ou no trabalho, orientações e incentivo à participação em eventos. A **educação em serviço e continuada direcionada aos seus funcionários** foi indicada como tecnologia do processo de trabalho na CME.

[...] capacitar, treinamento, [...] o ensino, a educação continuada porque ele não deixa de estar ensinando o auxiliar a trabalhar com mais agilidade. É a questão da educação, educação continuada ou educação no trabalho. Um dos papéis do enfermeiro que é a questão do ensino [...] está meio que mesclado com o administrativo e a pesquisa também. [...] eu acho que nós temos esse papel. Qual é o suporte que tenho dado, tem dado a abertura para ele fazer um curso, para ter desenvolvimento, conhecimento, fazer cursos (E4).

[...] estou sempre orientando [...] meu grupo tem que estar bem orientado da hora que ele recebe, pega, até a hora que ele entrega. Você precisa ter um funcionário capacitado lá dentro [...] você precisa treinar esse profissional para trabalhar com você (E5).

[...] o enfermeiro como educador [...] é um trabalho de conscientização do funcionário e é função do enfermeiro [...] tenho que supervisionar de perto e tenho que reciclar sempre esses funcionários. [...] o funcionário precisa sair só do setor dele e enxergar para quem ele oferece esse material, ele precisa ter aulas teóricas, ter palestras, eu acho que teria que ter uma carga horária mínima que eles tivessem que cumprir anualmente, participação em eventos científicos [...] o funcionário sair para participar de um evento, sair para observar a realidade, por que você prepara esse material para o cateterismo vesical? perceber essa relação com os clientes, com as outras pessoas. Eu acho que isso é importante, essa parte de educação continuada (E8).

[...] então eu vou explicar para ela, eu vou lapidar, hoje você fez assim amanhã você poderia fazer assim, melhorando para ti porque toda hora você está se abaixando [...] eu vou sabendo, eu tenho ver o que fica melhor para ti [...]eu gosto de ensinar tudo que aprendo (E14).

Os programas educativos no ambiente de trabalho, conhecidos como educação em serviço, são realizados nas instituições de saúde durante as atividades profissionais, a respeito dos quais a lei do exercício profissional da Enfermagem — Decreto 94.406 — preconiza que cabe à enfermeira (COFEN, 1987). Essa afirmação confirma que o processo de trabalho dessa profissional tem por tecnologia as atividades de educação de sua equipe, como um instrumento importante à qualidade do cuidado prestado.

Como demonstrado em momentos anteriores, Paschoal (2004) aponta que a educação em serviço corresponde a uma educação informal que acontece no cotidiano do processo de trabalho com o objetivo de solucionar problemas, na forma de orientações, treinamentos, atualizações e aperfeiçoamentos, enquanto a educação continuada se refere a cursos de certa duração, como os de pós-graduação, e mostra-se como planejada, aplicada e avaliada e, por isso, é formal. A educação permanente diz respeito a um compromisso pessoal por mudanças pessoais e, no processo de trabalho, engloba a educação em serviço e continuada.

Assim, a educação em serviço e a continuada da equipe da CME são fundamentais ao êxito de seu funcionamento, pois o setor necessita de pessoas preparadas, adequadamente, para as funções que irão exercer. Isso se deve, à competência exigida para o desenvolvimento das ações de processamento de materiais que, por si só, são específicas, detalhadas e complexas (SOUZA; CERIBELLI, 2004).

Para tanto, cabe às organizações e aos líderes que nelas se encontram proporcionar condições para que os profissionais de suas equipes expressem seus talentos, de modo a articular as necessidades das pessoas e da organização, o que implica em incentivo ao autodesenvolvimento. Esse incentivo relaciona-se à responsabilidade da enfermeira enquanto educadora no processo de trabalho, pois como afirmam Tipple et al. (2005), de nada adiantaria a aquisição de materiais que fazem milagres, se não forem utilizados adequadamente nas atividades de processamento na CME.

A educação no trabalho também poderá apresentar outras conotações, o que dependerá das finalidades do processo de trabalho da enfermeira da CME, de questões institucionais do seu local de trabalho, bem como de sua criatividade e abertura à criação de novas possibilidades ao seu trabalho. Percebo aqui, a necessidade de destacar apontamentos realizados por dois dos sujeitos, nos quais

identifico apreensões e abertura a novos caminhos e possibilidades a dimensão prática “educar” na CME.

Marketing [...] até eventualmente você fazer um contato com o paciente, com a família, no sentido de você mostrar que você é responsável por aquilo [...] orientação dos pacientes que iam para cirurgia cardíaca e contava sobre material [...] ‘eu estou contando um pouquinho sobre nosso trabalho como enfermeiro’. As empresas querem fazer o seu marketing querem mostrar os seus materiais, e nós podemos utilizar isso propiciando aos nossos funcionários, ao enfermeiro, esse compartilhar de informações (E4).

[...] a gente sempre recebe alunos de outras escolas, faculdades e às vezes até um pessoal de medicina que vem da federal, então a gente mostra a parte, o nosso trabalho, a planta física, o fluxo da central, acaba orientando também pelo menos para eles terem um conhecimento, uma base do que é uma central (E14).

Essas falas propõem o surgimento de duas novas maneiras da enfermeira da CME exercitar ações educativas em seu ambiente de trabalho: a visita a outros setores e, eventualmente, ao paciente, e a abertura do setor de CME à visita de discentes. Essas ações carregam possibilidades de difundir o trabalho da CME e somar forças ao esforço daquelas que desejam que um novo olhar seja lançado a CME e às pessoas que nela trabalham.

Esses recortes traduzem a amplitude de visão demonstrada por essas enfermeiras ao seu processo de trabalho na CME que sugeriram que a orientação, por meio da comunicação, alcançasse o paciente, outros profissionais da área da saúde e também futuros profissionais, como uma forma de divulgação do setor em que atuam. A partir do exposto, para a dimensão prática “ensinar”, a competência deve ser desenvolvida, ou seja, deverá existir uma somatória de conhecimento, habilidade e atitude para qualificar o trabalho.

Saliento que a educação continuada e de serviço na CME ocupam um lugar considerável na organização de saúde, pois o setor relaciona-se diretamente ao controle de infecção hospitalar e, assim, à qualidade dos serviços por ela prestados. Nesse aspecto, a educação na CME proporciona segurança ao funcionário, além da possibilidade de fazê-lo refletir a respeito da responsabilidade do trabalho que executa. Porém, esse pensamento carrega não somente o objetivo de qualificar o funcionário mas, também, de direcioná-lo às metas de redução de índice de

infecção, tempo de internação e, certamente, à redução de gastos hospitalares da organização de saúde (TIPPLE et al., 2005).

Mas, questiono se tais considerações estão sendo relevadas pelas chefias das organizações de saúde, pois há um tempo não tão distante de hoje, o que se percebia era o oposto: a desqualificação, seguida da ausência de incentivo à efetivação da educação no ambiente de trabalho que, conseqüentemente, revelam resultados indesejáveis não somente à instituição mas, principalmente, à qualidade do cuidado da Enfermagem ao paciente.

Sendo assim, a educação tanto própria quanto direcionada aos funcionários, enquanto tecnologias do processo de trabalho da enfermeira da CME, apresentaram duas perspectivas: a necessidade de saber e de ensinar. Ambas as necessidades tem a intenção de qualificar as ações desenvolvidas no ambiente de trabalho que, conseqüentemente, implicarão em qualidade no cuidado do paciente.

De acordo com essa percepção, Rossi e Silva (2005) escreveram que a tecnologia é um nexos que se estabelece intrinsecamente ao processo de trabalho, pois sua posição está entre a atividade operante e os objetos de trabalho, como instrumentos à concretização de tal atividade. Nessa perspectiva, as autoras incluem o saber como uma tecnologia que organiza a prática da saúde, pois permite a posse e manipulação de seus objetos de trabalho.

Acrescento as palavras de Souza e Ceribelli (2004, p.768) que enfatizam que:

[...] o enfermeiro é um educador em todos os campos de sua atuação. Estará sempre comprometido com a função de educar, pois sua prática envolve ações na área social, no ensino, na pesquisa, na administração, na responsabilidade legal e na participação em associações de classe.

As autoras ainda apontam que a enfermeira deve vivenciar o aprender, para despertar a vontade de aprender no outro e, assim, comungar deste aprender com sua equipe, refletir conjuntamente. Isso envolve uma motivação da equipe para aprender, e que o aprender possa ser fonte de levantamento de problemas e necessidades oriundas do cotidiano e, ao mesmo tempo, fonte de encontro de soluções e alternativas à solução de tais problemas.

Faço uma ressalva à educação permanente que, apesar de não encontrada nas falas dos sujeitos, acredito que se mostra implícita nas referências feitas por

eles à educação continuada e em serviço, pois entendo que elas contribuem ao seu surgimento. Recordo que a educação permanente é algo maior, é intrínseca ao sujeito, corresponde a um aprender constante e contribui à formação do caráter (PASCHOAL, 2004).

Tecnologias de Enfermagem da dimensão prática “pesquisar” do trabalho da enfermeira

O desenvolvimento de **pesquisa** foi perceptível a 3 (três) sujeitos desse estudo, ao serem questionados a respeito do que julgavam ser necessário, o que lhes fornecia suporte ao desenvolvimento de suas atividades de trabalho.

Classifico as tecnologias agrupadas na dimensão prática “pesquisar” do trabalho da enfermeira como tecnologias leve-duras, pois representam saberes estruturados presentes no interior do seu processo de trabalho, que a auxiliam a operacionalizá-lo. De acordo com Meier (2004), configuram-se como tecnologias de atividade humana ou profissional.

A **pesquisa** esteve presente na fala dos sujeitos, como pode ser observado nos relatos que seguem.

[...] eu falo também da pesquisa, o levantamento de algumas intervenções que nós temos como problema [...] ele tem dados e subsídios para fazer um levantamento, nem todo mundo usa essas informações como fonte de pesquisa, mas ele tem nas mãos uma fonte inesgotável de informações que ele pode estar usando, a parte administrativa e a parte de pesquisa, ensino, extensão, pesquisa. [...] eu não posso deixar de ler de estudar e de pesquisar porque a pesquisa é o fundamento de todo conhecimento (E4).

Você tem que fazer pesquisa, eu tenho que pesquisar e fazer, para saber (E8).

Quando você tem pano para usar o material, não tem o biodegradável, aí você troca, você está vendo onde está melhorando, onde você pode investir. Isso é repassado, tudo isso que fazemos é repassado através de escritos, com cálculos e com fotos, como se fosse um trabalho científico no qual você está provando e você prova como? Através de tudo isso e tem-se aceitado bem assim como outros testes e outros projetos que estão em andamento (E15).

Essa tecnologia foi demonstrada como fundamento do conhecimento, foi vinculada ao fazer e ao saber, como uma fonte inesgotável de informações que

podem ser levantadas da prática da enfermeira e, portanto, é subsídio, meio, instrumento, enfim, tecnologia do processo de trabalho dessa profissional.

Carvalho (2004) afirma que inovações científicas e tecnológicas exigem novas atitudes, condutas, formas de pensar e ser das enfermeiras, no desafio de construir conhecimentos válidos na prática da pesquisa e da produção científica, associada à prática de cuidar e ensinar a cuidar. Similarmente, Ermel e Fracoli (2003) propõem a incorporação de dispositivos gerenciais que permitam intervir no autogoverno da equipe de trabalho e alterar a lógica do cuidado à saúde e um deles é o desenvolvimento de projetos de pesquisa e produções científicas a respeito do tema.

Pesquisar significa ir ao encontro da modificação da prática, qualificação do trabalho e, conseqüentemente, do reconhecimento profissional. A partir dos recortes das falas apresentadas anteriormente, percebo a existência de um esforço em desenvolver e manter pesquisas. Especialmente na CME, uma pesquisa feita por Cruz e Soares (2002) identifica que as produções das enfermeiras existem e se relacionam, principalmente, à validação dos processos de esterilização, ocorrendo certa ausência de estudos direcionados para aspectos subjetivos do trabalho vivenciado por elas.

O direcionamento de pesquisas ao processo de esterilização me faz entender que a busca por reduzir custos, aliada à preocupação com a qualidade da esterilização, tem se tornado o enfoque do cotidiano da enfermeira na CME, pois essas pesquisas objetivam um auxílio à prática, ao gerenciamento do custo-benefício das atividades produzidas na CME.

O ato de pesquisar é indispensável à enfermeira que deseja buscar elementos à aquisição de um corpo de conhecimentos próprio à sua profissão, além de existir o pensamento de que a prática deve ser alimentada, renovada, o que é conseguido por meio de sua investigação, crítica e interpretação. Apesar disso, a produção de conhecimento, inclusive as da CME, é reduzida e, talvez, o fato se deva à falta de incentivo para desenvolvê-la, associado a outros empecilhos cotidianos como, por exemplo, o desgaste físico, a jornada de trabalho intensa e os baixos salários (CRUZ; SOARES, 2003).

Assim, talvez ainda falte à enfermeira a viabilidade, uma direção certa por meio de aplicação eficiente da pesquisa que desenvolve, que remova dos papéis as idéias e as comprovações para serem aplicadas na prática, no seu dia-a-dia. Nesse sentido, essa profissional necessita identificar e discutir formas que venham

especificar o seu saber e fazer, e uma das maneiras disso acontecer é o desenvolvimento de pesquisas. Sem pesquisa, uma profissão não sobrevive, pois pesquisar pressupõe aplicar métodos científicos para captar e manipular a realidade de modo sistemático e eficaz (SAMPAIO; PELLIZZETTI, 1996; CESTARI, 2003).

De qualquer modo, a Enfermagem é uma disciplina e como tal procura definir sua imagem e buscar reconhecimento profissional por meio da construção de um corpo de conhecimento que lhe confira certas características que repercutam em sua imagem e valor. Para encontrar sua identidade e ser reconhecida, um dos caminhos a ser percorrido pelos seus profissionais está no desenvolvimento de pesquisas.

Porto (2004) explica que a identidade é construída por um sujeito ou por um grupo de sujeitos, embasados nas posições herdadas de suas gerações precedentes. É um conjunto de circunstâncias e qualidades que resultam de um reconhecimento recíproco por um grupo e, por isso, a identidade profissional da enfermeira é histórica e social e mostra-se imbricada por questões relativas ao gênero, relação de poder entre profissões de saúde, à organização de seu processo de trabalho, à formação profissional e às transformações da prática profissional.

Entretanto, Silva, Padilha e Borenstein (2002) entendem a imagem profissional como uma rede de representações sociais que reproduz e é produzida pelas ideologias advindas do cotidiano da prática profissional e essa imagem profissional, por sua vez, remete aos profissionais a identidade de sua profissão.

Como foi apresentado anteriormente, o processo de trabalho da enfermeira é construído ao longo dos tempos e, portanto, enriquecido de determinantes e condicionantes histórico-sociais. Collière (1986), Machado (1995), Passos (1996) e outros percebem que acontecimentos históricos refletiram intensamente na construção da imagem da profissão, como legados legitimados e aceitos. Esses legados vinculam-se às relações de poder nas organizações de saúde por meio da hierarquia que as enfermeiras obedecem, além das abnegações que sua jornada de trabalho e reduzida remuneração provocam, da ausência de ocupação de cargos superiores dentro dessas organizações, dentre outras características da profissão.

Diante de tais evidências, concordo que a pesquisa seja uma maneira das profissionais desatarem os nós presentes na teia que as prendem a esses legados, propondo novas maneiras de saber e fazer à Enfermagem e, com isso, transformarem seus processos de trabalho. Para tanto, precisam comprometer-se e responsabilizar-se com e para a Enfermagem, o que exige uma busca por maneiras

particulares de construir e utilizar conhecimentos adquiridos ou aprendidos que se obtém por meio da pesquisa, e essa busca deve envolver todas as dimensões práticas do seu trabalho.

Transformações devem ocorrer em todas as dimensões práticas: no cuidar, no gerenciar, no ensinar e no pesquisar, de modo que promovam uma uniformidade de saberes e fazer sem, porém, perder a dinamicidade necessária do processo de trabalho. Especialmente em relação à pesquisa, Silva, Padilha e Borenstein (2002) apontam que havia uma discrepância na definição de linhas norteadoras da prática da profissão que a direcionavam a caminhos sem fim, divergentes dos objetivos propostos, pois a prática da pesquisa estava sendo encarada como um fim em si mesma sem resultados aplicáveis e os pesquisadores, por motivos diversos, tinham pouca credibilidade às pesquisas que desenvolviam ou participavam.

Sob o mesmo ponto de vista, Daher, Santos e Escudeiro (2002) encontraram, em seu estudo, que a pesquisa está distante da prática das enfermeiras, pois se mostra ligada àquelas que ensinam e não os que, cotidianamente, prestam cuidados. A dimensão prática “pesquisar” encontra-se, certas vezes, desarticulada das outras dimensões do processo de trabalho da enfermeira, apesar de em cada uma delas haver o discurso de sua importância, o que resulta em uma interdependência intangível. Apesar disso, esse estudo revelou o fato da pesquisa subsistir no cotidiano dos sujeitos entrevistados, como forma de conquistar espaço, ter voz e ser ouvida e como subsídio para provar a necessidade de aquisição de recursos ao setor de CME.

A partir disso, questiono se tais apontamentos deveriam ser tratados como passado ou se fazem, atualmente, parte da prática de pesquisa das enfermeiras. Infelizmente, tais dificuldades e dispersões podem ainda estar presentes no processo de construção do conhecimento da profissão, apesar de tal situação não se encontrar mais em posição estática devido a ocorrências de iniciativas, talvez isoladas, mas persistentes.

Ao compreender a pesquisa como um instrumento de transformação da prática, um pilar que alicerça o ensino da profissão, não poderia a dimensão prática “pesquisar” do processo de trabalho da enfermeira influenciar diretamente o futuro da Enfermagem e, por que não, a sua existência como profissão, disciplina ou ciência?

Um trabalho desenvolvido por Fracoli e Granja (2005) aponta a educação e a pesquisa como instrumentos do processo de trabalho, sendo que a primeira relaciona-se ao processo de cuidar direto e indireto e a segunda, à produção de conhecimentos para integrar as dimensões da prática da Enfermagem. Ressalto que o cuidado direto indicou a assistência, e o indireto a gerência.

Dessa forma, compreendo que as dimensões práticas cuidar, gerenciar, ensinar e pesquisar podem ser comparadas a fios de uma mesma teia que, em algum ponto, se encontram e, por isso, são dependentes em sua função de teia. E esta, é a profissão da Enfermagem e quem a tece são os profissionais que dela fazem parte e que, no futuro, serão co-responsáveis por seu formato (imagem/identidade) e função (finalidade).

4.1.3 CATEGORIA 3 – A enfermeira da CME e a definição da finalidade do seu trabalho.

A essência que expressa essa categoria é constituída pelas falas das enfermeiras quando questionadas a respeito do que elas pretendem e buscam com o seu trabalho, a que ele se destina, e as interrogações buscaram identificar a finalidade do seu processo de trabalho na CME. As respostas apareceram sob duas perspectivas¹⁸: **garantir a qualidade do serviço prestado e da equipe; controlar o gerenciamento de custos.**

A finalidade do processo de trabalho da enfermeira na CME em **garantir a qualidade do serviço prestado e da equipe** foi uma compreensão comungada por 14 (quatorze) sujeitos, e que apresentaram questões relativas à *segurança e excelência dos materiais processados, da equipe de trabalho e do serviço prestado; evitar problemas, falhas e faltas relacionadas aos materiais; suprir as necessidades, dar suporte, apoio, contribuir com as unidades consumidoras do hospital e os profissionais que nele atuam; prestar assistência, cuidar indiretamente com qualidade e segurança e controlar infecção.*

A finalidade da qualidade do serviço prestado e da equipe, no aspecto relativo à *segurança e excelência dos materiais processados, da equipe de trabalho e do*

¹⁸. As perspectivas citadas são expressões dos sujeitos desse estudo e, diante disso, considerei apresenta-las tais como se mostraram na transcrição literal das falas.

serviço prestado pôde ser percebida nas falas de cinco sujeitos, das quais algumas são demonstradas a seguir.

Oferecer um serviço de qualidade, segurança, um serviço diferenciado em que o cliente possa confiar no material que foi preparado, tentar fazer o melhor possível (E3).

Eu busco qualidade [...] eu quero me sentir segura o que eu entrego eu tenho que garantir que esse material está estéril, eu tenho que garantir, então eu tenho que ter qualidade no meu trabalho. [...] que vai estar estéril ele vai dar segurança para o próprio profissional fazer o procedimento (E5).

Em busca de um nível de excelência de qualidade no processamento de materiais [...] chegar no final e você se certificar que todas as condições dos processos foram condições ideais para o sucesso que aí você está aumentando a segurança da esterilidade do material. Para a gente ter segurança [...] tem como meta, desenham, projetam o seu trabalho para atingir aquele topo de excelência [...] para ter um bom processo, um processo seguro. Para ele atingir o objetivo, qual é o objetivo? oferecer todo material necessário e estéril em perfeito funcionamento e para garantir isso o que ele faz ele tem que garantir (E6).

Os depoimentos anteriores revelam uma unanimidade em relação à preocupação das enfermeiras com a qualidade dos materiais que processam na CME. Palavras como segurança, garantia e qualidade compuseram suas idéias, vinculadas ao produto produzido no seu setor de trabalho: os materiais processados.

As falas demonstram a co-responsabilidade ao processo de transformação dos materiais, que deverá ocorrer da melhor maneira possível, traduzida na busca por excelência e perfeição.

A segurança pode ser compreendida como o afastamento de algum perigo, uma certeza, confiança ou garantia. A qualidade, como visto na categoria anterior, traduz uma maneira de ser de uma coisa, a excelência de alguma coisa (HOUAISS, 2004). Todas essas características atribuídas aos materiais processados na CME definem a finalidade do processo de trabalho da enfermeira na CME que estão de acordo com o que autores como Delgado (2000), Bartolomei (2003), Silva e Bianchi (2003), Possari (2003) e SOBECC (2005) dizem: que a CME tem por finalidade ou objetivo produzir materiais em condições seguras de uso e, por conseguinte, está diretamente ligada à qualidade da assistência prestada.

O adjetivo de qualidade também foi atribuído ao setor da CME como um todo e à equipe que nele trabalha.

[...] eu quero naturalmente que o meu setor seja o melhor tem que ser o melhor, eu busco o melhor para o meu trabalho, eu não me contentaria com um bom trabalho, tem que ser um ótimo trabalho (E10).

É garantir a qualidade de todos os processos que envolvem a central, tudo que envolve a central [...] então começa em relação ao material, ao equipamento, ao teu grupo, ao pessoal a tua equipe [...] tudo isso envolve a busca da qualidade (E5).

[...] a qualidade dos serviços dentro do trabalho dentro do local de trabalho, seja ela para materiais ou para pessoal. A qualidade [...] o enfermeiro tem que buscar a qualidade do trabalho seja ele material, seja pessoal, de instrumental [...] então o objetivo dele ali é a qualidade de tudo que ele fizer (E4).

O conceito de qualidade é um termo antigo, que surgiu no século XVIII com a Revolução Industrial que direcionou a necessidade de melhorar os serviços e os produtos oferecidos por eles e que, mais tarde, foi incorporada como um padrão de desempenho das organizações e como meta ao processo de trabalho de seus gerentes. O mesmo ocorreu com os serviços de saúde, na ênfase da prestação do bom atendimento apontada por Taylor aos hospitais do século XVIII mas, somente em 1960, Avedis Donabedian apresentou um novo conceito de qualidade relacionado à prestação de serviços de saúde e à assistência de saúde pelos profissionais da área (PINHO, 2002).

A autora comenta que Donabedian categorizou o conceito de qualidade em três dimensões, que são utilizadas até os dias de hoje: estrutura, processo e resultado. O primeiro referiu-se ao sistema organizacional da área da saúde, seus componentes e atributos; o segundo compreendeu a interação entre a estrutura organizacional e o cliente e, por fim, o terceiro demonstrou as conseqüências do sistema e assistência de saúde ao cliente. Atualmente, as dimensões do conceito de qualidade são subsídios ao Programa de Gestão de Qualidade Total (PGQT) na prestação de serviços de saúde, sendo que a qualidade total objetiva a melhoria do serviço ou do produto de saúde oferecido por meio do uso de meios e métodos — ações sistematizadas e dinâmicas — ao alcance de tal objetivo. Além do PGQT, existem outros programas os quais auxiliam a organizar as organizações e as pessoas que nelas trabalham, por meio da definição de metas e indicadores de qualidade e medição de desempenhos (PINHO, 2002).

Além disso, Donabedian estabeleceu, a partir de seus estudos, alguns pontos-chave ou pilares da qualidade os quais, conforme Denser (2003), permitem

classificar os cuidados de saúde como de qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia traduz uma habilidade de promover melhora à saúde por meio da assistência; a efetividade corresponde ao alcance de melhorias pelo uso de ações práticas usuais; a eficiência consiste na habilidade de reduzir custos da assistência sem diminuir melhorias alcançadas; a otimização diz respeito a considerar a relação custo x benefício nas ações assistenciais; a aceitabilidade está no bom relacionamento com o paciente e a família; legitimidade e a concordância dos costumes, valores morais, éticos e leis; e a equidade, está na conformidade com os princípios que estabelecem a distribuição da assistência de saúde na população.

A partir do exposto, compreendo que os setes pilares da qualidade propostos por Donabedian envolvem o processo de trabalho da enfermeira da CME, alguns em menor e outros em maior proporção, como acredito que seja o caso da eficácia, efetividade e eficiência.

Em face disso, a qualidade dos serviços se tornou uma exigência no interior das instituições de saúde como resultado do mercado competitivo que produz bens a serem consumidos, tendo como premissa que os serviços de saúde fazem parte desse mercado. A qualidade passou a ser exigida também por parte dos pacientes, que se tornaram clientes das instituições de saúde e, portanto, consumidores dos serviços de saúde.

Ações orientadas ao atendimento e superação das expectativas e necessidades dos usuários de seus serviços com o alcance dos setes pilares da qualidade de Donabedian, vêm sendo a questão norteadora das organizações de saúde e, nesse aspecto, a gestão da qualidade é um processo que orienta o caminho a ser seguido para atingir o objetivo desejado, utilizando para isso todos os recursos possíveis na produção de um bem ou serviço de qualidade (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Após essas considerações, trago a contribuição de Meier (2004) a respeito de qualidade e de sua relação com o conceito de tecnologia, ao dizer que ela qualifica e contribui à identificação do processo de trabalho da enfermeira, pois por meio dela a profissional poderá causar impacto à sua realidade de atuação, proporcionar resultados positivos e certos no intuito de promover qualidade de vida e bem-estar das pessoas.

Semelhantemente, Fernandes et al. (2000) enfatiza a necessidade atual da enfermeira utilizar novas tecnologias ao seu processo de cuidar, visando maior qualidade. Garantir qualidade, associada à produtividade, passou a ser sinônimo de sobrevivência às instituições que produzem bens e serviços e, nessa perspectiva, a inclusão e aplicação de tecnologias nos processo de trabalho são emergentes. As autoras compreendem a tecnologia no conjunto de saberes e técnicas específicos, que quando articulados interferem na transformação do processo de cuidar.

Sob esse ponto de vista, uma tecnologia representa influência na qualidade do processo de trabalho da enfermeira e, conseqüentemente, aos serviços da instituição de saúde e ao atendimento do paciente. Pois a utilização da tecnologia implica em presença humana, abarca questões éticas importantes e exige um processo reflexivo por parte de quem a apreende e aplica. As questões éticas devem circundar a opção da enfermeira pelo uso desta ou daquela tecnologia nas suas atividades de trabalho, o que necessita de interpretação e análise, em perceber e avaliar qual é a intenção de sua aplicação, quais as conseqüências de tal aplicação, no sentido de aprová-la ou não (MEIER, 2004).

Dessa maneira, ao optar por determinada tecnologia de Enfermagem e desejar ter certeza do acerto de sua aplicação ao seu processo de trabalho, creio que a enfermeira deverá fazer a si mesma algumas perguntas: Para que utilizar? O que necessito para aplicar? Quais as conseqüências dessa aplicação, em primeiro lugar para o paciente, depois para mim mesma, à profissão da qual faço parte e à instituição em que trabalho? Sua aplicação é viável para o momento e a finalidade que pretendo? Qual a relação de custo-benefício que sua aplicação promoverá? Tenho recursos suficientes para viabilizá-la?

As duas últimas apresentam um outro lado da aplicação da tecnologia de Enfermagem, a qualidade versus o gerenciamento de custos. Nas instituições de saúde a qualidade está vinculada à necessidade de controle de gastos por parte das enfermeiras que, por esse motivo poderão deixar de garantir qualidade aos serviços que produzem. Esse pensamento torna-se contraditório ao considerar as reais condições de trabalho dos profissionais de saúde, que muitas vezes não possuem recursos mínimos – materiais, humanos, físicos - para exercer sua profissão.

Na equipe, ter qualidade significa selecionar e qualificar as pessoas, no sentido de se sentirem preparadas para exercer em sua função, o que pode ser promovido pelo contínuo desenvolvimento de estratégias educacionais no ambiente

de trabalho e fora dele. A educação deve ser uma constante na vida profissional e pessoal, uma vez que a Enfermagem é uma profissão dinâmica. Assim, a educação circunda a qualidade dos serviços de saúde, suas organizações e, conseqüentemente, seus trabalhadores. Por parte dos trabalhadores, ter qualidade significa ter competência para lidar com a absorção constante de tecnologias nas organizações de saúde (PINHO, 2002).

Tais considerações refletem qual deverá ser o objetivo das organizações e setores prestadores de serviços de saúde e, conseqüentemente, da CME que, aliás, foi expresso como finalidade do processo de trabalho do setor: garantir a qualidade do serviço prestado e da equipe.

A garantia da qualidade foi enfatizada por dois dos sujeitos em relação ao aspecto de *evitar problemas, falhas ou faltas relacionadas a materiais*, à qualidade do serviço prestado e da equipe, e esta compreensão é representada na fala a seguir:

Evitar qualquer tipo de problema [...] você evita problemas futuros [...] é de repente faltar o material que você está precisando, ou você ter um problema com material que não foi bem embalado. [...] um serviço completo na sala [...] a falta de material não vai evitar mas de repente um material não bem embalado...coisa assim pode evitar. Acho que a maior preocupação é isso, o problema dentro da sala de cirurgia, e esse problema é relacionado aos materiais. É só o que dá problema dentro da sala, os materiais. Então eu procuro fazer com que tudo dê certo para evitar problemas futuros, e eu que saio prejudicada (E13).

A perfeição corresponde a algo que é perfeito, que não tem defeitos, pois reúne todas as qualidades e, portanto, é o ideal, o absoluto, o completo (HOUAISS, 2004). Na fala dos sujeitos, percebo a necessidade de perfeição, de ausência de falhas relacionadas à previsão e provisão de materiais, bem como à qualidade dos materiais processados na CME, que serão direcionados a unidades consumidoras para prestação de cuidados ao paciente.

Aliado a isso, o fato de aparecerem nessas falas citações do tipo “evitar reclamações”, “para que eu não seja prejudicada”, que conotam sentimentos negativos em relação ao trabalho dessas enfermeiras, chamaram minha atenção. Acredito que a profissional sente-se co-responsável pela qualidade do atendimento que o paciente receberá, mesmo que contribua de forma indireta para que ele aconteça. No seu processo de trabalho, o contato com o paciente é quase nulo,

porém isso não influencia a existência de prerrogativas a esta profissional as quais Vanzin e Nery (2000) definem no conhecimento, competência, a delegação de atividades e responsabilidade das quais destaco a última, pois acredito tê-la encontrado nas falas dos sujeitos, expostas anteriormente.

Compreendo que a enfermeira da CME busque fazer o seu trabalho de modo eficiente, que utilize as prerrogativas mencionadas anteriormente mesmo na presença de falhas, erros ou faltas, pois elas poderão existir sim, mesmo que o objetivo, a finalidade do seu processo de trabalho seja evitá-las, extingui-las do cotidiano. Delgado (2000) corrobora esse pensamento ao dizer que algumas falhas independem da vontade das pessoas e que, pensando-se em CME, riscos poderão acontecer por ser um setor que, para desenvolver seu processo de trabalho, depende de máquinas e equipamentos e que deverão funcionar perfeitamente, o que nem sempre acontece.

O autor comenta que em se tratando de CME, falhas mecânicas e também humanas poderão acarretar prejuízos à instituição; mas os funcionários da CME percebem essa conexão e a importância da CME no contexto hospitalar e por isso, objetivam prestar um cuidado de qualidade, sem falhas ou erros. Mediante esses apontamentos compreendo a percepção de alguns sujeitos desse estudo cuja finalidade do processo de trabalho da enfermeira na CME seria a de evitar problemas, falhas ou faltas relacionadas ao seu processo de trabalho.

Sob essa perspectiva, resgato a percepção de Meier (2004) de que a figura humana, representada na presença de atividades humanas e profissionais, é indispensável à aplicação, funcionamento e objetivação das tecnologias materiais. Uma autoclave pode funcionar sozinha mas, somente, a partir do momento que alguém programar seus parâmetros, viabilizar um sistema hidráulico e elétrico para passagem de água e energia. Ainda assim, será necessário que alguém “aperte um de seus botões”, programe para, então, ocorrer seu funcionamento.

Poderia ainda, acrescentar que mais pessoas estão envolvidas no controle de sua eficácia, em seu monitoramento, outras terão de prover recursos materiais para viabilizar esse projeto e outras mais terão de construí-la. Assim se mostra a presença da figura humana nas tecnologias de Enfermagem, que Meier (2004) expressa ser necessária e que concordo que seja indispensável à sua aplicação.

Faço uma ressalva, neste momento, para pontuar que os equipamentos autoclaves exigem atenção especial da enfermeira da CME, pois o controle de sua

eficácia envolve a elaboração de monitoramento físico, químico e biológico. Tomando como exemplo uma autoclave de vapor saturado sob pressão, ela tem a finalidade de esterilizar artigos odonto-médico-hospitalares, exclusivamente os que são termoresistentes, ou seja, resistem à exposição associada de temperatura e umidade. A autoclave pode ser gravitacional, quando a injeção do vapor dentro da câmara força a saída do ar frio por meio de uma válvula que se encontra na parte inferior do equipamento; e a pré-vácuo, que apresenta uma bomba de vácuo por meio da qual o ar é removido do material exposto e de dentro da câmara com ciclos pulsáteis e, após a esterilização, essa bomba promove sucção do vapor e umidade de dentro da carga, com rápida secagem.

A SOBECC (2005) apresenta a necessidade de controle do processo de esterilização desse equipamento e indica a precisão de sua manutenção preventiva ou corretiva e registro dos instrumentos mecânicos tais como tempo de exposição, temperatura e pressão. Além disso, indica a colocação de indicadores químicos em todos os pacotes submetidos à esterilização que são compostos de substratos contidos em tiras de papel que reagem à temperatura com sua mudança de cor e indicam se o material passou pelo processo de esterilização e verificam as variáveis (tempo, temperatura e presença de vapor) do processo de esterilização; colocação de indicadores biológicos nos pacotes com frequência mínima semanal, que são preparações padronizadas de esporos bacterianos em ampolas que validam a esterilização do material; e, por fim, a realização do texto de Bowie-Dick, utilizado para testar a eficácia do sistema de vácuo, quando a autoclave for do tipo pré-vácuo.

Por sua vez, a validação do processo de esterilização nesses equipamentos acontece quando “A validação do processo de esterilização deve confirmar que a letalidade do ciclo de esterilização seja suficiente para garantir uma probabilidade de sobrevivência microbiana não superior a 10^{-6} ” (SOBECC, 2005, p.61). Como etapas da validação desse tipo de equipamento estão a qualificação do projeto, da instalação, da operação de esterilização, dos processos de esterilização e do seu desempenho.

Para tanto, são checados os parâmetros do ciclo de esterilização, sendo que os controles do processo de esterilização podem ser realizados das seguintes formas: controles químicos por meio de indicadores químicos que revelam falhas em um ou mais parâmetros de um processo; controles microbiológicos, por meio de indicadores caracterizados por serem uma preparação padronizada de esporos bacterianos contidos em unidades de papel-filtro dentro de ampolas que, após o

ciclo de esterilização, permanecem em incubadoras por um período determinado; testes microbiológicos para avaliar a penetração do agente esterilizante, que constituem um dispositivo de teste padronizado, em formato de pacotes-teste disposto dentro da câmara da autoclave durante o ciclo; testes de esterilidade dos artigos, por meio de inoculação direta ou indireta do artigo; e qualificação térmica, por meio de realização de ciclos de esterilização com câmara vazia, com carga normal e cheia e posterior registro dos parâmetros físicos alcançados pela autoclave (SOBECC, 2005).

Além disso, exige-se manutenção da validação e se recomenda manutenção mensal preventiva, monitorização rotineira com bioindicadores, registro dos parâmetros físicos e químicos e testes químicos diários com integradores/simuladores específicos para autoclave. A documentação dos processos de esterilização requer registro sistemático de todos os métodos de esterilização: físico, químico e biológico para documentar as etapas do processamento e garantir a eficácia da esterilização

Uma das enfermeiras desse estudo, referenciou o *controle de infecção* como um aspecto relacionado à garantia da qualidade do serviço prestado e da equipe, conforme a fala que segue.

[...] controle de infecção, é o que todo mundo busca. [...] o paciente entra para fazer cirurgia e sai sem uma infecção dessa cirurgia (E7).

O controle de infecção está presente nas intenções das atividades de processamento de materiais no que se refere, principalmente, a etapa de esterilização. A esterilização compõe uma das etapas do processamento de materiais e tem a intenção de eliminar a carga microbiana de instrumentos cirúrgicos e objetos diversos que possam contê-la. A realização dessa etapa é considerada básica e obrigatória para materiais classificados como críticos, segundo o seu potencial de transmissão de infecções, ou seja, que tenham sido utilizados em procedimentos invasivos e, portanto, tenham penetrado em pele e mucosas (BRASIL, 1998; SOBECC, 2005).

As etapas que antecedem a esterilização, como limpeza, desinfecção e acondicionamento, também são consideradas importantes à redução da carga microbiana de artigos, não somente para artigos críticos mas também os

classificados como semicríticos – que mantêm contato com a pele não íntegra ou com mucosas íntegras - e não-críticos, quando em contato com a pele íntegra. Contudo, somente a esterilização possibilita a morte microbiana para que não seja possível detectá-los no meio de cultura padrão no qual previamente haviam proliferado (SOBECC, 2005).

Talvez essa explicação possa justificar a percepção do controle de infecção como finalidade do processo de trabalho da enfermeira na CME, no intuito de, a partir dos processos com materiais, reduzir a possibilidade de disseminação de infecções por meio dos materiais disponibilizados pelo setor a outros como, centro cirúrgico, unidades de internação, etc. que utilizam artigos considerados críticos.

O estudo da história da CME revela uma ligação antiga com o controle de infecção, devido o seu surgimento advir da necessidade dos cirurgiões, nos séculos XVIII e XIX, combaterem, dentre outros inconvenientes do pós-operatório, a infecção. Nesse período, ela se relacionava, principalmente, à ausência de métodos anti-sépticos, limpeza e conhecimento a respeito da relação do surgimento da infecção com a falta de cuidados dispensados aos instrumentos cirúrgicos (THROWALD, 2002).

Suprir as necessidades, dar suporte, apoio, contribuir, auxiliar as unidades consumidoras do hospital e os profissionais que nele atuam foi outro aspecto pontuado com finalidade de garantir a qualidade do serviço prestado e o da equipe, que foi compartilhado por dois sujeitos, como pode ser visto nos recortes das falas a seguir.

Para os colegas, seja o pessoal do setor ou seja para o centro cirúrgico que é o maior cliente, a gente faz tudo para o colega para o profissional [...] a gente prepara tudo para ele fazer a cirurgia [...] eu auxiliei o cirurgião de forma indireta (E2).

[...] a gente procurar facilitar o trabalho pro hospital [...] para ocorreu de uma maneira funcional [...] na emergência, no centro cirúrgico, nas cirurgias (E11).

Para refletir e discorrer a respeito das falas citadas anteriormente procurei me reportar ao conceito de CME, elaborado por Brasil (2002), Possari (2003), SOBECC (2005), dentre outros que a conceituam como uma unidade responsável por distribuir materiais a unidades de estabelecimentos de saúde que os consumirão, por isso é definida como uma unidade de apoio técnico a outras unidades consumidoras,

unidades assistenciais que necessitam dos seus produtos, ou seja, os materiais processados para desempenhar suas ações de saúde.

A partir disso, é que acredito ter surgido tal finalidade ao processo de trabalho da enfermeira na CME, construída a partir do entendimento de que a CME busca suprir, preparar, dar apoio, suporte as unidades consumidoras concebidas como as unidades assistenciais da instituição de saúde e os profissionais que nelas atuam. Isso é conseguido com a provisão de materiais ou artigos odonto-médico-hospitalares que, como resultado, contribuem para o andamento e funcionamento das unidades consumidoras e, conseqüentemente, para o atendimento das necessidades de saúde dos pacientes.

Próximo a esse aspecto, outro foi encontrado nas falas de quatro sujeitos: *atendimento, assistência, cuidado indireto de qualidade e com segurança ao paciente*, conforme é retratado nos recortes a seguir.

Assistência indireta porque você está trabalhando com materiais que vão entrar em contato com o paciente, ou seja, vão dar apoio para a assistência então indireta porque não é o enfermeiro da central de materiais que vai lá a assistir o paciente não vai ser o pessoal da central que vai assistir o paciente, ele vai ser um meio pelo qual alguém vai entrar diretamente na assistência, então é indireto mas é uma assistência (E4).

Nós estamos cuidando indiretamente [...] a gente acaba dando condições para que dêem o atendimento direto para eles. Nós damos suporte para que eles façam todo o cuidado deles [...]e não de problema nenhum para esse paciente (E5).

O foco de tudo é o paciente, é o fim, o final, a reta final é o atendimento do paciente, tudo isso que nós estamos fazendo é para servir, atender bem, com qualidade, o melhor para o paciente. Não sei se são essas as palavras, mas eu acho que é a qualidade, a qualidade do atendimento. O paciente é o final (E10).

Anteriormente, discorri a respeito do cuidado, quando abordei a questão da excelência do cuidado, percebida como objeto do processo de trabalho da enfermeira na CME. Contudo, ele ressurgiu neste momento não como objeto e sim como finalidade do processo de trabalho acompanhado das palavras assistência e atendimento e, caracterizado, nas falas dos sujeitos, como indireto.

Dizer que uma ação é indireta é conceber que tal ação não é conduzida diretamente a um alvo, uma ação que se faz por intermédio de outrem, seja por meio de outra pessoa ou algum objeto. Esse pensamento contribui com a percepção de

Tonelli e Lacerda (2005) de que a enfermeira da CME desempenha um cuidado indireto ao paciente.

Similarmente, Delgado (2000, p.52) aponta que o fazer da equipe de trabalho da CME “[...] é dirigido para o outro, sujeito de sua existência profissional, mesmo que a pre-sença não seja física. Ela se faz por meio do compromisso e respeito com os materiais a serem utilizados no cuidar”.

A finalidade do trabalho corresponde a um propósito, objetivo ou ainda a um desenho pensado previamente a respeito do novo objeto, por meio de intervenções humanas conscientes, como diz Egry (2006). A percepção dos sujeitos de que a assistência ou cuidado indireto ao paciente corresponderia a uma finalidade do processo de trabalho da enfermeira na CME deve ser relevada, pois compreendo que as intervenções conscientes realizadas sobre o objeto “materiais” podem objetivar suporte aos profissionais que prestarão cuidados diretos. Dessa maneira, estaria contribuindo ao atendimento das necessidades de saúde do paciente.

Na revisão de literatura desse estudo, apresentei diferentes perspectivas aos elementos do processo de trabalho da Enfermagem, que convergem para distintas opiniões as quais, ao meu ver, são necessárias e devem ser respeitadas. As leituras de Capella (1996), Schoeller (2002), dentre outras, realizadas durante o estudo, permitiram encontrar reflexões a respeito do ser humano – paciente – como foco/objeto de trabalho. Cabe salientar que Schoeller (2002) expressa a possibilidade da Enfermagem manipular mais de um objeto no seu processo de trabalho mas que, a princípio, ele se encontra no indivíduo.

Todavia, outros autores como Almeida e Rocha (1989) e Peduzzi e Anselmi (2002), dentre outros, apontaram para o cuidado ao paciente como objeto de trabalho da enfermagem. O mesmo ocorre com a finalidade do processo de trabalho, na qual surgem o paciente e o cuidado prestado a ele.

Em relação ao cuidado, segundo Bartolomei (2003), o que vem sendo questionado ultimamente não diz respeito à forma de cuidado desempenhado pela Enfermagem – se direto ou indireto – e sim o sentido que se dá ao seu processo de trabalho, a finalidade de seu trabalho, a qual possa identificar a profissão no ato de cuidar. A autora acrescenta que a formação da enfermeira atual a habilita a realizar o cuidado que, na CME, caracteriza-se como específico e indireto, por seus produtos constituírem-se parte do processo de trabalho dos profissionais que efetuarão o

cuidado em ato. Tais produtos serão, portanto, meios para se alcançar o cuidado e atender as necessidades de saúde do paciente com qualidade.

Os dados apresentados e discutidos nas páginas anteriores apresentam como finalidade do processo de trabalho da enfermeira na CME a garantia da qualidade do serviço prestado e da equipe. Ao analisar as falas dos sujeitos desse estudo, percebi que esta qualidade estava relacionada a diversos aspectos, os quais fizeram menção à excelência do processamento de materiais, da equipe e do serviço, à necessidade de evitar falhas relacionadas a esse processamento, suprir as unidades consumidoras do hospital e os profissionais que nele atuam com materiais processados, cuidar indiretamente do paciente com qualidade e controlar infecção.

Acredito que a qualidade possibilite o alcance de resultados ideais ao processo de trabalho da enfermeira da CME e que a sua garantia seja uma preocupação constante no cotidiano de seu trabalho neste setor. Percebo que, independente do aspecto abordado, todos direcionam a busca por uma garantia da qualidade dos produtos e dos serviços produzidos pela equipe da CME.

Porém, a fala de um dos sujeitos revelou a existência de uma outra finalidade: **o controle e gerenciamento de custos**, a qual não deixa de estabelecer relação com a qualidade. Essa relação é percebida ao se tomar por base os conceitos de eficiência e otimização, que representam dois dos sete pilares da qualidade nos serviços de saúde, pois a eficiência representa a redução de custos x manutenção da melhoria do serviço e a otimização a consideração do custo x benefício das ações de saúde (PINHO, 2002; DENSER, 2003).

O controle e gerenciamento de custos pode ser evidenciado no seguinte recorte.

[...] eu busco economizar nesse processo, busco ter qualidade mas procuro ver o custo-benefício das coisas. [...] oferecer um material no tempo hábil com a maior economia possível. Essa é a minha busca (E15).

Controlar custos tornou-se uma premissa das instituições que desejam manter-se no competitivo mercado fornecedor de bens e serviços de saúde e, nesse ínterim, a enfermeira responsabiliza-se pelo seu gerenciamento. Para tanto, necessita tomar decisões, planejar recursos, realizar avaliações e documentar suas

atividades em direção à viabilidade do processo de trabalho na CME e, concomitantemente, ao controle de gastos, o qual se enfoca no interior das instituições de saúde (CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2005).

As autoras explicam que o volume de recursos materiais que o trabalho diário da Enfermagem faz circular é grandioso, pelas atividades que abarcam seu processo de trabalho direcionado no cuidado ao paciente, bem como por compor a maior contingência de recursos humanos de uma instituição de saúde. Esses motivos justificam a inserção da enfermeira nas estratégias de controle de custos das instituições e, para tanto, necessitam acompanhar as atividades e conhecer as suas demandas com o objetivo de implantar medidas que visem racionalização de recursos, produtividade e qualidade no desempenho do serviço.

Por sua vez, na CME não é diferente e, certas vezes, o controle de custos e o gerenciamento da relação custo-benefício pela enfermeira mostram-se mais destacados do que em outros setores. Isso se deve ao setor ser considerado um local que despende mais gastos do que lucros, pelo fato da grande circulação de materiais que promove. No entanto, exige-se que tal gerenciamento acompanhe a busca e manutenção da qualidade dos serviços prestados, o que promove uma relação que nem sempre consegue administrar facilmente (DELGADO, 2000).

É verídica que uma das tendências do gerenciamento realizado pela enfermeira é a necessidade da profissional conhecer e desenvolver habilidades a respeito de custos, como uma ferramenta à tomada de decisão e planejamento de seu processo de trabalho e esse fato decorre do controle de gastos e da deficiência de recursos diversos nas instituições de saúde. As enfermeiras passaram a assumir responsabilidades não mais somente no gerenciamento de recursos materiais, humanos e físicos, mas, também na gerência de custos, com o objetivo de racionalizar recursos, viabilizar os serviços prestados associados ao alcance de resultados compatíveis às necessidades de saúde dos pacientes e objetivos das instituições.

O “gerenciar” custos é reflexo de restritos orçamentos impostos à sobrevivência das organizações que colocam seus profissionais em situação de busca por equilíbrio na “corda bamba” das despesas, dos custos e das receitas apertadas com as quais convivem diariamente (MIZUSAKI; POSSARI; ARAÚJO, 2004; CASTILHO; FUGULIN; GAIDZINSKI, 2005).

Diante dessa percepção é que o gerenciamento de custo faz parte do cotidiano da enfermeira da CME, que é responsável por um setor que prove inúmeros materiais a outros setores, que mantém estrita relação com o controle de infecção hospitalar e que é considerado por muitos um setor que ao invés de lucro produz prejuízo à instituição pelo grande volume de materiais que faz circular. Ser enfermeira na CME é ser uma profissional que pensa e vincula seu processo de trabalho às necessidades econômicas e políticas da instituição.

Nesse sentido, o gerenciamento de recursos objetiva disponibilizar os materiais em tempo, quantidade e qualidade necessários com a melhor relação entre custo-benefício. A enfermeira poderá participar ou tomar frente de tal gerência, além de ter conhecimentos relativos a especificidades e funções materiais que permitem omitir opinião a respeito dos suprimentos destinados ao atendimento do paciente (ROMANO; VEIGA, 1998; CASTILHO; GONÇALVES, 2005).

O intuito é prever, prover e racionalizar recursos, equilibrar despesas com receitas “apertadas”, alcançar resultados coerentes às necessidades de quem produz o serviço (instituição) e de quem o recebe (paciente), alcançar e manter a qualidade dos serviços prestados e garantir a sobrevivência da instituição. Portanto, uma finalidade do processo de trabalho da enfermeira da CME.

Em alguns momentos, percebi que os sujeitos desse estudo apresentam opiniões divergentes em torno do processo de trabalho da enfermeira, bem como dificuldades em definir um elemento do outro – objeto, instrumentos, finalidade – e em conceituar cada um deles. A diversidade encontrada na literatura acerca das descrições dos elementos do seu processo se comprova, também, na prática da CME, representada pela fala dos sujeitos desse estudo. Apesar disso, observo que a definição da finalidade do trabalho mostra-se, até certo ponto, compatível aos sujeitos desse estudo, uma vez que a maioria deles a referiu na garantia da qualidade dos serviços prestados e da equipe e, somado a isto, no controle e gerenciamento de custos.

4.1.4 CATEGORIA 4 – Determinantes/condicionantes do processo de trabalho da enfermeira na CME

Nessa categoria, identifiquei e agrupei dados advindos das falas dos sujeitos percebidos como determinantes e condicionantes ao processo de trabalho da

enfermeira na CME, e tal agrupamento foi realizado com base nas leituras realizadas na construção desse estudo, bem como da concepção de que o trabalho e a busca dos saberes e fazeres da profissão ao longo dos anos, são influenciados pelo contexto social, econômico, político, histórico e cultural do qual faz parte no momento em que for tomado como objeto de estudo.

Essa categoria permitiu agrupar dados que revelaram determinantes/condicionantes no processo de trabalho da enfermeira na CME, que são: **responsabilidade, compromisso e valorização profissional; e motivação e incentivo.**

Esclareço que os aspectos que compuseram essa categoria foram abstraídos de recortes de falas, parte das questões centrais desse estudo, ou seja, não disseram respeito ao objeto, instrumentos e finalidade do processo de trabalho da enfermeira da CME. Foram percebidos como um “algo a mais” nas falas dos sujeitos que refletiram determinantes e condicionantes ao seu processo de trabalho.

Tendo como premissa o trabalho, conceitualizado como uma mediação entre homem e natureza, no qual o homem transforma a natureza ao mesmo tempo em que é transformado, e que esse trabalho é circundado por um processo, composto de um conjunto de elementos articulados (objeto, instrumentos e finalidade) que o caracterizam e promovem sua operacionalidade, é que analiso e discuto os determinantes e condicionantes do processo de trabalho da enfermeira na CME.

As falas dos sujeitos também apontaram a **responsabilidade, compromisso e valorização profissional** como características agregadas ao seu processo de trabalho na CME.

[...] buscar respeito para o seu trabalho, você é responsável por isso e o respeito vem com a responsabilidade a seriedade a postura profissional, [...] é saber o que você está fazendo [...] noção do que estão assumindo, dá repercussão, responsabilidade (E6).

[...] o cuidado para ele implica em responsabilidade, é você fazer com carinho aquele material, é a atenção que você faz o processo que você está executando [...] é atenção naquilo que você faz, [...] e eu sempre procuro valorizar estas atividades, é auto-valorização. [...] você tem um compromisso com o cuidado, por isso você está ali, [...] é esse compromisso com a qualidade, com a auto-valorização (E8).

A responsabilidade, a seriedade e a postura profissional foram atributos apontados como pré-requisitos para obtenção de respeito ao trabalho desenvolvido pela enfermeira da CME. Tais características são imbuídas ao conhecimento

necessário a essa profissional para processar seu trabalho, conhecer o seu fazer e o porquê deste fazer.

A enfermeira deve refletir a respeito da repercussão de seu trabalho, a qual interpreto como sinônimo de reflexo, efeito de uma ação, que exerce influência sobre algo. A partir disso, a sua postura profissional pode ser conquistada no dia-a-dia de sua prática, pois na medida que demonstra competência, entendida como agrupamento de conhecimento, habilidade e atitude, conquista valor ao seu trabalho, por meio do respeito das pessoas que o observam, utilizam e lhe conferem qualidade, eficiência e eficácia.

Desse modo, a valorização tão almejada pela enfermeira, especialmente pela enfermeira da CME, implica em esforços pessoais, além de institucionais, pois a imagem profissional também é determinante/condicionante de concepções, sentimentos e atitudes pessoais, como apontam Nauderer e Lima (2005). Nesse sentido, posso compreender que a valorização deva iniciar internamente à enfermeira por meio de suas reflexões para, em seguida, sem muito tardar, atingir suas ações, como foi mencionado por um dos sujeitos ao referir-se à necessidade da autovalorização na CME.

Ao valorizar a si e ao seu trabalho, a partir do momento que percebe a importância de por que e para que trabalha, a enfermeira poderá iniciar um movimento com efeito cascata aos profissionais que estão ao seu redor, à equipe de trabalho da CME, às enfermeiras que atuam em setores para os quais o setor disponibiliza produtos materiais, às chefias imediatas e mediatas, aos profissionais de saúde de outras áreas e, talvez, discentes de enfermagem que visitam a CME e percebem nela a valorização que atribui à sua equipe e à finalidade de seu processo de trabalho.

Concordo com Delgado (2000) ao referir-se que as enfermeiras que gerenciam sentem as amarras em seu dia-a-dia de trabalho, sentem o efeito dominó provocado pela crise do macro-sistema dos serviços de saúde e do mercado de trabalho em geral, como reflexos no comportamento que colegas de trabalho desenvolvem uns com os outros ao conceberem como invisível o trabalho produzido na CME.

O autor mencionado anteriormente emite sua opinião, diante dos dados encontrados em sua pesquisa, de que existe um certo preconceito social em relação aos funcionários da CME, por tratar-se de um trabalho considerado pouco científico,

pois se pauta no fazer, num fazer sem valor. Por outro lado, o autor percebe outra faceta que está na satisfação pessoal, no prazer pelo trabalho advindo dos funcionários da CME, que concebem o seu setor como o coração do hospital.

Dados similares foram encontrados na pesquisa de Bartolomei (2003), na qual as enfermeiras da CME explicitam valor ao seu trabalho e indicam que o oposto ocorre no pensamento dos outros profissionais de saúde. A autora enfoca que ao mesmo tempo em que aceitam, identificam-se e valorizam seu processo de trabalho, manifestam percepção negativa a respeito da imagem externa desse trabalho, o que lhes causa desconforto e tensão.

O prazer, o gosto pelo trabalho também foi encontrado nesse estudo, e revelou a **motivação e o incentivo**. A demonstração de sentimentos de gostar do que faz, sentir prazer pelo trabalho por parte da enfermeira refletirá diretamente nas reflexões e ações de sua equipe de trabalho. O incentivo e a motivação devem ser oferecidos e recebidos, por isso cabe à enfermeira, enquanto líder de sua equipe, proporcionar situações motivadoras e, com isso, oferecer incentivo, no intuito de alcançar os objetivos, a finalidade do processo de trabalho, a que a equipe se propôs previamente.

[...] precisa sempre estar incentivando eles para que realmente eles produzam [...] você tem que fazer com que eles levantem (E5).

Tem que conquistar a equipe [...] companheirismo do enfermeiro, estar sempre resgatando, lembrando com a equipe a importância desse trabalho [...] o enfermeiro da central tem que estar resgatando essa valorização essa auto-estima à importância do trabalho da central para a equipe. fazer com que a equipe, os profissionais cresçam, estimular a equipe a estudar, a procurar, a crescer como profissional e como ser humano (E6).

[...] o incentivo dos funcionários para que eles estudem, alguns são auxiliares de enfermagem, então você faz um horário especial e a maioria está fazendo o técnico de enfermagem, então há uma troca. [...] compreender o funcionário, mas também passar para ele uma expectativa, um objetivo para ele, passar uma confiança e depositar confiança nele para que a gente trabalhe junto (E14).

O incentivo pode ser um estímulo ou algo que instiga a atividade, de acordo com a percepção dos sujeitos e se mostrou acompanhado da valorização e do resgate à importância do trabalho desenvolvido para a equipe, à viabilização do estudo e crescimento profissional. A enfermeira deve ser facilitadora e porta-voz de

sua equipe, deve lutar pela ampliação de espaços de trabalho e crescimento profissional de seus funcionários e, concretamente, exercer seu papel de líder.

Dessa maneira, o incentivo vinculou-se a viabilização da aquisição de conhecimento por parte da equipe e, ao fazê-lo, a enfermeira deverá compreender que o crescimento profissional e a qualificação de sua equipe refletirão, diretamente, na qualidade de seu processo de trabalho que, indiretamente, influenciará no cuidado prestado ao paciente.

Rocha et al. (2005) aponta que um líder tem o compromisso de estimular o desenvolvimento profissional de sua equipe e que, portanto, deve ser um facilitador, e assim o é quando identifica os interesses e habilidades das pessoas. Porém, tenho que reconhecer e evidenciar que, em minha opinião, tal compromisso deva advir, em grande parte, da estrutura e filosofia organizacional a qual a enfermeira pertence.

Justifico esse reconhecimento pelo fato de acreditar que a motivação influencia diretamente a harmonia e estabilidade de uma equipe dentro de seu local de trabalho que, seqüencialmente, interferirá nas ações desenvolvidas por essa equipe que, enfim, refletir-se-á na qualidade do serviço prestado ao cliente (BATISTA et al, 2005).

Uma equipe motivada estará impulsionada a fazer algo, e essa motivação sustenta o comportamento da equipe que a percebe e requisita na remuneração, na carga horária de trabalho, na estabilidade, no gosto pelo trabalho que desenvolve, no relacionamento com a equipe de trabalho, no reconhecimento por seu trabalho, além da existência de condições materiais e humanas ao desenvolvimento de suas atividades (PENNA et al, 2004; BATISTA et al, 2005).

Tais questões referentes à motivação e, conseqüentemente, ao incentivo ao trabalho foram identificadas nas falas dos sujeitos e refletiram, também, a necessidade de sentirem-se motivadas, conforme mostro a seguir.

[...] você tem que estar equilibrada, você tem que estar bem consigo mesma [...] gostar realmente do que você faz, gostar do faz (E5).

[...] eu tenho que gostar do que eu estou fazendo, não adianta eu ter tudo isso e de repente é uma coisa que não me interessa (E10).

[...] trabalham sem um vínculo com a instituição e um vínculo com a instituição hoje em dia, às vezes, é difícil o funcionário fazer, porque ele não sente que a instituição precisa dele, ele é mais um (E8).

[...] funcionário bem remunerado, contente para trabalhar, não sobrecarregado em termos de horas de trabalho [...] uma estrutura de instituição que vá providenciar toda essa [...] é um funcionário que está saudável para trabalhar, está bem remunerado, as horas que ele está trabalhando são compatíveis com as horas que ele se dispõe, aquilo que está no contrato (E15).

O incentivo e a motivação perpassam questões relacionadas às condições de trabalho, como pode ser percebido nos relatos acima e dizem respeito ao sentimento de “fazer parte” da organização, sentir-se valorizado financeiramente e, também, como pessoa, o que se reflete no desempenho de atividades em um tempo compatível com suas necessidades e possibilidades.

O “gosto por fazer” envolve o dia-a-dia do processo de trabalho da enfermeira da CME, pois a presença de tal sentimento promoverá e despertará o interesse pelas ações, pelo uso de tecnologias que estão postas ao seu trabalho e, por que não, a apreensão de outras, que sejam novas possibilidades de afastamento da rotina penosa e estática que possam existir.

Concordo com as palavras de Leopardi et al (1999) de que no mundo em que vivemos, conviver em sociedade implica, quase que o tempo todo, em enquadrar-se nos caminhos oferecidos pelo sistema de produção e de consumo.

A imagem da enfermeira dos dias de hoje engloba aspectos e características de períodos ocorridos em momentos anteriores que, mesmo que separados da atualidade por grandes espaços de tempo, potencializam a indefinição da sua identidade profissional perante a sociedade (NAUDERER; LIMA, 2005). E esta globalidade revela conseqüências à imagem pública dessa profissional, que acaba por influenciar a sua prática profissional, o que me faz pensar na reflexão necessária dos impactos dos estereótipos públicos da imagem da profissão e, concomitantemente, à busca de estratégias para extirpá-los.

Por outro lado, acredito que as enfermeiras da CME estejam superando o discurso tradicional e difundido de negatividade às atividades de seu processo de trabalho, pelo reconhecimento, talvez ao contrário do que pensam, maior de outras categoriais profissionais do que delas próprias como pode ser observado na fala de um dos sujeitos desse estudo, demonstrada a seguir.

[...] aqui eu tenho uma autonomia muito grande em relação ao hospital... a minha voz é ouvida aqui. O centro de material nunca foi tão valorizado como ele está sendo hoje [...] hoje em dia eu já vejo que o pessoal está procurando mais enfermeiras desse central de esterilização no [...], na necessidade de ter uma pessoa que controle todo esse processo de esterilização tanto é que convênios de saúde estão começando a procurar enfermeiras com experiência em central para justamente poderem auditar prontuários de centro cirúrgico [...] então os enfermeiros de central estão muito mais valorizados agora [...] a gente é muito procurada por muitas pessoas aqui em Curitiba [...] hoje eu penso que é um cargo mais valorizado do que anos atrás. [...] é um profissional que está sendo muito valorizado, hoje eu sou muito valorizada aqui (E3).

Dessa maneira, percebo que a enfermeira muitas vezes deixa de manifestar idéias, opiniões e desenvolver ações por sentir-se esquecida e sem voz. A autonomia corresponde à capacidade de autogoverno, um direito reconhecido, uma liberdade para pensar e agir, é ainda um poder individual que faz com que os indivíduos possam decidir uma ação própria, produzir decisões e atos em acordo com tomadas de decisões (NIETSCHE; BACKES, 2000; HOUAISS, 2004).

O depoimento apresentado denuncia a existência de certa autonomia da enfermeira na CME, conquistada por meio de seus conhecimentos técnicos, científicos e porque não também empíricos. Na enfermagem, a autonomia apresenta alguns elementos dentre os quais se encontra a autoridade, a criatividade, a decisão a respeito do cuidado e auto-organização. Alguns deles foram determinados historicamente pela divisão social do trabalho e pelo posicionamento da enfermeira na categoria profissional como, por exemplo, a autoridade. Já outros, precisam ser conquistados e envolvem competências pessoais, como por exemplo, a criatividade e as decisões a respeito do cuidado.

O investimento no saber é um condicionante para o poder fazer, no sentido de ser autônoma e desvencilhar o trabalho da enfermeira à subordinação e dependência. O desenvolvimento da trajetória científica da Enfermagem está vinculado às inovações, que influenciam a profissão e, conseqüentemente, ao seu trabalho.

Destaco e concordo as palavras de Bellato e Pereira (2003), que as enfermeiras precisam desejar e agir, como potencialidades e possibilidades que nascem e precisam crescer. Esses desejos relacionam-se à vontade por mudanças em seus locais de trabalho, o que pode ser iniciado pela simples e, ao mesmo tempo complexa, reflexão de seu processo de trabalho, incluindo seus elementos e sua

importância. A enfermeira precisa exercer sua autonomia, autovalorizar-se e fazer valorizar os seus espaços de trabalho.

Entre as reflexões atribuídas a essa categoria, destaco que o ser humano busca, por meio de seu trabalho, tornar-se sujeito social e desenvolver suas potencialidades, e transformar o seu meio e a si mesmo, com processos e modos de agir, pensar, ser e estar em sua profissão.

Pensar na Enfermagem e seu processo de trabalho, inter-relacionado às questões históricas, políticas, sociais e culturais é embarcar na luta pela transformação, a partir do que já existe de concreto para, então, reconstruir, transformar e andar para frente. Interrogações sobre a constituição de seu processo de trabalho, para que e por que se deve trabalhar e qual o futuro desse trabalho, são importantes para prosseguir. Desse modo, confio em que refletir os determinantes/condicionantes do processo de trabalho da enfermeira da CME possa ser uma contribuição para estimular uma contínua busca e caminhada à construção de uma nova imagem da profissão, a ser refletida em um espelho mais moderno. Acredito nas palavras de Schoeller (2002, p.155) quando diz que:

Escrever sobre as contradições da prática da Enfermagem e de suas relações com o contexto social em que ela ocorre, é buscar entendimentos para tantas dúvidas sobre sua história, seus significados, suas representações e seu futuro que tanto preocupa e que se constitui um grande desafio para seus profissionais, sobretudo no alvorecer do terceiro milênio.

A questão crítica que aponto é a reestruturação histórica da Enfermagem em busca de um caminho que a conduza a uma base de sustentação da prática construída, desconstruída e reconstruída com o passar dos séculos. Sua história revela que a Enfermagem articula o cuidado, a gerência dos ambientes de cuidado e da equipe de Enfermagem que neles atuam, além de pronunciar conhecimentos teóricos por meio da pesquisa e divulgá-los no ensino da profissão.

Visualizo o processo de trabalho da Enfermagem alicerçado, também, nas políticas e práticas de saúde instituídas nos serviços de saúde ora como vendas nos olhos dos que procuram um caminho certo para prosseguir, ora como oportunidades para o encontro de uma perspectiva profissional alicerçada e construída em conjunto.

Nesse ínterim, aspectos econômicos determinam ações do processo de trabalho da CME e condicionam a enfermeira a comportamentos, por horas, alienados, submissos e dependentes das normatizações da instituição da qual faz parte e da qual necessita para desempenhar seu trabalho.

Por vezes, tais condições promovem um engessamento do pensar e do fazer da enfermeira, que não consegue vislumbrar estratégias de mudanças à sua prática, por acreditar que seu processo de trabalho jamais poderá deixar de ser condicionado ou determinado às políticas institucionais, às exigências do competitivo mercado de trabalho e da sua condição de mulher e enfermeira, que lhe atribui legados históricos de submissão e acatamento. Nauderer e Lima (2005) corroboram ao afirmar que o agrupamento de fatores associados ao baixo status social e à ausência de limites na atuação da enfermeira denota a essas profissionais, sentimentos de impotência e pessimismo quanto aos rumos da profissão.

Talvez as reflexões apontadas auxiliem a compreensão de que a trajetória profissional da enfermeira a conduziu à organização, controle e administração do espaço de trabalho da Enfermagem e, de modo geral, das instituições de saúde. O objetivo de tal direcionamento foi de contribuir ao funcionamento “saudável” da instituição, no controle das ações da equipe, considerada até os dias de hoje o maior contingente humano desses locais de trabalho. Este fato colaborou para a consolidação da sua divisão social interna de trabalho (MELO, 1986; SILVA, 1989; ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Questiono, então, até que ponto o processo de trabalho e a busca pela construção de um corpo de conhecimentos da Enfermagem podem ser influenciados pelo modo de produção econômico, pelas relações de poder dos profissionais e pelo enfoque dado nas reformulações das políticas de saúde? Como conduzir a construção e aplicação do saber, do fazer e do ser da profissão, diante das interferências históricas, sociais, políticas e econômicas que atingem os serviços e instituições de saúde nos quais as enfermeiras estão inseridas?

Uma resposta possível talvez seja o reconhecimento e utilização de novas tecnologias ao processo de trabalho pela enfermeira em cada um de seus micro-espacos, em suas dimensões práticas de cuidar, gerenciar, ensinar e pesquisar, que estão postos e que necessitam que novos olhares lhe sejam direcionados. Além disso, acredito que compreender cada um dos elementos do processo de trabalho da CME levará a enfermeira a descobrir novas possibilidades, novos caminhos que

possam indicar novas maneiras de ser, estar e fazer a profissão nesse espaço de trabalho.

4.2 CATEGORIA DA PERCEPÇÃO GRUPAL

Resgato que a aplicação da técnica de grupo focal exigiu planejamento, busca de recursos à parte logística que subsidia a sessão e reafirmação do convite aos quinze sujeitos entrevistados. A realização de uma sessão grupal permitiu que fosse alcançado o objetivo proposto: a percepção grupal a respeito dos elementos do seu processo de trabalho na CME.

O grupo caracterizou-se por uma discussão produtiva dos participantes na troca de experiências, opiniões, exposição de idéias e dúvidas e muitas reflexões. Observei uma transformação de pensamentos, no anseio em receber e dividir conhecimentos, em explicitar certezas e dúvidas, no surgimento de perguntas e respostas, ambas reveladas entre concordâncias e discordâncias. A descrição da sessão de grupo focal realizada com os sujeitos desse estudo poderá descrever tais observações.

Sessão grupal

26/06/06

Estrutura: sala de aula do departamento de enfermagem da UFPR, início 14:00, término 16h de terça-feira.

Participantes: sete – uma moderadora e duas observadoras.

Objetivos: validar os dados obtidos das entrevistas individuais; promover discussão em torno da temática.

Momentos-chave da sessão: apresentação dos participantes por meio da dinâmica do barbante¹⁹, explanação do objetivo da pesquisa, grupo focal, *setting*, estabelecimento do debate, com leitura do material de estímulo, síntese do debate, encerramento e agradecimentos.

¹⁹. Com um rolo de barbante nas mãos, cada participante se apresentava (nome, local de trabalho e algo que gosta), a seguir passava a extremidade livre para outro integrante, formando uma “teia de fios” ao final das apresentações. A “teia” foi utilizada analogicamente com o objetivo e trabalho do grupo focal.

Organização: foi utilizado um guia de temas (com objetivo, roteiro da sessão) (Anexo 1) e dois textos, o primeiro com a síntese das entrevistas (Apêndice 2) e o segundo com conceitos de processo de trabalho e seus elementos de vários autores (Apêndice 3), ambos serviram de material de estímulo. No decorrer da sessão, a moderadora e observadoras estavam com o roteiro da sessão e algumas perguntas-chave foram elaboradas para serem usadas, além do material fornecido. Foi feita a filmagem (áudio e vídeo) e a gravação (áudio) das imagens e falas. Após apresentações iniciei o debate, sugerindo a leitura do material de estímulo, o qual foi realizada de forma dinâmica, por todos os participantes. Em seguida, foi introduzida a discussão do tema “objeto”, com a seguinte questão: “Do que foi lido, o que você incluiria ou excluiria como objeto de trabalho?”, e assim foi feito com os outros dois temas: instrumentos e finalidade, além de outras questões que surgiram no decorrer da discussão no sentido de conduzir o debate. Com aproximadamente 1h e 40 minutos de discussão, foram feitas a validação e a síntese das discussões, seguidas dos agradecimentos e encerramento do trabalho em grupo.

Anotações da moderadora: No dia da sessão, duas horas antes preparei a sala: dispus cadeiras em meia lua, posicionei a filmadora em um canto da sala e dispus 2 gravadores entre as cadeiras (um no centro e outro atrás). Arrumei a mesa com salgados e doces de frente para a meia lua. Iniciamos o grupo com 5 participantes e, após quinze minutos, mais 2 pessoas chegaram, compondo um total de 7 participantes. No transcorrer das discussões, observei que algumas pessoas falaram mais do que outras e algumas revelaram seu ponto de vista. Ao refletir a respeito disso, considero que a manutenção de certo silêncio e observação por algumas pessoas durante a discussão possa ser positiva, no sentido de que esses momentos tenham proporcionado reflexões e aprofundamento de conceitos pessoais. Outro ponto importante diz respeito às discussões em si terem sido profundas e ricas no que se refere ao conteúdo e complexas nas tentativas de síntese a cada tema abordado. Apesar das considerações apontadas pela moderadora, acerca do grupo focal não ter a intenção de dar respostas, confirmar o certo ou errado, alguns participantes em certos momentos, caminharam nessa direção, ao expressar seus pensamentos. Tal fato foi contornado, pela recordação dos reais objetivos do grupo focal. Ao final da sessão, algumas pessoas se mantiveram no local e continuaram verbalizando suas opiniões a respeito do tema,

revelando a satisfação em terem participado e a importância da reflexão proporcionada pelo grupo focal.

Observadoras: Observei que algumas pessoas se sobressaíram mais do que outras, considerando as atividades por elas desempenhadas, definem ou melhor, traduzem a postura adotada. Das 7 participantes, percebo que 3 participaram pouco, confirmando falas anteriores sem expor muito suas idéias. Tive a certeza de que a sessão atingiu seu objetivo, e a clareza de todo o processo contribuiu para fluir os pensamentos e, principalmente, a discussão de toda sua proposta²⁰.

Síntese do debate: as enfermeiras expressaram opiniões a respeito do que leram no material de estímulo, ao mesmo tempo em que relacionavam os conceitos com seu processo de trabalho; e, neste ínterim, traziam à tona vários outros pontos de discussão tais como: valorização e permanência do trabalho da enfermeira na CME, necessidade de aprimoramento e aplicação de novas tecnologias pela profissional no setor, questões conceituais em torno das definições de cuidado direto e indireto ao cliente, gerência e administração. Na síntese final, foram validados os aspectos relacionados ao objeto, instrumentos e finalidade do processo de trabalho do enfermeiro na CME.

A discussão ocorrida no grupo focal permitiu que fossem delineados os elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME, que serão apresentados a seguir, junto com as dificuldades e divergências de pensamentos que foram demonstradas na reflexão do tema pelos participantes e entre os mesmos, a partir da proposta do uso de um material de apoio, que subsidiou as reflexões.

4.2.1 CATEGORIA 5 – O processo de trabalho da enfermeira da CME no grupo focal.

As discussões foram iniciadas a partir da leitura de dois textos construídos previamente em formato de quadro, que serviram de material de estímulo à discussão. O primeiro (Quadro 2) apresentou conceitos de processo de trabalho e de seus elementos, embasado em autores que estudam a temática e que foram utilizados à construção desse estudo. O quadro a seguir foi elaborado para facilitar a

²⁰ Aprendi muito com este Grupo, não só sobre Grupo Focal mais principalmente sobre os temas discutidos, que embora não fazem parte do meu dia a dia, também me fizeram pensar sobre este processo.

compreensão dos conceitos referentes aos elementos do processo de trabalho.

Quadro 2 – Material de estímulo da sessão de grupo focal : Conceitos de processo de trabalho e de seus elementos

<p>PROCESSO DE TRABALHO</p> <p>No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação a um objeto sobre o qual atua, e usa instrumentos de trabalho para atingir um determinado fim (MARX, 1987). *****</p> <p>As ações de um trabalho atuam sobre o objeto por meio de instrumentos que trarão resultados a uma finalidade determinada (PIRES, 1999).</p>	<p>OBJETO:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Tudo o que se oferece à vista. Aquilo sobre o que incide uma ação. (HOUAISS, 2004) * A matéria a que se aplica o trabalho, coisas que o trabalho separa do meio natural e transforma em matéria-prima (MARX, 1987). * É a matéria que será modificada. Tudo aquilo que poderá ser transformado com a intervenção consciente (EGRY, 2006). <p>INSTRUMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> * Utensílio, máquina, aparelho, objeto que serve para auxiliar uma ação; o que é empregado para conseguir um resultado (HOUAISS, 1987). * Coisas inseridas entre o trabalhador e o objeto de trabalho, as quais servem para direcionar as atividades sobre o objeto (MARX, 1987). * Pode ser uma coisa ou um saber, lugares e equipamentos onde se instalam os processos de trabalho (EGRY, 2006). <p>FINALIDADE</p> <ul style="list-style-type: none"> * Propósito, fim a atingir, alvo, objetivo, destinação (HOUAISS, 1980). * “desenho” pensado do novo objeto após a intervenção (EGRY, 2006).
--	---

FONTE: A partir da análise dos dados das entrevistas individuais realizadas no período compreendido entre abril e junho de 2006.

A leitura dos conceitos foi dinâmica e envolveu todos participantes. O segundo quadro (Quadro 3), também lido pelos participantes, apresentou a síntese da análise dos dados obtidos das entrevistas, o qual será demonstrado a seguir.

Quadro 3 – Material de estímulo da sessão de grupo focal: Síntese das entrevistas Individuais

OBJETO	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: controle e qualidade dos processos. • Funcionários (equipe): coordenação, supervisão, desenvolvimento das atividades. • Controle de infecção. • Excelência do cuidado.
INSTRUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento, organização. • Observação, percepção. • Habilidade, destreza manual. • Supervisão, coordenação. • Documentação/registros, normas e rotinas. • Tomada de decisão. • Comunicação, relacionamento interpessoal. • Trabalho em equipe, participação ativa, envolvimento. • Dimensionamento pessoal. • Educação em saúde, serviço ou continuada, capacitação equipe, orientação. • Atualização pessoal, conhecimento teórico-científico, conhecimento empírico. • Pesquisa. • Recursos diversos: materiais, humanos, físicos. • Avaliação, análise.
FINALIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a qualidade, segurança, excelência dos materiais (processamento), da equipe, do serviço. • Evitar problemas, falhas, faltas: relacionados a materiais. • Suprir necessidades, dar suporte, apoio, contribuir, auxiliar clientes internos (unidades consumidoras, hospital como um todo e profissionais que neles atuam). • Atendimento, assistência, cuidado indireto ao paciente (cliente externo) com qualidade e segurança. • Controle, redução do risco de infecção, riscos biológicos, químicos e físicos aos clientes internos e externos e à equipe. • Controle custos do processamento com materiais.

FONTE: A partir da análise dos dados das entrevistas individuais realizadas no período compreendido entre abril e junho de 2006.

Após o término da leitura, um dos participantes questionou se para a síntese das entrevistas havia colocado o que considerei certo para cada elemento do processo de trabalho. Nesse momento, esclareci que a síntese compunha os dados literais das falas advindas das entrevistas, um “resumo” do que surgiu na transcrição das entrevistas. Destaquei que não existia o certo ou o errado, e sim, um agrupamento e identificação dos itens apontados nas entrevistadas.

As discussões foram produtivas e suscitaram constantes momentos de dúvida e reflexão, num repensar contínuo que promoveu divergências, seguidas de convergências de pensamentos, como se em um exercício de pensar, de compreender e expressar opiniões. O vai e vem à leitura dos materiais de estímulo

possibilitaram formulações e reformulações de pensamentos dos participantes, representado na fala a seguir.

[...] eu me confundo quando eu leio a definição de objeto, sabia? Enquanto objeto , éééé, pela definição que eu entendi aqui, éééé, o que vai ser transformado!? É complexo, porque você... éééé... (silêncio), não sei, tenho que pensar melhor, vou ler em voz alta. A segunda parte aqui: “tudo aquilo que poderá ser transformado com intervenção consciente”, é sobre isso que eu estava tentando colocar uns comentários (E^{GF} 1).

[...] aí, eu estou bem confusa tá? Se o teu serviço é de esterilizar material, é mandar tudo o teu objeto, é o material se o teu serviço é de também treinar o funcionário entre como objeto, porque é uma coisa que vai ser transformada, coisa...isso é jeito de falar, claro (E^{GF} 4).

[...] depende do foco que você tem, depende do foco...não é verdade? Porque ele pode ser intenção, objeto pode ser propósito, ele pode ser uma causa de...ou não? (E^{GF} 6).

A dúvida circundou os discursos das enfermeiras, que em meio a confusões de pensamentos e questionamentos aos colegas, demonstraram tentativas de compreender os elementos de seu processo de trabalho. A dificuldade de definir os elementos do seu processo de trabalho na CME referiu-se, principalmente, e em maior presença, à definição do elemento “objeto”.

Argenta e Pires (2000) corroboram a existência de tal dificuldade ao explicitarem que em uma de suas pesquisas, deparam-se com dificuldades das enfermeiras em clarear os elementos de seu processo de trabalho, demonstrando certa confusão em identificar o produto e o objeto do trabalho que produzem.

Uma outra fala representa as conexões que uma das participantes tenta estabelecer em seu raciocínio, a partir de dois pontos: da percepção que fazia antes do início das discussões e da percepção que começou a elaborar a partir da leitura do material de estímulo e de ouvir outras pessoas expressarem suas concepções a respeito de um dos elementos do processo de trabalho: o objeto.

[...] eu na verdade, eu estou confusa com o que eu penso e com o que eu estou vendo aqui, eu estou tentando ligar as coisas porque assim na minha visão pessoal ou prévia a estas discussões eu pensaria assim: o meu objeto de trabalho na central é o paciente ééé, que é a razão de ser desse trabalho, e o material, tudo que envolve são os instrumentos que eu tenho, e a finalidade éééé o uso desse material que vai ser processado com segurança e com um desempenho perfeito, sabe? Mas assim, na minha cabeça era assim, só que agora tem que encaixar com estas definições (E^{GF} 1).

Os elementos discutidos no grupo focal são elementos de um processo que é o trabalho, cada um deles ocupa a sua posição e importância nesse processo, sendo que se constituem, dessa maneira, como peças interdependentes de uma mesma engrenagem, que se articulam e necessitam uma da outra para girar.

A utilização do material de estímulo auxiliou o desenvolvimento da discussão e apontou um aprofundamento à percepção dos elementos do seu processo de trabalho acrescido da discussão e do debate proporcionado a partir dele. Nas discussões, as pessoas utilizaram e adotaram referenciais diferentes de conceituação dos elementos do processo de trabalho (Quadro 2 disponibilizado ao grupo)²¹, escolheram aquele com o qual mais se identificaram, como pode ser visto na fala a seguir.

[...] olha, vamos pegar esta terminologia, definição da Egry: tudo o que se oferece à vista, o que se oferece a nossa vista? Sobre o que incide uma ação [...] vamos pegar uma definição mais atual que é a Egry, mais atual, que é 2006, vamos ver o que ela fala: “é a matéria que será modificada no processo de trabalho”, qual é a nossa matéria que será modificada?. Olhem, “tudo aquilo que poderá ser transformado com a intervenção consciente” (E^{GF} 6).

Tenho clareza que as idas e vindas de percepções, a contínua reformulação de idéias e falas trouxeram contribuições importantes ao grupo, não somente no sentido de compreender e definir os elementos de seu processo de trabalho mas, também, o exercício de ouvir e falar, de influenciar e ser influenciado, de concordar e discordar e, em conjunto, chegar a uma síntese que representou a percepção de um grupo de enfermeiras de CME, acerca dos elementos de seu processo de trabalho.

Por isso, caracterizo que a análise do desenvolvimento do grupo focal foi trabalhosa tendo em vista a complexidade e aprofundamento possibilitado pela discussão grupal. Concebo as dificuldades como sinônimos de inquietações, num ir e vir dos sujeitos às suas concepções, pois um pensamento inquieto é aquele que se move sem parar. As inquietações foram percebidas na comunicação verbal e não-verbal dos participantes do grupo, nas leituras de si e dos outros que compartilhavam das mesmas dúvidas.

Assim, após uma hora e quarenta e cinco minutos de instigante discussão e

²¹. As referências teóricas apresentadas no Quadro 2, foram disponibilizadas aos sujeitos a partir do material de estímulo.

troca de pensamentos, encaminhei a discussão para sua síntese, que apresentou a percepção grupal acerca dos elementos do processo de trabalho da enfermeira da CME.

A percepção das participantes do grupo focal, revela que **o objeto** não é único, ele se apresenta ora na **equipe de trabalho da CME**, ora no **processamento de materiais**, o que dependerá do foco de atenção da enfermeira para cada momento de seu trabalho. **A finalidade**, por sua vez, também é composta, nos objetivos de: **garantir a qualidade dos serviços prestados e da equipe; cuidado indireto ao paciente; busca, aprimoramento e aplicação de novas tecnologias.**

Para **os instrumentos** do processo de trabalho, foram definidas três grandes áreas: **planejamento; comunicação e relacionamento interpessoal; conhecimento.** Essas compreenderam o agrupamento dos instrumentos concebidos nesse estudo como tecnologias. A área “conhecimento” foi composta pela habilidade/destreza manual; atualização pessoal/ conhecimento teórico científico / conhecimento empírico, educação em serviço ou continuada/capacitação da equipe/orientação e pesquisa.

Na área “comunicação e relacionamento interpessoal”, foram agrupadas a comunicação/relacionamento interpessoal; trabalho em equipe/participação ativa/ envolvimento. A área “planejamento” foi composta das tecnologias planejamento, organização; observação; supervisão, coordenação; documentação/registo de normas e rotinas; tomada de decisão; recursos diversos; avaliação/análise; dimensionamento de pessoal.

Um aspecto da discussão do grupo focal despertou minha atenção logo ao final da sessão, no momento em que um dos sujeitos sugeriu a inclusão de uma nova finalidade ao processo de trabalho da enfermeira da CME que, por sinal, vai ao encontro das reflexões realizadas no decorrer desse estudo a respeito da tecnologia na Enfermagem. O conteúdo da mensagem a seguir revela tal aspecto:

[...] eu acho que a finalidade, a gente poderia colocar alguma coisa relacionada ao aprimoramento do nosso conhecimento, porque a finalidade [...] presta cuidado ao paciente você está sempre buscando aprimorar a sua atividade, para o crescimento da profissão. [...] é um espaço que a gente tem que lutar para permanecer nele, na central, então o desenvolvimento de todas essas atividades do processo de trabalho dentro da central tem que visar sempre o alcance de uma tecnologia nova, em que o conhecimento faça com que o enfermeiro se destaque nesta posição [...] é a aplicação de novas tecnologias. É porque aí o processo pode ser modificado com a aplicação de novas tecnologias (E^{GF}6).

Essa fala instigou o grupo a perceber a importância de buscar novos caminhos, de encontrar novos horizontes que venham identificar o trabalho da enfermeira na CME e, concomitantemente, justificar sua existência no futuro. O sujeito acredita que a busca, o aprimoramento e a aplicação de novas tecnologias possam modificar o processo de trabalho da enfermeira e, para tanto, precisa utilizar seu conhecimento, um conhecimento que a destaque na posição que assume dentro do setor.

Para facilitar a sua visualização, elaborei um diagrama (Figura 1) que representasse esses elementos.

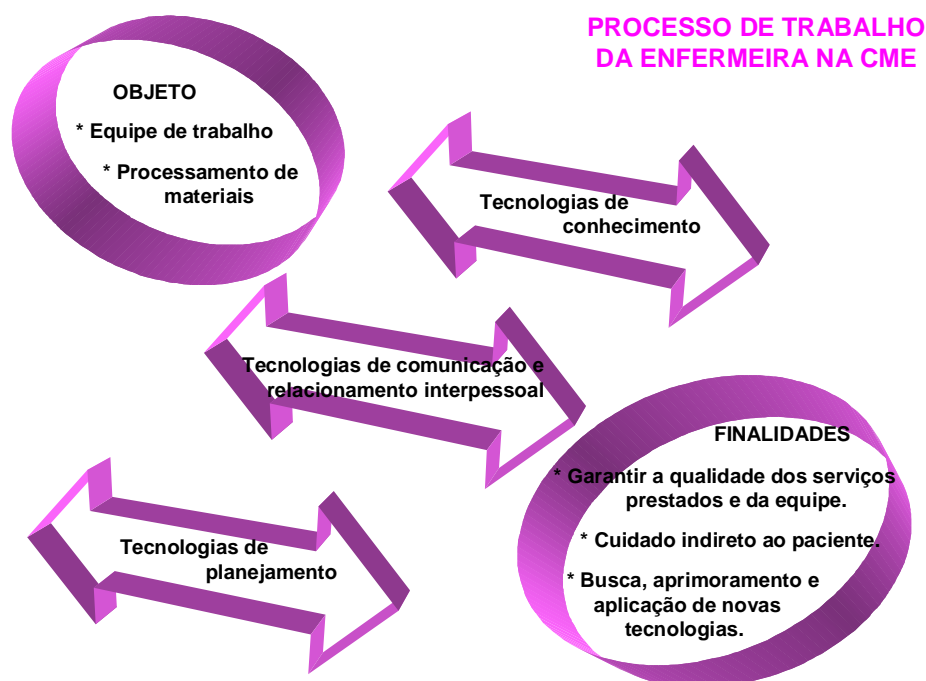


Figura 1 – Perspectiva grupal do processo de trabalho da enfermeira da CME

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A relevância do estudo foi percebida na complexidade do tema, no referencial teórico, na profundidade da discussão proporcionada pelo grupo focal e nos dados analisados. A construção do caminho metodológico forneceu um eixo norteador, um rumo em direção aos objetivos pretendidos e, em relação à seleção da amostra, a opção por enfermeiras com experiência superior a um ano em CME que estavam atuando, haviam atuado no setor ou eram docentes de disciplinas relativas a CME e CC foram considerados critérios importantes à temática. Esses aspectos contribuíram com o desenvolvimento do grupo focal — interação e discussão de experiências e vivências — e pelo enfoque da discussão pretendida.

A escolha dos locais esteve fundamentada na seleção de diferentes campos de atuação da enfermeira na área de CME, além da intenção de obter discursos que a representassem na cidade de Curitiba – PR. Assim, as CME's pertenciam a clínicas especializadas, hospitais de atendimento cirúrgico, ambulatorial e clínico, hospitais universitários, e além delas, havia empresas de esterilização e instituições de ensino, situação que refletiu discussões abrangentes e várias perspectivas ao processo de trabalho.

As dúvidas e mudanças de opinião da abordagem individual para a grupal, a respeito do objeto e finalidade do trabalho da enfermeira, por parte dos sujeitos, relacionou-se às peculiaridades do setor e às atividades desenvolvidas no seu interior, as quais promovem complexidade ao trabalho. Além disso, saliento a percepção de mais de um objeto e finalidade ao trabalho que desenvolvem, e a compreensão de que os detalhes mencionados contribuíram para a diversidade, riqueza e aprofundamento dos dados.

Assim, a análise dos dados, desenvolvida à luz do referencial teórico, permitiu a identificação de aspectos relevantes à temática na formação de categorias elaboradas à percepção individual e grupal. No enfoque individual, quatro categorias foram desveladas: a caracterização dos objetos de trabalho da enfermeira na CME; instrumentos necessários para o desenvolvimento do trabalho da enfermeira na CME; a enfermeira da CME e a definição da finalidade do seu trabalho; determinantes/condicionantes do processo de trabalho da enfermeira na CME. A

percepção grupal a categoria foi: o processo de trabalho da enfermeira da CME no grupo focal.

A partir da análise dos dados, os elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME puderam ser delineados e, neste momento, serão apresentados com destaque de alguns aspectos. Na seqüência, retrato dados relevantes a respeito dos determinantes/condicionantes do processo de trabalho.

Resgato que o trabalho na CME é teórico e prático e se mostra interdependente e complementar ao trabalho da saúde, sendo composto por um conjunto de elementos representados em seus objetos, instrumentos e finalidades. Esses elementos se articulam na medida que as enfermeiras atuam sobre determinados objetos por meio de tecnologias de Enfermagem que trarão resultados para finalidades propostas, sendo que sua aplicação depende das pessoas e das relações que estabelecem entre si e seus ambientes de trabalho. Nesse sentido, ao serem apreendidos e recriados pelas profissionais, os elementos foram adaptados às especificidades desse setor de atuação e, por isso, considerado como peculiar.

Assim, o processo de trabalho da enfermeira é percebido como um dos fios da teia do processo de trabalho em saúde, mas que apresenta particularidades apesar da conexão com ele. A complexidade do seu trabalho e a presença de dimensões práticas possibilita que a enfermeira desenvolva atividades em diversas organizações de saúde, nos setores que as compõem ou, ainda, em instituições de ensino e pesquisa, e um deles é a CME.

Em relação ao elemento objeto, as entrevistas individuais demonstraram a existência de quatro objetos ao processo de trabalho da enfermeira na CME: controle e qualidade do processamento de materiais; controle de infecção; excelência do cuidado; coordenação, supervisão e desenvolvimento de atividades em relação aos funcionários. Após as discussões, a percepção do grupo focal estabeleceu dois objetos: processamento de materiais e equipe de trabalho da CME.

A enfermeira atua sobre esses objetos e os transforma, porque emprega atividades relativas ao processamento dos materiais, e desenvolve ações educativas junto à equipe. Acredito que os elementos do processo de trabalho devam ser compatíveis com as especificidades de sua prática e que se relacionam as suas ações cotidianas.

Assim, enfatizo que a apreensão dos materiais pela enfermeira como objetos de seu trabalho também foi percebida nas pesquisas de Delgado (2000), Bartolomei

(2003) e Possari (2003). Destaco, porém, que as funções desta profissional na CME a conduzem a atividades técnicas-administrativas, de coordenação do setor e da equipe, segundo a SOBECC (2005). Além disso, a profissão lhe conferiu a possibilidade de atuar no âmbito das dimensões do cuidado, gerência, ensino e pesquisa, de modo articulado ou não.

Entendo que em seu cotidiano na CME, a enfermeira, por vezes, articule a gerência a essas outras dimensões, o que depende da atividade a ser desenvolvida. Essas afirmações possibilitam a percepção de mais um objeto ao seu processo de trabalho que, nesse estudo, apreendo como: materiais ou artigos odonto-médico-hospitalares e a equipe de trabalho da CME.

No que diz respeito ao elemento instrumento, considerado nesse estudo como tecnologia de Enfermagem das entrevistas individual, manifestaram-se inúmeras possibilidades, as quais foram agrupadas nas dimensões práticas do trabalho da enfermeira de gerenciar, cuidar, ensinar e pesquisar. A dimensão prática “gerenciar” compreendeu tecnologias de Enfermagem de planejamento/organização, observação/percepção; supervisão e coordenação; dimensionamento de pessoal; documentação das atividades; tomada de decisão; provisão e previsão de recursos materiais, humanos e físicos; auditoria; análise; liderança.

Na dimensão “cuidar” as tecnologias foram: comunicação; envolvimento/trabalho em equipe. Para a dimensão “ensinar” foram contempladas as tecnologias: educação continuada e em serviço à sua própria formação; educação em serviço e continuada direcionada aos seus funcionários; enquanto para a dimensão “pesquisar”, encontrou-se a pesquisa.

Por sua vez, o grupo focal optou por agrupar as tecnologias em três grandes temas: planejamento, comunicação/relacionamento interpessoal e conhecimento. Mesmo constituindo-se apenas três grupos, as dimensões práticas da atuação da enfermeira foram contempladas, uma vez que a comunicação/relacionamento interpessoal podem compor as dimensões “cuidar”, “ensinar” e/ou “gerenciar”. O planejamento encontra-se na dimensão “gerenciar” e o conhecimento nas dimensões “ensinar” e/ou “pesquisar”.

A meu ver, os instrumentos do processo de trabalho da enfermeira na CME, mencionados pelos participantes, são importantes. Entretanto, destaco que os sujeitos deixaram de contemplar, em sua fala, várias outras tecnologias, pois é sabido que o processo de trabalho demanda a utilização de inúmeras tecnologias

gerenciais, cuidado, ensino e pesquisa que viabilizam a realização efetiva das atribuições desta prática de Enfermagem na CME. Além disso, em relação a algumas atividades, posso inferir a respeito de sua incompreensão e utilização de forma empírica, não relacionada à utilização de referências teóricas, comprometendo sua efetividade.

Ao recorrer a referências bibliográficas a respeito dos instrumentos de trabalho das enfermeiras, de modo geral, foram encontradas outras tecnologias possíveis de serem aplicadas na CME. Referente às tecnologias gerenciais acrescento: missão e filosofia organizacional e filosofia de Enfermagem e da unidade de trabalho; estrutura ou quadro organizacional; autoridade, poder e estratégia política; modelos profissionais estratégicos de organização de atividades; planejamento fiscal e de mudanças; estratégias de potencialização de motivação; aporte teórico e metodologias à tomada de decisão e dimensionamento de pessoal; seleção, recrutamento e satisfação de necessidades de socialização de recursos humanos; utilização de sistemas de informação; indicadores e padrões de controle e avaliação de qualidade; habilidades de liderança; princípios éticos e fontes legais ao exercício profissional — regimentos, estatutos, etc— dentre outras (KURCGANT, 1991; BORK, 2003; MARQUIS; HUSTON, 2005).

Em relação às tecnologias de cuidado, a destreza manual, habilidade psicomotora e o método científico — modelo ou processo sistemático para o cuidar — são exemplos de tecnologias a serem agregadas (CIANCIARULLO, 1996). Para as tecnologias de ensino e pesquisa, adiciono a pesquisa propriamente dita, a publicação de artigos e a participação em grupos de pesquisa.

Mesmo consultando referências bibliográficas na intenção de acrescentar tecnologias não referidas pelos sujeitos desse estudo, reconheço a limitação de englobar todas as existentes nas quatro dimensões práticas da enfermeira da CME — gerenciar, cuidar, ensinar e pesquisar, pois na medida que surgem novos equipamentos e materiais na CME, concomitantemente, novas demandas e necessidades de tecnologias são evidenciadas, e esse é um processo contínuo de transformação.

Recordo que as tecnologias de Enfermagem utilizadas pelas enfermeiras da CME abrangem os três tipos definidos por Merhy (1997): leve, leve-duras e duras, as quais também foram classificadas como de equipamentos e atividades humanas ou profissionais, de acordo com o referencial de Meier (2004). Ambas aparecem como

instrumentos do processo de trabalho e cada uma delas é importante ao alcance das finalidades de seu trabalho, sendo que sua escolha e aplicação dependerão da ação desenvolvida.

No que se refere ao elemento finalidade, nas entrevistas foi definida como: garantir a qualidade do serviço prestado e da equipe e controlar o gerenciamento de custos. Após as reflexões no grupo focal, os sujeitos perceberam três finalidades do seu trabalho na CME: garantir a qualidade dos serviços prestados e da equipe; cuidado indireto ao paciente; busca, aprimoramento e aplicação de novas tecnologias.

Ao refletir a respeito desse elemento, percebo uma proximidade nos dados da entrevista e do grupo focal, bem como um acréscimo importante referente ao cuidado e à tecnologia. Ao compreender que as finalidades dependem dos objetos apreendidos e das tecnologias escolhidas e aplicadas às ações de trabalho, concebo que o processo de trabalho da enfermeira da CME objetiva: qualidade do serviço e da equipe ao cuidado indireto ao paciente.

Porém, quanto às finalidades propostas pelos sujeitos no grupo focal, enfatizo a percepção do grupo de que seu trabalho se reflete em algo maior, pois atinge o paciente — por meio do cuidado indireto — e, além disso, identificam a necessidade de apreenderem e aplicarem novas tecnologias para proporcionarem crescimento e destaque ao seu processo de trabalho e, com isso, qualificar o cuidado de Enfermagem. Isto posto, ressalto que o estudo também permitiu a identificação de questões referentes ao contexto do processo de trabalho da enfermeira na CME, nos seus determinantes/ condicionantes, indicadores causais da maneira de ser, estar e fazer da Enfermagem.

Possibilitou reunir aspectos apontados no referencial teórico desse estudo, que dizem respeito às influências do contexto social, histórico, político, econômico e cultural do qual a Enfermagem e seu processo de trabalho fazem parte. A categoria referente aos determinantes/condicionantes representa uma etapa importante desse estudo, pois revelou a responsabilidade, compromisso e valorização profissional, bem como motivação e incentivo no trabalho da CME. Apesar da abordagem dos sujeitos a respeito destes aspectos ser restrita pela ausência de evidências em seus discursos, percebo o surgimento de determinantes/condicionantes, principalmente econômicos e políticos, nas falas referentes à qualidade, ao controle de custos, à absorção de equipamentos e materiais e incorporação de modelos gerenciais.

Na CME, a qualidade do atendimento a saúde se mostra visível na incorporação e inovação de materiais e equipamentos sofisticados com o objetivo de garantir segurança ao processamento de materiais com o mínimo de tempo e desperdícios possíveis. Um exemplo desta inovação está no desenvolvimento de embalagens de artigos que, atualmente, incluem o tecido não-tecido, tyvek, sistemas de “containers”, papel crepado, dentre outros, que promovem menor violação do conteúdo do pacote, fornecem barreira contra líquidos e são mais resistentes e compatíveis com diversos tipos de processos de esterilização (SOBECC, 2005).

Outro exemplo está nas autoclaves que não esterilizam mais somente a vapor saturado sob pressão ou por gás óxido de etileno, mas vêm apresentando possibilidades de utilização de outras substâncias químicas à esterilização, tais como o formaldeído e, até mesmo, plasma de peróxido de hidrogênio, os quais esterilizam a baixas temperaturas. Ao processo de esterilização, adicionam-se novidades de controle e validação que acontecem por meio de indicadores, e controles de diferentes tipos e finalidades que objetivam registrar, confirmar e garantir a esterilização dos materiais. Dentre eles estão os indicadores químicos que atualmente têm a capacidade de avaliar múltiplos parâmetros de esterilização e os microbiológicos, que permitem realizar a leitura de crescimento bacteriano em um período de 48 horas e, dependendo do objetivo, até inferior (SOBECC, 2005).

Tais inovações se originam da incorporação, pelas organizações de saúde, de programas de qualidade e indicadores de desempenho, tais como os de Acreditação Hospitalar do Ministério da Saúde, que avalia os serviços de saúde oferecidos pelas instituições. Além disso, a enfermeira da CME deve estar atenta às resoluções, normatizações, princípios gerais e recomendações ao processamento e reprocessamento de materiais que são elaboradas e divulgadas por órgãos nacionais e internacionais e sociedades, dentre as quais estão, principalmente, a SOBECC, a ANVISA e o Ministério da Saúde (órgãos e entidades nacionais) e a AORN e o CDC (órgãos e entidades internacionais)²².

²². AORN significa Association of Operating Room Nurses (Associação de enfermeiras de salas operatórias) e CDC corresponde a Center Disease Control (Centro de Controle de Doenças). Juntamente com a SOBECC e a ANVISA, estas entidades contribuem com a área de CME na divulgação de princípios gerais, recomendações e normatizações ao processamento de materiais, estrutura física e funcionamento do setor, bem como à definição de funções a equipe do setor.

O motivo da incorporação desses programas retrata o mercado de trabalho da atualidade, que concentra características que determinam modelos de terceirização de serviços, produção de bens e serviços com vistas à qualidade e excelência de seus produtos, considerando as relações custo x benefício e produção x lucratividade, que impulsionam à competitividade, à qualificação dos trabalhadores e das organizações.

A apresentação de algumas inovações e incorporações relativas a materiais, equipamentos e ferramentas de suporte à gestão da qualidade nos parágrafos anteriores, é exemplo de determinantes/condicionantes que circundam o processo de trabalho da enfermeira na atualidade, juntamente com as políticas de saúde que direcionam sua prática.

Nesse contexto, o processo de trabalho da saúde e, conseqüentemente, das profissões que o compõe, são influenciados por determinantes/condicionantes sociais, econômicos, culturais, políticos, científicos e tecnológicos ao longo da história, como reflexos do tempo que delimitam caminhos a serem seguidos pelos profissionais. Estes caminhos surgem da necessidade de responder as demandas da velocidade da incorporação de equipamentos, materiais, conhecimentos que, por sua vez, exigem qualidade e promovem competitividade às organizações de saúde (TRONCHIN; MELLEIRO; TAKAHASHI, 2005).

Sob este ponto de vista, o cotidiano da enfermeira exige dela um conjunto de conhecimentos empíricos, científicos e tecnológicos para acompanhar inovações que modelam as organizações de saúde e, conseqüentemente, atingem seu processo de trabalho, determinando sua forma de ser, pensar e agir no trabalho. No sistema competitivo das organizações prestadoras de serviços de saúde, destaca-se aquela que inova seus serviços e qualifica seus profissionais.

Assim, o retrato destas incorporações na produção de bens e serviços, associado às mudanças na conjuntura das políticas e práticas de saúde, atinge a CME que vem desenvolvendo especificidades ao seu processo de trabalho e delimitando seu espaço nas organizações de saúde. Como conseqüência, apesar da existência de CME's agregadas ao bloco cirúrgico, em muitas organizações ela se apresenta como um setor à parte, independente e específico, além de poder configurar-se como empresa terceirizada, desvinculada de uma instituição de saúde.

À enfermeira, coube a apropriação do processo de trabalho desse setor que a direcionou ao desenvolvimento de atividades específicas e privativas na CME

(SILVA; BIANCHI, 2003; POSSARI, 2004). Porém, destaco que a amostra desse estudo contemplou que essas profissionais assumem a dupla responsabilidade de atuarem na CME e no CC.

Dessa maneira, em seu cotidiano, a enfermeira busca alternativas para conseguir desenvolver múltiplas funções em sua jornada de trabalho e, assim, utiliza e avalia tecnologias que estão ao seu dispor para qualificar os cuidados de Enfermagem, mas sem relegar necessidades econômicas e políticas da organização para a qual presta seus serviços profissionais. Percebo que relação da profissional com a organização de saúde em que trabalha vai, também, ao encontro dos interesses da instituição e do sistema econômico, aspecto evidente no enfoque da qualidade e controle de custos.

As questões relativas à produtividade e controle de custos, associada à competitividade, são reflexos do contexto no qual as organizações detentoras dos meios de produção e seus trabalhadores estão postos. Representam, portanto, questões que determinam o modo de saber-fazer das profissionais e as condicionam a ações que influenciam e definem a imagem de sua profissão.

Desse modo, a trajetória percorrida proporcionou o encontro de conexões entre o processo de trabalho da enfermeira na CME, o processo de trabalho da saúde e alguns determinantes/condicionantes do contexto em que ambos se encontram. Isto me fez pensar em uma possível relação entre a temática desse estudo e concepções da teoria dos sistemas como é apresentada por Capra (1982).

A teoria dos sistemas se concentra em princípios de organização e envolve todos os seres vivos, os sistemas sociais e os ecossistemas. Ela observa os sistemas vivos como um todo, interdependente uns dos outros, não vivendo sozinhos. Para essa teoria, um ser humano realiza trocas com o mundo ao seu redor: com a atmosfera, com a terra, com a água, com a sociedade, ou seja, percebe a sua vida conectada ao mundo em que vive.

Ao perceber o ser humano como um sistema de trocas, concebo-o como um membro de um sistema vivo maior, pois desenvolve uma abundância de trocas com outros sistemas, pessoas, mundos por meio da comunicação, da cultura, do consumo de coisas, das empresas, seus serviços e produtos, da ciência, das profissões, do trabalho, do conhecimento. Assim, todos os seres humanos, de um jeito ou de outro, convivem numa relação de interdependência e este fato determina a existência de uma teia de relações.

A observação da existência de uma conexão entre a teoria dos sistemas e o processo de trabalho da enfermeira na CME permitiu compreendê-lo, analogicamente, como uma teia tecida por fios interdependentes. Essa perspectiva é representada no formato de um diagrama a seguir (Figura 2).

Destaco que a construção desse diagrama almeja ir além do proposto pelos sujeitos dessa pesquisa, no sentido de apresentar as conexões que os elementos do seu processo de trabalho na CME estabelecem com o processo de trabalho em saúde e com determinantes/condicionantes do contexto social, histórico, econômico e político, a partir dos dados encontrados e da revisão de literatura realizada. Dessa forma, o diagrama demonstra fios que se encontram e que tecem o processo de trabalho da enfermeira na CME, e estes estão representados no espiral central, nas setas laterais e nos círculos e setas bidirecionais vazadas.

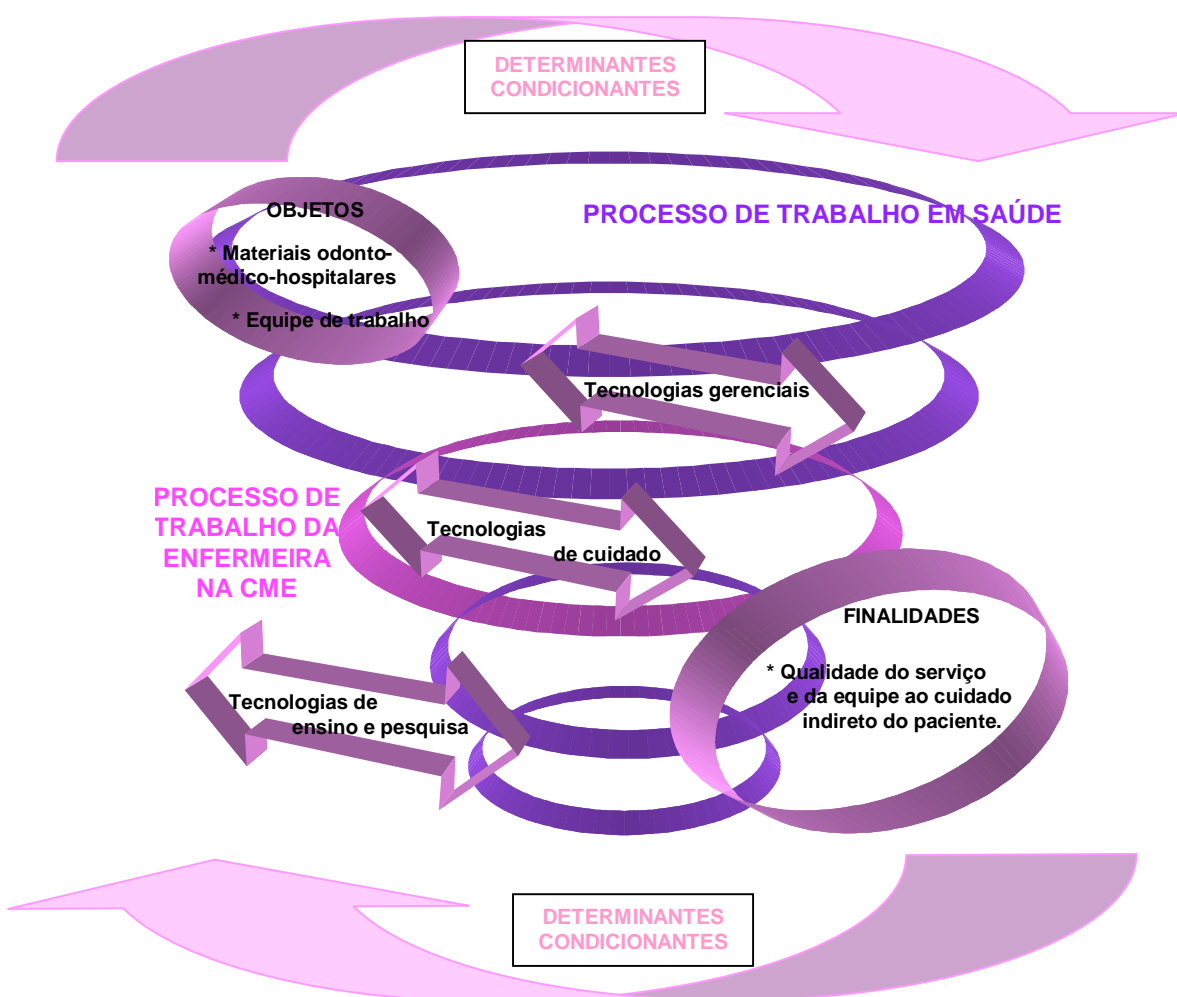


Figura 2 – Uma adaptação aos elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME a partir da percepção dos sujeitos.

O primeiro fio está nas setas, que reproduzem os determinantes/condicionantes do contexto social em que os processos de trabalho da enfermeira e da saúde estão inseridos; posicionam-se na porção superior e inferior do diagrama para representarem o ciclo que traduz a contínua e dinâmica influência sobre estes processos. O espiral é o segundo fio e representa o processo de trabalho em saúde e seu movimento dinâmico; preenche a porção central do diagrama, entendendo que ele é a base do processo de trabalho da enfermeira, pois dele faz parte, dele se apropriou e o recriou para seu trabalho e, assim, ambos são interdependentes e complementares. A partir disso, compreendo que mudanças no processo de trabalho em saúde refletirão, conseqüentemente, no trabalho da enfermeira.

O terceiro fio está nos círculos e setas bidirecionais vazadas, que apresentam os elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME e estão no centro do diagrama versam a respeito do processo de trabalho em saúde, por constituírem-se o enfoque desse estudo.

A partir do exposto, o estudo permitiu uma percepção pessoal dos elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME, por meio de uma adaptação a estes, na intenção de, a partir dos dados coletados, ir além da conexão desses com a revisão de literatura. **Os objetos são os materiais ou artigos odonto-médico-hospitalares e a equipe de trabalho.** Os instrumentos foram agrupados em: tecnologias gerenciais, de cuidado e de ensino e pesquisa.

Tendo em vista a definição de objeto, algo a ser transformado, modificado no processo de trabalho por meio de intervenções conscientes daquele que transforma, considero pertinente manter apenas materiais ao invés de processamento de materiais como explicitado pelos sujeitos na percepção grupal, entendendo que os materiais são transformados por meio de processamento e reprocessamento, que se refere à limpeza, desinfecção, acondicionamento e esterilização.

Nas **tecnologias gerenciais** estão: **missão e filosofia organizacional e filosofia de Enfermagem e da unidade de trabalho; estrutura ou quadro organizacional; autoridade, poder e estratégia política; habilidades de liderança; observação e percepção; modelos profissionais estratégicos de organização de atividades; planejamento fiscal e de mudanças; estratégias de potencialização de motivação; aporte teórico e metodologias à tomada de decisão e dimensionamento de pessoal; seleção, recrutamento e satisfação de necessidades de socialização de recursos humanos; utilização de sistemas de**

informação; indicadores e padrões de controle e avaliação de qualidade; documentação de Enfermagem; provisão e previsão de recursos materiais, físicos e ambientais; auditoria; análise; princípios éticos e fontes legais ao exercício profissional (regimentos, estatutos, etc) dentre outras.

As tecnologias de cuidado são: comunicação; envolvimento e trabalho em equipe; destreza manual; habilidade psicomotora; método científico — modelo ou processo sistemático para o cuidar. As tecnologias de ensino e pesquisa são: educação continuada e em serviço à sua própria formação; educação em serviço e continuada direcionada aos seus funcionários; estratégias pedagógicas de ensino; pesquisa; divulgação de conhecimentos produzidos; grupos de estudos e pesquisa.

Por sua vez, a **finalidade** está na **qualidade do serviço e da equipe ao cuidado indireto do paciente**. Ao definir uma finalidade para o processo de trabalho da enfermeira da CME a partir da percepção dos sujeitos no grupo focal, considerei que a busca, aprimoramento e aplicação de tecnologias, mencionada por eles, encontra-se implícita na definição dos pilares da qualidade propostos Avedis Donabedian, dentre os quais estão o da eficácia e efetividade. A apreensão e aplicação de tecnologias, bem como seu aprimoramento, são percebidas como estratégias à um trabalho eficiente e efetivo.

Dessa maneira, a teia do processo de trabalho da enfermeira da CME é formada por um conjunto de fios dependentes que se cruzam. Nessa teia, a enfermeira tem possibilidade de atuar em diferentes dimensões práticas: “gerenciar”, “cuidar”, “ensinar” e “pesquisar” que se articulam e que necessitam de ligações com o trabalho de outros profissionais de saúde, da Enfermagem e pacientes. A partir disso, visualizo essa profissional como gerente, educadora, pesquisadora e, por vezes, cuidadora da CME. Esta perspectiva favorece a apresentação de alguns aspectos encontrados nas falas dos sujeitos desse estudo que considero pertinentes e importantes a serem sobressaídos.

A respeito das funções desempenhadas pela enfermeira na CME, ao serem pesquisadas nas literaturas, revelaram que as competências exigidas a esta profissional circundam na administração do setor, no desenvolvimento de atividades técnico-assistenciais e na administração de recursos humanos (SOBECC, 2005). No entanto, os dados demonstraram novas possibilidades à sua atuação.

Eles apontam uma proposta de modificação às três subdivisões das funções da enfermeira propostas pela SOBECC (2005), e esta vai ao encontro das quatro dimensões práticas do trabalho da enfermeira, pontuadas anteriormente. O grupo focal indicou que essa profissional direciona suas funções ao planejamento, a comunicação, ao conhecimento e ao relacionamento interpessoal com a equipe da CME, com outros setores e equipes da organização de saúde e, por vezes, com os pacientes. As atividades de relacionamento interpessoal com outros setores e com o paciente são sugeridas em forma de visitas, orientações e marketing do trabalho desenvolvido no setor.

Para tanto, a enfermeira necessita somar à estrutura física da CME e aos equipamentos e materiais que a contemplam, um conjunto de saberes estruturados que venha lhe conferir competência à responsabilização pelo setor. Hunter (2004), ao se referir à competência, relaciona a articulação de conhecimento, habilidade e atitude. Nesse entendimento, a competência é utilizada para empregar diferentes e numerosas tecnologias de Enfermagem sobre os seus objetos de trabalho no intuito de transformá-los e, assim, alcançar as finalidades desse trabalho.

A questão possibilita a retomada de um ponto elencado no decorrer desse estudo, que diz respeito à permanência da enfermeira como profissional responsável pela CME. Destaco que nas falas dos sujeitos, além da confirmação de ser a profissional preparada para assumir o processo de trabalho da CME, sugeriram que essa responsabilidade pudesse ser compartilhada com mais uma enfermeira, com o objetivo de qualificar o trabalho.

Para essa questão, ressalto que no decorrer da apresentação do referencial teórico, alguns autores defendem a coordenação da CME como competência da enfermeira foram apresentados, tais como Silva e Bianchi (2003) e Tonelli e Lacerda (2005). As autoras justificam seu posicionamento reafirmando que as competências e a formação a ajustam à responsabilidade desse setor. Além disso, historicamente esta profissional assume a responsabilidade pela equipe de Enfermagem e pela organização e direção do ambiente de trabalho dessa equipe o que, aliás, lhe é assegurado pela lei do seu exercício da profissão (COFEN, 1987).

A partir do exposto, concordo com as autoras mencionadas e acrescento que a exclusividade da enfermeira no setor se firma no conhecimento detalhado do contexto das ações de cuidado de Enfermagem, na capacidade de visualizar as necessidades das outras enfermeiras que desenvolverão essas ações ao paciente e

as necessidades de outros profissionais de saúde que utilizam os produtos da CME, e isso lhe confere peculiaridades fundamentais à coordenação desse setor. Por conseguinte, para outro profissional que não apresenta tais conhecimentos como, por exemplo, um administrador, esta visão pode mostrar-se comprometida ou reduzida.

Desse modo, a profissional necessita refletir o seu processo de trabalho, compreender a repercussão de suas ações e, a partir disso, demonstrar conhecimento, atitude e habilidade — a meu ver, requisitos básicos à valorização profissional e sua permanência no setor. Ao reconhecer a importância de seu processo de trabalho, a enfermeira emprega ações competentes e valoriza sua profissão e, assim, perceberá a si mesma e se fará perceber, na repercussão positiva de seu trabalho.

Na CME a enfermeira tem a possibilidade de desenvolver um processo de trabalho com elementos específicos, que configuram uma maneira peculiar, diferente de atuação profissional. Os dados mostram que, além da gerência, ensino e pesquisa, desenvolve um cuidado indireto, uma questão que, aliás, foi apontada e discutida nesse estudo. Em relação ao cuidado na CME, ele se refere à preocupação, responsabilidade e compromisso sentidos pela enfermeira diante do processamento dos materiais adicionado à percepção de uma co-responsabilidade na ocorrência de uma possível infecção hospitalar. Dessa maneira, o cuidado desenvolvido pela CME constitui-se como um meio, um instrumento ao cuidado direto ao paciente.

A respeito disso, visualizo nas tecnologias de Enfermagem novas possibilidades à enfermeira da CME, como alternativas à melhoria de sua prática, na medida que as aplique de maneira condizente as necessidades de seu ambiente de trabalho. Essas possibilidades estão na criação de novas tecnologias de Enfermagem, na apropriação adequada das que já existem, além da apropriação dos espaços de trabalho existentes, os quais são campos riquíssimos de atuação. Acredito nas palavras de Gonçalves (1994), quando diz que o processo de trabalho é uma maneira do ser humano se sociabilizar, de construir sua história e neste processo, cada tecnologia é um grão que contém determinações do passado e, ao mesmo tempo, construções do futuro.

Nesse sentido, a comunicação e o envolvimento/ trabalho em equipe representam um dos grãos aos quais Gonçalves (1994) se refere na citação

apresentada anteriormente. Referem-se à percepção da enfermeira e da equipe de Enfermagem da CME como um processo de trabalho que está conectado a outros processos e outras equipes de saúde. Ao perceber e vivenciar o trabalho em equipe, a profissional divulga o seu trabalho, por meio do relacionamento interpessoal setor-setor, profissionais-profissionais e, porque não, profissionais-pacientes.

Recordo que o trabalho dos profissionais de saúde apresenta peculiaridades que estão no seu caráter coletivo, no serviço feito e fornecido as pessoas e por fundamentar-se na relação entre as pessoas que consomem e que prestam os serviços de saúde (SCHWARTZ; NOGUEIRA, 2002)

A partir disso, questiono-me se tais percepções reveladas nesse estudo não fortaleçam a importância da existência da CME e lhe conotem um novo rumo em um futuro próximo? Concordo que a partir do momento que a enfermeira perceber, compreender e definir o sentido de seu trabalho poderá determinar uma identidade à profissão. E, para tanto, faz-se necessário o desenvolvimento e uso de novas e antigas tecnologias que possam caracterizar o trabalho peculiar da enfermeira na CME.

A observação, apreensão e aplicação de novas tecnologias de Enfermagem pela enfermeira em seu processo de trabalho, caracterizam e representam o desejo de mudanças do qual Bellato e Pereira (2003) falam, que necessita ser sonhado e realizado.

Acredito que a enfermeira sonhe e também realize mudanças em seus ambientes de trabalho, porém estas se mostram escondidas atrás dos seus predicados e estereótipos de ser mulher e da profissão, que lhe associam a ausências disso ou daquilo, incapacidades para essa ou aquela atividade, limitações para fazer ou ser dentro dos seus espaços de trabalho. Diante disso, refaço a pergunta feita por Bellato e Pereira (2003, p.63) às enfermeiras que atuam em diferentes e ricos cenários de trabalho, dentre as quais me incluo: “[...] Por que trabalhamos tanto para evidenciar o que nos falta e tão pouco para mostrar o que já temos?”

É imprescindível que novos olhares sejam lançados aos espaços de trabalho da enfermeira, para que observe peculiaridades, descubra e reflita os elementos que compõem o seu processo de trabalho, a fim de repensar e reconhecer a possibilidade de articular cuidado, gerência, ensino e pesquisa em suas práticas.

Visualizo novos caminhos ao trabalho da enfermeira na CME, pois possui tecnologias suficientes para encontrá-los e percorrê-los, se assim o desejar e tiver apoio para tanto, e esta visão é clareada por um motivo que considero peculiar à sua prática:

Como resultante da imbricação do seu trabalho com todos os demais setores da instituição de saúde, a enfermeira tece algo semelhante a uma teia relacional que lhe permite uma movimentação pelos 'interstícios' da instituição o que lhe confere um conhecimento profundo da dinâmica que aí se desenvolve (BELLATO; PEREIRA, 2003, p.65).

Dessa maneira, conhecer implica desvelar um conceito novo a respeito de algum fenômeno ou objeto apreendido em determinado momento, e esse conhecimento não nasce do vazio, ele advém de experiências acumuladas, de concepções teóricas consideradas científicas e do desejo de conhecer. Inúmeros seres na natureza aprendem e adquirem habilidades por meio de seu trabalho e das relações que mantêm com o ambiente em que vivem, com vistas à sua sobrevivência. O mesmo faz o homem, mas o que então o diferencia dos outros seres presentes na natureza? Diria que a possibilidade de criar, transformar, aplicar, registrar e, principalmente, compartilhar o conhecimento absorvido a partir das atividades de seu trabalho e das habilidades que adquire ao longo de seu processo de viver e morrer.

A abordagem da teoria dos sistemas, ou das relações dos seres vivos, abre caminho ao encontro do primeiro passo a ser dado pelas profissionais que desejam um novo rumo ou imagem ao processo de trabalho da enfermeira da CME: o da percepção dos elementos de seu processo de trabalho e da sua conexão com outros processos, pessoas e com o mundo.

Mas para que tudo isso? Onde esta reflexão a respeito do homem, dos seres vivos e de suas relações se encaixa no processo de trabalho da enfermeira na CME? Encaixa-se na percepção da grande teia que se forma no trabalho, que tem como um de seus fios o contexto em que está inserida — nos determinantes/condicionantes do processo de trabalho em saúde e Enfermagem —, como outro fio a interdependência com o processo de trabalho em saúde e com os profissionais que dele fazem parte, e outro na existência de dimensões práticas ao seu trabalho. Ao perceber e compreender os fios que tecem a teia de seu processo de trabalho, a

enfermeira da CME passará a entender que suas ações, em algum momento e lugar neste mundo, irão, de alguma maneira, atingir o todo e promover mudanças à imagem e valorização da CME e das profissionais que nela atuam.

Acredito que o estudo possa contribuir não somente ao processo de trabalho da enfermeira de CME, mas também ao processo de trabalho da Enfermagem e ao rumo da profissão por meio da discussão da temática na comunidade científica.

Os conflitos, a ambigüidade e a dubiedade observados nos discursos e nas expressões das enfermeiras, durante o processo de coleta de dados, comprovaram a existência de reflexões e aprofundamento em torno da definição dos elementos do processo de trabalho da enfermeira na CME. Nesse sentido, a pesquisa me fez perceber e confirmar a indiscutível necessidade de saber por que, como, para quem, com quem e onde desempenho a Enfermagem.

Porém, tendo em vista que esse estudo trata do ponto de vista de um grupo de enfermeiras, é importante destacar a necessidade de novas pesquisas acerca do processo de trabalho, não somente na CME, mas em qualquer setor de saúde suas práticas são desenvolvidas. Além disso, é preciso mais estudos a respeito da utilização de tecnologias pela Enfermagem, no sentido de identificar se realmente vêm sendo utilizadas na perspectiva científica.

Acredito que este é o momento de me libertar das amarras que me prendem, pois desejo tecer teias de relações em meu ambiente e processo de trabalho. Olho adiante com outras lentes, com o objetivo de perceber detalhes obscuros até então, para visualizar novas cores e dimensões à minha prática e assim, buscar alternativas à situação imposta por determinantes e condicionantes políticos e econômicos que se refletem no mercado de trabalho.

A opção pelo caminho oposto ao descrito acima põe em xeque a permanência e existência de uma estrutura de CME no interior das organizações de saúde e, conseqüentemente, à manutenção de seus funcionários e processo de trabalho. Diante disso, qual o caminho que devo escolher, afinal, dentre as opções que tenho: da estática ou da transformação? Eu escolho o da transformação, por isso decidi tomar por objeto de estudo a reflexão de meu processo de trabalho como enfermeira de CME para, ao mesmo tempo, instigar minhas colegas enfermeiras que desejam novas imagens e que necessitam, para isso, de novas lentes.

REFERÊNCIAS

ABREU, L.O. et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.2, p.203-7, mar./abri. 2005.

ALVES, D.B. **Mercado e condições de trabalho da enfermagem**. Salvador: Central, 1987.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.

ARANHA, M.L.A.; MARTINS, M.H.P. **Filosofando: introdução à filosofia**. 3.ed. São Paulo: Moderna, 2003.

ARGENTA, I.M.; PIRES, D.E.P. Refletindo o processo de trabalho de enfermagem em um hospital público. **Rev Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v.9, n.2, p.288-297, mai./ago. 2000.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARTOLOMEI, S.R.T. **O processo de trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem**. São Paulo, 2003. 183 f. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003.

BATISTA, A.A.V.; et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, n.39, v.1, p.85-91, 2005.

BELLATO, R.; PEREIRA, W.R. As potencialidades da enfermeira na gestão do cuidado em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.56, n.1, p.61-66, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOSSO, D.; ANTONELLI, G.; FARIA, S.M.R. Educação: competência do enfermeiro supervisor. In: CUNHA, K.C. (org.) **Gerenciamento na enfermagem**: novas práticas e competências. São Paulo: Martinari, p. 11-28, 2005.

BÓRON, A.; GENTILI, P. (orgs.) **Pós-neoliberalismo**: as políticas sociais e o Estado Democrático. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

BRASIL. Portaria nº 2.616 de 12 de maio de 1998 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. **Dispõe sobre diretrizes e normas para a prevenção e controle das infecções hospitalares**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2616_98.htm>. Acesso em 08 fev. 2001.

BRASIL. RDC nº 370 de 14 de novembro de 2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde. **Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/legis.htm>>. Acesso em 10 mar. 2003.

BRASIL. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

CAPELLA, B.B. **Uma abordagem sócio-humanística para um “modo de fazer” o trabalho da enfermagem**. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina.

CAPELLA, B.B.; LEOPARDI, M.T. O ser humano e sua possibilidade no processo terapêutico. In: LEOPARDI, M.T. et al. **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, p.85-104, 1999.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARMO, P.S. **A ideologia do trabalho**. 14.ed. São Paulo: Moderna, 2005.

CARRARO, T.E. **Enfermagem e assistência**: resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB, 1997.

CARRARO, T.E. Enfermagem: de sua essência aos modelos de assistência. In: WESTPHALEN, M.E.A.; CARRARO, T.E. **Metodologias para a assistência de enfermagem**: teorização, modelos e subsídios para a prática. Goiânia: AB, p. 5-15, 2001.

CARVALHO, V. Cuidando, pesquisando e ensinando: acerca de significados e implicações da prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.12, n.5, p.806-15, set./out. 2004.

CASTILHO, V.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos materiais. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 157-170, 2005.

CASTILHO, V.; FUGULIN, M.T.; GAIDZINSKI, R.R. Gerenciamento de custos nos serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.171-183, 2005.

CASTILHOS, C.C. Inovação. In: CATTANI, A.D. **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, p. 165-169, 2002.

CECILIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.469-478, jul./set. 1997.

CESTARI, M.E. Padrões de conhecimento da enfermagem e suas implicações no ensino. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.24, n.1, p.34-42, abr. 2003.

CIAMPONE, M.H.T. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.) **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, p.191-206, 1991.

CIAMPONE, M.H.T.; KURCGANT, P. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 54-65, 2005.

CIAMPONE, M.H.T.; MELLEIRO, M.M. O planejamento e o processo decisório como instrumentos do processo de trabalho gerencial. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 37-53, 2005.

CIANCIARULLO, T.I. (org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

COLLIÈRE, M.F. Invisible care and invisible women as health care-providers. **International Journal of Nursing Studies** v.23, n.2, p.95-112, 1986.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Decreto n.94406 de 08 de junho de 1987. **Dispõe sobre o exercício profissional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem**. Conselho Regional de enfermagem. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/novoportal/section_int.asp?Print=True&infold=26&Edi ti> Acesso em 27 de abril. 2006.

CORNETTA, V.K. Recursos humanos em saúde: reflexões e desafios. In: CIANCIARULLO, T.I.; CORNETTA, V.K. **Saúde, desenvolvimento e globalização**: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, p. 321-336, 2002.

CRUZ, E.A.; SOARES, E. Prática de enfermagem na central de material e esterilização: uma abordagem estrutural das representações sociais. **Rev Enferm UERJ**, v.11, p.159-164, 2003.

_____; _____. Conhecimento produzido em central de material e esterilização: um estudo retrospectivo. **Rev Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.17, n.3, p.95-107, set./dez. 2002.

DAHER, D.V.; SANTO, F.H.E.; ESCUDEIRO, C.L. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes? **Rev Latino-am Enfermagem**. v.10, n.2, p.145-50, mar./abr. 2002.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisa na Enfermagem. **Rev Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25., jan.1999.

DEBUS, M. **Manual para exelencia em la investigación mediante grupos focales**. Washington: Academy for Educational Development, 1997.

DELGADO, L.H.R. **Central de material esterilizado: espaço de cuidar autêntico.** Belo Horizonte, 2000. 190 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Minas Gerais, 2000.

DE MASI, D. **O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial.** 6.ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2001.

DENSER, C.P.A.C. Indicadores: instrumento para a prática de enfermagem com qualidade. In: BORK, A.M.T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 97 -108, 2003.

DOMINGUES, T.A.M.; CHAVES, E.C. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.39, n.especial, p.580 – 8, 2005.

EGRY, E.Y. **Processos de trabalho e necessidades em saúde.** Curitiba, UFPR, ABEn, 14 mai. 2006. Palestra da Semana de Enfermagem. Curitiba: ABEn-PR, 2006.

ERMEL, R.C.; FRACOLLI, L.A. Processo de trabalho de gerência: uma revisão de literatura. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.37, n.2, p.89-96, 2003.

FARIA, E. M. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI. M.T. (org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-livros, p.121-149, 1999.

FARIA, J.H.de **Tecnologia e processo de trabalho.** Curitiba: Ed. da UFPR, 1997.

FELLI, V.E.A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 1-13, 2005.

FERNANDES, J.D. et al. Qualidade do gerenciamento como tecnologia do cuidar. **Rev Texto & Contexto**, Florianópolis, v.9, n.1, p.129-152, jan./abr. 2000.

FERNANDES, A.T.; FERNANDES, M.O.V.; FILHO, N.R. História do controle de infecção. In: In: FERNANDES, A.T. (org.) **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000.

FERNANDES, A.T.; FILHO, N.R.; BARROSO, E.A.R. Conceito, cadeia epidemiológica das infecções hospitalares e avaliação custo-benefício das medidas de controle. In: FERNANDES, A.T. (org.) **Infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERREIRA, A.B.H. **Minidicionário da língua portuguesa**. 10.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

FRACOLLI, L.A.; GRANJA, G.F. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.39, n.especial, p.597-602, 2005.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento de pessoal em enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.) **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, p.91-95, 1991.

GAIDZINSKI; R.R.; FUGULIN, F.M.T.; CASTILHO, V. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições de saúde. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 125-137, 2005.

GELBECKE, F.L. Qualidade de vida e organização do trabalho: questões relevantes para a enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I.; CORNETTA, V.K. **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, p.199-234, 2002.

GELBCKE, F.L.; REIBNITZ, K.S. Empregabilidade: perda ou reconquista da cidadania? In: CIANCIARULLO, T.I.; CORNETTA, V.K. **Saúde, desenvolvimento e globalização: um desafio para os gestores do terceiro milênio**. São Paulo: Ícone, p. 149-174, 2002.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GORDON, R. **A assustadora história da medicina**. 6.ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia**. São Paulo: Fundação Vanzolini, 2004.

HOUAISS, A. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

HUF, D.D. **A face oculta do cuidar: reflexões sobre a assistência espiritual da enfermagem**. Rio de Janeiro: Mondrian, 2002.

HUNTER, J.C. **O monge e o executivo: uma história sobre a essência da liderança**. 9. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.35, n.2, p.115-21, jun. 2001.

JUNIOR, A. B.; MATHEUS, M.C.C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T.I. (org.) **Instrumentos básicos para o cuidar: desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, p.61-74, 1996.

KIRCHHOF, A.L.C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF), v.56, n.6, p.669-673, 2003.

KITZINGER, J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, p.31-40, 2005.

LACERDA, R.L. Enfermagem: Uma maneira própria de ser, estar, pensar e fazer. **Rev. Bras. Enferm**. Brasília, v.51, n.2, p.207-216. abr./jun. 1998.

LACERDA, R.A. Critérios diagnósticos, classificação, formas de transmissão e cadeia epidemiológica das infecções hospitalares. In: LACERDA, R.A. **Controle de Infecção em Centro Cirúrgico: fatos, mitos e controvérsias**. São Paulo: Atheneu, p.25-38, 2003.

LAZZARATO, M.; NEGRI, A **Trabalho imaterial**: formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro:DP&A, 2001.

LEOPARDI, M.T. (org). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, 1999.

_____. A vida do trabalhador como centralidade no trabalho. In: LEOPARDI, M.T. (org). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-livros, p.49-56, 1999a.

_____. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: LEOPARDI, M.T. (org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, p.71-82, 1999b.

LEOPARDI, M.T.; GELBECKE, F.L.; RAMOS, F.R.S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Rev Texto & Contexto**, Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, jan./abril. 2001.

LIEDKE, E.R. Trabalho. In: CATTANI (org) **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, p. 341-345, 2002.

MACHADO, M.H. **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MACHADO, W.C.A. Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, p. 131-249, 2002.

MADUREIRA, V.S.F. Os saberes da enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.3, p.357-60, maio/jun. 2004.

MARCON, P.M. **O processo de tomada de decisão do enfermeiro no cenário administrativo**. Curitiba, 2006. 138 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2006.

MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.25, n.1, p.17-25, abril. 2004.

MARQUIS, B.L.; HUSTON, C.J. **Administração e liderança em enfermagem: teoria e prática**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MARTINS, M.A. **Manual de infecção hospitalar: epidemiologia, prevenção e controle**. 2.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo: Abril Cultural, 11.ed, 1987.

MASSAROLLO, M.C.K.B. Escalas de distribuição de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant, P. (coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, p.107-114, 1991.

MATHEUS, M.C.C.; FUGITA, R.M.I.; SÁ, A.C. Observação em enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade da assistência**. São Paulo: Atheneu, p. 5-24, 1996.

MATOS, E; PIRES, D. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. Florianópolis, 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina.

MEIER, M.J. **Tecnologia em enfermagem: desenvolvimento de um conceito**. Florianópolis, 2004. 216. Tese (Doutorado em Enfermagem), Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez Editora, 1986.

MENDES, I.A.C. et al. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.55, n.5, p.556-561, set./out. 2002.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C. de O. (org). **Inventando a mudança na saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, p. 117-160, 1997.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14.ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINATEL, V.F.; SIMÕES, R.O. Uma referencia necessária e sempre à mão – documentação de enfermagem. In: BORK, A.M.T. **Enfermagem de excelência: da visão à ação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MIZUSAKI, T.; POSSARI, J.F.; ARAÚJO, C.C. Avaliação dos custos referentes ao reprocessamento dos campos cirúrgicos simples feitos de 100% de algodão e aos campos descartáveis (não-tecido). **Rev SOBECC**, São Paulo, v.9, n.3, p.27-36, out./dez. 2004.

MOURA, M.L.P. A. **Enfermagem em centro de material e esterilização**. 7.ed. São Paulo: Editora Senac, 2004.

MORGAN, D.L. **Focus group research as qualitative research**. California: Sage Publications, 1997.

NETO, J.C.S.; LIBERAL, M.M.C. de. **A metamorfose do trabalho na era da globalização**. São Paulo: Arte Impressa, 2004.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M.A.D.S. Imagem da enfermeira: revisão de literatura. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.1, p.74-7, jan./fev. 2005.

NIETSCHE, E.A. et al. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.3, p.344-53, maio/jun., 2005.

NIETSCHE, E.A.; BACKES, V.M.S. A autonomia como um dos componentes básicas para o processo emancipatório do profissional enfermeiro. **Rev Texto & Contexto**, Florianópolis, v.9, n.3, p.153-174, ago./dez. 2000.

NIETSCHE, E.A.; LEOPARDI, M.T. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Rev Texto & Contexto**, Florianópolis, v.9, n.1, p.129-152, jan./abr. 2000.

OLIVEIRA, N.A.N. Gerenciamento de novas tecnologias em centro cirúrgico pelas enfermeiras nos hospitais de Feira de Santana – BA. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.3, p.292-7, maio./jun. 2004.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe.** Brasília: OPAS/OMS, 2004.

PASCHOAL, S.A. **O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal.** Curitiba, 2004. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Paraná.

PASSOS, E.S. **De anjos a mulheres.** Ideologias e valores na formação das Enfermeiras. Salvador: EDUFBA/EGBA, 1996.

PEDUZZI, M.; ANSELMINI, M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Rev Bras. Enferm.**, Brasília, v.55, n.4, p.392-398, jul./ago. 2002.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M.H.T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 108-124, 2005.

PENNA, C.M.M. et al. O trabalho do gerente no cotidiano das unidades básicas de saúde. **Rev Min. Enfer. – REME**, v.8, n.4, p.455-463, out./dez. 2004.

PEREIRA, M.S. O exercício profissional: o trabalho como espaço social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2001.

PEREIRA JUNIOR, L.C. Trabalho é dor. **Rev. Língua Portuguesa.** v.1, n. especial etimologia, p.22-23. jan. 2006.

PEREIRA, L.L.; LEITE, M.M.J. Recrutamento e seleção de pessoal de enfermagem. In: Kurcgant, P. (coord.) **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, p. 97-104, 1991.

PERES, H.H.C.; LEITE, M.M.J.; GONÇALVES, V.L.M. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, e avaliação de desempenho profissional. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 138-156, 2005.

PINHO, A.M. **Qualidade Total em Enfermagem no Centro Cirúrgico.** Rio de Janeiro: Cultura médica, 2002.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papalivros, p. 25-49, 1999.

POSSARI, J.F. **Centro de material e esterilização: planejamento e gestão**. São Paulo: Iátria, 2003.

RAMOS, F.R.S. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M.T. (org.) **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papalivros, p.105-120, 1999.

RAMOS, F.R.S.; LEOPARDI, M.T. O exercício profissional: o trabalho como espaço social. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba. **Anais...** Curitiba: UFPR, 2001.

RIZZOTTO, M.L.F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia: AB, 1999.

ROCHA, C.L. et al. Liderança na gestão de pessoas: competências requeridas do enfermeiro. In: CUNHA, K.C. (org.) **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, p.29-48, 2005.

ROMANO, C.; VEIGA, K. Atuação da enfermagem no gerenciamento de recursos materiais em unidades de terapia intensiva (UTIs). **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.51, n.3, p.485-492, jul./set. 1998.

ROSSI, F.R.; SILVA, M.A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.4, p.460-8, 2005.

RUDIO, F.V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2003.

SADER, E.; GENTILI, P. (org.). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

SAMPAIO, L.A.B.N.; PELLIZZETTI, N. Método científico – instrumento básica da enfermeira. In: CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar**. São Paulo: Atheneu, p. 25-38, 1996.

SANTOS, N.Q. A arte do cuidado, a ecologia e o desenvolvimento sustentável. In: CIANCIARULLO, T.I.; CORNETTA, V.K. (org). **Saúde, desenvolvimento e globalização**: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, p.55-86, 2002.

SCHOELLER, S.D. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, p. 131-249, 2002.

SCHWARTZ, E.; NOGUEIRA, V.M.R. Exclusão social: a desigualdade do século XX. In: CIANCIARULLO, T.I.; CORNETTA, V.K. **Saúde, desenvolvimento e globalização**: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, p.175-198, 2002.

SILVA, G.B. da. **A enfermagem profissional**: análise crítica. 2.ed. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

SILVA, M.D.A. et al. **Enfermagem na unidade de centro cirúrgico**. 2.ed. São Paulo: EPU, 1997.

SILVA, V.E.F. Manuais de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, p.59-71, 1991.

SILVA, A.; BIANCHI, E.R.F. Central de material e esterilização. In: LACERDA, R.A. **Controle de Infecção em Centro Cirúrgico**: fatos, mitos e controvérsias. São Paulo: Atheneu, p. 153-162, 2003.

SILVA, A.L.; PADILHA, M.I.C.S.; BORENSTEIN, M.S. Imagem e identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.10, n.4, p.586-95, jul./ago. 2002.

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação anestésica e Centro de material e esterilização. **Práticas recomendadas**. 3.ed. São Paulo: SOBECC, 2005.

SOUZA, M.C.B. de; CERIBELLI, M.I.P.F. Enfermagem no centro de material esterilização – a prática da educação continuada. **Rev Latino-am Enfermagem**, Curitiba, v.12, n.5, p.764-74, set/out. 2004.

TAKAHASHI, R.T.; GONÇALVES, V.L.M. Gerenciamento de recursos físicos e ambientais. In: KURCGANT, P. (coord). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 184-194, 2005.

TAUBE, S.A.M. Um marco conceitual ao trabalho da enfermagem na central de material e esterilização. **Rev Cogitare Enferm**, v.10, n.2, p. 76-83, mai/ago. 2005.

TIPPLE, A.F.V. et al. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v.39, n.2, p.173-80, 2005.

THERBORN, G. Pós-neoliberalismo: a história não terminou. In: BÓRON, A.; GENTILI, P. (org.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado Democrático**. 5.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. Curitiba: Hemus, 2002.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001

TONELLI, S.R.; LACERDA, R.A. Refletindo sobre o cuidar no centro de material e esterilização. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.10, n.1, p.28-31, jan./mar. 2005.

TRONCHIN, D.M.R.; MELLEIRO, M.M.; TAKAHASHI, R.T. A qualidade e a avaliação dos serviços de saúde e de enfermagem. In: KURCGANT, P. (org). **Gerenciamento em enfermagem**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 75-88, 2005.

URBANETTO, J.S.; CAPELLA, B.B. Processo de trabalho em enfermagem: gerenciamento das relações interpessoais. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.4, p.447052, jul./ago. 2004.

VANZIN, A.S.; NERY, M.E.S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social?**. 3. ed. Porto Alegre: RM&L, 2000.

VAZ, M.R.C. Trabalho em saúde: expressão viva da vida social. In: LEOPARDI, M.T. (org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, p. 57-70, 1999.

VAGHETTI, H. et al. Percepções dos enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.57, n.3, p.316-20, maio/jun. 2004.

WALDOW, V.R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

_____ Cogitando sobre o cuidado humano. **Rev. Cogitare Enferm**. Curitiba, v.3., n.2, p.7-10, jul./dez. 1998.

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanitária Panamericana**, v.120, n.6, p.472-481, 1996.

YOSHIMOTO, M.S. et al. Comunicação como competência para o processo educativo das equipes de enfermagem. In: CUNHA, K.C. (org.) **Gerenciamento na enfermagem: novas práticas e competências**. São Paulo: Martinari, p.69-86, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

INSTRUMENTO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

* Caracterização do sujeito

Iniciais do nome: _____ Idade: _____

Sexo: () F () M Tempo de formação: _____

Pós-Graduação: _____

Nome da Instituição a que pertence: _____

Tipo de Instituição: () Hospital Grande Porte () Hospital Médio Porte () Hospital Pequeno Porte () Clínica ambulatorial () UBS () Empresa Esterilização () Outro: _____

Tempo de atuação na Central de Material e Esterilização: _____

Atuação em outro setor da mesma Instituição, além da Central de Material e Esterilização: () Não () Sim: _____

* Roteiro de perguntas

Pergunta Principal:

1. Como é o seu cotidiano, o seu dia-a-dia de trabalho na CME?

Perguntas Guias:

- 1.1. Nesse seu dia-a-dia, a que se destina, o que você busca, pretende com as suas atividades?
- 1.2. Ainda pensando nesse seu cotidiano, sobre o que você atua, aplica as suas atividades de trabalho?
- 1.3. A partir disso, o que você considera necessário, o que lhe dá suporte ao desenvolvimento de suas atividades de trabalho na CME?
- 1.4. O que é, para você, ser enfermeiro na CME?

APÊNDICE 2

MATERIAL DE ESTIMULO: SINTESE DAS ENTREVISTAS

OBJETO	<ul style="list-style-type: none"> • Materiais: controle e qualidade dos processos • Funcionários (equipe): coordenação, supervisão, desenvolvimento das atividades • Controle de infecção • Excelência do cuidado
INSTRUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> • planejamento, organização • observação, percepção • habilidade, destreza manual • supervisão, coordenação • documentação/registros, normas e rotinas • tomada de decisão • comunicação, relacionamento interpessoal • trabalho em equipe, participação ativa, envolvimento, • dimensionamento pessoal • educação em saúde, serviço ou continuada, capacitação equipe, orientação • atualização pessoal, conhecimento teórico-científico, conhecimento empírico • Pesquisa • Recursos diversos: materiais, humanos, físicos • Avaliação, análise
FINALIDADE	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir a qualidade, segurança, excelência dos materiais (processamento), da equipe, do serviço • Evitar problemas, falhas, faltas: relacionados a materiais • Suprir necessidades, dar suporte, apoio, contribuir, auxiliar clientes internos (unidades consumidoras, hospital como um todo e profissionais que neles atuam) • Atendimento, assistência, cuidado indireto ao paciente (cliente externo) com qualidade e segurança • Controle, redução do risco de infecção, riscos biológicos, químicos e físicos aos clientes internos e externos e à equipe. • Controle custos do processamento com materiais

APÊNDICE 3

MATERIAL DE ESTÍMULO: CONCEITOS DE PROCESSO DE TRABALHO E SEUS ELEMENTOS

<p>PROCESSO DE TRABALHO</p> <p>No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação a um objeto sobre o qual atual e, para isso, usa instrumentos de trabalho para atingir um determinado fim (MARX, 1987).</p> <p>*****</p> <p>As ações de um trabalho atuam sobre um determinado objeto por meio de instrumentos que trarão resultados a uma finalidade determinada (LEOPARDI, 1999; PIRES, 2002).</p> <p>*****</p>	<p>OBJETO:</p> <p>* Tudo o que se oferece à vista; qualquer coisa; intenção, propósito, causa, motivo de uma ação. Aquilo sobre o que incide uma ação. (HOUAISS, 1980)</p> <p>* A matéria a que se aplica o trabalho, coisas que o trabalho separa do meio natural e transforma em matéria prima (MARX, 1987).</p> <p>* É a matéria que será modificada no processo de trabalho. Tudo aquilo que poderá ser transformado com a intervenção consciente (EGRY, 2006).</p> <p>INSTRUMENTOS</p> <p>* Utensílio, máquina, aparelho... todo objeto que serve para auxiliar uma ação; o que é empregado para conseguir um resultado (HOUAISS, 1987).</p> <p>* Meios são coisas ou complexo de coisas inseridas entre o trabalhador e o objeto de trabalho, as quais servem para direcionar as atividades sobre o objeto (MARX, 1987).</p> <p>* Pode ser uma coisa ou um saber, lugares e equipamentos onde se instalam os processos de trabalho (EGRY, 2006).</p> <p>FINALIDADE</p> <p>* Propósito, fim a atingir, alvo, objetivo, destinação (HOUAISS, 1980).</p> <p>* A antevisão do objeto modificado: “desenho” pensado do novo objeto após a intervenção (EGRY, 2006).</p>
---	---

OBJETIVO: descrever a percepção de enfermeiros acerca dos elementos do processo de trabalho em Central de Material e Esterilização por meio de uma abordagem individual e grupal.

Referências:

- EGRY, E.Y. *Processos de trabalho e necessidades de saúde*. Palestra Semana de Enfermagem. Curitiba: UFPR, 2006.
- HOUAISS, A. *Pequeno dicionário enciclopédico Koogan Larousse*. Rio de Janeiro: Larousse do Brasil, 1980.
- LEOPARDI, M.T. et al. *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-livros, 1999.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Abril Cultural, 11.ed, 1987
- PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
em atendimento à RESOLUÇÃO nº 196/96 Ministério da Saúde

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa, "**O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO**", que tem por objetivo "*descrever a percepção dos enfermeiros acerca dos elementos do processo de trabalho do enfermeiro na Central de Material e Esterilização (CME) por meio de abordagem individual e grupal*". Esta pesquisa será desenvolvida pela aluna do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná/UFPR.

A minha participação acontecerá por meio de uma entrevista individual e dois encontros de grupo focal, previamente agendados, que serão gravados em áudio e vídeo. O grupo focal refere-se a encontros de duração de uma hora e trinta minutos, composto por, no máximo, quinze integrantes para refletir acerca de determinado tema.

Os dados somente serão utilizados pela autora da pesquisa mediante minha autorização, desde que sejam mantidos o sigilo e anonimato. O conteúdo final da investigação estará disponível aos sujeitos e instituições envolvidos, antes de sua divulgação acadêmica pública.

Após ler o texto acima, compreendi a natureza do objetivo da pesquisa da qual fui convidado a participar, certo de que terei acesso a todos os procedimentos, podendo ser esclarecido de quaisquer dúvidas. Ciente que minha participação é voluntária e que sou livre para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar decisão, sem que incorra problemas ou prejuízos.

Curitiba, _____ de _____ 2006.

Assinatura do enfermeiro
R.G.: _____

Samanta Andrine Marschall Taube
Pesquisadora responsável
(3285-1594 / 99157779).
Rua Walenty Golas, 370 CEP:81200520
e-mail: samitaube@gmail.com
Orientadora: Prof^a. Dr^a Marineli Joaquim Meier

ANEXO 2

GUIA DE TEMAS PARA PRIMEIRA SESSÃO GRUPAL

1. Agradecimentos /apresentação – passar lista de presença, confecção do crachá e “dinâmica do barbante” (5’)
 2. Apresentação da Pesquisa (5’)
 - 1.1. Trajetória do tema (profissional)Objetivo
 - 1.2. Grupo focal: conceito (sessões grupais em que sujeitos discutem vários aspectos de um tópico específico) e dinâmica (discussão focada guia/ 2 horas duração/ composto por coordenador – facilitador - e observador – registra / não tem respostas certas ou erradas, sinceridade do grupo, espaço para cada um falar)
 3. Setting: horários, atrasos, sigilo, gravação (aspectos éticos) datas, podem se servir durante sessão... (5’)
 4. Debate: (1hora e 15’)
 - a. Material de estímulo: apresentação do conceito de processo de trabalho e seus elementos (objeto, finalidade, instrumentos). (5’)
 - b. Apresentação da síntese das entrevistas. (10’)
 - c. Questionamentos ao grupo:
- * TEMA OBJETO:
Do que foi lido, ao que você incluiria ou excluiria como objeto de trabalho?
(20’)
- * TEMA INSTRUMENTOS:
Do que foi dito, o que você incluiria ou excluiria como instrumentos de trabalho? (20’)
- * TEMA FINALIDADE:
Do que foi dito, o que você incluiria ou excluiria como finalidade de trabalho?
(20’)
5. Lanche (10’)
 6. Síntese da sessão: validação dos dados do grupo (15’)
 7. Combinações e agradecimentos (5’)