

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA SAÚDE E  
SOCIEDADE**

**ROSANI RAMOS MACHADO**

**O TRABALHO NO CENTRO DE MATERIAL E  
ESTERILIZAÇÃO: INVISIBILIDADE E VALOR SOCIAL**

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

M149t Machado, Rosani Ramos

O trabalho no centro de material e esterilização  
[tese] : invisibilidade e valor social / Rosani Ramos  
Machado ; orientadora, Francine Lima Gelbcke. -  
Florianópolis, SC 2009.  
176 p.: il.

Tese - (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Serviços de saúde. 3. Provisão e  
distribuição. I. Gelbcke, Francine Lima. II. Universidade  
Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

**ROSANI RAMOS MACHADO**

**O TRABALHO NO CENTRO DE MATERIAL E  
ESTERILIZAÇÃO: INVISIBILIDADE E VALOR SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do Título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke  
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

**FLORIANÓPOLIS  
2009**

**ROSANI RAMOS MACHADO**

**O TRABALHO NO CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO:  
INVISIBILIDADE E VALOR SOCIAL**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

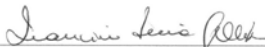
**DOUTOR EM ENFERMAGEM**

e aprovada em 30 de novembro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Coordenadora do Programa


**Banca Examinadora:**




\_\_\_\_\_  
Dra. Francine Lima Gelboke  
Presidente



\_\_\_\_\_  
Dra. Silviomar Camponogara  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Maria Tereza Leopardi  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Ana Lúcia Cardoso Kirchhof  
Membro



\_\_\_\_\_  
Dra. Denise Elvira Pires de Pires  
Membro

\_\_\_\_\_  
Dra. Celina Maria Araújo Tavares  
Membro Suplente

\_\_\_\_\_  
Dra. Flávia Regina Souza Ramos  
Membro Suplente

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho:

**Aos meus pais, Otávio e Jandira,**  
que me educaram com muito amor.

**Ao meu marido, Devanir,**  
pelo apoio irrestrito e por compreender minhas ausências,  
mesmo na presença.

**Ao meu filho, João Vitor, e nora, Janaína,**  
por acompanharem esta trajetória com tanto orgulho e confiança  
no meu desempenho.

**À minha neta Maria Eduarda,**  
que, antes de me pedir qualquer coisa, pergunta se eu tenho que  
estudar ou se ela pode ficar comigo.

**À minha neta Maria Vitória,**  
por ter sido tão privada de colo de vó neste seu primeiro ano de  
vida.

## **Agradecimentos**

**A Nossa Senhora,**  
a quem sempre recorri nos momentos difíceis e agradei pelas  
vitórias conseguidas.

**A toda minha família,**  
pelo respeito e incentivo constante nesta minha caminhada.

**Agradecimento especial às amigas Eliani Costa e Rita Flôr,**  
que me emprestaram gravador, livros, trocaram ideias e deram  
opiniões sempre.

**Aos colegas e amigos do Curso de Doutorado,**  
de cada um, uma lembrança boa.

**Ao diretor Dr. Flávio R. L. Magajewski,**  
por ter facilitado minha vida, flexibilizando horários e me  
liberando licenças-prêmio para que eu pudesse escrever minha  
tese.

**Aos colegas de trabalho,**  
por terem compreendido minhas ausências.

**Às instituições hospitalares,**  
por disponibilizarem o campo para pesquisa.

**Aos trabalhadores que participaram da pesquisa,**  
por me permitirem adentrar um pouco no mundo do CME.

**À orientadora Dra. Francine Lima Gelbcke,**  
por sua tranquilidade, coerência, competência e confiança em  
mim.

**À Claudia,**  
sempre presente, disponível e competente.

**Aos meus alunos da UNIVALI,**  
por me compreenderem nesse processo de formação.

MACHADO, Rosani Ramos. **O trabalho no Centro de Material e Esterilização**: invisibilidade e valor social. 2009. 176 p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke  
Linha de Pesquisa: Processo de Trabalho em Saúde

## RESUMO

Este estudo, realizado em dois hospitais públicos estaduais de Santa Catarina, caracteriza-se como uma investigação do tipo exploratório-descritiva, com uma abordagem qualitativa. A amostra foi composta de trabalhadores do Centro de Material e Esterilização (CME) e também de profissionais de saúde de outras unidades dos hospitais, assim como gerentes de enfermagem e diretores das instituições, totalizando 44 trabalhadores. A triangulação foi usada na coleta de dados, incluindo entrevista semiestruturada, observação e análise documental. A pergunta de pesquisa foi: Que fatores tornam o trabalho no Centro de Material e Esterilização invisível e desvalorizado, tanto para os trabalhadores quanto para a instituição?. Alguns elementos teóricos provenientes do materialismo histórico-dialético formaram o referencial teórico, de modo a pensar a organização do trabalho no CME em uma prática articulada à totalidade social. A análise dos dados revelou duas grandes categorias: a) Organização do trabalho no CME; e b) Invisibilidade do trabalho no CME. Ficou evidenciado que a invisibilização do trabalho no CME está ligada às relações de poder e ao valor dado às atividades executadas pelos trabalhadores, existindo tarefas com maior ou menor *status* social, e que as tarefas de alta frequência, desenvolvidas pelos excluídos, portanto de menor valor social, são uma das causas desse trabalho ser tão desvalorizado, ou seja, a estrutura determina o que deve estar na penumbra e o que deve ser iluminado. Percebe-se, ainda, que o trabalhador de enfermagem espera o reconhecimento externo de seu trabalho, ao mesmo tempo em que ele o desvaloriza por atos ou palavras, e não valoriza o seu trabalho internamente. Neste estudo, os entrevistados diziam que *adoravam* seu trabalho, dando ênfase exagerada na fala, talvez querendo encobrir a desvalorização do seu fazer ou ocultar do pesquisador, e até de si

mesmos, o que é insuportável na realidade: a não-aceitação de seu fazer e a ausência de reconhecimento social. Outra causa está relacionada com a questão de gênero, que explica muito a desvalorização desse trabalho, inclusive por ser parte do trabalho da enfermagem, portanto, um trabalho majoritariamente feminino e desvalorizado. Assim, compreender o processo de trabalho do CME, à luz da teoria do processo de trabalho, respaldada pelo materialismo histórico, possibilitou ampliar o horizonte, no sentido de se buscar alternativas que vislumbrem a visibilidade e valorização desse serviço tão importante na prática diária das instituições de saúde. Dessa forma, este estudo foi mais um passo dado em relação à compreensão do conteúdo simbólico do trabalho, confirmando a tese de que a dimensão sociohistórica da prática cotidiana, expressa nas questões de gênero, no valor social do trabalho e nas relações de poder, articulados entre si, torna o trabalho no CME invisível e desvalorizado.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Serviços de Saúde; Provisão e Distribuição.



MACHADO, Rosani Ramos. **Work in the materials and sterilization center: invisibility and social value.** 2009. 176 f. PhD Dissertation in Nursing. Postgraduate Course in Nursing. Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

## ABSTRACT

This exploratory-descriptive study, carried out in two public state hospitals in Santa Catarina, Brazil, is characterized as an investigation in the area of human social interaction with a qualitative approach. The sample consisted of workers from CME and also by health professionals from other units of hospitals and nursing managers and directors of institutions totaling 44 workers. Triangulation was used in data collection, including the semi-structured interview, observation, and documental analysis. The research question was: which factors make work in the Materials and Sterilization Center invisible and undervalued, both for the workers involved and the institution itself? Some theoretical elements from historical-dialectic materialism formed the theoretical reference used, in such a fashion as to consider the organization of CME work in an articulated practice for social totality. Data analysis revealed two large categories: a) The organization of work in the CME and b) Invisibility in CME work. It became evident that the invisibility of CME work is connected to power relationships, having to do with the value assigned to the activities executed by its workers, high frequency tasks developed by outsiders, albeit with lesser social value, are one of the causes of the undervaluing of this work, or rather, the structure determines what should be in the shadows and what should be illuminated. Still the nursing worker hopes for external recognition for his/her work, at the same time in which he/she undervalues it through acts or words, without valuing their work internally. In this study, those interviewed said they *love* their work, exaggeratingly emphasizing their speech, perhaps desiring to cloak the undervaluing of their actions or hiding such considerations from the researcher, as well as from themselves, which is unbearable in reality: not accepting what one does and the absence of social recognition. Another cause is related to the question of gender, as the majority of these professionals are women, which explains much of the undervaluing of this work, even though it is part of nursing work. Thus, a better comprehension of the CME work process according to the theory of work processes and supported with historical materialism has made it possible to amplify this horizon in the

sense of seeking alternatives which offer a glimpse into the visibility and value of the work of this all-important service in daily practices for health care institutions. As such, this study was one more step in the direction of better comprehension of the symbolic content of work, confirming the view that the socio-historical practice everyday expressed in gender issues, social value of work and power relations, interconnected, makes working on CME invisible and devalued.

**Keywords:** nursing; health services; supply & distribution

MACHADO, Rosani Ramos. **El trabajo en el Centro de Materiales y Esterilización: invisibilidad y valor social.** 2009. 176p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

Orientadora: Dra. Francine Lima Gelbcke

Línea de investigación: Proceso de Trabajo en Salud.

## RESUMEN

El presente estudio, realizado en dos hospitales públicos estatales de Santa Catarina, se caracteriza por ser una investigación del área humana y social, del tipo exploratorio descriptivo, con enfoque cualitativo. La muestra se conformó con los trabajadores del Centro de Materiales y Esterilización (CME), los profesionales de la salud de otras unidades de los hospitales, los gerentes de enfermería y los directores de las instituciones, para un total de 44 trabajadores. Para la recolección de los datos se empleó la triangulación, incluyendo la entrevista semiestructurada, la observación y el análisis documental. La pregunta de investigación fue la siguiente: ¿qué factores hacen con que el trabajo en el Centro de Materiales y Esterilización sea invisible y desvalorizado para los trabajadores del servicio como para la propia institución? Algunos elementos teóricos del materialismo histórico-dialéctico formaron el marco teórico, a fin de pensar la organización del trabajo en el CME como una práctica vinculada a la totalidad social. El análisis de los datos reveló dos grandes categorías: a) La organización del trabajo en el CME, y b) La invisibilidad y el valor social del trabajo en el CME. Se hizo evidente que la invisibilidad del trabajo en el CME está vinculada a relaciones de poder, teniendo que ver con el valor dado a las actividades realizadas por los trabajadores, existiendo tareas con mayor o menor estatus social, y que las tareas de alta frecuencia, desarrolladas por los outsiders, por lo tanto de menos valor social, son una de las causas de que este trabajo sea tan desvalorizado, o sea, la estructura determina lo que debe estar en la penumbra y lo que debe ser iluminado. Los trabajadores de enfermería esperan el reconocimiento externo de su trabajo, sin embargo, lo desvalorizan con actos o palabras, sin valorar su trabajo internamente. En este estudio, los entrevistados dijeron que adoraban su trabajo, dando un exagerado énfasis a su habla, tal vez queriendo ocultar la desvalorización de su labor u ocultarla del investigador y hasta de sí mismos, pues lo que es insoportable en la

realidad es la no aceptación de su trabajo y la ausencia de reconocimiento social. Otra causa está relacionada con la cuestión de género, lo que explica mucho de la desvalorización de esta labor, por ser parte del trabajo de la enfermería, y por lo tanto, un trabajo mayoritariamente femenino y desvalorizado. Así, la comprensión del proceso de trabajo del CME a la luz de la teoría del proceso de trabajo y apoyado por el materialismo histórico ha permitido ampliar este horizonte, con el fin de buscar alternativas para percibir la visibilidad y valorización del trabajo de este servicio tan importante para la práctica diaria de las instituciones de salud. En ese sentido, el presente estudio fue un paso más hacia la comprensión del contenido simbólico del trabajo, que confirma la tesis de que la dimensión socio-histórica de la práctica cotidiana expresada en las cuestiones de género, el valor social del trabajo y las relaciones de poder, interconectadas entre sí, hace que el trabajo en el CME sea invisible y desvalorizado.

**Palabras Clave:** Enfermería; Servicios de salud; Provisión y distribución.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01:</b> Representação gráfica das categorias emergidas dos discursos dos trabalhadores.....	<b>76</b>
<b>Figura 02:</b> Fluxograma do material no CME. ....	<b>88</b>

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 01:** Quantitativo de entrevistados por instituição e tempo de trabalho em CME..... 75

**Quadro 02:** Temas/assuntos/códigos geradores das categorias deste estudo..... 77

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS .....</b>	<b>13</b>
<b>LISTA DE QUADROS .....</b>	<b>14</b>
<b>1 A QUESTÃO TEMÁTICA .....</b>	<b>18</b>
<b>2 OBJETIVO .....</b>	<b>30</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>31</b>
3.1 O TRABALHO E SUAS TRANSFORMAÇÕES .....	31
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS .....	38
<b>3.2.1 As contribuições de Karl Marx .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2.2 As contribuições de Harry Braverman.....</b>	<b>41</b>
<b>3.2.3 As contribuições de Claus Offe .....</b>	<b>43</b>
3.3 O PROCESSO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM.....	49
<b>3.3.1 Processo de trabalho no Centro de Material e Esterilização (CME).....</b>	<b>53</b>
<b>4 O MÉTODO .....</b>	<b>59</b>
4.1 OPTANDO POR UM MÉTODO .....	59
<b>4.1.1 O estudo documental.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1.2 A observação.....</b>	<b>65</b>
<b>4.1.3 A entrevista semiestruturada .....</b>	<b>68</b>
4.2 O LUGAR DA INVESTIGAÇÃO.....	69
<b>4.2.1 Características das instituições pesquisadas .....</b>	<b>70</b>
<b>4.2.2 Aspectos das instituições pesquisadas.....</b>	<b>72</b>
4.3 OS ATORES ENVOLVIDOS .....	74
4.4 A ANÁLISE DOS DADOS .....	75
4.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	77
<b>5 CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: PAPEL E RELAÇÃO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>78</b>
5.1 ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	78
5.2 ASPECTOS DAS RELAÇÕES PESSOAIS .....	93
<b>6 A INVISIBILIDADE DO TRABALHO DO CME.....</b>	<b>101</b>
6.1 O PROCESSO DE TRABALHO NO CME .....	101
6.2 INVISIBILIDADE E VALOR SOCIAL DO TRABALHO NO CME.....	114

<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>144</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>148</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>165</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>175</b>



*A Coisa*

*A gente pensa uma coisa, acaba escrevendo outra e o leitor entende uma terceira coisa... e, enquanto se passa tudo isso, a coisa propriamente dita começa a desconfiar que não foi propriamente dita.*

Mario Quintana

## 1 A QUESTÃO TEMÁTICA

O acesso ao conhecimento, juntamente com outras ações, como a capacitação dos técnicos das vigilâncias sanitária e epidemiológica, promovidas pelo Ministério da Saúde, de forma sistemática, a utilização de artigos descartáveis e a existência de eventos específicos para a discussão de infecções hospitalares, associados à percepção da população de que a infecção hospitalar é um problema grave, propiciaram visibilidade às infecções hospitalares nas últimas décadas. Além disso, há também aspectos relacionados ao receio dos profissionais e das instituições por processos judiciais, bem como a necessidade de atendimento de critérios que possibilitem a acreditação dos hospitais. Todos esses fatores influenciaram na organização do trabalho do Centro de Material e Esterilização (CME<sup>1</sup>) e na necessidade de capacitação dos trabalhadores desse setor. Para Bartolomei (2003), três aspectos valorizaram o CME nos últimos 20 anos: a) uma nova modalidade de infecção hospitalar; b) os riscos ocupacionais com o surgimento da AIDS e o aumento das hepatites C e D; e c) uma revolução tecnológica dos instrumentos de intervenção nos procedimentos invasivos. Silva (1998, p. 175) destaca que:

com a realização de procedimentos cada vez mais delicados e sofisticados, o processamento dos materiais se torna uma atividade complexa, diferente das executadas no passado, que embora fossem artesanais, uma vez aprendidas não ofereciam maiores dificuldades. Atualmente, têm surgido novos materiais, de natureza e "design" os mais variados, assim como novos equipamentos, cujo funcionamento é um mistério a ser revelado, exigindo do trabalhador melhor qualificação, atualizações frequentes, aliados ao interesse e motivação para o aprendizado constante.

Considerando-se a grande variedade de materiais e equipamentos a serem processados, preconiza-se que os processos de esterilização de materiais em hospitais sejam realizados de forma centralizada, para facilitar o controle e monitorização do processo e racionalizar os custos

---

<sup>1</sup> Alguns autores utilizam a sigla CM – Centro de Material, ou CE – Centro de Esterilização, porém no estudo utilizarei CME – Centro de Material e Esterilização.

com equipamentos, produtos e pessoal. Os processos para limpeza, desinfecção e esterilização de materiais foram acompanhando a evolução das ações em saúde.

Com o aumento da complexidade que envolvia os atos cirúrgicos, apareceu a necessidade de se criar mecanismos que evitassem a morte dos usuários por infecção, sendo um deles a centralização de um espaço nas unidades de saúde, mais comumente denominado de Centro(al) de Material e Esterilização (CME), que pode estar localizado dentro do Centro Cirúrgico ou como um serviço fora desta unidade.

O CME possui “saberes e práticas específicos” no seu processo de trabalho e tem a função de fornecer os materiais esterilizados ou desinfetados para uso nos estabelecimentos de saúde, apoiando tecnicamente os demais setores. É uma unidade vital, pois está envolvida com a atividade de todos os outros profissionais que prestam assistência ao usuário em procedimentos críticos e semicríticos e mesmo em procedimentos básicos, podendo influenciar no processo saúde-doença positiva ou negativamente, devido à qualidade do serviço prestado. (TAUBE; ZAGONEL; MÉIER, 2005).

Mesmo sendo uma unidade com características especiais, em minha formação pouca ênfase foi dada a esse conhecimento específico, sendo um local em que os acadêmicos ficavam empacotando materiais, sem refletir sobre o fazer e sendo “mão-de-obra” barata e desqualificada. Esse fato também é destacado por Bartolomei (2003, p. 19), quando relata que

a formação e o preparo para a realização dessas [...] práticas ocorrem antes no próprio âmbito do trabalho do que na academia. Poucos são os órgãos formadores em enfermagem que enfatizam um ensino específico em CM e em outros novos processos de trabalho [...].

Um aspecto que chama a atenção é a forma de inserção dos trabalhadores nos CMEs, uma vez que há evidências de que aprenderam o seu fazer com colegas de trabalho, os quais já haviam aprendido com outros.

Em minha experiência como enfermeira, percebi que nesses locais são alocados, principalmente, trabalhadores que não se adaptaram à assistência direta ao usuário por problemas de relacionamento interpessoal, assiduidade ou deficiência de conhecimento; trabalhadores em readaptação de função, que não suportavam mais permanecer de pé

por longas horas, por exemplo; ou atendentes de enfermagem que só estão autorizados a executar as atividades elementares<sup>2</sup> de enfermagem. Essa impressão é corroborada por Laus (1998) e por Bartolomei (2003, p. 14), quando afirma que

apesar da demanda dos enfermeiros pela melhoria de sua qualidade de operacionalização, o CM não era valorizado pelas direções dos hospitais, operando em locais inadequados e com recursos insuficientes ou antiquados. No mesmo caminho, o trabalho da enfermagem nesse local não era valorizado no conjunto da prática social da enfermagem, sendo permeado por um sentido desqualificatório e pejorativo e para lá encaminhados muitos profissionais da enfermagem que apresentavam “problemas” de relacionamento nas unidades de assistência direta ao paciente [...].

A presença de trabalhador sem formação específica para a enfermagem nos CMEs também foi identificada por Tipple *et al.* (2005), que, em estudo realizado em um hospital, mostraram a presença de vários trabalhadores nessa situação. Em relação à procedência desses trabalhadores, identificaram que atuavam nos serviços de higienização e limpeza hospitalar, serviços de portaria, em lavanderia hospitalar e em serviços domésticos, antes de serem alocados no CME. Esse é um fato importante, levando-se em conta o risco ocupacional a que esse trabalhador está potencialmente submetido, além do comprometimento da assistência dada ao reprocessamento de artigos hospitalares.

Com a Regulamentação da Lei do Exercício Profissional (LEP) – Lei 7.498/1986, pelo Decreto-Lei nº. 94.406/1987, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem e dá outras providências, ficaram mais bem delimitadas as atribuições dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Entre as atribuições deles estão desinfecção, esterilização,

---

<sup>2</sup> A Resolução COFEN 186/95 dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica regulada em lei. Art. 1º: “São consideradas atividades elementares de Enfermagem aquelas atividades que compreendem ações de fácil execução e entendimento, baseadas em saberes simples, sem requererem conhecimento científico, adquiridas por meio de treinamento e/ou prática; requerem destreza manual, se restringem a situações de rotina e de repetição, não envolvem cuidados diretos ao paciente, não colocam em risco a comunidade, o ambiente e/ou saúde do executante, mas contribuem para que a assistência de Enfermagem seja mais eficiente”.

limpeza de equipamentos e das dependências das unidades, portanto esses são profissionais com perfil adequado para desenvolver as atividades em um CME, pois, entre outras, possuem noções de microbiologia. (MOURA, 2006). Entretanto, os atendentes de enfermagem, que são trabalhadores sem formação específica para executar tarefas/atividades<sup>3</sup> de enfermagem, com a publicação da LEP, em 1986, foram autorizados a exercer atividades elementares de enfermagem somente até 1996. Devido às circunstâncias (falta de escolaridade dos atendentes, pouca capacidade do aparelho formador, falta de vontade dos próprios atendentes para se profissionalizar, entre outras), foi publicada a Lei 8.967, de 28 de dezembro de 1994, que alterou a redação do parágrafo único do artigo 23 da Lei 7.498/86, assegurando aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência da Lei 8.967, o exercício das atividades elementares da enfermagem. Nesse processo, muitos desses ocupacionais foram alocados nos CME.

Nesse contexto, os trabalhadores lotados em CME possuem pouca capacitação, principalmente quando comparados a outras áreas da enfermagem, sendo que, quando fazem capacitação, esta não está vinculada à sua área de atuação. Essas impressões também são descritas por Moura (1996).

Meu interesse em estudar o CME se deu em virtude de ser docente e ter realizado algumas visitas aos CMEs de hospitais públicos, quando abordava microbiologia e conceitos como material sujo, limpo, desinfetado, estéril, métodos de esterilização, entre outros. Nessas oportunidades, observava todo o contexto de um CME, como estrutura física, adequações à legislação, atitudes dos trabalhadores e o processo de trabalho, bem como em que condições estavam desenvolvendo o seu *fazer*. Todo o cenário observado me deixou bastante inquieta, uma vez que atuo, também, em uma Diretoria da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC) que é responsável pela política de capacitação para o Sistema Único de Saúde (SUS) e que possui uma Escola Técnica do SUS<sup>4</sup>, além de uma Escola de Saúde Pública voltada para cursos *lato sensu*.

Mesmo não tendo uma atuação direta na assistência de enfermagem, já há algum tempo, a aproximação com essa realidade,

---

<sup>3</sup> **Tarefa** aqui é entendida como “o que deve ser feito”, sem levar em conta a atividade do trabalhador, e **atividade**, “o que efetivamente é realizado”. (DEJOURS, 1992).

<sup>4</sup> No Brasil, existem 37 Escolas Técnicas do SUS, tendo como referência a Escola Politécnica Joaquim Venâncio/FIOCRUZ e seguindo as diretrizes do Ministério da Saúde para a formação no SUS. Essas escolas são vinculadas às Secretarias de Saúde, tanto no âmbito estadual como municipal.

agora como docente de graduação em enfermagem, ajudou-me a visualizar que essa situação ainda está bastante fragilizada e necessitando de um estudo que possa identificar o que determina as condições vigentes nesse cenário. Assim sendo, encontrei pertinência num estudo que auxiliasse na compreensão do processo de trabalho no CME e no *saber-fazer-de prudência*<sup>5</sup> desses trabalhadores.

Em virtude dessa inquietação em relação ao cenário que percebia em meus estágios e visando desvendar esse contexto, busquei conhecer melhor a situação dos trabalhadores dos CMÉs de hospitais públicos estaduais, uma vez que seriam dados que também me auxiliariam no trabalho que desenvolvo na SES e me propiciariam uma primeira visão do perfil da força de trabalho em CMÉs em hospitais públicos estaduais.

Para tanto, acessei o Sistema Integrado de Recursos Humanos do Centro de Informática e Automação de Santa Catarina (SIRH/CIASC), uma vez que num primeiro momento poderia me indicar caminhos na compreensão dessa realidade posta. Para tal acesso, solicitei permissão ao diretor do órgão competente, haja vista que os dados não estão acessíveis ao público de uma maneira geral.

Num estudo documental (relatórios extraídos do SIRH), observei que os trabalhadores da saúde lotados nos Centros de Material e Esterilização dessas unidades hospitalares não possuem uma capacitação continuada para atuar nessa área. Analisei, ainda, o Relatório Consulta Eventos do Servidor, do SIRH, de sete unidades hospitalares estaduais que realizam processamento de artigos hospitalares em todas as suas fases. Também, solicitei às gerentes de enfermagem das unidades hospitalares que me encaminhassem as escalas de serviço das respectivas unidades de CME, com os respectivos números de matrícula dos servidores e tempo de atuação nas unidades, tendo em vista que o SIRH fornece somente o tempo do servidor como estatutário.

Analisei dados de sete unidades hospitalares, uma vez que três unidades não me enviaram as escalas de serviço, duas utilizam CME de unidades próximas ou anexas, além de outras duas que não fazem todo o processamento de artigos.

A partir desses dados, detectei que esses trabalhadores atuam entre cinco meses e 30 anos em CME e não possuem qualquer curso específico para essa área registrado no relatório do SIRH, tais como:

---

<sup>5</sup> Saber-fazer-de-prudência – são procedimentos inventados, desenvolvidos e compartilhados pelos trabalhadores, saberes que não são ensinados em treinamento ou através de supervisão. (CRU, 1987).

processamento de artigos e superfícies em hospital, métodos para limpeza, desinfecção e esterilização de materiais, fluxo de materiais, entre outros. Também encontrei um percentual de 11,5% de trabalhadores que não possuem qualquer curso registrado no sistema. Observei, ainda, que quanto maior o tempo de trabalho do servidor na instituição, há menos cursos registrados em seu cadastro.

Esse é um fato considerável, pois, além desses trabalhadores não estarem sendo atualizados para o seu fazer na instituição da qual fazem parte, deixam de conseguir as promoções por titulação, as quais teriam acesso via capacitação, por direito garantido em seu Plano de Cargos e Vencimento. Percebe-se, portanto, essa situação como uma certa fragilidade na execução da Política de Educação Permanente desse órgão público.

Entretanto, esse parece não ser um fato isolado, pois Souza e Ceribelli (2004, p. 767) apresentaram como resultado de uma pesquisa, que teve como objetivo “caracterizar a prática da educação continuada oferecida aos funcionários de enfermagem nos CMEs de hospitais da microrregião de São José dos Campos, SP”, que 64,5% dos funcionários não foram motivados a participar de educação continuada. No caso dos CMEs da Superintendência dos Hospitais Públicos Estaduais, parece que a instituição não inclui espaços de discussão que propiciem a capacitação de seus servidores, fato este que também necessita de investigação.

Outro aspecto observado, além da predominância de mulheres nessas unidades hospitalares, foi a presença de trabalhadores idosos nos CMEs. Justamente os idosos, que são os mais susceptíveis em seus sistemas imunológicos, expostos a um ambiente tão propício a infecções, pois essa unidade possui alta carga de micro-organismos, temperatura ambiente elevada e produtos altamente tóxicos.

Aliado a esses fatores, os trabalhadores desse serviço têm que preparar caixas de instrumentais, carregar materiais de uma área à outra do CME, quando não têm que recolher esses instrumentais, percorrendo as demais unidades do hospital, várias vezes ao dia, o que também gera um grande desgaste físico.

Observei, também, que grande parte desses trabalhadores atua há muito tempo no serviço público, portanto, próximo à aposentadoria, fator este que poderá influenciar no desenvolvimento das ações devido à faixa etária dos trabalhadores, pois todo esse trabalho ocasiona problemas de postura e fadiga, principalmente nas mulheres, podendo ser um fator de absenteísmo. A propósito desta questão, a Resolução 293/2004/COFEN, que fixa e estabelece parâmetros para o

Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas, em seu artigo nono, é clara, quando diz que “o quadro de profissionais de enfermagem da unidade de internação composto por 60% ou mais de pessoas com idade superior a 50 anos deve ser acrescido de 10% ao índice de segurança técnica”, o que pressupõe, pelo mesmo princípio, cobrir a situação idêntica quando em CME.

Koerich e Machado (2002) realizaram um estudo para analisar a realidade dos locais e procedimentos relacionados ao processo de esterilização de materiais nos Centros de Saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de um município de Santa Catarina.

Entre as considerações destacaram: inadequação de um processo de educação permanente, associada à utilização de processos e métodos embasados em conhecimentos fragmentados; ausência de uma rotina para o processamento de artigos; relação entre ética da responsabilidade, competência técnica e corpo de conhecimento adequados à formação. Achados dessa natureza não parecem distantes, num primeiro olhar genérico, das unidades de CME em pauta neste trabalho, como “lôcus” do estudo proposto.

Identifica-se nas escalas de serviço que existe um percentual, mesmo que pequeno, de trabalhadores sem formação específica, com possíveis antecedentes como agentes de serviços gerais, artífices e atendentes. Entretanto, na SES não é incomum que alguns trabalhadores possuam a formação de auxiliar de enfermagem e/ou técnico de enfermagem e não tenham mudado de cargo, devido ao acesso ser por concurso público, por isso é possível que boa parte desses trabalhadores já possua formação em enfermagem.

Minhas inquietações foram aumentando à medida que percebia, mesmo que de forma preliminar, o que estava se mostrando em relação à dinâmica de um CME, nos hospitais públicos estaduais.

O fenômeno que se mostrava era de um setor que não tinha, perante os administradores e até mesmo aos trabalhadores, a importância e a visibilidade que deveria ter, haja vista que nesse campo há um significativo aprimoramento tecnológico e científico. Além disso, é uma área que influi diretamente na qualidade da assistência prestada, considerando-se que estamos diante de um modelo médico curativista e intervencionista, portanto, expondo os usuários a grandes riscos de contrair infecções hospitalares e os trabalhadores de ficarem expostos a riscos ocupacionais graves. Mesmo assim, até a coordenação dessa unidade por enfermeira é questionada, como nos mostra Bartolomei



(2003, p. 18):

o questionamento da coordenação desse trabalho pelo enfermeiro é frequente pelo fato dele lidar com material e não diretamente com o paciente, como valorizam algumas correntes de pensamento da enfermagem sobre a prática do processo de cuidar atual.

Ainda, no cotidiano, parece que essa unidade não é percebida pelos administradores, pelos trabalhadores da instituição e, até mesmo, pelos trabalhadores que lá atuam, como um local de “status” e de importância vital no processo de trabalho da instituição. Bartolomei e Lacerda (2006), quando investigaram as enfermeiras do Centro de Material e Esterilização e a percepção do seu papel social, identificaram que estas reconhecem e valorizam positivamente seu trabalho, porém expressam sua percepção acerca do valor negativo dado a esse trabalho por outrem, preocupando-se com a representação social desse trabalho e, conseqüentemente, com seu papel social. Mesmo assim, no mesmo estudo, as autoras destacam que as enfermeiras, ao expressarem uma percepção do valor negativo do trabalho no CME, concomitantemente, “reagem a essa percepção, valorizando positiva e enfaticamente seu próprio papel. Todavia, não fica claro se antes utilizam essa valorização como um esforço a uma percepção de não valor externo ou se realmente valorizam por ele mesmo”, ou seja, as autoras não conseguiram identificar se as enfermeiras realmente valorizam seu trabalho pelo seu valor próprio ou se reafirmam essa valorização em público devido à “heteroavaliação negativa” que lhe é atribuída. (BARTOLOMEI; LACERDA, 2006, p. 262).

Uma das possibilidades para esse não reconhecimento do trabalho em CME pode ser a complexa relação existente entre as ações ou dimensões de enfermagem de “cuidar, gerenciar e educar”. (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 37). Neste estudo, considero o cuidado como objeto epistemológico da enfermagem, o trabalho que a identifica e que é realizado com base nas necessidades de saúde do sujeito a ser atendido, isto é, uma ação humana sobre um “objeto de trabalho humano”. (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 47).

Contudo, esse cenário pode se modificar com o aparecimento de novos modos de produção da assistência à saúde, que demandam outros processos de trabalho, que não estão relacionados com o processo de

cuidado ao usuário, e que a enfermeira pode coordenar. Nesse contexto, a enfermeira atua na dimensão gerenciar, tendo como finalidade de seu trabalho a organização do espaço terapêutico e como objeto a “organização em si”, contribuindo para a assistência multiprofissional do cuidado terapêutico. ((LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 39).

Esse acesso a novos processos de trabalho pode propiciar um aumento nas áreas de atuação para a enfermagem, tais como: controle de infecção hospitalar, controle de qualidade hospitalar, captação de órgãos e até mesmo a higienização hospitalar. (BARTOLOMEI, 2003). Considero, também, que as enfermeiras ainda não perceberam que esse setor, tradicionalmente gerenciado pela enfermagem, pode estar sendo visto como um campo potencial de trabalho para outros profissionais da saúde, como biólogos, farmacêuticos, biomédicos, entre outros, que buscam expandir suas áreas de atuação. As enfermeiras, que já perderam algumas atividades antes executadas por elas, como fisioterapias respiratórias, preparo de nutrição parenteral e enteral, entre outras, podem se dar conta tardiamente de que o CME é um excelente campo de trabalho para a enfermagem. Aliás, Bartolomei (2003, p. 134) afirma que

mesmo sendo prática específica e tradicional do enfermeiro, ela se dá como instrumento não apenas do cuidado pelo enfermeiro, mas também pelo de outros profissionais, principalmente o médico. Desse modo, o trabalho do enfermeiro em CM não se reveste de um caráter identificador da enfermagem, no sentido da prática específica da enfermagem, que a caracteriza. Em outras palavras, o trabalho em CM está tradicionalmente identificado como uma prática específica do enfermeiro, mas não identifica o cuidar específico pelo enfermeiro.

Cabe destacar, também, que a enfermeira, mesmo sem se dar conta, atende às exigências do modo de produção capitalista, afastando-se de suas reais atribuições e atuando como fiscalizadora e elaboradora de plantas físicas de hospitais, fiscalizando lavanderias e até copas, fazendo estatísticas diversas e deixando o pessoal de nível médio fazer e gerenciar o cuidado, o que pode ser um ato que propicie a invisibilidade da enfermagem de um modo geral e do CME de um modo particular. (TAUBE, 2006).

Associados aos fatores que me levam a afirmar que há uma invisibilidade do trabalho no CME, também os estudos nessa área apontam na mesma direção, indicando uma lacuna nessa área do conhecimento.

O levantamento bibliográfico que fundamenta esta revisão de literatura foi realizado nas bases de dados LILACS, MEDLINE, SCIELO, COCHRANE, portal de teses da CAPES, catálogo de publicações da ABEn, período 1979-2004, portal Google, além de pesquisas de forma não tão sistemática em livros e periódicos online .

Os estudos que encontrei identificam como acontece a educação permanente (SOUZA, 2001; SOUZA; CERIBELLI, 2004); caracterizam o processo de inserção de trabalhadores sem formação em CME (TIPPLE *et al.*, 2005); repensam a formação do gerente do processo de trabalho do Centro Cirúrgico (CC) e do CME (TRAMONTINI *et al.*, 2002); relacionam a satisfação no trabalho com o perfil dos trabalhadores de CME (SOBECC, 2001); identificam a satisfação dos usuários e funcionários de CME (IMAI, 2003); apontam a valorização da equipe do CME (MOSSON, 1999); abordam o processo de trabalho da enfermeira no CME e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem (BARTOLOMEI, 2003); e avaliam a qualidade nos CMEs. (ROMAN, 2005).

Outros abordam os aspectos ergonômicos e posturais em CME com o objetivo de desenvolver uma crítica a respeito dos efeitos do local de trabalho sobre a saúde dos trabalhadores (ALEXANDRE, 1992); analisam o estresse ocupacional de enfermeiras de CME caracterizando as atividades que desenvolvem e que consideram geradoras de estresse (SILVA, 1992); como também analisam os acidentes de trabalho em CME (SILVA, 1996, 1999; RIBEIRO, 2004); e fazem abordagem ergonômica do trabalho em CME. (BRONZATTI, 2002).

Encontrei, ainda, estudos que relacionam o processo de trabalho da enfermeira no CME com seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem, além de alguns aspectos da organização do trabalho no CME (MANDELBAUM, 1980; DELGADO, 2000; CRUZ, 2003; BARTOLOMEI, 2003; SILVA, 1998), e outros que refletem sobre a gestão no CME. (TONELLI; LACERDA, 2005).

Alguns ainda relacionam o centro cirúrgico com o centro de material (CANELLAS *et al.*, 1988; TAHIRA; BERGO, 1988); analisam o advento de novas tecnologias em CC e CME (CRUZ, 1995); abordam a percepção dos trabalhadores em relação à centralização dos materiais para esterilização (BARROS, 1997); ou analisam condições de trabalho, parâmetros de produtividade e informatização. (SILVA, 2001;

SANCINETTI, 2002; BRONZATTI, 2002).

Um trabalho mostrou as atividades das enfermeiras de seis CMEs e suas expectativas em relação ao ensino da enfermagem nessa área (SALZANO, 1985), além de outro que aborda um marco conceitual no trabalho da enfermagem no CME. (TAUBE; ZAGONEL; MEIER, 2005). Vários discorrem sobre técnicas de processamento de materiais e validações de processos, estes representando a maioria da bibliografia encontrada quando se busca o tema CME.

Schmidt e Dantas (2006), em estudo que analisou, sob a ótica da satisfação, a qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, identificaram que os profissionais de enfermagem reconhecem a importância de sua profissão, porém ainda precisam provar que seu papel é essencial e que merece respeito das demais profissões.

West e Lisboa (2001) avaliaram a satisfação de funcionários no trabalho, exclusivamente em CME, encontrando um percentual de 57% de insatisfeitos com sua rotina profissional em razão de cobrança excessiva de tarefas, mas que conferem importância máxima a essa rotina profissional.

Percebe-se, contudo, que de uma forma geral são poucos, ainda, os estudos acerca do CME, principalmente relacionados ao processo de trabalho nesse serviço, evidenciando que há uma lacuna na produção de tal conhecimento, especialmente a partir da ótica dos próprios trabalhadores.

Além dessa lacuna, muitas são as questões que se agregam ao aprofundamento deste estudo, destacando: Esses trabalhadores consideram seu fazer um ato do processo de cuidar? Será que a dimensão gerenciar é menos valorizada em relação à dimensão cuidar? Quais os fatores no trabalho do CME que interferem na visibilidade dele? O que faz com que o trabalho no CME seja “invisível”, tanto para o trabalhador desse serviço quanto para a instituição? Será que essa invisibilidade tem relação com o trabalho no CME, que é um local onde se lida com o expurgo, com a sujeira (sangue, secreções, dejetos, entre outros), ou ela existe em virtude da dimensão sociohistórica da prática cotidiana em CME? Será que essa invisibilidade do CME tem alguma relação com o modo de inserção desses trabalhadores no CME e sua pouca capacitação formal para o trabalho?.

Com base em questionamentos como esses, a **centralidade deste estudo** se situa em compreender porque o trabalho no CME é invisível para o trabalhador desse serviço e para a instituição, identificando quais

aspectos da organização do trabalho estão relacionados com essa invisibilidade.

Nesse contexto, assumo como **tese** que a dimensão sociohistórica da prática cotidiana, expressa nas questões de gênero, no valor social do trabalho e nas relações de poder, articulados entre si, torna o trabalho no CME invisível e desvalorizado.

Esta tese é apresentada como resposta à seguinte **questão de pesquisa**: Que fatores tornam o trabalho no Centro de Material e Esterilização invisível e desvalorizado, tanto para os trabalhadores quanto para a instituição?.

## 2 OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho no CME e sua relação com o trabalho assistencial hospitalar em dois hospitais da esfera estadual, localizados na Grande Florianópolis (SC), identificando que aspectos do processo de trabalho do CME favorecem a invisibilidade e desvalorização desse trabalho, a partir da percepção dos trabalhadores do CME e da instituição.

Propiciar a reflexão sobre o que está sendo feito ou deixou de ser feito pela enfermagem em Centro de Material e Esterilização vai desvendar um pouco mais o processo de trabalho em saúde, de uma forma geral, pois o processo de trabalho em CME é interdependente e está contido no processo de trabalho em saúde, sendo uma forma particular e complementar deste.

Considerarei que a compreensão do processo de trabalho do CME poderia implicar a melhoria da qualidade de cuidado prestado ao usuário, uma vez que esse processo tem uma interface significativa com o controle da infecção hospitalar e as demais unidades consumidoras do setor. (TAUBE, 2006).

Kirchhof (2003, p. 12) salienta que “a teoria sobre o processo de trabalho é fundamental a qualquer profissional que deseje fazer da sua atuação prática uma ação consequente, pertinente às necessidades das pessoas para as quais seu trabalho está voltado”.

Com esse olhar, este estudo propiciou reflexões e discussões que podem contribuir para a construção de outras formas de organização do trabalho em CME.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 O TRABALHO E SUAS TRANSFORMAÇÕES

O mundo do trabalho mostra indícios de sua organização desde as civilizações antigas. Pode-se inferir que essas civilizações teriam um mínimo de organização no trabalho para terem conseguido construir obras de tão grande porte, tal como os sistemas de irrigação ou os sistemas de bibliotecas, na Assíria. A civilização chinesa pode ser outro exemplo, no processo de construção de sua muralha. O princípio da especialização do trabalho e a rotação da mão-de-obra no trabalho já eram aplicados, desde 1650 a.C e 400 a.C, respectivamente. (MEGGINSON; MOSLEY; PIETRI JR, 1998).

Os séculos XIV e XV foram períodos difíceis, permeados por guerras, por crises econômico-financeiras, pestes, fome, propiciando o surgimento de um novo cenário que modificou a economia europeia. Foi surgindo, de forma incipiente, uma burguesia comercial, iniciaram-se os descobrimentos de novas terras por portugueses e espanhóis. América, África e Ásia surgem como produtoras de matéria-prima, incorporando-se “ao circuito da economia europeia”. (FARIA, 1986, p. 57).

Na Europa Ocidental, até o século XVI, havia uma predominância de produção de mercadorias por mestres artesãos. Estes produziam, em suas casas, produtos que seriam vendidos diretamente ao consumidor, sendo auxiliados por aprendizes. Nessa modalidade de trabalho havia grandes possibilidades de mobilidade social, tendo os aprendizes chances amplas de se tornarem artesãos, alcançando o *status* de mestre. (PIRES, 1998; COSTA; COSTA, 2000).

O modo de produção feudal foi diminuindo por várias razões, tais como: o aumento progressivo da população e do número de artesãos sem aumento de mercado; a concorrência entre as cidades; o aumento do protecionismo em cada cidade e de restrições para acesso de novos artesãos nas corporações de ofícios, além das dificuldades impostas aos aprendizes para acesso à categoria de mestre. Acrescida a essas razões, houve a necessidade de os artesãos terem que se deslocar para outros mercados para venderem seus produtos, fato este que interrompia o processo de produção, havendo a retomada somente quando o artesão voltava à sua cidade. Essa situação levou os artesãos mais ricos a contratarem pessoas domiciliarmente para fabricarem seus produtos, enquanto eles os comercializavam. (COSTA; COSTA, 2000). A etapa

seguinte deu-se com a submissão dos artesãos aos comerciantes, para comprar a matéria-prima, além de terem que vender seus produtos a estes.

De uma simples produção voltada para as necessidades de um mercado interno e restrito, passa-se a produção de excedentes para atender aos novos mercados incorporados. Modificações profundas acontecem na economia: acelera-se o processo de dissolução das estruturas objetivas do mundo feudal; modifica-se a organização da produção; desaparece o trabalho artesanal e generaliza-se o trabalho manufatureiro. Com este, generaliza-se também o regime de trabalho assalariado. (FARIA, 1986).

Para Marx (1982), no processo de industrialização, identificaram-se três fases: cooperação, manufatura e grande indústria. Refere que, no caso da manufatura, o processo de trabalho não diferia muito do artesanato, porém o fato de muitos trabalharem juntos em um mesmo espaço, utilizando-se dos mesmos instrumentos de trabalho, instalações e depósitos, possibilitou a redução dos custos de forma significativa, devido ao uso coletivo dos meios de produção.

Costa e Costa (2000, p. 233) referem que

outra vantagem decorrente da reunião de trabalhadores em um mesmo local [...] é a combinação da força de trabalho coletiva que amplia a possibilidade de mercadorias produzidas, diminuindo o tempo de trabalho necessário à produção de um determinado bem. Assim, a cooperação resulta na elevação da produtividade no trabalho.

Entretanto, isso só foi possível porque havia pessoas que conseguiram acumular capital suficiente para adquirir os meios de trabalho e pagar a força de trabalho disponível, além de comercializar os produtos desse trabalho.

Na manufatura, o desenvolvimento do trabalho acontece de forma manual, dependendo da destreza manual, da habilidade e ritmo do trabalhador, da mesma forma que no artesanato. Todavia, o que ocorreu nesse modo de produção foi uma intensa transformação na utilização da força de trabalho (PIRES, 1998), transformando o artesão em trabalhador assalariado. (COSTA; COSTA, 2000, p. 234).

O período manufatureiro foi importante para o aperfeiçoamento das técnicas e dos instrumentos de trabalho devido a sua “simplificação



e adaptação às atividades especializadas dos trabalhadores parciais”. (COSTA; COSTA, 2000, p. 234).

Segundo Marx (1982, p. 41),

com a ferramenta de trabalho transfere-se, também, a virtuosidade, em seu manejo, do trabalhador para a máquina. A eficácia da ferramenta é emancipada das limitações pessoais da força de trabalho humano. Com isso, supera-se o fundamento técnico sobre o qual repousa a divisão do trabalho na manufatura. No lugar da hierarquia de operários especializados que caracteriza a manufatura, surge, por isso, na fábrica automática, a tendência à igualação ou nivelção dos trabalhos, que os auxiliares da maquinaria precisam executar; no lugar das diferenças artificialmente criadas entre os trabalhadores parciais, surgem, de modo preponderante, as diferenças naturais de idade e sexo.

Na manufatura, as instalações são agora utilizadas de forma coletiva, visando ao desenvolvimento de um processo de trabalho parcial e fragmentado, como condição social de produção.

Essa forma de organização do trabalho propiciou a sua divisão em trabalho manual e intelectual de forma mais expressiva, pois as máquinas incorporam um conhecimento que os trabalhadores não têm acesso, ou seja, há todo um trabalho morto incorporado nessas máquinas. No entanto, os trabalhadores ainda utilizavam suas habilidades para pôr a máquina em funcionamento, controlando ainda o modo e o tempo de produção. (MARX, 1982; COSTA; COSTA, 2000).

O modo de produção fabril aumentou a produtividade dos trabalhadores, mas trouxe, de forma simultânea, a desqualificação e desvalorização deles. Segundo Moraes Neto (2002, p. 72),

o primeiro passo no processo de desqualificação veio com a divisão manufatureira do trabalho, não para um conjunto de trabalhadores, dada a forte hierarquia no trabalho típico da manufatura, mas para aqueles que Marx chamou de ‘peões’, os que tinham ‘como especialidade a ausência de qualquer formação’.

No final do século XVIII, ocorre a Revolução Industrial, decorrente de tecnologias aplicadas à organização do trabalho nas fábricas com um impacto significativo no processo produtivo, surgindo uma nova relação entre capital e trabalho.

No último terço do século XIX, Taylor iniciou seus estudos sobre a gerência científica, buscando a racionalização no trabalho.

A gerência, já caracterizada como um elemento fundamental de coordenação do trabalho coletivo, na manufatura assume a função de expropriadora da concepção do trabalho dos trabalhadores [...] aparecendo como uma forma de garantir a produtividade e melhorar a forma de trabalhar. (PIRES, 1998, p. 32).

Frederick Taylor buscava o aumento da produção melhorando a eficiência do nível operacional. Para isso, recomendava a divisão do trabalho, a especialização dos trabalhadores e a padronização das tarefas.

Nesse tipo de abordagem, a supervisão e o controle dos trabalhadores desempenham um papel fundamental, uma vez que com a especialização das tarefas o trabalhador perde a noção do todo. Nesse contexto, o supervisor é quem consegue conciliar as partes na construção do todo, pois é o único que consegue visualizar o produto do trabalho coletivo. O processo de produção apoiava-se no controle do tempo, produção intensiva com atividades parceladas e fragmentadas, passando a ser uma “atividade essencialmente física, repetitiva e especializada numa fábrica em que se encontram muitos trabalhadores sob um funcionamento (ordem e controle) bem centralizado e hierarquizado”. (VERARDO, 2004, p. 9).

A centralização da produção nas fábricas produz o parcelamento das tarefas, o caráter despótico da direção, a incorporação do saber técnico no maquinismo (CORIAT, 1976), a desqualificação do trabalhador, sendo “uma teoria que nada mais é que a explícita verbalização do modo capitalista de produção”. (BRAVERMAN, 1981, p. 83).

Na mesma lógica de Taylor, Henry Ford, em 1909, introduziu a linha de montagem com uma esteira que transportava a produção de automóveis na fábrica. Com a fixação do trabalhador ao seu posto de trabalho, aperfeiçoou o processo de produção, reduzindo o deslocamento do trabalhador, pois o objeto de trabalho chegava aonde estava o

trabalhador.

Segundo Lipietz *apud* Costa e Costa (2000, p. 234), a característica principal do fordismo, sob a ótica do processo de trabalho, é a segmentação das atividades produtivas em três níveis, quais sejam: “a) a concepção, a organização de métodos e a engenharia, tornadas autônomas; b) a fabricação qualificada exigindo mão-de-obra adequada; e c) a execução e a montagem desqualificadas, não exigindo em princípio nenhuma qualificação”.

O fordismo é uma forma de produção semiautomática, por meio de uma linha de montagem, em que o objeto de trabalho vem até o trabalhador através da esteira, com rotinas padronizadas visando à produção de grandes volumes.

Essa reestruturação do modo de produção e a incorporação de novas tecnologias na indústria incrementaram a produtividade e com isso surgiu a necessidade de criação de mercados de massa. Dessa forma, o fordismo propiciou um “novo modelo de consumo e uma transformação do estilo de vida”. (COSTA; COSTA, 2000, p. 238).

Contudo, Moraes Neto (2002, p. 86) refere que a linha de montagem possuía um campo limitado de aplicação, tendo maior utilidade na produção de bens duráveis complexos, tais como automóveis e produtos eletroeletrônicos. Outras indústrias, como siderúrgica e química, indústrias de processo e intensivas em capital, traçaram um caminho próprio antes e depois de Ford. Salienta que as inovações fordistas foram importantes, “mas dificilmente podem se responsabilizar por toda a trajetória de desenvolvimento das economias avançadas”.

O mundo do trabalho, a partir de então, sofre inúmeras transformações, pois o modelo econômico propiciou a produção em massa, além de possibilitar benefícios sociais aos trabalhadores, nos países centrais de economia capitalista. Esse modelo de produção industrial, a partir do final dos anos 60, do século XX, tem as taxas de lucratividade do capital ameaçadas pela diminuição dos ganhos de produtividade, em virtude da redução do poder de compra do mercado, “elitização do consumo e do aumento da competição intercapitalista mundial”. (PIRES, 1998, p. 45).

No final da década de 1970, o mundo do trabalho entra em forte crise, experimenta novas formas de produção, uma vez que tanto empresas como governo percebem sua incapacidade para estabilizar as economias nacionais. Assim sendo, nos últimos trinta anos do século XX, observa-se um processo de reestruturação do capital, que

inclui uma série de ajustes macroeconômicos e

grandes transformações no modelo de produção industrial, com a introdução de grandes inovações tecnológicas, incluindo os novos equipamentos e materiais e novas modalidades de organização do trabalho. (PIRES, 1998, p. 45).

Segundo Costa e Costa (2000, p. 239), essa crise é considerada de natureza estrutural, no entanto, há divergências em relação aos fatores que a originaram. Essa crise foi resultado dos problemas enfrentados pela estrutura produtiva, que tinha esgotado seu limite de produtividade. Fundamentando-se em Pierre e Sabel, os mesmos autores referem que veem a crise como consequência “à mudança nos hábitos de consumo e à inadequação da produção em massa de moldes fordistas, em atender uma demanda que se tornou instável e fragmentada”.

Com a expansão do neoliberalismo, no final de 1970 e, por isso mesmo, com a crise do *Welfare State*, a social-democracia se aproxima sobremaneira da agenda neoliberal. Dessa forma, o projeto neoliberal

passa a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, inicialmente no centro e logo depois nos países subordinados, contemplando reestruturação produtiva, privatização acelerada, enxugamento do estado, políticas fiscais e monetárias sintonizadas com os organismos mundiais de hegemonia do capital, como FMI e BIRD, desmontagem dos direitos sociais dos trabalhadores, combate cerrado ao sindicalismo classista, propagação de um subjetivismo e de um individualismo exacerbados. (ANTUNES, 2007, p. 2).

Em resposta à crise estrutural estabelecida, várias reestruturações produtivas vêm ocorrendo, por meio de avanço tecnológico, implantação de modelos alternativos ao taylorismo/fordismo, destacando-se neste campo o toyotismo. Essas transformações, na visão de Antunes (2007, p. 2), “ocorreram em virtude da própria concorrência intercapitalista e, também, pela necessidade de controlar o movimento operário e a luta de classes”.

Antunes (2007, p. 3) destaca algumas consequências importantes dessas transformações no modo de produção, tais como:

a) diminuição do operariado manual, fabril, concentrado, típico do fordismo e da fase de expansão que se chamou de regulação social-democrática; b) aumento acentuado das inúmeras formas de subproletarização do trabalho parcial (...); c) aumento expressivo do trabalho feminino no interior da classe trabalhadora, em escala mundial (...); d) enorme expansão dos assalariados médios, especialmente no 'setor de serviços', que inicialmente aumentaram em grande escala, mas que vêm presenciando, também, níveis de desemprego tecnológico; e) exclusão dos trabalhadores jovens e dos trabalhadores 'velhos' (em torno de 45 anos) do mercado de trabalho dos países centrais; f) intensificação e superexploração do trabalho, com a utilização brutalizada do trabalho dos imigrantes, e expansão dos níveis de trabalho infantil, sob condições criminosas (...); g) há (...) um processo de desemprego estrutural que, junto com o trabalho precarizado, atinge cerca de um bilhão de trabalhadores.

Para ele, neste século, a *classe-que-vive-do-trabalho* e os sindicatos têm o papel de *soldar os laços de pertencimento* de classe existentes entre os diversos segmentos do mundo do trabalho, objetivando uma articulação entre os segmentos que têm papel central na criação de valores de troca até os segmentos que estão à margem dos processos produtivos. (ANTUNES, 2003, 2007). Nesse sentido, a classe trabalhadora que hoje compreende a totalidade dos assalariados, homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho e que são despossuídos dos meios de produção (ANTUNES, 2003), deve estar articulada por meio de suas associações e sindicatos visando à busca de um sentimento de pertença.

Entretanto, a reestruturação toyotista enfraqueceu sobremaneira os movimentos sindicais na década de setenta do século passado. (VERARDO, 2004, p. 9).

Com a Terceira Revolução Industrial (após a Segunda Guerra Mundial), pautada no conhecimento e na pesquisa, buscou-se combinar as vantagens das produções artesanal e industrial, minimizando o alto custo e a inflexibilidade das duas últimas revoluções industriais. Esta Revolução influenciou sobremaneira desde as artes e os costumes (pós-

modernismo) até a política e a economia (neoliberalismo e a globalização). (MEDEIROS; ROCHA, 2004).

Atualmente adentramos na Quarta Revolução Industrial, com o desenvolvimento da nanociência. (ALMEIDA, 2005). Enfim, todas essas revoluções industriais constituíram-se em um processo longo com repercussões em todos os setores da sociedade.

O século XXI, então, nasce num mundo globalizado, numa sociedade dita do conhecimento, em que a informação desempenha um papel importante.

O mundo globalizado da sociedade do conhecimento trouxe mudanças significativas ao mundo do trabalho. O conceito de emprego está sendo substituído pelo de trabalho. A atividade produtiva passa a depender de conhecimentos, e o trabalhador deverá ser um sujeito criativo, crítico e pensante, preparado para agir e se adaptar rapidamente às mudanças dessa nova sociedade. (SILVA; CUNHA, 2002, p. 77).

Esta contextualização é fundamental para o entendimento do que se passa no mundo do trabalho e para apreender as várias interfaces que este modelo econômico apresenta e suas consequências para os trabalhadores, inclusive no setor de serviços, no qual se encontra a área da saúde.

### 3.2 O PROCESSO DE TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS

Para abordar o processo de trabalho no setor de serviços, parti das contribuições de Karl Marx, compreendendo que suas formulações se davam no contexto da Revolução Industrial e que o trabalho no setor de serviços, na época, acontecia de forma inexpressiva e individualizada. Mesmo levando-se em conta esse aspecto, ainda é esse autor referência em praticamente todos os textos que abordam o setor de serviços. Também me reportei aos estudos de Harry Braverman e Claus Offe, autores contemporâneos que discutem o setor de serviços, e visando uma melhor compreensão desses autores me reportei a Pires (1994).

### 3.2.1 As contribuições de Karl Marx

Marx considerava que para entender a sociedade capitalista de sua época era necessário compreender o trabalho industrial e os fenômenos que estavam ocorrendo no processo de produção material. Talvez, em virtude disso, não tenha tratado de forma sistematizada o trabalho no setor de serviços. Entretanto, podem-se destacar reflexões do autor a respeito da produção capitalista, das características do trabalho produtivo e improdutivo e do trabalho não-material, entre outras. Esses aspectos possibilitam a reflexão sobre o setor serviços e em especial o setor saúde. Para ele, “serviço nada mais é que o efeito útil de um valor-de-uso, mercadoria ou trabalho”. (MARX, 2007, seção 1).

Em relação ao processo de produção capitalista, Marx entendia que, apesar de nesse processo todos os produtos tornarem-se mercadorias, este não era apenas um processo de produção de mercadorias. Considerava que a mercadoria, na forma capitalista de produção, apresentava valor de uso e valor de troca, sendo que nesse processo importava o seu valor de troca, independentemente de seu valor de uso (utilidade). (MARX, 1969). Entendia como mercadoria “um objeto exterior, uma coisa que, pelas suas propriedades, satisfaz necessidades humanas de qualquer espécie”. (MARX, 2007).

No sistema capitalista de produção, o capitalista troca o seu dinheiro por mercadorias que serão consumidas como meios de produção, que aumentarão o seu capital. Além da compra de mercadorias, também é comprado trabalho vivo (força de trabalho), sendo esta uma parte variável de seu capital. A reprodução do capital e a produção da mais-valia é o aspecto mais importante na relação capitalista de produção e não propriamente o valor de uso ou o conteúdo das mercadorias envolvidas. (MARX, 1969). Nessa relação de compra da força de trabalho pelo capitalista, acontece a incorporação do trabalho, “fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto”, que também pertencem ao capitalista. (MARX, 2007, p. 5).

A mais-valia é a produção de um valor excedente em relação ao valor gasto na produção dos bens de uso, sendo subdividida por Marx (1982) como mais-valia absoluta, aquela que é produzida pelo prolongamento da jornada de trabalho com salários aviltantes, e a mais-valia relativa, que é aquela conseguida por inovações técnicas e sociais no processo de trabalho que reduzem o quantitativo da força de trabalho. Portanto, mais-valia é um sobreproduto, uma produção excedente de

mercadoria para o proprietário dos meios de produção, que é o capitalista. É trabalho não pago.

Para o autor, os elementos do processo de produção são: objeto de trabalho, matéria-prima e meios de trabalho ou instrumentos de trabalho, além da força de trabalho.

Como objeto de trabalho, Marx compreende a matéria sobre a qual se trabalha, sobre o que se realiza a atividade, sendo o objeto de trabalho uma parte da natureza integrada ao processo de produção. Já matéria-prima é um objeto que sofreu um trabalho anterior, sendo modificado pelo trabalho humano.

Por meios de trabalho ou instrumentos de trabalho, compreende que são os objetos que o trabalhador coloca entre ele e o objeto de seu trabalho e que lhe ajudam a conduzir sua atividade sobre esse objeto. (MARX, 1983).

Marx (1969, p. 45) define a força de trabalho como

a própria capacidade viva de trabalho, mas uma capacidade de trabalho de especificidade determinada, correspondente ao particular valor de uso dos meios de produção, é uma capacidade de trabalho impulsora, uma força de trabalho que, ao manifestar-se, se orienta para um fim, que converte os meios de produção em momentos objetivos da sua atividade, fazendo-os passar por conseguinte da forma original do seu valor de uso para a nova forma do produto.

Em suas obras, Marx prioriza o trabalho na indústria, mas nem por isso deixa de reconhecer a existência de outras formas de trabalho na sociedade, sem, contudo, aprofundar-se nelas.

Ao abordar aspectos do trabalho produtivo e do improdutivo refere que só é produtivo o trabalho que produz valor excedente, ou seja, mais-valia. O que pode variar é a forma de trabalho, pois considera que

todo trabalhador produtivo é um trabalhador assalariado, mas que nem todo assalariado é um trabalhador produtivo. Quando se compra trabalho para consumir como valor de uso, como serviço, não para colocar como fator vivo no lugar do valor do capital variável e o incorporar ao processo capitalista de produção, o trabalho não é produtivo e o trabalhador assalariado não é produtivo. (MARX, 1969, p. 111).



Em relação ao trabalho produtivo, Marx dá alguns exemplos que reforçam sua teoria de que o conteúdo ou a utilidade de valor de uso de um trabalho não é o que o classifica de trabalho produtivo. Cita o trabalho de um escritor como improdutivo, entretanto, se ele produz sob encomenda de um editor em troca de salário, torna-se trabalho produtivo. Outro exemplo dado é o caso de uma cantora que vende o seu canto, podendo ser comerciante se vender diretamente o produto ou podendo tornar-se trabalhadora produtiva se for contratada por um empresário. (MARX, 1969, p. 115). No entanto, considera que essas são formas de transição de submissão ao capital, pois esses trabalhadores ainda detêm o conhecimento de seu trabalho.

Ressalta que os serviços não produzem produtos separados dos seus trabalhadores, isto é, uma mercadoria que seja autônoma, mas que podem ser explorados pelo capitalista. Devido ao contexto insignificante no processo de produção capitalista daquela época, tratou os serviços simplesmente como trabalho assalariado.

Encontra-se, ainda, a sua posição de que serviço “não é mais que uma expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade”. (MARX, 1969, p. 118).

No caso de produção não-material, destaca: “seu resultado são mercadorias que não existem separadamente do produtor, ou seja, não podem circular como mercadorias no intervalo entre a produção e o consumo: por exemplo, livros, quadros” e “o produto não é separável do ato da produção. Também aqui o modo capitalista de produção só tem lugar de maneira limitada (...), preciso do médico e não do menino de recados”, pois o médico ainda detém controle sobre o seu saber. (MARX, 1969, p. 119-120).

Portanto, partindo dessas formulações de Marx e incluindo contribuições de outros autores, refleti sobre o processo de trabalho nos serviços de saúde e enfermagem, especificamente na unidade de Centro de Material e Esterilização.

### **3.2.2 As contribuições de Harry Braverman**

Braverman (1981), autor de linha marxista, aborda as características da sociedade pós-Segunda Guerra Mundial, referindo que apesar do grande crescimento dos setores não envolvidos diretamente com a produção material, a tendência não é de ampliação de uma

racionalidade diferente da encontrada no trabalho industrial. Segundo ele, apesar de os trabalhadores desses setores apresentarem certa diferenciação salarial, continuam sendo dependentes, tanto econômica quanto ocupacionalmente, são empregados pelo capital e afiliados, não têm acesso aos meios de produção quando não estão no emprego e dependem desse trabalho para sua subsistência.

Ao analisar os trabalhadores de escritório, conclui que a divisão do trabalho atinge cada vez mais os trabalhadores das áreas administrativas, pois, como os trabalhadores das fábricas, eles também foram expropriados do processo de trabalho, sendo submetidos a rígidos mecanismos de controle e a “métodos de racionalização” que lhes limitam a ação. (BRAVERMAN, 1981, p. 267). Esse processo acontece, nas palavras de Braverman (1981, p. 304), “quando o trabalhador não oferece esse trabalho diretamente ao usuário de seus efeitos, mas, ao invés, vende-o ao capitalista, que o revende no mercado de bens, temos então o modo de produção capitalista no setor de serviços”. Salienta, ainda que

o que vale para ele (o capitalista) não é determinada forma de trabalho, mas se (o trabalho) foi obtido na rede de relações sociais capitalistas, se o trabalhador que o executa foi transformado em homem pago e se o trabalho assim feito foi transformado em trabalho produtivo – isto é, trabalho que produz lucro para o capital (mais-valia). (BRAVERMAN, 1981, p. 305).

Dessa forma, a atuação desses trabalhadores faz crescer o capital e, embora predomine uma relação de subordinação à autoridade e submissão à exploração, esses trabalhadores são diferenciados, tendo algumas prerrogativas e privilégios do capital, concomitantemente possuindo ainda características de uma condição proletária.

Para ele, essas "camadas médias de emprego" são formadas por trabalhadores especializados, como engenheiros, enfermeiras, técnicos, empregados de vendas, da administração financeira e organizacional e assemelhados, entre outros. Devido às variadas condições de trabalho existentes, bem como ao excedente de mão-de-obra, esse segmento de trabalhadores está sujeito à diminuição dos salários e a uma piora das condições de trabalho. Braverman refere que o crescimento dos serviços no século XX ocorreu por causa das transformações ocorridas com as

antigas formas de cooperação, mútua, social, comunitária e familiar, em atividades que começaram a ser comercializáveis. Exemplifica com os serviços considerados domésticos, como arrumação da casa, limpeza de chão, cuidar das crianças e dos doentes, que só se tornaram comercializáveis quando o capitalista percebeu que podia lucrar com essas atividades. (BRAVERMAN, 1981, p. 306).

Braverman reflete sobre o setor serviços no processo produtivo de uma forma geral, sendo que transpôs sua contribuição para o setor saúde.

### **3.2.3 As contribuições de Claus Offe**

As análises de Offe a respeito do trabalho em serviços foram selecionadas por considerá-las relevantes em relação às transformações do mundo do trabalho, mesmo ele compreendendo que o trabalho no setor de serviços seja um dos exemplos significativos da não-centralidade do trabalho na análise sociológica da sociedade contemporânea. Entretanto, Offe discorre sobre o setor de serviços de uma forma interessante, dando a esse setor uma posição privilegiada em relação à definição do valor do trabalho, complementando, dessa forma, o pensamento de Braverman.

Para Offe, várias foram as tentativas para se conceituar o setor de serviços, contudo pondera que não se tem ido além de definições negativas, quanto às características socioestruturais dos serviços, sendo normalmente conceituados através do que eles não são. Sendo assim, são compreendidos “como aquelas atividades econômicas que não podem ser atribuídas nem ao setor primário (agricultura, mineração), nem ao setor secundário (indústria)”. (OFFE, 1991, p. 12-13).

Considera que uma das características usualmente aplicadas para caracterizar o setor de serviços é a sua não-materialidade, por não apresentar um produto físico que possa ser transferido no tempo e no espaço, portanto, nem transportado ou estocado. Ressalta que essa visão pouco auxilia numa identificação positiva das características que poderiam ser comuns entre as funções, identificando vários serviços, como os de médico, fiscal de impostos, porteiro e cantor, mesmo sabendo que no senso comum todos sejam prestadores de serviços. Destaca, entretanto, que essa distinção entre materialidade e não-materialidade não se aplica no caso do alfaiate, do supervisor na produção ou de artistas plásticos, que, apesar de estarem prestando um

serviço, apresentam um produto concreto de seus trabalhos.

Offe (1991) afirma que a determinação de características positivas para o setor de serviços tem se mostrado ineficaz e várias tentativas têm se apresentado para defini-lo, sem, contudo, conseguir abranger toda a complexidade desse setor.

Frente às dificuldades apresentadas em relação à conceituação do setor de serviços, as áreas de administração e economia, ainda segundo Offe, optam frequentemente por definições enumerativas das profissões e das organizações incluídas no setor de serviços, como bancos, comércio, seguros, sistemas de saúde, entre outras, sendo ineficazes por não se poderem enumerar todas as profissões.

Na busca da definição e da caracterização do setor de serviços, Offe (1991, p. 15) opta por uma definição funcional do setor. Considera que a estrutura social possui duas funções: de “satisfação social das condições físicas de sobrevivência”, desempenhada pelas atividades econômico-produtivas, e atividades que “servem a manutenção ou modificação das formas de preenchimento da função inicialmente mencionada”, ou seja, manutenção ou modificação da forma das atividades anteriores. Nesse contexto, o setor de serviços pertence à segunda função, abrangendo as atividades que “estão voltadas para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas, dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade”. O autor considera que

‘a reprodução das estruturas formais’, enquanto instrumento para a determinação sociológica de atividades do setor de serviços, é entendido de modo conscientemente amplo: ele compreende a manutenção das condições físicas da vida social, dos sistemas de normas culturais e legais, a transmissão e o desenvolvimento de acervo de conhecimento de uma sociedade, seus sistemas de informação e circulação. (OFFE, 1991, p. 15).

Assim, a ideia de reprodução é extremamente dinâmica, permitindo inovações e transformações nos cenários.

Offe (1991, p. 17) vê os serviços como “meta-trabalho”, ou seja, um trabalho “referido ao trabalho social (...) trabalho reflexivo com função de proteção e resguardo”. Salienta, ainda, que entender o setor de serviços como meta-trabalho pode levar ao equívoco de considerá-lo hierarquicamente superior e que esse estaria no topo das organizações

sociais. No entanto, o que acontece é uma relação de dependência recíproca entre “produção” e “certificação” e não de superioridade/subordinação. Em suas palavras, “da mesma forma que os ‘produtores’ precisam do ordenamento formal e de sua proteção, essas mesmas funções organizativas necessitam, por seu lado, de recursos materiais para a sua reprodução”. (OFFE, 1991, p. 17).

O autor coloca o setor de serviços em uma posição privilegiada em relação à definição do valor do trabalho. Exemplifica que na produção material uma mesa tem um valor independentemente de ter sido vendida ou não. Todavia, questiona qual seria o trabalho de um vendedor disponível numa loja que não tem nada para vender ou de um médico de plantão descansando na cama. Com esses exemplos, quer demonstrar a característica de “disposição à prestação de serviços”, não sendo possível atribuir um valor econômico por si mesmo, além da impossibilidade de planejamento com dados precisos quanto à produção material.

O setor de serviços é classificado por ele num esquema de decomposição que é capaz de caracterizá-lo pelo grau de “seu distanciamento estrutural” do trabalho “produtivo”, isto é, de produção de mercadorias. Dessa forma, estabeleceu a diferenciação da organização de prestação dos serviços tendo em conta as especificidades socioestruturais na produção de serviços, mas desconsiderando as características de conteúdo material dos diferentes serviços, quais sejam: S1 – Serviços comerciais; S2 – Serviços internos à organização; e S3 – Serviços públicos e estatais.

**S1 - Serviços comerciais:** caracterizados como empresas autônomas que vendem serviços comercialmente, considerando que esses serviços possuem “valor” somente quando surge um usuário, citando o exemplo da educação e da saúde especificamente, porque esse serviço necessita da colaboração ativa do consumidor. Nesse caso, ainda segundo Offe (1991, p. 27), o consumidor ocupa um papel imprescindível no ato da realização do serviço, pois ele é quem decide sobre o tipo, o momento e sobre o local de sua concretização. Os serviços do tipo comercial são gerados somente enquanto produzirem lucro, isto é, os custos globais são menores que as receitas obtidas.

**S2 - Serviços internos à organização:** uma categoria do setor de serviços que “abrange o conjunto daquelas atividades de trabalho realizadas no bojo e como parte das organizações produtivas (empresas), e que não sejam diretamente produtivas, mas tenham uma função de ‘acompanhamento’ do processo de produção”. (OFFE, 1991, p. 28). Nesta categoria, incluem-se: o pessoal técnico-gerencial nas empresas;

as funções mais ou menos diferenciadas de direção; os serviços diretamente referidos à produção (estoque, manutenção, reparos, limpeza, administração de pessoal); e as funções de polícia interna (vigias, porteiros).

Importa destacar que nesta categoria o aspecto comum a todas as atividades incluídas é que seus resultados (vistos sob o ângulo negativo da não-materialidade) não surgem no mercado como mercadoria, mas ocupam um papel fiscalizador e regulador com respeito à produção de mercadorias, que eles mantêm e controlam, portanto, a função reside na manutenção e no apoio à realização do processo de valorização do capital. Entretanto, assinala que há uma diferença significativa entre os serviços de tipo S1 e de S2, pois o volume dos serviços gerados no S1 é definido a partir dos critérios de custo e rendimento, e nos serviços considerados do tipo S2 o rendimento não pode ser base de cálculo, já que os resultados deste serviço não estão voltados para a venda. (OFFE, 1991, p. 28).

Neste caso, esses serviços só existem para preencher determinadas funções necessárias, mantendo-se enquanto sejam viáveis em termos de custos.

**S3 – Serviços públicos e estatais:** da mesma forma que o setor S2, estes serviços não são alocados por meio de preços (às vezes, por meio de taxas), sendo avaliados por seu valor de uso, excluindo-se o critério de rentabilidade como indicador da composição e do volume do trabalho em serviços organizados estatalmente. (OFFE, 1991, p. 30).

Ao analisar o custo-benefício quando da implantação de programas estatais de prestação de serviços, Offe (1991, p. 30) refere que, necessariamente, não quer dizer que “a esfera pública possa limitar a sua oferta de serviços estritamente aos ‘serviços mais rentáveis’”.

Difere da forma anteriormente citada (S2) de prestação de serviços por não se poder “localizar um valor-limite operacionalmente significativo e que pudesse definir, pelo menos negativamente, o volume da atividade a ser empregado na prestação de serviços”. Neste tipo de serviço, “os métodos para decisão e alocação derivados da racionalidade de mercado foram definitivamente substituídos por processos político-descriconários de decisão”. (OFFE, 1991, p. 30). Assim sendo, os critérios políticos são decisivos nessa forma.

O autor assinala que é necessário analisar a distribuição dos serviços nas três formas denominadas por ele de S1, S2 e S3, ressaltando, ainda, que se essas funções preventivas ultrapassarem determinados limites, com sobrecarga financeira, de forma que possam

ameaçar a lucratividade, acontece a reorganização estrutural no processo de trabalho, visando à redução de custos.

Para a racionalização do processo de trabalho, Offe (1991, p. 35) descreve três estratégias:

**Mecanização** – é um processo que visa à substituição do trabalho humano por máquinas e aparelhos para elevar o rendimento do trabalho em serviço ou por meio de transformações técnicas em bens de consumo ou de investimento.

**Racionalização organizacional** – objetiva a utilização de estratégias econômicas com o intuito de utilizar a máxima capacidade existente de trabalho em serviços. Tendo em vista a impossibilidade de estocagem, armazenamento e transporte dos serviços e, ainda, por causa de sua *função social de absorção de incerteza*, nas palavras de Offe, “os serviços têm que ser produzidos quando e onde forem demandados (...)”, daí “a necessidade estrutural da manutenção do superdimensionamento na produção de serviços”. (OFFE, 1991, p. 36).

**Externalização** – tem como princípio a transferência de serviços para outros agentes, diminuindo custos e estruturas.

No processo de racionalização do trabalho, Offe destaca a existência de consequências para os usuários, para a força de trabalho e para a estrutura global e conflitos políticos, da seguinte forma:

**Para os clientes** – Os serviços são atividades de manutenção das estruturas sociais formais, que podem apresentar defasagens inevitáveis de produtividade e que não podem ser suspensos por falta de rentabilidade, da mesma forma que na produção de mercadorias. Portanto, acontecem consequências para os usuários, tais como a necessidade de “repasso de custos e formas alternativas de organização” – como a externalização parcial. (OFFE, 1991, p. 41).

Como resultado dessas estratégias, aponta a “oneração do consumidor, o aumento das formas de autosserviço e transferência para os clientes”, como medidas de autosserviço que acabam gerando aumento do controle social sobre os indivíduos. (OFFE, 1991, p. 41).

**Para a força de trabalho** – No que tange à identificação dos efeitos desses fatores de mudanças no setor de serviços *nos aspectos quantitativos* (volume do emprego e respectivas tendências ao longo do tempo), o autor identifica uma rápida expansão do trabalho nos serviços, principalmente dos que exigem maior qualificação, em virtude da maior absorção, pelas sociedades industriais desenvolvidas, de pessoas que atuem com direção e com manutenção dessa forma de sociedade. Assinala, ainda, como fator quantitativo, as exigências de racionalização econômica, em consequência do menor crescimento do setor de serviços

e, por último, que o aumento do volume de empregos no setor é desejável em termos de política estrutural de empregos, surgindo como uma alternativa para tratar o problema de mercado de trabalho da classe média. (OFFE, 1991, p. 44).

Em relação aos *aspectos qualitativos* da força de trabalho em serviços, o autor apresenta quatro hipóteses: i) a racionalização técnica submete o trabalho em serviços às mesmas mudanças que são observadas na produção industrial e conceituadas como desqualificação ou intensificação, podendo ter variação em relação ao tempo; ii) a complexidade estrutural das sociedades industriais, bem como as condições e riscos de vida daí derivados, aumentam a demanda por trabalho reflexivo, tanto no setor público quanto no privado, conduzindo a profissionalização e qualificação, tendo em vista a demanda por execução de tarefas mais complexas e não rotinizáveis nos serviços; iii) uma terceira hipótese seria uma junção das duas anteriores, pois sustenta tendências de desqualificação e crescente qualificação nas diversas áreas do setor de serviços. Por último, refere à tendência desse setor em absorver os trabalhadores que possuem menos chances no mercado de trabalho e que aceitam salários abaixo da média, exemplificando a crescente feminilização das profissões de ensino, expansão do trabalho feminino em tempo parcial no comércio e de forma crescente no serviço público, ainda salientando a importância do estagiário em algumas atividades de serviços, bem como de idosos e deficientes em diversas funções de vigilância. (OFFE, 1991, p. 45).

O autor ainda faz considerações a respeito das dificuldades de se exercer formas de controle e de fiscalização no trabalho do setor de serviços, pois eles não se ajustam a controles verticais e regras abstratas.

#### **Consequências para a estrutura global e conflitos políticos –**

Tendo em vista a hipótese de que os serviços podem ser descritos, segundo Offe (1991, p. 41),

como atividades de manutenção das estruturas sociais formais, de que eles apresentam defasagens inevitáveis de produtividade e, [...] que sua produção não pode ser simplesmente encerrada na falta de rentabilidade empresarial [...] acarretando sua transferência a formas alternativas de organização,

considera-se que há a ocorrência de conflitos políticos levando a um movimento em ondas de estatização e reprivatização dos serviços,



uma vez que a produção estatal deles afeta tanto os empregados e usuários dos serviços como os cidadãos como pagadores de impostos.

Ainda sobre o conceito do trabalho em serviços, Offe (1991, p. 57) diz que “a referência estratégica e a racionalidade específica do trabalho na produção são a apropriação e a transformação da natureza externa, com o objetivo da geração da riqueza social”, enquanto “a referência estratégica do trabalho em serviços [...] é a garantia do ordenamento institucional e das demais *condições* funcionais para o andamento do trabalho na produção”. Nesse sentido, Offe apresenta algumas reflexões sobre a diferenciação entre “trabalho na produção” e “trabalho nos serviços”.

Descreve que essas referências estratégicas diferentes para os dois tipos de trabalho (produção e serviços) também correspondem a dois estilos de racionalidades, limitando-as com os conceitos de “eficiência” e “eficácia”. Considera que o trabalho na produção é mais bem desenvolvido, na medida em que for organizado de forma mais regular, padronizado, constante e com menor custo, portanto, de forma mais eficiente. Ao passo que o trabalho em serviços

é determinado no sentido da ‘garantia’, da orientação estratégica a partir dos riscos, das perturbações, irregularidades, incertezas, imponderabilidades do ambiente natural, técnico e social que ele deve absorver e processar, predominando os critérios da eficácia na prevenção dos efeitos perturbadores do processo produtivo. (OFFE, 1991, p. 58).

Assinala, ainda, a dificuldade de separar as funções de serviços no trabalho de produção e que esse tipo de trabalho também está submetido aos critérios estratégicos de “elevação da eficiência”.

### 3.3 O PROCESSO DE TRABALHO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DE ENFERMAGEM

O setor de serviços envolve uma grande diversidade de atividades, dentre as quais as variadas formas de assistência à saúde.

Um **processo de trabalho** se caracteriza por ser um conjunto de atividades, determinado por uma finalidade, em que o ser humano

transforma um objeto em um produto, utilizando instrumentos de trabalho nesse processo. No caso dos serviços de saúde, o **objeto de trabalho** é o ser humano, que traz consigo as emoções, necessidades, vontades que gostaria que fossem atendidas pelo trabalhador da saúde. Entretanto, existe uma outra corrente que afirma que o objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado, defendida pelos pesquisadores do Núcleo de Estudos sobre Saúde e Trabalho da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (NUESAT).

Neste estudo, como explicado anteriormente, entende-se que o cuidado é o próprio trabalho da enfermagem e não o nosso objeto de atuação. Como integrante do Grupo de Pesquisa Práxis – Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem, partilho que o cuidado é o objeto epistemológico da enfermagem.

Segundo Leopardi (1999, p. 73), “o cuidado na saúde aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo em que os profissionais põem em prática um corpo de conhecimento transformado em técnica, para interferir no processo de saúde dos indivíduos”. Nesse contexto, os serviços de saúde cumprem uma finalidade útil à sociedade e o trabalho assistencial em saúde apresenta uma característica semelhante à encontrada em outros serviços, nos quais os resultados do trabalho não são produtos independentes do processo de produção a serem comercializados no mercado. O produto é a própria realização da atividade. (PIRES, 1998).

A finalidade dos serviços de saúde é a atenção a indivíduos/coletividade que necessitam de cuidados especializados relativos ao processo saúde-doença, sendo que esses serviços organizam-se com diferentes lógicas estruturais, de acordo com a sua natureza, lucrativa ou não-lucrativa. (SOUZA *et al.*, 1991). Capella e Leopardi (1999, p. 145) definem processo de trabalho em saúde como:

um processo de trabalho coletivo, no qual áreas técnicas específicas, como medicina, farmácia, odontologia, nutrição, serviço social, enfermagem, entre outras, compõem o todo. Este processo institucionalizado tem como finalidade atender o ser humano que, em algum momento de sua vida, submete-se à intervenção de profissionais de saúde, cabendo, a cada área específica, uma parcela deste atendimento. A delimitação dessa parcela, bem como a organização desses trabalhos, foi-se dando no percurso histórico, com o desenvolvimento da ciência e em decorrência da divisão social do trabalho na área da saúde,

principalmente a partir de tarefas delegadas pela área médica.

Segundo Pires (1998), o trabalho em saúde hoje se desenvolve, na grande maioria, em serviços institucionalizados, os quais contam com regimes organizacionais próprios, bem como se situam dentro do cenário estabelecido pelo arcabouço jurídico legal na sociedade atual. A assistência de saúde envolve vários trabalhadores que possuem conhecimentos específicos e com níveis de complexidade dos mais diversos, bem como envolve características do trabalho profissional e do trabalho parcelado. A mesma autora diz que diversos grupos profissionais participam do trabalho coletivo em saúde, sendo que a maior parte das instituições de saúde não aproveita esse fato de modo positivo. Não utiliza, por exemplo, os diversos saberes no planejamento institucional, nem no âmbito macro, nem no cotidiano do planejar e fazer assistência.

Não existe uma coordenação da assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais de saúde (...) o trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. (PIRES, 1999, p. 34-35).

A organização do trabalho em saúde fundamenta-se no método científico cartesiano em relação à sua tecnicidade, que acompanha a reestruturação do processo de trabalho no modo de produção capitalista, fundamentando-se no trabalho coletivo realizado no espaço hospitalar. O trabalho coletivo é “formado por inúmeros trabalhadores individuais e parciais. Estes executam tarefas simples e articuladas por um processo produtivo, baseado na maquinaria, que já não conhecem e dominam completamente”. (FURTADO, 1992, p. 69). Segundo Pires (1999, p. 33), “o trabalho em saúde é (...) realizado por diversos profissionais da saúde e diversos profissionais e trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional”.

Esse trabalhador coletivo em saúde se expressa nas diversas categorias profissionais (médico, enfermeira, dentista etc.) e por agrupamentos que surgem a partir da segmentação dentro de uma

mesma profissão formada por trabalhadores com diferentes graus de formação; por seus diferentes graus de autonomia; suas distintas representações no imaginário social; suas formas de validação educacional e legal; e seus estatutos corporativos. (SANTANA *apud* MACHADO, 2002).

Como na indústria, o trabalho em saúde também tem como característica a cooperação, que “é a forma de trabalho em que muitos trabalham juntos, de acordo com um mesmo plano, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos”. (NOGUEIRA, 1995, p. 141).

Convivem as especificidades de cada trabalho, segundo o conhecimento e a tecnologia utilizada. Existe uma heterogeneidade da força de trabalho nos serviços de saúde que é visualizada

não apenas em termos da composição demográfica, inserção em classe social, mas também da sua preparação profissional prévia – desde trabalhadores de nível universitário ao primário incompleto – e a sua inserção em processos produtivos específicos, que pode ser expressa em diferentes categorias profissionais e diferenciada de acordo com a unidade produtora na rede de serviços. (SOUZA *et al.*, 1991, p. 38).

Nos hospitais, essa característica é bastante presente. Existe a divisão de trabalho entre médicos, trabalhadores de enfermagem, nutricionistas, psicólogos e outros técnicos, cada um executando sua tarefa/atividade para, presumivelmente, chegar ao mesmo fim, que é a recuperação (melhora, cura) do usuário que necessitou ser hospitalizado.

Nogueira (1997, p. 73) diz que “na saúde, quem detém a direcionalidade técnica também põe ‘a mão na massa’, ou seja, participa diretamente do ato técnico final”, ou seja, é “mão-de-obra intensiva”.

Esse trabalho coletivo em saúde é controlado pela categoria médica, que ao longo da história da organização dos serviços de saúde conquistou uma autoridade social com um saber técnico, legalizado como “verdadeiro” mesmo quando não são proprietários dos meios de produção. (NOGUEIRA, 1997; PIRES, 1989).

Esse controle também pode ser visualizado na demanda de serviços aos CMEs, pois os instrumentais cirúrgicos são utilizados principalmente em decorrência de um ato médico, como cirurgia, por exemplo, ou a realização de outros exames invasivos que necessitam de

materiais e equipamentos esterilizados. Portanto, o trabalho no CME é um trabalho meio, que possibilita o ato de saúde seguro, no que concerne a instrumentais cirúrgicos com qualidade no seu processamento, sendo um serviço interno à organização, de acordo com Offe (1991).

### **3.3.1 Processo de trabalho no Centro de Material e Esterilização (CME)**

O Centro de Material e Esterilização é a área de unidades hospitalares, Centros de Saúde ou outros estabelecimentos de saúde que executa a limpeza e o processamento de artigos e instrumentais hospitalares, bem como a que realiza controle, preparo, esterilização, armazenamento e distribuição de materiais.

O Ministério da Saúde define CME como “o conjunto de elementos destinado a recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição dos materiais para as unidades dos estabelecimentos assistenciais à saúde”. (BRASIL, 1999, p. 15).

Moura (2006, p. 16) define Centro de Material e Esterilização como “o setor encarregado de expurgar, preparar, esterilizar, guardar e distribuir materiais estéreis ou não para todas as unidades que prestam cuidados aos pacientes”.

Os processos para limpeza, desinfecção e esterilização de materiais foram acompanhando a evolução das ações em saúde. Dessa forma, com o aumento da complexidade que envolvia os atos cirúrgicos, apareceu a necessidade de se criar mecanismos que evitassem a morte dos usuários por infecção, dando-se início a uma reestruturação no processo de trabalho do CME.

Sabe-se que a cirurgia é um ato que vem acontecendo desde o início da humanidade e que os cirurgiões possuíam um conhecimento não acadêmico, mas prático, a respeito das técnicas cirúrgicas. (POSSARI, 2005). O mesmo autor relata que

durante a Idade Média, os cirurgiões realizavam numerosos procedimentos paliativos, tais como: lancetar furúnculos ou realizar curativos em feridas, extirpações de tumores de mama localizados em áreas corpóreas em que não era necessária a abertura da cavidade. (POSSARI, 2005, p. 18).

Até o desenvolvimento da anestesia, além dos poucos instrumentos grosseiros de que dispunham, os cirurgiões contavam apenas com as próprias mãos. “Os instrumentos utilizados nas operações eram limpos com qualquer pano ou até mesmo na aba da sobrecasaca dos cirurgiões, mal conservados e guardados precariamente, também sem nenhuma preocupação com a assepsia”. (POSSARI, 2005, p. 18).

Com o progresso das técnicas cirúrgicas, foi necessária a utilização de instrumentos, pois já não era mais possível o acesso aos órgãos apenas com as mãos. Esse fato e a descoberta da anestesia acabaram com o maior entrave para o desenvolvimento das cirurgias: a dor. (POSSARI, 2005).

Logo em seguida, acontecia a descoberta de Semmelweiss, em 1848, com relação à transmissão dos germes infecciosos por meio das mãos e instrumentos dos médicos e, em 1874, Louis Pasteur sugere que instrumentos cirúrgicos sejam colocados em água fervente e passados sobre uma chama. Em 1880, Joseph Lister trata fios de sutura e compressas com solução de fenol. (POSSARI, 2005).

A evolução do conhecimento mostrava que alguns organismos sobreviviam a temperaturas superiores a 100° C e percebeu-se a necessidade de elevar-se essa temperatura para se assegurar a esterilidade dos artigos utilizados. A esterilização por calor aconteceu em 1881, com Robert Koch e, em 1890, Halsted introduziu o uso de luvas em sala de cirurgia. (PORTER *apud* POSSARI, 2005).

No século passado, a cirurgia teve um papel preponderante no desenvolvimento da medicina, pois houve um avanço significativo nos instrumentos cirúrgicos desenvolvidos e métodos diagnósticos.

O número alto de procedimentos cirúrgicos, aliado a variedade dos instrumentos cirúrgicos, criou a necessidade de designar-se pessoal e área específica para limpeza, conservação, acondicionamento, esterilização e guarda, bem como o controle desses materiais. (SILVA, 1996; LOPES, 2000; POSSARI, 2005). Essa área tinha como objetivo racionalizar custos e otimizar resultados, pois anteriormente os instrumentais ficavam dispersos pelas unidades de internação dos hospitais, dificultando o controle dos materiais e dos métodos utilizados no processamento deles, como também ocupando espaços que poderiam ser utilizados para outros fins. (SILVA, 1996; SILVA, 1998; POSSARI, 2005).

Concomitantemente à criação dos CMEs, surgem os Centros Cirúrgicos, que, na mesma lógica da centralização do CME, visavam à otimização dos lavabos, vestiários, entre outras coisas e, normalmente,

ficavam juntos ou próximos ao CME, para facilitar o acesso rápido aos materiais esterilizados. (SILVA, 1998; LOPES, 2000; POSSARI, 2005).

Com o desenvolvimento do conhecimento sobre infecções hospitalares, veio a tendência de se separar o CME do Centro Cirúrgico. Assim sendo, o CME torna-se uma unidade independente, que objetiva atender a todas as demais que necessitam de seu serviço, mesmo àquelas com uma demanda pequena de artigos médico-hospitalares, mas que possuem a mesma importância que o Centro Cirúrgico. (POSSARI, 2005).

No Brasil, os primeiros CMEs parcialmente centralizados começaram a ser estruturados em torno de 1950. Como unidade autônoma, surgiu somente em 1970, em hospitais de grande porte e hospitais universitários, persistindo nos anos 90 agregada ao Centro Cirúrgico, com funcionários e uma enfermeira responsável pelas duas unidades. (MOURA, 1996; LOPES, 2000). Apesar de toda a evolução ocorrida na última década, ainda encontram-se CMEs anexados aos Centros Cirúrgicos.

O CME pode ser centralizado ou descentralizado<sup>6</sup>. Quando centralizado, facilita o controle do estoque e a padronização dos procedimentos de limpeza e preparo, além de concentrar todo o material. (MOURA, 2006). Quando o CME é descentralizado, há uma dificuldade maior para o controle dos materiais e técnicas de limpeza, desinfecção e esterilização, além de propiciar o desvio dos materiais e de necessitar de um número maior de instrumentos, equipamentos e de pessoal. (MOURA, 2006).

Segundo Moura (2006, p. 14), os principais objetivos dos CMEs são:

concentrar material, esterilizado ou não, tornando mais fácil seu controle, conservação e manutenção; padronizar as técnicas de limpeza, preparo, empacotamento e esterilização, assegurando economia de pessoal, material e tempo; treinar pessoal para as atividades específicas do setor, conferindo-lhe maior produtividade; facilitar o controle do consumo, da qualidade do material e das técnicas de esterilização, aumentando a segurança no uso; manter reserva de material, a fim de atender

---

<sup>6</sup> Considera-se CME centralizado quando lá se executam todas as etapas do processamento de artigos, e descentralizado quando as unidades consumidoras executam alguma etapa do processamento, como limpeza, desinfecção e acondicionamento, por exemplo.

prontamente à necessidade de qualquer unidade do hospital.

No CME, o processo de trabalho é específico, configurando como objeto de seu trabalho os artigos a serem processados, tendo como produto final os artigos em condições seguras de uso (TAUBE, 2005) e como finalidade prover suporte às ações de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores em estabelecimentos de saúde.

Como instrumentos de trabalho no CME, podem ser citados: os instrumentos materiais<sup>7</sup>, tais como autoclaves, estufas, desinfetantes, desincrostantes, entre uma infinidade de instrumentos que proveem de outros processos de trabalho; os instrumentos metodológicos, tais como organização por tarefa e outros que indicam um modo de realizar o trabalho, como a comunicação, a interação, a orientação, o conhecimento, o controle de qualidade (BARTOLOMEI, 2003; TAUBE, 2005); e o local de assistência, que é o CME, que tem uma organização específica de seu trabalho e que indica a sua finalidade.

No caso do CME, por ser um serviço interno da organização, não produz um produto em si que seja vendável no mercado, mas um serviço que seja necessário para que essa instituição aconteça com qualidade e menor risco aos usuários. Offe (1991) nos diz que no caso de serviço interno da organização, em princípio, o valor e o custo desse trabalho estão embutidos no preço final, já que são serviços diretamente referidos à produção (estoque, manutenção, reparos, limpeza). Portanto, a função reside na manutenção e no apoio à realização do processo de valorização do capital. Offe (1991) diferencia esse processo em relação à esfera de serviços privados e públicos, pois estes últimos são avaliados pelo seu valor de uso e o critério de rentabilidade passa a ser substituído pelo critério de custo-benefício, além de critérios políticos.

O produto do CME são os artigos esterilizados e em condições de uso, tendo como finalidade a prestação de uma assistência de saúde segura a outros processos.

No caso do CME, o produto será consumido por um usuário, que vai estar em uma unidade da instituição ou até mesmo em outra instituição. Daí, talvez, a visibilidade em relação à prestação do cuidado ficar tão distante.

---

<sup>7</sup> Leopardi (1999, p. 80) refere que há instrumentos de diferentes naturezas para a realização do processo terapêutico: instrumentos materiais; instrumentos metodológicos e o local da assistência.



A enfermagem, por ser tradicionalmente a categoria profissional que é responsável pela organização do ambiente e gerenciamento das unidades, dando sustentação ao trabalho desenvolvido por outras categorias profissionais, também assumiu as atividades desenvolvidas no CME, constituindo-se a força de trabalho nesse setor, completando assim os elementos do processo de trabalho na perspectiva de Marx.

Historicamente, essas atividades foram sendo desenvolvidas por atendentes<sup>8</sup> de enfermagem ou outros trabalhadores sem qualificação específica para as atividades no CME. Essa situação demonstra a pequena importância dada a essa área vital nas instituições de saúde.

Nas unidades, a coordenação de CME frequentemente é designada a uma enfermeira. Entretanto, ainda é comum a enfermeira do Centro Cirúrgico ser responsável pelo gerenciamento do CME.

No contexto atual, com a coordenação desse setor pelas enfermeiras, os profissionais mais indicados para atuarem em CME são o auxiliar e o técnico de enfermagem, pois possuem noções de microbiologia em seus currículos, propiciando uma apreensão melhor dos conteúdos desenvolvidos em capacitações específicas para o trabalho no CME.

A qualificação da força de trabalho em CME é fundamental para o desenvolvimento de procedimentos seguros. Para tanto, capacitações continuadas, que tenham como eixo metodológico o processo de trabalho e que os trabalhadores sejam educados pelo trabalho, podem provocar mudanças significativas na organização do trabalho do CME, no controle de infecção hospitalar e na qualidade da assistência ao usuário, ainda mais, levando-se em conta o contexto do SUS, em que práticas e políticas de saúde historicamente são implantadas de forma verticalizada, sem ou com pouca participação dos trabalhadores, que, efetivamente, devem implantar as tais ações ou políticas. Assim, a participação de trabalhadores, gestores, órgãos formadores e o controle social tornam-se imprescindíveis para que o processo de qualificação e/ou formação dos trabalhadores da área da saúde sejam contextualizados com a proposta contra-hegemônica do Sistema Único de Saúde.

Em relação ao dimensionamento de pessoal para trabalhar em CME, Possari (2005) destaca alguns estudos sobre esse tema e salienta a

---

<sup>8</sup> Pessoal sem formação específica regulada em lei e que ainda atua nas unidades de saúde do Brasil, em virtude da Lei 8.967, de 28/12/1994, que altera a redação do parágrafo único do art. 23 da Lei nº. 7498, de 25/06/1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.

dificuldade de dimensionar pessoal para esse setor, pois sofre interferência de profissionais de outras áreas, principalmente devido aos custos envolvidos.

Atualmente, a Resolução COFEN 293/2004 fixa e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. São parâmetros que dimensionam o quantitativo mínimo dos diferentes níveis de formação dos profissionais de enfermagem para a cobertura assistencial nas instituições de saúde. De acordo com a mesma resolução, o CME pode ser considerado uma Unidade Assistencial Especial, a qual é definida como “locais onde são desenvolvidas atividades especializadas por profissionais de saúde, em regime ambulatorial, ou para atendimento de demanda ou de produção de serviços com ou sem auxílio de equipamentos de alta tecnologia”. (COFEN, 2004, p. 3, Anexo II).

Essa resolução preconiza como metodologia a utilização de sítio funcional para a realização do dimensionamento de pessoal, entendendo como sítio funcional

a unidade de medida que tem um significado tridimensional para a enfermagem. Ele considera a(s) atividade(s) desenvolvida(s), a área operacional ou local de atividade e o período de trabalho obtido do distribuído no decurso de uma semana padrão (espelho semanal padrão). (COFEN 293/2004, Anexo II, p. 3).

Essa proposta para cálculo de dimensionamento de pessoal ainda é pouco respeitada na determinação do quantitativo de pessoal para o CME. Salienta-se que essa é uma área que tem sido pouco explorada nos estudos, gerando dificuldades aos administradores no que se refere ao dimensionamento de pessoal. Esse é um aspecto importante a ser fortalecido em relação a conteúdos a serem ministrados nos cursos de graduação em enfermagem, visando à divulgação e à possível reivindicação desses profissionais por obediência a esses parâmetros estabelecidos pelo conselho de sua profissão e conseqüente melhoria nas condições de trabalho e de assistência ao usuário.

## 4 O MÉTODO

A questão da invisibilidade do trabalho no CME é complexa e tem por detrás todo um contexto histórico-social relacionado a diferentes aspectos que levam à sua desvalorização, já que é um trabalho manual e, majoritariamente, feminino. Visando a uma melhor compreensão dessa realidade, optei por uma pesquisa qualitativa, pois é uma modalidade que propicia trabalhar em profundidade com uma gama de “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes”. (MINAYO; DESLANDES, 1998, p. 21-22).

O referencial teórico-metodológico utilizado foi o materialismo histórico e dialético, pois tem o trabalho como valor fundamental e no modo de produção o olhar central para analisar a sociedade, pois pelo trabalho o homem se relaciona com a natureza, quando a transforma.

### 4.1 OPTANDO POR UM MÉTODO

Como pesquisa qualitativa, trabalhei com a noção de que a realidade é processual, trazendo em seu centro a noção de historicidade. Demo (1987, p. 60) refere que as

realidades históricas não são realidades perenes, fixas, imutáveis. Não são também harmoniosas, equilibradas, sempre funcionais. Pertence ao conceito de processo a ideia de uma sociedade conflitiva e em mutação. Realidades processuais são também sempre inacabadas, fragmentárias, não como defeito, mas como condição de existência. É processo o que está sempre e apenas em formação.

Minayo (1992) aborda que “a compreensão das relações que se dão entre atores sociais, tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais”, são motivações importantes da pesquisa qualitativa.

Defini alguns elementos teóricos provenientes do materialismo histórico como referencial e com essa postura fundamentei a investigação, de modo a pensar a organização do trabalho no CME em

uma prática articulada à totalidade social, compreendendo que a totalidade “não é um todo já feito, determinado e determinante das partes, não é uma harmonia simples, pois não existe uma totalidade acabada, mas um processo de totalização a partir das relações de produção e de suas contradições”. (CURY, 1995, p. 35).

A dialética é considerada a arte de argumentar no diálogo. Nos dias de hoje, é considerada como uma maneira de compreender-se a realidade como contraditória ou em transformações permanentes. (GELBCKE; RAMOS; ALBUQUERQUE, 2000).

Haguette (1990, p. 12) salienta que “a dialética trata, com efeito, é de uma compreensão do homem na natureza e na história e de sua constituição como ser social pensante, ético e agente, bem como de suas condições de existência como ser social, político e cultural”.

A dialética de Hegel era idealista, abordava o movimento do espírito. Já a dialética marxista é um método de análise da realidade, que parte do concreto para o abstrato. Com Engels e Marx surge o materialismo histórico dialético como teoria do conhecimento, fundamentado em princípios tais como historicidade, determinação, movimento, processo de mudança e transformação. (GELBCKE; RAMOS; ALBUQUERQUE, 2000).

No método dialético, torna-se difícil uma sistematização metodológica como as demais abordagens possibilitam, pois esse método acompanha o movimento do real e sua dinâmica, reconhece a importância do pluralismo. (MARX, 1982; KONDER, 1990).

O método de investigação compreende: a) detalhamento da apropriação do objeto que se quer investigar, ou seja, situações concretas, históricas, incluindo-se detalhes, tudo que diz respeito ao fenômeno do objeto de estudo; b) análise da gênese e do desenvolvimento do objeto em sua trajetória histórica e factual, desvelando a essência dos fatos, indo além da aparência, colocando os fatos numa relação passado-presente/presente-passado, o aqui-agora e o antes e o daqui a pouco; c) busca das conexões internas, isto é, os nexos que explicam os fenômenos, ou seja, não perder a totalidade refletindo sobre o singular e o particular, sempre buscando a relação com o todo. Assim, ao final do processo de investigação, aparece a síntese que resultou da reflexão sobre o objeto de estudo. (MARX, 1982; GELBCKE; RAMOS; ALBUQUERQUE, 2000).

Esse referencial teórico-metodológico possibilita a apreensão da realidade, uma vez que a categoria básica de análise da sociedade é o modo de produção e o trabalho uma categoria mediadora das relações

sociais. (MINAYO, 1992). Assim sendo, permite uma melhor compreensão do processo de trabalho, um interesse vivo nesta investigação.

As leis fundamentais da dialética já foram estudadas por muitos autores, são de fácil acesso, portanto me limitarei, praticamente, a citá-las neste momento, retomando-as, se conveniente, no momento de análise do estudo. Quanto à classificação, também há discordâncias, mas utilizarei a seguinte classificação, considerando que a “interdependência dos fenômenos e a conexão universal é a lei mais geral da existência do mundo”. (GELBCKE; RAMOS; ALBUQUERQUE, 2000, p. 5). Sujeitas a esta lei estão as três leis da dialética.

**A primeira lei** é sobre a passagem da quantidade à qualidade, que varia no ritmo/período. Esta lei estabelece como, de que maneira, e que mecanismos atuam no processo das formações materiais. (TRIVINOS, 1995).

**A segunda é a lei** da interpenetração dos contrários, ou seja, são opostos, mas um não existe sem o outro, pois as partes que se opõem formam uma unidade, na qual um dos lados prevalece. A luta incessante entre as partes provoca um desequilíbrio. A dialética não é um estado de repouso, de estagnação, de imobilidade e imutabilidade, mas um estado de movimento e transformação perpétuos com renovações e desenvolvimentos incessantes onde sempre nasce e desaparece qualquer coisa. (HAGUETTE, 1990).

As contradições podem ser antagônicas e não antagônicas. As antagônicas são aquelas “que envolvem lutas entre os polos opostos de uma dada estrutura qualitativa, e se resolvem com a ruptura e mudança dessa estrutura, através do salto de qualidade”. As não antagônicas “são aquelas que provocam o movimento, dentro da própria estrutura, sem que se torne necessário a mudança qualitativa para solucioná-lo, ocorrem apenas processos de reajustes dentro da estrutura”. (GELBCKE; RAMOS; ALBUQUERQUE, 2000, p. 7).

**A terceira lei** é a da negação. Nesta lei considera-se que há sempre um processo de renovação e de negação, com o fim dos velhos fenômenos e nascimento de outros, implicando o surgimento de novos fenômenos que passam para uma fase superior, deslocando uma estrutura mais antiga. Isso não significa que esse fenômeno permanecerá sempre nessa estrutura, pois elas não são eternas. A esse processo de deslocamento de estruturas, em uma espiral crescente de mudanças, dá-se o nome de negação da negação. (GELBCKE; RAMOS; ALBUQUERQUE, 2000, p. 7). “A negação da negação lida com o desenvolvimento através das contradições que parecem anular ou negar

um fato, teoria ou forma de existência anterior, apenas para, mais tarde, ser, por sua vez, negado”. (CLAPP, 2010, sp).

Na construção de dados, os instrumentos qualitativos e quantitativos são fundamentais na dinâmica de uma pesquisa científica. (SOUZA *et al.*, 2005). Realizei um estudo em profundidade, coletando as informações em documentos, observação e entrevistas semiestruturadas, constituindo uma triangulação.

A triangulação é uma estratégia de investigação que combina métodos e técnicas. Neste caso, foram combinadas as entrevistas, observações e análise de documentos. Os dados colhidos foram sistematizados, constituindo-se em “categorias”.

Os componentes deste trabalho foram construídos a partir de um estudo acerca da realidade encontrada nos CMEs, de dois hospitais públicos de referência estadual, no tocante à organização do trabalho.

Abordarei, a seguir, alguns aspectos das categorias escolhidas para análise do objeto deste estudo.

Para interpretar o objeto de estudo, escolhi, inicialmente, as categorias: consciência e alienação, essência, aparência, conteúdo e forma.

Com o materialismo histórico-dialético, Marx queria mostrar que são as questões materiais que produzem a realidade e que as coisas não são produzidas no plano das ideias, portanto a consciência só pode ser produzida pela materialidade. Para ele, “o processo de vida material condiciona o processo de vida social, política e individual em geral. Não é a consciência dos homens que lhes determina o ser, mas, pelo contrário, é o seu ser social que lhes determina a consciência” (MARX, 2009, p. 2), e não é a consciência que determina a vida, mas, sim, a vida que determina a consciência. (MARX, 1982).

Buzüiev e Gorodnov (1987, p. 54) ressaltam que a consciência é “a imagem subjetiva do mundo objetivo”, então a consciência pode ser vista como a capacidade que o ser humano tem de pensar, sentir, ter ideias, vontades e é o que possibilita a ele compreender e apreender o ambiente que o rodeia. Os mesmos autores (p. 56), citando Lenin, referem que a consciência do ser humano “não só reflete a realidade objetiva, mas também a cria [...] o mundo não satisfaz o homem e ele resolve modificá-lo com a sua atividade”.

Para Marx e Engels (1982, p. 13) “a consciência nunca pode ser outra coisa senão o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo real de vida”. Portanto, a consciência acontece com a abstração do conhecimento por um processo de modificação da natureza.

Gelbcke (2000, p. 23) refere que as relações estabelecidas pelos homens no processo de trabalho criam um processo de alienação em que “se perde a consciência do significado social da produção, em que ocorre o processo de individuação, também pode levar ao restabelecimento de uma rede de relações sociais, em razão da sociabilidade que o trabalho contém”. Nesse contexto, então, a superação do processo de alienação e da individuação pode acontecer com a consciência de classe, quando os trabalhadores percebem que poderiam estar em outro lugar social.

Para Marx, pelo trabalho o homem domina as forças da natureza e se recria. Contudo, a partir da divisão social do trabalho, ficou mais difícil para o homem, além de pensar nos próprios problemas, analisá-los de uma forma mais abrangente e contextualizada, pois é influenciado pela perspectiva das classes sociais dominantes. (CURY, 1995). Por isso, para compreender a realidade, criou um método de investigação, propondo categorias de análise, para desvendar a opacidade da realidade.

Alienação é um termo utilizado por Marx para exprimir as relações dos homens entre si e destes com o produto do seu trabalho – uma relação de estranhamento, quando, pela divisão social do trabalho, ele não reconhece o produto de seu trabalho, mas também sua própria atividade produtiva.

Em primeiro lugar, o trabalho é exterior ao trabalhador, quer dizer, não pertence à sua natureza; portanto, ele se afirma no trabalho, mas nega-se a si mesmo, não se sente bem, mas infeliz, não desenvolve livremente as energias físicas e mentais, mas esgota-se fisicamente e arruína o espírito. Por conseguinte, o trabalhador só se sente em si fora do trabalho, enquanto no trabalho se sente fora de si. Assim, o seu trabalho não é voluntário, mas é imposto, é trabalho forçado. Não constitui a satisfação de uma necessidade, mas apenas um meio para satisfazer outras necessidades. O seu caráter estranho ressalta claramente do fato de se fugir do trabalho como da peste [...]. O trabalho externo, o trabalho em que o homem se aliena, é um trabalho de sacrifício de si mesmo, de mortificação. (MARX, 1993, p. 162).

A construção do conceito de alienação por Marx teve início com as discussões com Hegel e Feürbach, quando reconhecia em

Hegel o fundamento da dialética da negatividade como elemento motriz para a discussão do conceito de alienação, porém quando Hegel compreende a alienação como ‘o homem objetivo como resultado de seu próprio trabalho’, Marx concorda, mas afirma que é preciso se libertar dessa forma mística de compreensão, o trabalho só se realiza com a participação e colaboração dos outros homens na história. (LIMA, 2008, p. 11).

Quanto ao que sejam as categorias dialéticas em Marx, essência e aparência, Spirkin e Yájot (1985, p. 136) referem que essência é “a expressão da concatenação interna do mundo objetivo, e a base da diversidade dos fenômenos”.

A essência é o objeto da dialética, também chamada de *coisa em si*, e sua captação só acontece por meio de sua manifestação. A essência, então, manifesta-se, é mediata ao fenômeno, mas de forma parcial, não na sua totalidade, por isso exigindo a investigação científica. Nesse sentido, o fenômeno não é diferente da essência, possuindo “um certo grau de realidade, que possibilita a dupla atividade de revelar e ocultar”. Assim sendo, o fenômeno consciente de sua determinação e concretude e de si mesmo é a essência. (CURY, 1995, p. 23).

O fenômeno possui características que devem ser analisadas no contexto em que está inserido, uma vez que o fenômeno determina uma estrutura de comportamento, que variará de acordo com a função dos elementos que o compõem e de como esses elementos se comportam. Essa estrutura, que determina o fenômeno, é a *forma*, e a maneira como os diferentes elementos que a determinam interagem entre si é o *conteúdo*. “A forma é, portanto, a organização ou estrutura que torna possível a existência do conteúdo”. (CAMACHO, 1983, p. 26). Forma e conteúdo, então, devem ser analisados concomitantemente, pois se apresentam como uma unidade, intimamente relacionada.

Quanto ao significado do termo *aparência*, pode ser:

ocultação da realidade, que parece real, vela ou obscurece a realidade das coisas, de tal modo que esta só pode ser reconhecida quando se transpõe a aparência e se prescinde dela. Conhecer significa libertar das aparências, do engano, da ilusão; e o segundo é a manifestação ou revelação da



realidade, de tal modo que esta se encontra na aparência a sua verdade, a sua revelação. Aqui, conhecer significa confiar na aparência. (LIMA, 2008, p. 1).

Neste estudo, entendo aparência como o primeiro sentido proposto por Lima.

Para Camacho (1983), enquanto a aparência reflete seus aspectos exteriores, a essência reflete seus aspectos interiores fundamentais, refletindo aspectos diferentes de uma mesma realidade. Assim sendo, há uma necessidade de apreensão dos aspectos externos, a aparência, para compreendermos os aspectos internos, a essência, já que a aparência esconde uma essência.

No decorrer do trabalho, esses conceitos permearão as análises.

#### **4.1.1 O estudo documental**

Foram estudados documentos que tinham informações relativas à organização do trabalho no CME e que traduziam a fala institucional formulada por integrantes ou não das instituições estudadas. Analisaram-se documentos oficiais relacionados com o processo de trabalho no CME, emitidos por instituições externas, tais como Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC), entre outras, e pelas instituições envolvidas no estudo, bem como outros documentos que continham informações relevantes para o aprofundamento das questões relacionadas ao estudo. Dessa forma, a análise documental buscou identificar aspectos importantes ao tema estudado e de interesse para o pesquisador. Ludke e André (1986, p. 38) referem que as informações contidas nos documentos “podem se constituir numa valiosa fonte de dados, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”.

#### **4.1.2 A observação**

Minayo (1992) descreve a observação como um processo

construído pelo pesquisador e pelos atores envolvidos.

Para Neto (1994, p. 59-60), essa técnica é importante pelo fato de “podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que são observados diretamente na própria realidade, e transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”.

A observação, de acordo com Haguette (1990b), possibilita imergir no cotidiano da comunidade estudada, diminuindo a reatividade em relação à presença do pesquisador, bem como permite comparar a prática e os discursos dos sujeitos envolvidos e, ainda, fornece subsídios da lógica interna dos grupos estudados.

Neste estudo, adotei o papel de observador como participante (DESLANDES, 2005), pois desejava uma aproximação com os membros do grupo, mas ao mesmo tempo um distanciamento que possibilitasse uma análise crítica do conteúdo observado e escutado. Nesse contexto, não me senti e nem poderia ser considerada membro do grupo.

Sabe-se que cada pessoa “vê” o que sua história e sua bagagem cultural permitem, portanto, para que a observação seja um instrumento válido, precisa ser controlada e sistemática. No entanto, sabe-se que “uma parte importante, senão fundamental da realidade, acaba por escapar ao especialista, na medida em que os próprios trabalhadores esforçam-se por conter, ou mesmo ocultar, aquilo que é insuportável na própria realidade”. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 139).

Nesse contexto, o observador pode atuar como observador total ou participante total. Este foi um grande desafio, identificar a linha tênue que existe entre o momento de participar e/ou observar. Assim sendo, foram observados os aspectos da organização do trabalho que possibilitaram a compreensão do processo de trabalho em CME.

Os dados obtidos na observação foram registrados em um diário de campo e organizados de forma a destacar os aspectos fortes e frágeis verificados na organização de trabalho no CME, com o auxílio de um roteiro semiestruturado para observação de campo (Apêndice B).

Esse roteiro era composto de duas partes. A primeira parte era dedicada à observação do ambiente físico, tendo como referencial a RDC 50/2002 (BRASIL, 2002a), e a segunda, ao ambiente relacional. No entanto, ele era flexível e aberto, caso surgissem fatos relevantes para a observação. O roteiro tinha como objetivo focar minha atenção em detalhes do ambiente físico e do ambiente relacional.

Gelbcke (2002, p. 53), citando Gonçalves, refere que “há duas

formas, não mutuamente exclusivas, de proceder ao reconhecimento de um processo de trabalho em sua operação, com vistas ao esclarecimento de sua lógica interna”, quais sejam: a *observação direta*, em que se busca captar a dinâmica dos trabalhadores em seu processo de trabalho, e a *utilização de técnicas* que facilitam a coleta de dados, como entrevistas, que podem mostrar aspectos importantes do processo de investigação.

Ao chegar às instituições, apresentei-me aos servidores da unidade de CME como pesquisadora e expliquei o objetivo da pesquisa. De imediato houve uma manifestação favorável ao tema e logo expressavam seus sentimentos em relação à valorização dada ao trabalho do CME. Expliquei como seria a pesquisa e usei grande parte do tempo para me introduzir no campo de pesquisa. Conversamos amenidades, assuntos da SES e alguns até falaram alguma coisa do trabalho no CME. Imediatamente começaram a falar em relação ao perfil do pessoal que trabalha no CME (desvio de função, relacionamento interpessoal ruim, pessoal de setores que foram terceirizados no hospital, como lavanderia) e ao que os trabalhadores de outras unidades dizem: “você vão para lá para fazer pacotinhos”.

O período de observação foi majoritariamente vespertino, devido à disponibilidade da pesquisadora. Todo o processo de observação durou em torno de 21 horas, sendo dividido em 15 horas na instituição A e seis horas na instituição B. Ressalto que a diferença de tempo disponibilizada para as observações nas respectivas instituições justifica-se porque não houve mudanças significativas no modo de organização do trabalho e os aspectos relacionais que me foram permitidos ver pelos trabalhadores também tinham características semelhantes. Na instituição A, as observações aconteceram no período de abril a setembro de 2008. Já na instituição B, aconteceram em janeiro de 2009.

Nos momentos de observação, normalmente, ficava conversando com os trabalhadores ao redor da mesa, enquanto eles realizavam suas atividades/tarefas, ou acompanhava quando iam desenvolver outras, como buscar material sujo nas unidades; lavar material no expurgo; carregar a autoclave; distribuir material. Até mesmo durante os momentos das entrevistas, consegui observar aspectos, que anotava no diário de campo logo após os períodos de observação.

### 4.1.3 A entrevista semiestruturada

Neste estudo, utilizei a entrevista semiestruturada, que é um dos principais métodos que o pesquisador pode utilizar para a coleta de dados. Triviños (1995, p. 146) a conceitua como

aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

A entrevista semiestruturada foi mais um instrumento de coleta de dados, que possibilitou a melhor apreensão possível do real. Embasada no referencial teórico e nas notas de campo, pude iniciar a análise dos dados, utilizando um roteiro (Apêndices B, C, D e E).

Neste estudo, gravei e transcrevi as entrevistas, que foram posteriormente validadas com o entrevistado, para seguinte utilização dos dados. No entanto, antes de iniciar as entrevistas, testei o instrumento em uma outra instituição de saúde pertencente à rede de hospitais da SES, fazendo a sua validação. Nas primeiras entrevistas, observei que as questões realizadas, às vezes, não me davam indicativos da invisibilidade do trabalho, ou não, do CME. Então, passei ao final das entrevistas a questionar: Em sua fala, você dá indicativos da invisibilidade do trabalho do CME, que aspectos você considera que propiciam essa invisibilidade do trabalho do CME?. Dessa forma, o roteiro inicial foi acrescido dessa pergunta.

Essa questão esclareceu, na maioria dos casos, as respostas dos entrevistados, fornecendo um material importante para a análise dos conteúdos.

A entrevista possibilitou uma maior aproximação com o cotidiano do sujeito entrevistado e foi um instrumento importante para a coleta de dados.

A recepção aconteceu de forma tranquila nas duas instituições. No entanto, na instituição A, já conhecia tanto o local, como grande parte dos trabalhadores, pois havia sido professora de alguns no Curso de Auxiliar de Enfermagem. E a situação do CME da instituição A foi o que me motivou a desenvolver esta pesquisa.

Na Instituição A, entrevistei no CME mais trabalhadores do que o

previsto, porque, mesmo havendo certa saturação de dados, sentia que sempre poderia aparecer uma frase que pudesse ser de grande importância, e de fato apareceu. Nesta instituição, também, incluí o Centro Obstétrico, tendo em vista uma relação íntima de trabalho com o CME. Nas demais unidades, segui o programado. Portanto, entrevistei 29 trabalhadores nesta instituição. Já na Instituição B, logo ficou clara a saturação dos dados. Em virtude disso, entrevistei cinco trabalhadores no CME. No Centro Cirúrgico, não entrevistei o enfermeiro, pois um estava de férias e o outro não conseguiu me atender. Nas demais unidades, segui o previsto, totalizando 15 trabalhadores. Portanto, neste estudo, foram entrevistados, nas duas instituições, 44 trabalhadores, não havendo uma preocupação com o quantitativo de cada instituição, pois o estudo não é comparativo, os dados complementam a percepção dos trabalhadores acerca do processo de trabalho no CME.

Ressalto que tanto no momento das observações como no momento das entrevistas sempre caminhei sobre uma linha tênue entre somente observar e entrevistar ou interferir de forma mais ativa nos processos. No entanto, mesmo sendo bem recebida e considerando que o momento da coleta pode ser potencialmente educativo, integrativo e promotor de mudanças psicossociais, superando a dicotomia sujeito/objeto de investigação (LEITE; FERREIRA, 2001, p. 4), não senti que houvesse uma abertura maior dos sujeitos e eu pudesse contribuir de forma mais ativa durante a coleta de dados.

## 4.2 O LUGAR DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa aconteceu em dois hospitais de referência estadual no SUS, localizados na Grande Florianópolis. Eles foram selecionados considerando-se que são hospitais de referência e desenvolvem ações de saúde de alta complexidade, além de possuírem um grande volume de artigos processados em seus Centros de Material e Esterilização (CME). Além disso, os escolhi, também, porque pretendia pesquisar na instituição em que atuo como enfermeira há 27 anos.

Esses hospitais são vinculados à Secretaria de Estado da Saúde, sendo integrantes de uma rede composta de 15 hospitais públicos e um HEMOCENTRO. Na Grande Florianópolis, a maioria dos hospitais de grande porte é da esfera pública.

A coleta de dados ocorreu nos dois hospitais escolhidos, que são públicos e de referência regional do sul do Brasil, considerando-se

hospital de referência regional aqueles em que 30% ou mais de seus atendimentos são para usuários de outros municípios. (BRASIL, CONASS, nota técnica 18, 2005).

Denominarei as instituições pesquisadas de instituição **A** e **B**.

#### 4.2.1. Características das instituições pesquisadas

##### **A instituição A**

Esta instituição foi criada para atender à demanda da sociedade por uma instituição hospitalar de referência regional.

Desde sua concepção é gerida pela Secretaria de Estado da Saúde.

Este hospital possui maternidade com UTI neonatal e unidades de ginecologia e obstetrícia e neonatologia, além de especialidades tais como: anesthesiologia, alergologia pediátrica, cardiopediatria, cirurgia plástica, cirurgia bariátrica (obesidade mórbida), cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia vascular, clínica médica, endocrinologia, gastroenterologia pediátrica, infectologia, mastologia, nefrologia, neurologia/neuropediatria, oftalmologia, oncologia ginecológica, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, pediatria, pneumologia, proctologia, radiologia e urologia.

Trata-se de um hospital de referência de alta-complexidade em neurocirurgia e traumato-ortopedia, entre outras especialidades, dividido em unidades, tais como: UTI, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, ambulatório geral, emergência geral e pediátrica, setor de internação de clínica cirúrgica, setor de internação de clínica médica, setor de neonatologia e internação pediátrica.

Possui também Programa de Residência Médica nas especialidades de: cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia geral, cirurgia vascular, clínica médica, ortopedia/traumatologia e oftalmologia.

Atualmente, está com 295 leitos ativados, todos públicos. Entretanto, também realiza o processamento dos materiais de uma unidade hospitalar de referência em cardiologia, que possui 84 leitos e fica anexa.

Dos usuários atendidos, 47,61% são procedentes do município onde está localizado esse hospital e os demais diluídos para os outros municípios do estado, sendo internados na instituição pelo Sistema

Único de Saúde, já que a maioria dos leitos hospitalares é destinada a essa clientela. (SANTA CATARINA, 2008).

A média de cirurgias/mês em 2008 foi de 528 cirurgias, com média de 924 internações/mês, e o volume de artigos processados no CME em 2008 foi de 1.033.598, conforme setor de estatísticas da referida unidade.

Este hospital possui um organograma em que subordinadas à direção estão três gerências (Técnica, Administrativa e de Enfermagem), além do setor de controle de infecção e três assistentes de direção. Vinculada a um dos assistentes está a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.

Conta, em seu quadro de pessoal, com 1213 trabalhadores, dos quais 584 estão ligados à Gerência de Enfermagem, constituindo 48,1% do total de trabalhadores da instituição.

### **A instituição B**

A instituição B possui 1040 trabalhadores, dos quais 412 estão subordinados à Gerência de Enfermagem, perfazendo um total de 39,6% do total de trabalhadores. Possui 196 leitos, sendo 115 de clínica cirúrgica e 81 de clínica médica, com uma média de 720 internações/mês e 623 cirurgias/mês. Em 2008, o volume de artigos processados foi de 400.000 volumes. É um hospital de referência em algumas especialidades, como neurocirurgia e traumatologia-ortopedia, dividido em unidades, tais como: UTI, centro cirúrgico, centro de material e esterilização, ambulatório geral, emergência geral, setor de internação de clínica cirúrgica, setor de internação de clínica médica. Atende às seguintes especialidades médicas: cardiologia, reumatologia, endocrinologia, nefrologia, oftalmologia, proctologia, neurocirurgia, pneumologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, ortopedia, neurologia, cirurgia plástica, oncologia, cirurgia torácica, hematologia, radiologia e medicina nuclear, ginecologia, cirurgia geral, urologia, anestesiologia.

Possui ainda Programa de Residência Médica e seus leitos são todos públicos.

#### 4.2.2 Aspectos das instituições pesquisadas

Como as duas instituições possuem características semelhantes, optei por descrevê-las, quanto aos aspectos internos e externos, de forma integrada, evitando, assim, repetições desnecessárias em relação aos aspectos de estrutura, de organização e de convivência.

##### a) Externos às instituições

Os hospitais estudados possuem problemas crônicos vigentes no setor público de saúde, tais como financiamento insuficiente, organização de serviços e produção de cuidados inadequados, solução de continuidade administrativa, a cada quatro anos, em virtude do sistema de governo, gerando com isso mudanças nas prioridades das políticas de saúde, além do fato de estar inserido num País com regime capitalista e com uma Política de Saúde com princípios socialistas, que por si só já geram pontos de atrito.

Nesse contexto, ainda existe um sistema de saúde suplementar que, desde o nascimento do Sistema Único de Saúde, mantém uma força política importante, que algumas vezes vem na contramão dos princípios e diretrizes do SUS, incluso na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde.

Todos esses fatores favorecem a falta de credibilidade nos serviços públicos de saúde, que ficam fragilizados, devido a políticas de saúde, às vezes antagônicas, ora fortalecendo a instituição pública, ora privatizando ou favorecendo a criação de Organizações Sociais (OS) para gerir instituições que foram criadas com dinheiro público. Essas fragilidades frequentemente são exploradas pela mídia, que sempre abre espaço para mostrar os pontos fracos do SUS, como financiamento inadequado, acesso dificultado aos serviços de média e alta complexidade, entre outros. Porém, por motivos diversos, não abre espaço para dar visibilidade às ações positivas do SUS, como as ações de Estratégia de Saúde da Família ou em relação à política para AIDS, transplantes, hemocentros, vigilância sanitária e vigilância epidemiológica, entre outras que poderiam ser citadas.

A contratação de trabalhadores dá-se por meio de concurso público. Ainda é possível encontrar nesses dois hospitais servidores que tenham vínculo com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). No entanto, existem alguns setores que possuem trabalhadores terceirizados, como higienização e vigilância.



Recentemente, trabalhadores que eram contratados por regime celetista foram substituídos por profissionais concursados, visando atender ao preconizado na Constituição Federal de 1988, que indica a criação de um Regime Jurídico Único para os servidores públicos civis. O concurso público corrigiu uma situação de difícil administração, relacionada à existência de várias formas de contratos de trabalho, os quais criavam atritos e reivindicações trabalhistas para a Secretaria de Estado da Saúde, bem como atendeu ao preconizado na lei.

Essas unidades hospitalares são mantidas com recursos provenientes do SUS, por meio de transferência fundo a fundo para a cobertura de ações e serviços de saúde implementados pelo estado. São recursos repassados de forma regular e automática. (SANTA CATARINA, 2008). Já os recursos financeiros para remuneração dos servidores são oriundos dos recursos do estado.

Cada diretor geral é indicado pelo secretário estadual da Saúde, sendo os demais membros da direção escolhidos pelo diretor.

Os trabalhadores dessas instituições realizam jornada de trabalho de 30 horas semanais, conforme a Lei Complementar n.º 323, de 03 de março de 2006, que estabelece Estrutura de Carreira, reestrutura o sistema de remuneração e dispõe sobre o regime disciplinar dos servidores da SES.

Todos os trabalhadores são contratados de acordo com o que rege o Estatuto do Servidor Público, no entanto, há regras diferenciadas para os médicos, que, por ainda pertencerem a uma categoria hegemônica, possuem maior poder político, conseguindo maior flexibilidade nas normas e salários diferenciados dos demais profissionais de nível superior. As regras diferenciadas acontecem devido à organização de classe e força política existente entre os médicos, que conseguem negociar, politicamente, formas de gratificação financeira, que possibilitam ampliação da remuneração para além do que está prescrito no Plano de Carreira e Vencimento do Estado para todos os profissionais de nível superior, haja vista que detêm o controle do processo de trabalho nos hospitais, isto é, são eles que internam, marcam exames, realizam cirurgias e prescrevem a alta. Dessa forma, possuem um instrumento de pressão que leva a sociedade a aceitar suas regras. Além disso, os médicos são formados aprendendo a reivindicar boas condições de trabalho, uma vez que eles são os profissionais que geram receita.

#### b) Internos às instituições

Nas duas instituições estudadas, existem normas institucionais

para serem seguidas em vários aspectos. No entanto, observa-se que há sempre uma distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, numa concepção dejouriana e, nesse contexto, a enfermagem também se insere. Para citar só um exemplo, a passagem de plantão, definida como um momento em que os trabalhadores se encontram para passar informações e intercorrências acontecidas no plantão, ocorre de forma parcial, entre outros fatores, devido aos duplos vínculos empregatícios dos trabalhadores de enfermagem. Entendemos como trabalho prescrito “um conjunto de condições e exigências” em que o trabalho deverá ser realizado, incluindo as condições da situação de trabalho “(as características do dispositivo técnico, o ambiente físico, a matéria-prima utilizada, as condições socioeconômicas) e as prescrições (normas, ordens, procedimentos, resultados a serem obtidos etc.)” (TELLES; ALVAREZ, 2004, p. 67).

Assim, como em toda instituição que tem uma estrutura organizacional de formato burocrático, com organograma verticalizado, há sempre o risco de ter-se déficit de prescrição ou prescrição infinita, considerando-se o caráter externo da prescrição, pois não é definida com os trabalhadores, mas emitida por uma autoridade colocada em posição hierárquica superior (DANIELLOU, 2002 *apud* TELLES; ALVAREZ, 2004, p. 67), sendo este um dos pontos frágeis na gestão dessas instituições de saúde.

Vinculadas ao diretor geral estão três gerências: de Enfermagem, Técnica e de Administração, que atendem às diretrizes da Secretaria de Estado da Saúde.

### 4.3 OS ATORES ENVOLVIDOS

A amostra foi composta de trabalhadores do CME e também de profissionais de saúde de outras unidades dos hospitais, assim como gerentes de enfermagem e diretores das instituições, totalizando 44 trabalhadores.

O CME da instituição A possui 24 trabalhadores, nos diversos turnos. Destes, foram entrevistados 16 funcionários, ou seja, 66,6% dos trabalhadores. Os trabalhadores foram entrevistados no período diurno, por opção da pesquisadora, sendo que dois dos entrevistados trabalhavam à noite, mas se encontravam no setor e aceitaram participar da entrevista.

A instituição B possui também 24 trabalhadores no CME, nos diversos turnos, sendo entrevistados cinco, ou seja, entrevistei 20,8% dos trabalhadores deste CME.

O tempo de trabalho no CME da instituição A varia de um mês a 20 anos, sendo um tempo médio de 6,7 anos. A maioria, 56,2%, está no setor entre dois e nove anos. Já na instituição B, varia de três a 19 anos, sendo um tempo médio de 8,2 anos.

Instituição	Nº de entrevistados	Nº de entrevistados no CME	Nº de entrevistados nas demais unidades	Tempo de trabalho em CME	Período da coleta de dados
A	29	16	13	30 dias a 20 anos	2008
B	15	5	10	3 a 19 anos	jan/09
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>21</b>	<b>23</b>		

**Quadro 01:** Quantitativo de entrevistados por instituição e tempo de trabalho em CME.

#### 4.4 A ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi fundamentada nas proposições teóricas que me levaram ao estudo. Essas proposições deram forma à coleta de dados e estabeleceram as prioridades, estratégias e categorias analíticas.

Na etapa de análise dos dados, considerei as informações obtidas nas entrevistas, como, também, as informações colhidas através das observações e do estudo documental.

Para identificar as categorias, estudei o resultado das entrevistas, a partir das transcrições e codificação delas, correspondendo um código para cada respondente (E1; E2... En) e para cada instituição (A; B). Para a transcrição das falas, utilizei o *software Via Voice Millenium Edition IBM*®, que reduz significativamente o tempo da transcrição.

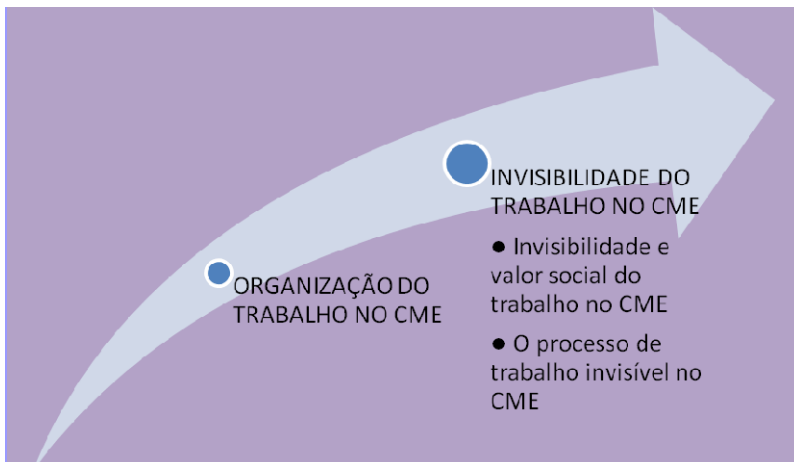
Segundo Trentini e Paim (1999, p. 105), categoria é um “conjunto de expressões com características similares ou que tenham estreita relação de complementaridade estabelecida de acordo com determinado critério”. Assim, agrupei as categorias de análise pelas

diferenças e semelhanças.

Na análise, tentei evitar que o manto da cientificidade contrabandeasse “escalas valorativas e práticas de concessão e resignação, que nada têm de universal e necessário”. (LAZARTE, 2001). O mesmo autor, citando Weber, destaca:

sem as ideias de valor do investigador, não existiria qualquer princípio de seleção do material nem conhecimento dotado de sentido do real enquanto individual; ademais, assim como, sem a fé do investigador na significação de qualquer conteúdo cultural, todo labor de conhecimento da realidade individual careceria simplesmente de sentido, do mesmo modo, seu labor estará orientado pela direção de sua fé pessoal, pela refração dos valores no prisma de sua alma. (LAZARTE, 2001, p. 68).

Assim, orientada por esses pressupostos, analisei os dados encontrados, emergindo duas grandes categorias, conforme figura a seguir:



**Figura 01:** Representação gráfica das categorias emergidas dos discursos dos trabalhadores.

Para chegar a essas categorias, as observações provenientes das entrevistas foram anotadas no lado direito da folha, onde estavam digitadas as entrevistas, criando-se códigos que possibilitassem o reconhecimento de determinado tema/assunto. Esses códigos caracterizavam a essência do discurso dos sujeitos. Com base nos códigos, criei as duas categorias, conforme esquema a seguir:

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	INVISIBILIDADE DO TRABALHO NO CME	
	<i>Invisibilidade e valor social do trabalho no CME</i>	<i>O processo de trabalho invisível no CME</i>
Estrutura física Legislação Organização em si Divisão do trabalho	Visão do trabalho no CME Se a pessoa trabalharia no CME Pacotinhos Coração do Hospital Hospital Status Causas da invisibilidade	Trabalho prescrito Trabalho real Insatisfação no trabalho Satisfação no trabalho Gosto pelo trabalho no CME CME menos estressante CME X formação

**Quadro 02:** Temas/assuntos/códigos geradores das categorias deste estudo.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi executado de acordo com a Resolução do CNS/MS 196/96, um instrumento de natureza bioética que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Os sujeitos envolvidos nesta pesquisa foram trabalhadores, que depois de informados sobre o propósito da pesquisa e seus objetivos e a garantia da não-identificação dos respondentes, com vistas a manter a confidencialidade dos depoimentos, puderam manifestar interesse ou não em participar dela. Os interessados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice H), que deixava claro que eles poderiam se desligar da pesquisa a qualquer momento, bastando para isso somente comunicar à pesquisadora. Além disso, após a transcrição das falas, os entrevistados assinaram a transcrição, ficando com uma cópia, se quisessem.

O projeto também foi encaminhado às instituições em que se procedeu a coleta dos dados, sendo aceito por elas.

As duas instituições pesquisadas receberam ofício para solicitação de autorização para coleta de dados (Anexo A) e cópia da aprovação do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O projeto foi submetido aos respectivos CEPs e aprovado sob o nº. de protocolo 02/08 para a instituição A e nº. 2008/0001 para a instituição B.

## **5 CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO: PAPEL E RELAÇÃO INSTITUCIONAL**

### **5.1 ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

Há nas duas instituições uma estrutura organizacional rígida, pois são inseridas num contexto de uma rede de hospitais pública, em que as instituições envolvidas devem possuir estruturas similares.

A organização do trabalho pode ser conceituada como

um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional. Sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macro-econômica, bem como organizacionais, como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está, por sua vez, relacionado ao modo de produção vigente. (GELBCKE, 2002, p. 26).

Ainda, a organização do trabalho, na concepção de Dejours e Abdouchele (1994, p. 138), é “uma relação intersubjetiva e social, que não considera a técnica e sua rigidez como fúteis, acessórias ou contingentes, (...) maleável, exigindo reajustes pelos trabalhadores (...) passando por uma reintegração humana que a modifica e lhe dá a forma concreta”.

A enfermagem, nessas instituições, é subordinada ao diretor geral, ocupando uma posição de gerência, ao lado das gerências técnica e de administração.

Nesses dois hospitais, as unidades que mantêm enfermeiro nas 24 horas são as que possuem pacientes mais críticos, como em UTI e em emergência. As demais possuem supervisão indireta do enfermeiro no período noturno, finais de semana e feriados, e o CME inclui-se nesta categoria.

A assistência de enfermagem é prestada por técnicos e auxiliares de enfermagem, além de enfermeiros que executam atividades mais complexas e fazem o gerenciamento das unidades. Quando ainda há a atuação de atendentes de enfermagem, estes se limitam a executar as

atividades elementares previstas na legislação da enfermagem. No caso do CME, as duas instituições possuem somente auxiliares e técnicos de enfermagem.

A maioria dos sujeitos entrevistados (80%) é do sexo feminino, o que se aproxima dos dados relacionados à enfermagem de uma forma geral. Todos os trabalhadores da enfermagem entrevistados possuem formação em enfermagem, considerando-se todos os níveis.

Vários trabalhadores possuíam duplo vínculo empregatício, sendo este um dos motivos para que os trabalhadores escolhessem trabalhar no CME, pois consideram um trabalho “mais leve”.

*É que eu trabalho aqui e sou instrumentador em outro hospital. Então eram dois centros cirúrgicos todos os dias. Aí, fica muito tempo em pé. E lá, eu só ficava em cirurgia grande, e saía dali e ia instrumentar a urologia lá no outro hospital. E aí, já pegava cirurgia enorme lá de novo. Daí pedi para sair [do CC e vir para o CME]. (E<sub>1</sub>, A).*

*Trabalhar em dois hospitais me sobrecarregou, então achei que o que dava para mim era o CME. (E<sub>2</sub>, A).*

Quanto às condições materiais, observei que existe grande quantidade de material de consumo, mas há relatos de que vez por outra há falta destes, devido ao processo de aquisição de material ser complexo e moroso, por ter que obedecer à Lei 8.666, de 21 de junho de 1993, que institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências.

Sabe-se que a falta de material pode acontecer por *causas organizacionais* como: falta de objetivos (objetivos não claros); falta de profissionalismo da direção; falta de capacitação e atualização do pessoal; falta de recursos financeiros; corrupção; falta de planejamento e rotinas e normas não estabelecidas, entre outras; ainda, por *causas individuais* como diretores improvisados e funcionários desmotivados. (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998).

Nesse cenário, o enfermeiro sente-se impotente para atender às reivindicações dos demais profissionais em relação a qualidade e quantidade dos materiais, tendo em vista sua ingerência nesse processo de padronização e aquisição de equipamentos e materiais. No entanto, tem-se observado que a Secretaria de Estado da Saúde tem tido algumas

iniciativas para envolver, no processo de pareceres de material e equipamentos, as enfermeiras responsáveis pelo uso dos materiais solicitados para compra. Esse é um espaço que está cada vez mais sendo ocupado pelas enfermeiras, ampliando seu campo de atuação.

Em um hospital geral de ensino, de 300 leitos, existem 2.500 itens de consumo, aproximadamente com uma média mensal de 1.500.000 unidades, com custo anual de R\$ 4.000.000,00, correspondendo de 15% a 25% das despesas correntes. (VECINA NETO; REINHARDT FILHO, 1998). Portanto, materiais consomem uma parcela importante do orçamento e a enfermeira deve ter uma atuação que vise ao uso racional deles.

Em relação aos materiais permanentes, existem materiais de ponta ao lado de materiais defasados, em condições inadequadas ou até mesmo parados, sem condições de uso, o que causa sofrimento para os trabalhadores, neste caso um sofrimento patogênico que, segundo Dejours (1994, p. 137), surge quando “a possibilidade de transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foi utilizada, isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, o medo ou o sentimento de impotência”. Essa inadequação da organização do trabalho, ao longo do tempo, fragiliza a saúde do trabalhador, tendo em vista que o trabalho é um aspecto importante em relação ao processo saúde-doença.

O processo de trabalho nos CMEs, de uma forma geral, possui características semelhantes, tendo em vista a organização do trabalho nesses setores. Os CMEs atendem a uma demanda de trabalho oriunda das unidades de internação, centro cirúrgico, UTI, ambulatórios e demais setores, utilizando para o processamento de materiais uma sequência de etapas de produção.

As etapas de produção e processamento de materiais para artigos hospitalares são bastante difundidas, de fácil acesso em bases de dados, livros e órgãos oficiais responsáveis pelo controle de infecção nos serviços de saúde.

Descreverei, portanto, a situação observada nos hospitais estudados e, mais uma vez, por não perceber diferenças significativas na lógica do processo de trabalho em CME, optei por descrevê-los de forma conjunta, tendo em vista que meu objetivo não é comparar as duas instituições, mas apreender o processo para perceber onde possam aparecer motivos para justificar essa desvalorização histórica que acomete o setor e quem nele trabalha.



As duas unidades apresentam características similares em relação à demanda da assistência, materiais e equipamentos. Ficam próximas ao centro cirúrgico, sendo que na instituição B fica anexa ao centro cirúrgico, mas com administração independente. O CME é centralizado nas duas instituições, ou seja, todos os materiais devem ser esterilizados nesse setor, não sendo permitida a esterilização de materiais pelas demais unidades. Algumas unidades específicas, como UTI, podem trazer materiais de usos específicos lavados e embalados.

Quanto à estrutura física, a instituição B apresenta-se em melhores condições por ter sido reformada recentemente, o que representa condições mais dignas de trabalho. Porém, cabe ressaltar que essa reforma teve limitações de espaço, por se tratar de um hospital verticalizado, portanto, sem possibilidades de ampliação de área.

A Resolução Diretoria Colegiada (RDC) nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, foi o referencial teórico utilizado para análise das estruturas físicas dos CMEs estudados. (BRASIL, 2002-a).

Em relação à localização, o CME deve estar próximo às unidades que o abastecem, como almoxarifado e lavanderia, e ter fácil acesso e comunicação com os centros recebedores de seus serviços, tais como centro cirúrgico, centro obstétrico, UTI, entre outros não menos importantes. De acordo com a Resolução SS-374<sup>9</sup>, de 15 de dezembro de 1995, o CME deve estar localizado distante da circulação do público e ser de uso restrito dos funcionários do setor. (POSSARI, 2005; MOURA, 2006).

Quanto à área, deve estar de acordo com o preconizado na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 50/2002/ANVISA/Ministério da Saúde, que orienta 0,50m<sup>2</sup> por leito cirúrgico, sendo que a área destinada ao CME deve ser, no mínimo, de 100m<sup>2</sup>, distribuídos nos diversos sítios funcionais. A RDC 50 também especifica outras características da estrutura física do CME, tais como: pisos e paredes de cor clara e de fácil limpeza; janelas amplas, altas e fechadas, quando a ventilação for com ar-condicionado; iluminação natural ou artificial (fluorescente, tipo luz do dia, para repelir insetos); ventilação adequada; sistema de exaustão do calor gerado pelas autoclaves.

---

<sup>9</sup> RESOLUÇÃO SS-374, de 15 de dezembro de 1995. Estado de São Paulo. Norma Técnica sobre organização de Centro de Material e noções de esterilização. Diário Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo, 16 dez 1995. Seção I.

Os CMEs devem possuir, pelo menos, as seguintes áreas:

**Recebimento de material** – destinado a receber e conferir o material vindo das diversas unidades.

**Expurgo** – local onde se realiza a limpeza e/ou desinfecção de todos os materiais usados pelas unidades. A RDC 307/ (2002b) preconiza um espaço mínimo de 8m<sup>2</sup> para estas duas áreas – recepção e expurgo –, sendo 0,80m<sup>2</sup>/leito.

**Preparo dos materiais e roupas limpas** – local onde os materiais limpos são inspecionados, selecionados, empacotados e identificados para posterior esterilização. Conforme RDC 307/2002, que altera a RDC 50/2002, o espaço mínimo para esta área é de 12m<sup>2</sup>, 0,25m<sup>2</sup>/leito.

**Esterilização** – local onde são esterilizados todos os materiais provenientes das unidades. Entre as autoclaves deve haver uma distância mínima de 20cm e um ambiente anexo para a esterilização química com uma área mínima de comando maior do que 2m, o setor de esterilização com área > 5,0m<sup>2</sup>, depósito > 0,5m<sup>2</sup> e Sala de aeração > 6,0m<sup>2</sup>.

**Armazenamento** – local onde fica estocado o material esterilizado. Este local deve ter uma área mínima de 0,2m<sup>2</sup> por leito, com um mínimo de 10m<sup>2</sup>, devendo possuir obrigatoriamente um sistema de ar-condicionado que mantenha a temperatura em torno de 18°C e 22°C e umidade relativa entre 30% e 5%, conforme preconizado pela *Association of Hospital Central Service Management*, em 1981. Se o CME também armazenar e distribuir material descartável, deve ter uma área de 25% da área de armazenagem de material esterilizado. (POSSARI, 2005).

**Entrega de material** – local da distribuição do material estéril para as várias unidades do hospital.

Além de se observar a dimensão das áreas do CME, faz-se necessário estar atento ao fluxo de pessoas e de materiais nessa unidade. Áreas destinadas a receber os materiais contaminados devem estar separadas das áreas limpas, onde os materiais são processados para posterior esterilização. É recomendado que haja uma barreira física separando a área contaminada da área limpa (Resolução SS-374/1995 do Estado de São Paulo, que dispõe sobre organização de Centro de Material e noções de esterilização).

O zoneamento do CME deve obedecer a um fluxo unidirecional contínuo, visando evitar o cruzamento de materiais sujos com os limpos e esterilizados. Quanto ao fluxo de pessoal, deve-se evitar que o trabalhador que atue na área limpa transite pela área contaminada e

vive-versa.

Salas de chefia de enfermagem e secretaria devem ser centralizadas e com divisórias transparentes. Vestiários e sanitários devem ser próximos à entrada, para permitir a troca de roupa cada vez que o trabalhador utilizar o sanitário ou sair da unidade. (POSSARI, 2005).

O CME deve ser estruturado de forma que facilite a supervisão e permita o fluxo de trabalho progressivo e unidirecional, desde o expurgo até a área de armazenamento e distribuição, visando evitar a contaminação. (SILVA; CEZARETTI, 1982).

A RDC 50 (BRASIL, 2002, p. 99) preconiza que “é necessário possuir áreas limpa e suja estanques, assim chamadas por abrigarem funcionários, equipamentos e roupas em contato ou não com material contaminado, e com entradas e saídas distintas.”

Nas duas unidades, havia a preocupação com o fluxo unidirecional em relação à estrutura física, mesmo que, às vezes, tivessem que improvisar para que isso acontecesse. Como exemplo dessa improvisação, a instituição A mantinha chaveada a porta que comunicava o expurgo com a área para material limpo. Essa preocupação, em relação ao material esterilizado não ter contato com material não estéril ou material limpo com material sujo, era mais respeitada do que o fato de um mesmo trabalhador executar atividades no expurgo e logo em seguida distribuir material esterilizado para as unidades, isto é, transitar nas áreas limpas e contaminadas, sendo escalado para executar as duas atividades.

Esse problema foi levantado por uma das trabalhadoras (E<sub>1</sub>; A) em um momento em que eu estava conversando com os trabalhadores e observando o processo de trabalho ao redor da mesa em que se acondicionavam os materiais. Os trabalhadores tinham noção de que não era correto, tinham soluções para resolução do problema, mas, quando questionados por que não se organizavam e corrigiam essa distorção, referiram que isso é papel da chefia.

Na instituição A, as trabalhadoras que lavam materiais usam avental e depois processam também o material limpo, apenas tirando o avental.

Na instituição B, essa questão também foi evidenciada, mas numa menção a normas que devam ser cumpridas.

Eu acho que tem que trocar de roupas para trabalhar. Se eu estou no expurgo não posso atender o centro cirúrgico e dar material para a unidade, quando é material esterilizado. (E<sub>3</sub>; B)

Tipple *et al.* (2007, p. 443) referem, em artigo que avaliou o uso de Equipamentos de Proteção Individual em CME, que “23,5% dos trabalhadores eram escalados para mais de um setor do CME durante o seu turno de trabalho, evidenciando um risco para a contaminação pela circulação entre áreas suja e limpa”, corroborando os dados encontrados nesta pesquisa e demonstrando a mesma realidade em outros CMEs no Brasil.

Na instituição A, as características da construção estavam muito distantes do recomendado. O setor estava bastante deteriorado, não atendendo ao material preconizado quanto a piso, paredes, forro, janelas, portas, iluminação, sistema de exaustão de calor ou ventilação.

*No CME faltam algumas coisas, até mesmo o calor. Sapato, sei que tem de trabalhar de sapatos, mas é muito quente. Eu já estive em outros centros de material que tinham ar-condicionado. Esse nosso aqui é muito ruim, muito quente, e eles dizem que não dá para colocar, mas dá para colocar. Todo centro de material tem! (E<sub>4</sub>; A)*

*O material vencido que a gente não consegue controlar. Porque não tem lugar, o mau jeito de ele ficar estocado, então os materiais debaixo vão ficando. O espaço físico da área estéril e o armazenamento da área estéril deveria ser com ar-condicionado. A gente tem, mas as portas ficam abertas porque é o único meio de saída que a gente tem. (E<sub>5</sub>; A)*

A bibliografia recomenda que a temperatura da área de armazenamento deve ficar em torno de 18°C a 22°C e a umidade do ar entre 30% e 60%. Em relação às prateleiras, devem ter uma distância de 30cm do piso, 50cm do teto e 5cm da parede. E deve-se observar a reesterilização, para não deixar pacotes vencidos na prateleira. Somente o CME da instituição B controlava a temperatura da área de armazenagem (SOBECC, 2001; GRAZIANO, 2001) e tinha sistema de exaustão de ar no local das autoclaves.

*Outra coisa que quero deixar bem claro para ti: o índice de infecção hospitalar era para ser bem maior, não devido à parte dos funcionários, mas pela estrutura, vazamento em todos os setores. Lá*

*atrás (área estéril) não tem uma refrigeração própria. Não pode passar de 25° e tem dia que dá 43° no material estéril. Não sei como não contamina. Era para fazer tudo novamente. Tem ar-condicionado lá, mas não funciona. (E<sub>2</sub>; A)*

Guadagnin *et al.* (2005) referem em seu estudo que 34,8% das instituições estudadas por elas não possuíam áreas específicas para o armazenamento de materiais e apenas 8,7% dos CMEs possuíam ar-condicionado na área de armazenamento, mais uma vez confirmando os dados desta pesquisa.

Em um primeiro olhar, mesmo sem relacionar com qualquer legislação, percebe-se que a área física da instituição A não atende a critérios de organização e higiene exigidos para a operação de uma Central de Material de Esterilização. Não observei nas duas unidades pias para higienização das mãos, a não ser nos banheiros. Na instituição A, mesmo tendo sido construída muito antes da publicação da RDC 50/2002, a área destinada ao CME foi bem estruturada e o formato atual atenderia à maioria das exigências dessa resolução, se tivesse sido conservado e os espaços utilizados mantidos conforme planta original. Neste CME, as condições dos armários, estrutura física e de organização do trabalho são inadequadas, devido à ação do tempo e à falta de manutenção.

É um ambiente muito desorganizado, sujo, com móveis velhos, descascados, esfarelando o aglomerado, devido à ação dos cupins. Em alguns armários, é possível ver grande quantidade de cupins mortos e asas de cupins. Essa situação se repete nas áreas limpa, suja e de material estéril.

*A área física em si. Se tu olhares, parece, assim, que passou um tufão. Cheio de remendos, cheio de vazamentos. (E<sub>2</sub>; A)*

Esse ambiente inadequado me fez refletir acerca de várias questões: Como podemos nos acostumar com um ambiente desse quando estamos envolvidos no cotidiano de um hospital? Como nossa indignação se esvai e aceitamos condições de trabalho tão inadequadas? Como nos cansamos, como nos permitimos, como não nos rebelamos? Como nos acomodamos?.

Provavelmente existem várias explicações complementares para

esse tipo de comportamento. Neste estudo, entendo que o trabalhador, para sobreviver, adapta-se ao sistema, vivendo sob a tensão de não conseguir condições plenas para viver. Vive a contradição de não querer ser explorado, mas deixar-se explorar.

E ele não poderá fazer opções individuais e heroicas inúteis; para encontrar a solução dessa contradição, terá necessariamente de associar-se aos outros trabalhadores para, junto com eles, comportar-se coletivamente, como classe social. Dessa perspectiva de classe, o sistema afigura-se como instituição irracional e, como tal, precisa ser superada. É, pois, a própria posição de classe dos trabalhadores diante do mundo acelerado do capital que requer uma compreensão da sociabilidade capitalista por meio da dialética. O trabalhador como classe tem de apreender o que está posto e o que está pressuposto no mundo social aí existente, ou seja, o sistema como todo contraditório, para compreender a sua natureza, descobrir os seus limites históricos, conhecer as suas tendências etc., para poder transformá-lo sem cair em sonhos utópicos. (PRADO, 2009, sp).

Lakatos (1990, p. 87) define acomodação

como um processo social com o objetivo de diminuir o conflito entre indivíduos ou grupos, reduzindo o mesmo e encontrando um novo *modus vivendi*. É um ajustamento formal e externo, aparecendo apenas nos aspectos externos do comportamento, sendo pequena ou nula a mudança interna, relativa a valores, atitudes e significados.

Dessa forma, ocorre uma postura de adequação a conflitos, tendo em vista a não-resolução de conflitos anteriores numa relação com outros, ocorrendo assim uma tomada de posição para “contemplar a aceitação de uma situação a qual não se vislumbra, pelo menos momentaneamente, possibilidades de mudança. Nesse processo, o sujeito acomodado passa então, em um segundo momento, a internalizar o discurso do outro, de forma que possa assimilá-lo como seu, ainda que temporariamente”. (MORAIS, 2006, p. 63.).

Para Dejours (2003, p. 110), criamos “condições específicas para obter o consentimento e a cooperação de todos nessas condutas e em sua valorização social” [ou desvalorização] (...), um comportamento que “favorece a tolerância social para com o mal e a injustiça, e através do qual se faz passar por *adversidade* o que na verdade resulta do exercício do *mal* praticado por uns contra os outros” (DEJOURS, 2003, p. 22), banalizando uma situação que quando analisada de forma particular é amplamente rechaçada. Portanto, os trabalhadores, mas em especial as chefias, ao manterem um serviço com condições inadequadas, sem se rebelar, parecem banalizar a situação, acostumando-se a ela, como se nada pudesse ou devesse ser modificado, ou mantendo uma situação de impotência frente às situações que se apresentam, banalizando, também, a questão.

O CME da instituição A não possui auxiliar de serviços gerais que seja responsável pela limpeza do setor. Há um que é designado pela zeladoria e que é responsável por outras atividades. Quando perguntado para uma trabalhadora (E<sub>5</sub>, A) sobre o funcionário da limpeza, respondeu que ele deve vir limpar diariamente, mas que às vezes é “implorado” para que venha porque alega que a chefia dele “manda limpar prioridade”, significando que CME não é.

A trabalhadora diz:

*Limparam fachada e esquecem o coração. (E<sub>5</sub>, A)*

Essa fala dá indicativos de que a trabalhadora considera o CME como setor vital no hospital, o que implica uma valorização desse serviço para os trabalhadores que ali atuam, porém esse parece não ser o significado para os demais trabalhadores da instituição.

Já na instituição B, reformada recentemente, o CME possui uma divisão com muitos nichos, dificultando a visualização e controle do processo de trabalho.

Guadagnim (2005, p. 5) refere em seu estudo, que caracterizou os padrões arquitetônicos dos CMEs de hospitais de cidades do interior de Goiás, que a maioria (88,7%) não atende a RDC 50 no que diz respeito ao total da área construída do CME e que, em 77,2% dos hospitais, os CMEs não possuíam áreas preconizadas para obedecer ao fluxo correto do reprocessamento dos artigos. Apenas 11,3% estavam dentro dos padrões mínimos de construção e em 40,9% dos CMEs as paredes apresentavam mal estado de conservação, entre outros aspectos abordados.

Como já assinalamos anteriormente, o fluxo de um CME deve ser

contínuo e unidirecional, impedindo o cruzamento de artigos sujos com limpos e esterilizados, além de evitar que o trabalhador transite em todas as áreas. Ainda, os trabalhadores de outros setores não devem ter acesso ao CME.

Percebe-se de início que o acesso ao CME, mesmo possuindo uma porta em forma de guichê, não é exclusivo às pessoas que atuam no setor. A meia-porta restringe o acesso, talvez, para os menos íntimos. Os trabalhadores saem com os mesmos trajes e calçados, circulando nos demais ambientes externos. A porta de acesso fica sempre aberta, não possuindo qualquer barreira física que limite o fluxo de pessoas de outras unidades, conforme preconiza a RDC 50 (2002, p. 99).

Barreiras físicas são estruturas que devem ser associadas a condutas técnicas, visando minimizar a entrada de micro-organismos externos. São absolutamente necessárias nas áreas críticas. As exigências de isolamento de patógenos variam de acordo com a via pela qual são eliminados. As precauções-padrão procuram cobrir todas essas possibilidades, e para viabilizar a operacionalização existem procedimentos de segurança e barreiras individuais (luvas, avental, máscara e óculos de proteção – Equipamentos de Proteção Individual), assim como barreiras físicas, que correspondem a alguns compartimentos do Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS), em especial aos vestiários e aos quartos privativos.

Neste cenário, essa é mais uma das normas flexibilizadas no processo de trabalho dos CMEs pesquisados.

Buscando permitir uma melhor visualização do processo de trabalho no CME, apresento a seguir um fluxograma que é idêntico ao apresentado por outros autores (SILVA, 1998; LEITE, 2008; SOBECC, 2007), tendo em vista o fluxo ser determinado por legislação.



**Figura 02:** Fluxograma do material no CME.



Conforme o fluxograma demonstra, o CME é abastecido com materiais a serem processados pelas *Unidades Consumidoras*, unidades de internação, centro cirúrgico, ambulatórios, serviço de imagenologia, laboratório, farmácia, nutrição, entre outros, e por *Unidades Fornecedoras*, como lavanderia e almoxarifado. (SILVA, 1998).

Os materiais provenientes das Unidades Fornecedoras chegam aos CMEs na área de preparo e acondicionamento, onde são embalados, esterilizados, armazenados e distribuídos.

Os materiais descartáveis são armazenados para posterior distribuição. Nas duas unidades, a área destinada ao armazenamento de material descartável deveria ter um local mais específico e não tão próximo à área de preparo de material limpo e desinfetado.

As roupas provenientes da lavanderia chegam em horários pré-estabelecidos. Em virtude de as lavanderias serem terceirizadas, o processo de acondicionamento dessas roupas ficou mais fácil, já que chegam dobradas, facilitando a inspeção e o acondicionamento para posterior distribuição.

As roupas chegam uma vez pela manhã e outra à tarde. Os trabalhadores do CME referiram que após a terceirização não há mais falta de roupas e que essa modalidade de gestão de serviços trouxe melhorias à continuidade da assistência. No entanto, não analisamos se a terceirização foi vantajosa para o serviço público. Pessoa (1996, p. 6.) afirma em seu estudo que os processos de terceirização parecem irreversíveis, contudo, vêm ocorrendo com “pouco balizamento técnico e sem mecanismos gerenciais aparentes”, não sendo vantajosos para os hospitais. Offe (1991) denomina essa estratégia para racionalização do processo de trabalho de Externalização, pois tem como princípio a transferência de serviços para outros agentes, diminuindo custos e estruturas.

Quanto aos materiais provenientes das Unidades Consumidoras, o fluxo inicia-se pelo expurgo do CME, onde os materiais são lavados, desinfetados e separados. Após são encaminhados à área de preparo e acondicionamento para secagem, conferência e separação por tipo de material (vidro, instrumental cirúrgico, cânulas, entre outros). Depois de embalados, são identificados e encaminhados para esterilização, armazenamento e distribuição. Esta área centraliza todos os artigos processados para serem distribuídos às Unidades Consumidoras. Preservar o material em condição estéril é seu principal objetivo.

As unidades de internação normalmente possuem expurgo onde descartam os dejetos e armazenam os materiais contaminados que podem ser deixados em soluções desincrostantes ou desinfetantes, para

serem posteriormente encaminhados ao CME. Em unidades com características especiais, tais como UTI, UTI neonatal, CC e Centro Obstétrico, os trabalhadores do CME encaminham e buscam os materiais solicitados.

A RDC 50 (2002, p. 101) determina que

as atividades de recebimento, descontaminação, lavagem e separação de materiais são consideradas "sujas" e portanto devem ser, obrigatoriamente, realizadas em ambiente(s) próprio(s) e exclusivo(s), e com paramentação adequada com a colocação dos seguintes Equipamentos de Proteção Individual (EPI): avental plástico, botas, óculos e luvas (não cirúrgica). Entretanto, deve permitir a passagem direta dos materiais entre este(s) ambiente(s) e os demais ambientes "limpos" através de guichê ou similar.

Na Instituição A, o CME busca material do centro cirúrgico e do centro obstétrico e esse material contaminado transita pelo corredor que dá acesso a UTI, centro obstétrico, centro cirúrgico e CME, sendo que esses materiais deveriam ser transportados por monta-carga ou em recipientes ou carros fechados.

Acompanhei uma trabalhadora do CME na coleta de materiais no centro obstétrico. Essa trabalhadora (E<sub>6</sub>; A) pegava os materiais contaminados usando somente luvas de procedimentos, blusa de mangas curtas e avental impermeável, mas não colocado adequadamente. O material foi transportado do centro obstétrico pelo corredor amplamente exposto, em um carrinho tipo "mesa auxiliar", sem cobertura. Os funcionários dos outros setores também transportam materiais em bandejas ou outros recipientes, sem cobertura.

A RDC 50 (2002, p. 99), no item A.3, do capítulo Condições Ambientais de Controle de Infecção, cita que

A melhor prevenção de infecção hospitalar é tratar os elementos contaminados na fonte; o transporte de material contaminado, se acondicionado dentro da técnica adequada, pode ser realizado através de quaisquer ambientes e cruzar com material esterilizado ou paciente, sem risco algum. Circulações exclusivas para elementos sujos e limpos é medida dispensável nos Estabele-

cimentos Assistenciais de Saúde (EAS). Mesmo nos ambientes destinados à realização de procedimentos cirúrgicos, as circulações duplas em nada contribuem para melhorar sua técnica asséptica, podendo prejudicá-la pela introdução de mais um acesso, e da multiplicação de áreas a serem higienizadas.

No próprio centro obstétrico, a trabalhadora separou os materiais utilizados dos não utilizados. Quando chegou à área para lavagens de materiais, colocou os materiais não utilizados na área de material limpo, pronto para embalar, sem sequer passar uma água, justificando que será passado álcool.

Nenhum outro Equipamento de Proteção Individual foi usado, mesmo estando disponibilizados no expurgo os óculos e as luvas grossas de borracha. Recomenda-se para uso em expurgo: “luvas grossas de borracha antiderrapante e de cano longo, avental impermeável, gorro, máscara e óculos, botas impermeáveis e protetor auditivo, quando utilizar lavadora ultrassônica”. (TIPPLE *et al.*, 2007).

Se considerarmos o risco biológico a que essa trabalhadora do CME está exposta, notamos que o uso de EPI é de fundamental importância para evitar a contaminação dela. Em relação à não-adesão ao uso de EPI, houve uma manifestação:

*Equipamentos de proteção... fizemos algumas coisas erradas sem proteção nenhuma. (E<sub>4</sub>; A).*

Tipple *et al.* (2007, p. 446) identificaram em seu estudo que os motivos para não-adesão ao uso de EPI nos CMEs são:

não gostar; calor; indisponibilidade; incômodo; esquecimento; falta de hábito; acreditar que não é necessário; que o material não está contaminado;(...) falta de atenção; alergia; má qualidade; comodismo; economia; sair muito do local; desconforto; atrapalhar a realização do serviço; tamanho inadequado; teimosia; displicência; falta de supervisão.

Aqui há uma incongruência entre o trabalho prescrito e o trabalho

real, mas também há um déficit na prescrição (DEJOURS, 1994), pois não há um manual de procedimentos atualizado e sistematizado. O que existem são folhas afixadas nas paredes, apostila com desenho de instrumental cirúrgico por caixa de cirurgia. Ou seja, as enfermeiras, como gestoras dessas unidades, trabalham e não se preocupam em descrever o processo de trabalho (BURESH; GORDON, 2004) desenvolvido em suas unidades, estabelecendo pelos menos procedimentos-padrão, com isso mantendo um manto de invisibilidade sobre o conhecimento estruturado existente nas ações cotidianas.

Algumas rotinas são afixadas nas paredes, mas frequentemente indicando como ler os registros das autoclaves ou identificando os instrumentais de cada caixa cirúrgica, como se pode observar nas falas a seguir:

*No expurgo tem lá pendurado como é para usar o enzimático. (E<sub>4</sub>; A)*

*Na realidade a gente tem livros que a chefia faz, como organizar uma caixa cirúrgica e bandeja também, de preparar os campos também e quando você tem uma coisa que não tem nos livros e nas pastas você vai para (auxiliar mais antiga) ou para a enfermeira e pergunta. (E<sub>7</sub>; A)*

*Outra coisa, também, que dificulta muito para nós no centro de material: quer ver, chegaram as autoclaves novas, deram uma explicação e deixaram, se vira! Aí a gente que tem que ver como que é, como se faz [...] Manual em alemão (risos). (E<sub>5</sub>, A)*

*Tem livro para a montagem de caixas, fotos referentes à esterilização, e a própria máquina nossa é semiautomática, qualquer coisa aparece no visor. Os manuais são acessíveis. (E<sub>2</sub>; A)*

Interessante salientar que há discordância em relação à existência de manuais, sendo que muitos disseram não conhecer, respondendo somente que não havia manuais. Porém, em ambas as instituições, não tive acesso ao manual porque estava sendo reformulado, segundo informação das enfermeiras. Cabe, ainda, lembrar que papéis afixados nas paredes são prováveis fontes de contaminação em uma unidade que

deve zelar pela esterilização dos materiais por ela processados, constituindo-se num paradoxo interessante e em um aspecto ético bastante complexo, principalmente, levando-se em conta a dimensão do gerenciar e educar da enfermeira responsável por esse setor.

No salão de recepção de roupas limpas, material do almoxarifado, lavanderia e preparo e acondicionamentos de material, existem mesas grandes onde os materiais são vistoriados e embalados para processamento, o que propicia a convivência.

## 5.2 Aspectos das relações pessoais

Nos serviços de saúde, o modo de organização do trabalho influencia nos relacionamentos interpessoais e profissionais, haja vista as peculiaridades das características da força de trabalho em saúde, que são diferenciadas de outros setores. A força de trabalho em saúde é *mão-de-obra intensiva*, ou seja, mesmo na vigência de “alto grau de complexidade de equipamentos”, no setor saúde, apesar do processo de trabalho ser fragmentado e dependente de outros fatores além do conhecimento, há uma semelhança com o modo de produção da manufatura, pois há um significativo componente manual no processo de trabalho. (NOGUEIRA, 1997). Dessa forma, nos serviços de saúde, convivem muitos trabalhadores e múltiplas profissões e ocupações, envolvendo uma diversidade de valores, códigos de éticas e saberes que propiciam ruídos na comunicação, dificultando as relações de trabalho. Segundo Malik (1998, p. 25-26), há coexistência de uma

série de profissionais com formação diferente, cada um com suas normas, parâmetros, visões de mundo e noções de ética; o relacionamento interno responde com frequência ao *status* das diferentes profissões na sociedade; há disparidades entre os níveis mais próximos do topo e os mais próximos da base da pirâmide profissional (níveis salariais) e a hierarquia gerencial é frequentemente dissociada da hierarquia profissional, dependendo da categoria e do nível hierárquico considerado.

As relações entre os trabalhadores, muitas vezes por conta da comunicação inadequada, podem se tornar conflituosas. No entanto,

essa assimetria não é percebida pelos envolvidos e nem é intencional. Sabe-se que uma comunicação efetiva “pode se constituir num elemento de distribuição do saber e, portanto, de poder”. (FARIA, 1998, p. 136). Nesse sentido, os processos frágeis na comunicação, que dificultam as relações e o processo de trabalho e inviabilizam espaços de discussão, podem não acontecer somente por incompetência ou má vontade dos gestores, mas como uma forma de manutenção do *status quo*, visando manter os serviços de saúde na mesma lógica intervencionista e curativista, absorvendo grande volume de tecnologia importada, com uma variedade quase infinita de medicamentos e mantendo a hegemonia médica.

O trabalho assistencial nessas instituições é um trabalho coletivo que “depende da contribuição de vários profissionais de saúde e de diversos trabalhadores que desenvolvem ‘atividades de apoio’. O médico é o elemento central da assistência e detém o controle do processo de trabalho em saúde”. (PIRES, 1998, p.186). Essa forma de organização de trabalho interfere nas relações de trabalho, considerando-se que os demais profissionais possuem menor autonomia de ação em relação ao cuidado dos usuários internados. Nesse sentido, a enfermeira do CME, por não atender diretamente ao usuário, pode ter maior autonomia em seu trabalho, uma vez que o objeto de seu trabalho são os artigos a serem processados, tendo como objetivo fornecer artigos em condições seguras de uso (TAUBE, 2006) e como finalidade prover suporte às ações de saúde desenvolvidas pelos trabalhadores em estabelecimentos de saúde. Contudo, parece que isso ainda não está sendo aproveitado pela enfermagem.

Durante minhas observações, percebi que o trabalho ao redor da mesa em que se processam os materiais é alegre; boas risadas e trabalho coletivo, o que no meu entender propicia a “confraternização”, a solidariedade, imitando o clima da hora das refeições em torno da mesa.

Esse clima era idêntico ao observado na hora dos lanches. Quando cheguei ao CME da instituição A, os trabalhadores estavam na copa comendo suspiro, ao redor de uma forma.

A possibilidade de se reunirem em torno de uma mesa para fazerem suas refeições favorece as relações pessoais, sociais e culturais, afinal comer é muito mais do que simplesmente ingerir alimentos. O “alimento é um dos requerimentos básicos para a existência de um povo, e a aquisição desta comida desempenha um papel importante na formação de qualquer cultura”. (LEONARDO, 2006, p. 1). Nesse caso, parece que era um momento de confraternização e brincadeiras e, até, de

análise das situações vividas no CME e em suas vidas. Waldow, Lopes e Meyer (1995) referem que para suportar o trabalho na enfermagem os trabalhadores procuram uma válvula de escape, configurando-se em brincadeiras, piadas na hora do lanche, pequenas ausências para conversar com um amigo, que são atividades permitidas no trabalho da enfermagem. Como assinalado anteriormente, a maioria das atividades desenvolvidas nos CMEs dessas instituições se dá ao redor de uma mesa, criando a possibilidade de conversas e com isso uma maior aproximação com os colegas de trabalho. Entretanto, imitando a família, os conflitos também aparecem e são discutidos, mas nem por isso, resolvidos, porém podem ser superados ou não, dependendo do entrosamento do grupo.

Percebo, também, que o fato de o ambiente ser fechado pode aumentar esse entrosamento ou potencializar tensões de situações não resolvidas.

Além disso, devem trabalhar em cooperação, pois precisam processar uma demanda grande de materiais em curto espaço de tempo, desempenhando as tarefas/atividades de forma semelhante a um mutirão. No entanto, observei que alguns ficavam com atividades consideradas, pelos que embalavam, mais valorizadas do que outras, como preparo de caixa com instrumentais de cirurgias.

*Hoje a gente tem uma escala, cada um tem que seguir a escala na lavação. E o restante, cada dia um fica na mesa, mas é sempre assim, as mesmas, 5 pessoas fazem as caixas, onde tem vinte funcionários. Até acho que não precisava saber, mas se a própria chefia passasse para gente "olha gente, vamos fazer o reconhecimento dos instrumentais a...", assim dava uma melhorada, seria importante. (E2; A)*

Todos esses são aspectos que permeiam o processo de trabalho nos CMEs estudados e devem ser negociados cotidianamente para o desenvolvimento das tarefas/atividades, pois as organizações são processos de interações sociais, em contextos históricos e políticos.

Um aspecto que me chamou a atenção, enquanto observava as atividades dos trabalhadores, foi a quantidade enorme de fita de autoclave utilizada para embalar os materiais. Algo que considerei impressionante, mesmo com o argumento que utilizaram, de que as fitas desgrudam se forem utilizadas em menor quantidade.

Para, talvez, explicar um pouco dessa conduta, recorro a Daniellou *apud* Telles e Alvarez (2004, p. 68), quando conceitua prescrições descendentes e remontantes ou que sobem. Prescrições descendentes são as que se “originam da estrutura organizacional”. Já as remontantes se originam da “matéria, dos seres vivos, do psiquismo, dos coletivos”. Segundo o autor, a “prescrição pode vir da matéria trabalhada, como um cimento que não ‘quer’ secar, opondo-se à prescrição da hierarquia que exige que o trabalho seja feito rapidamente”. Neste caso, é a fita que não “quer” colar após o processamento dos artigos, portanto, precisa-se aumentar o seu consumo. Ou ainda, conforme Cru (1987), os trabalhadores estão utilizando o seu “saber-fazer-de-prudência”, que são procedimentos e saberes inventados e compartilhados pelos trabalhadores e que não são ensinados em processos de capacitação ou por supervisão, o que poderia justificar, também, a utilização inadequada de fita.

Do início da tarde até 16 horas, aproximadamente, o CME anda num ritmo mais lento. Após, começam a chegar materiais de diversos setores, quando, então, a equipe se distribui para fazer as atividades. Há uma escala de tarefas, com rodízio delas, mas o que se observa é que em alguns momentos todos fazem tudo, com exceção das caixas de instrumentais. Poucos fazem esta atividade, sendo considerada uma atividade mais especializada, aparecendo aqui uma divisão social/técnica do trabalho. Os “peões” fazem qualquer atividade, mas organizar as caixas de instrumentais específicas das especialidades cirúrgicas é atividade para poucos, que não é socializada. Mesmo todos sendo Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem, aparece uma divisão em que uns executam atividades mais rotineiras e repetitivas, enquanto outros desempenham atividades mais complexas ou mais reconhecidas socialmente pelos pares. Evidentemente, não se deve colocar trabalhador menos capacitado para executar uma atividade, principalmente se existe a possibilidade de se dispor de alguém qualificado. Não é essa a questão. O fenômeno que se apresenta é a valorização social dada à ação e não a desqualificação intrínseca da ação. Glorificar um trabalho só porque ele tem mais conteúdo é também uma espécie de preconceito.

Enquanto observo o ambiente, a área física e as atividades dos trabalhadores, comparo essas atividades com as atividades desenvolvidas no trabalho doméstico. O CME parece uma grande cozinha com as atividades de lavar, secar e guardar as louças. Um trabalho considerado de “alta frequência” (DOUGLAS; ISHERWOOD, 2004), por isso mesmo desvalorizado.



A maioria dos trabalhadores estava com sandálias abertas, de dedo. Alguns usam roupas do CME, outros vêm de branco, jaleco, meias, sapatos fechados. Não possuíam uniforme específico para o CME, desconsiderando as recomendações da RDC 50 (2002, p. 101).

Várias podem ser as causas para a não-adesão ao uso de uniforme e de EPI, como vistas anteriormente. Mas em relação especificamente ao uniforme, pode ser porque a instituição não fornece e, portanto, não exige, mas também porque quem normalmente usa uniforme está em uma posição hierarquicamente inferior. O uniforme invisibiliza, as pessoas veem o uniforme e não o sujeito que o veste. E o uniforme torna a pessoa invisível para os outros. Na percepção de Costa (2004, p. 116), “o que brota da percepção de não aparecer para os outros é a sensação de existirmos como coisa, um esvaziamento. Passamos a contar como se fôssemos um item paisagístico, um poste, uma árvore, uma placa de sinalização de trânsito, um orelhão (...)”.

Enquanto conversava com o trabalhador (E<sub>8</sub>; A) sobre a rotina no CME, ele me explicava sobre a unidirecionalidade do fluxo e que material molhado é considerado material contaminado. No entanto, enquanto falava, pegou um pacote de material estéril e alisou muito, virou de lado, mostrando que quando é caixa colocam com os furos para baixo para secar bem. Antes de irmos até a área de armazenamento de material estéril, este trabalhador estava abastecendo as autoclaves com material para ser esterilizado, sendo que entrou nesta sem lavar as mãos ou usar qualquer equipamento de proteção, em mais uma demonstração de incongruência entre o discurso e a prática, desrespeito ético e moral, ao não se importar com princípios básicos de sua profissão.

Este mesmo trabalhador fazia questão de me explicar todas as atividades que desenvolvia no CME e, principalmente, o processo de funcionamento das autoclaves: quando abrir, tempo, como esperar para o material não sair úmido etc. Enfatizava, ainda, que as autoclaves registram todo o processo. Contudo, quando questionei o que significavam os registros, não soube responder. Nas paredes, existiam folhetos com os gabaritos dos resultados possíveis dos indicadores de esterilização e funcionamento das autoclaves.

Quanto aos aspectos da relação chefia-subordinados, na instituição B, nada foi mencionado. No entanto, na instituição A, em várias entrevistas foram levantados aspectos referentes ao estilo de gestão da enfermeira. Um estilo de gestão que quer agradar a todos, deixando de tomar condutas que desagradem. Dessa forma, os trabalhadores deixam como está, visando obtenção de bemesses futuras. A seguir alguns depoimentos:

*Há falta de hierarquia. Aqui todo mundo sai na hora que quer. [...] A bondade dela ela bota para o lado da chefia e é isso que não dá certo. (E9; A)*

*A enfermeira é a mãezona que educa mal os filhos, porque ela é protetora. Ela não educa. Ela não corrige. Ela simplesmente agasalha, bota a mão em cima e desculpa tudo. Para toda a falha do filho sempre há um porquê. Esse é um grande problema. Ela podia ser a mãezona, mas que disciplinasse. (E10; A)*

*A enfermeira, como amiga, como pessoa, como mãe não tem melhor. Ela não deixa nada a desejar para ninguém. Ela é assim: morreu tal fulano e ela leva a gente no velório, não mede esforços, mas como administradora... (E11; A)*

*Poderia ser melhor se tivesse mais reuniões, chamado um pouco mais de atenção de algumas coisas que passam, não em relação ao serviço, mas às pessoas que trabalham. A chefia devia estar mais presente. Acho que ela deixa passar um pouco frouxo e a coisa não funciona muito bem. Cada um faz as coisas na hora que quer. (E2; A)*

O processo de trabalho da enfermagem abrange as dimensões do cuidar, do administrar, pesquisar e ensinar. (ALMEIDA, 1986). Ainda apresenta uma divisão do trabalho, cabendo às enfermeiras o gerenciamento da assistência e da unidade. Espera-se que essa atividade seja realizada pela enfermeira, tanto na percepção dos profissionais de nível médio, quanto na da instituição.

As enfermeiras do CME atuam de forma maciça no gerenciamento das atividades (planejando, organizando, orientando, avaliando) e algumas vezes ajudando nas atividades. A parte administrativa do CME ocupa uma parcela grande do tempo da enfermeira, já que ela é responsável por emitir pareceres sobre o material a ser adquirido para o CME, avaliação dos instrumentais, solicitação de conserto, acompanhamento do material que sai e entra na unidade, tanto de consumo como permanente, além do controle do processamento de material.

Muitas dessas atividades poderiam ser executadas por escriturário, sob supervisão da enfermeira. Todavia, somente uma das unidades possuía escriturário.

Leite e Ferreira (1998) mencionam que manifestamos um poder pessoal e um poder funcional ao assumirmos um cargo gerencial. Os aspectos relacionados ao poder pessoal se relacionam à competência profissional, ao carisma, às habilidades de liderança e são dependentes das características pessoais. Já, o poder funcional está relacionado com as atribuições inerentes ao cargo. Essas duas faces de poder irão permear a ação gerencial. Nas falas anteriores, fica evidenciado que as características pessoais da enfermeira interferem de forma decisiva na maneira de gerenciar a unidade.

Já, entre os trabalhadores de enfermagem, as relações apresentam características de relação familiar, mostrando-se conflituosas e fraternais concomitantemente.

*Gosto de trabalhar com os colegas, que é uma família. A gente briga depois fica tudo bem. É próprio do trabalho. (E12; A)*

*Às vezes existe falta de respeito por parte dos colegas, em colegas que vieram para cá na mesma situação que a minha, problema de saúde e aí fica se fazendo chacota dizendo que aqui é um asilo de doentes, que é uma casa de repouso. As pessoas que fazem isso não se leva em conta. Mas dá raiva, muita raiva! Algumas coisas também, chefia priorizar um ou outro... Hora plantão e outras coisas, e priorizar o funcionário antigo em relação ao novo. No geral é bom, todos os serviços têm isso. No serviço público tem um pouco mais. (E13; B)*

Quanto às relações com outros setores, o CME tem uma relação com altos e baixos, sempre ocorrendo atrito quando há falta ou inadequação dos materiais e do processamento deles.

*No momento, é uma reclamação geral. Falta material, falta mesmo dentro das caixas. O centro cirúrgico já enviou até mesmo uma relação de caixas com materiais. Não adianta que não é cumprido. Essa é nossa relação. É um sufoco, às vezes, achar uma caixa. (E<sub>10</sub>; A)*

*Antes você ia lá e eles só faltavam correr contigo.  
Hoje em dia não. A gente tinha até medo de se  
aproximar. (E<sub>14</sub>; A)*

Nos discursos anteriores, aparece uma fragilidade na gestão do trabalho, uma vez que não está sendo resolvido um problema crônico de falta de material nas respectivas caixas de cirurgia, mas também há um indicativo de que as relações interpessoais/profissionais estão melhorando, talvez, por conta da profissionalização dos trabalhadores do CME, que aconteceu de forma gradativa nos últimos anos nos CMEs e na enfermagem de uma forma geral.

A forma de organização do trabalho nos CMEs estudados segue o modelo taylorista de divisão de tarefas/atividades, realizando trabalho em série, buscando uma escala maior de produção. Ou seja, há uma divisão no trabalho visando uma maior produtividade pela especialização de atividades, podendo levar a um processo de alienação.

Nos CMEs estudados, normalmente há rodízio de trabalhadores por sítio funcional, coleta de materiais, expurgo, embalagem, esterilização e acondicionamento, com um processo de trabalho similar ao de uma indústria, uma forma de organização do trabalho que parcela o conhecimento, impedindo que o trabalhador tenha domínio sobre o processo de trabalho do CME, aspecto este que pode ser uma das causas da invisibilidade do trabalho nesse setor.

No capítulo a seguir, abordarei mais a forma de organização do trabalho no CME.

## 6 A INVISIBILIDADE DO TRABALHO DO CME

Neste capítulo, abordarei a questão da invisibilidade do trabalho nos CMEs estudados bem como a organização do trabalho nesses ambientes a partir da discussão das categorias surgidas das falas dos sujeitos entrevistados.

Para entender como a invisibilidade e o valor do trabalho no CME se apresentam no contexto hospitalar, este capítulo é dividido em duas partes: *O processo de trabalho no CME* e *Invisibilidade e valor social do trabalho no CME*.

### 6.1 O PROCESSO DE TRABALHO NO CME

O referencial teórico deu sustentabilidade para esta categoria, sendo referendado pelo discurso dos profissionais que atuam nas unidades hospitalares pesquisadas.

Entendemos processo de trabalho como um “trabalho útil que produz valores-de-uso” (MARX, 2007, sp), ou melhor, um processo em que o homem molda a natureza transformando um objeto em um produto com valor de uso, visando à satisfação de suas necessidades. (MARX, 1982).

Para Marx (2007, sp):

Quando um valor-de-uso sai do processo de trabalho como produto, participaram da sua feitura, como meios de produção, outros valores-de-uso, produtos de anteriores processos de trabalho. Valor-de-uso, que é produto de um trabalho, torna-se assim meio de produção de outro. Os produtos destinados a servir de meio de produção não são apenas resultado, mas também condição do processo de trabalho (...). Uma máquina que não serve ao processo de trabalho é inútil. Além disso, deteriora-se sob a poderosa ação destruidora das forças naturais. O ferro enferruja, a madeira apodrece. O fio que não se emprega na produção de tecido ou de malha é algodão que se perde. O trabalho vivo tem de apoderar-se dessas coisas, de arrancá-las de sua inércia, de transformá-las de valores-de-uso

possíveis em valores-de-uso reais e efetivos. O trabalho, com sua chama, delas se apropria, como se fossem partes do seu organismo, e de acordo com a finalidade que o move lhes empresta vida para cumprirem suas funções; elas são consumidas, mas com um propósito que as torna elementos constitutivos de novos valores-de-uso, de novos produtos que podem servir ao consumo individual como meios de subsistência ou a novo processo de trabalho como meios de produção. Os produtos de trabalho anterior que, além de resultado, constituem condições de existência do processo de trabalho, só se mantêm e se realizam como valores-de-uso através de sua participação nesse processo, de seu contacto com o trabalho vivo.

Em setor de serviços, a sequência de atividades frequentemente não é observável, visível, nem para os clientes e nem para os trabalhadores que executam essas atividades. (GONÇALVES, 2000). Então, identificar o trabalho morto envolvido nos processos anteriores fica ainda mais difícil do que nas atividades que apresentam um produto concreto.

Nas frases a seguir, há indicativos de que o trabalho é rotinizado, não havendo muita possibilidade de utilização do potencial criador dos sujeitos inseridos nesse processo de trabalho, mas também há espaços para a improvisação, a criatividade, para o saber-fazer-de-prudência que possibilita ao trabalhador improvisar quando na falta de material adequado.

*Na medida do possível a gente trabalha, improvisa muito, porque nem sempre a gente tem o material que a gente precisa... (E<sub>15</sub>; A)*

Gelbcke (2002, p. 102) refere que a criatividade dos profissionais de enfermagem muitas vezes se limita à improvisação de materiais não disponibilizados, mas que “há espaços de criação possíveis, frente às diferentes situações que se apresentam no cotidiano de trabalho”. No entanto, ressalta que não considera a improvisação um movimento criativo, “pois afinal não se está criando nada novo, mas somente improvisando, ‘tapando’ um buraco com outro, para garantir alguma

assistência, mas não a assistência desejada”. (Idem, 2002, p. 173).

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994, p. 100) afirmam que quebrar-galhos implica correr riscos de duas ordens: a) riscos técnicos (com consequências para a segurança das pessoas e das instalações); e b) colocar-se fora da lei. Quebrar-galhos acarreta fraudar algum processo, alguma atividade, portanto exige segredo para não ser punido. Contudo, se o trabalhador resolve o impasse na organização do trabalho e não pode receber o mérito por isso, não pode ter a sua ideia reconhecida, entrando em processo de sofrimento. Então, essa fraude “conduz o sujeito a uma posição psicológica extremamente desconfortável”. (Idem, p.103). Entretanto, no discurso a seguir, a trabalhadora expressa sua satisfação em poder improvisar para dar andamento ao processo de trabalho, evitando com isso o cancelamento de cirurgias, sentindo-se criativa, útil e até valorizada.

*Quer ver a gente se sentir importante é quando dizem que não tem material para fazer aquela cirurgia e a gente consegue arrumar. Às vezes uma cirurgia não tem um campo cirúrgico, a gente manda eles usarem um campo de parto, dois campos de cureta. Ou então, não tem uma caixa de hérnia. Para fazer uma hérnia, a gente diz que dá para fazer com caixa de urgência. Ou se da pequena cirurgia não tem, a gente diz que dá para substituir pela dissecação de veias. Então a gente se sente útil porque a gente se sente criativa. (E<sub>5</sub>, A)*

A seguir há indicativos de que, mesmo executando ações no cotidiano, por força do processo de trabalho instituído, o trabalhador percebe a distância que existe entre o trabalho prescrito e o real, identificando incongruências.

*Eu faço tudo. Tanto lavo material como seco ou empacoto, como esterilizo, como entrego material, como pego material sujo, como entrego limpo. O que também acho que não é certo. Deveria ter uma pessoa para esterilização, uma para contaminação. (E<sub>16</sub>; A)*

Há também a descrição do processo de trabalho referindo a lida somente com material, que há um saber que exige cuidados também,

mas que é muito diferente da lida com o ser humano doente, ressaltando a carga emocional envolvida e o sofrimento causado por isso.

*Na unidade tu<sup>10</sup> estás lidando com pessoas e aqui só lidas com material. Lógico que tens que ter cuidados, mas é um processo totalmente diferente. Lá tu lidas com ser humano, que é uma coisa bem complicada, eu acho. Aqui, tu não trabalhas muito o emocional, pelo menos comigo. Como vou te dizer, eu me envolvia muito, eu sentia muito a dor do paciente, eu sofria muito com eles. Para mim era difícil trabalhar com pacientes. (E<sub>14</sub>; A)*

*Porque é mais estressante para o pessoal de enfermagem trabalhar com o paciente do que para o paciente, e no CME se trabalha para o paciente. (E<sub>16</sub>; A)*

*Queria um setor mais tranquilo, que não lidasse diretamente com pacientes. (E<sub>2</sub>; A)*

Essa situação se configura nos CMEs estudados, pois o usuário do serviço de saúde fica muito distante das atividades desenvolvidas no CME, já que por ser uma atividade-meio tem uma “função de ‘acompanhamento’ do processo de produção”, sendo um serviço diretamente referido à produção (reparo, limpeza). (OFFE, 1991, p. 28).

Atuar em um trabalho indireto afasta o trabalhador do estresse gerado com o cuidado ao usuário, pois este contato propicia a convivência com a dor, com o sofrimento, com a desesperança, com a angústia, com o descuido dos profissionais de saúde e dos familiares e com a nossa impotência diante da morte e do sofrimento, que são tensões advindas do exercício da profissão, que suplantam, muitas vezes, os momentos prazerosos do afeto, do cuidado e das relações familiares amorosas e comprometidas.

Portanto, reduzir o sofrimento se afastando do trabalho direto (cuidado ao usuário), desfazendo-se de pressões e de trabalhos particularmente penosos, é uma estratégia que o trabalhador achou para diminuir seu sofrimento no trabalho, pois “as atividades que exigem maior investimento de energia afetiva são aquelas relacionadas ao

<sup>10</sup> Como encontrado no estudo de Beck (2000), os trabalhadores usaram muito o pronome “tu” para se referirem às suas conjecturas e sentimentos, dando indicativos de um afastamento da situação relatada.



cuidado; estabelecer um vínculo afetivo é fundamental para promover o bem do outro” (...), apesar de que “este vínculo nunca é concretizado satisfatoriamente nas relações de trabalho formal, o que gera a contradição”. (CODO; GAZZOTI, 1999, p. 55).

Para Stacciarini e Tróccoli (2001, p. 17), os estressores para o ambiente de trabalho podem ser categorizados como:

fatores intrínsecos para o trabalho (condições inadequadas de trabalho, turno de trabalho, carga horária de trabalho, contribuições no pagamento, viagens, riscos, nova tecnologia e quantidade de trabalho), papéis estressores (papel ambíguo, papel conflituoso, grau de responsabilidade para com pessoas e coisas), relações no trabalho (relações difíceis com o chefe, colegas, subordinados, clientes sendo diretamente ou indiretamente associados), estressores na carreira (falta de desenvolvimento na carreira, insegurança no trabalho devido a reorganizações ou declínio da indústria), estrutura organizacional (estilos de gerenciamento, falta de participação, pobre comunicação), interface trabalho-casa (dificuldade no manejo desta interface).

Neste depoimento, encontramos referência a incômodos e sintomas gerados pelo barulho no setor de CME.

*A única coisa que deixa a desejar no centro de material é o barulho. Muito barulho, porque quando eu chego em casa que eu deito no meu quarto, acho que acontece com todos aqui, dá uma zoada na cabeça, perturba, fica um pouco meio... Tem dia, assim como hoje, com muita gente e barulho... A gente deveria trabalhar com uma proteção no ouvido. (E<sub>12</sub>; A)*

Todos esses estressores foram observados, mesmo que de forma aleatória, no estudo em pauta.

O uso de novas tecnologias, devido à inclusão de novos produtos no CME, “demandam necessidades de desenvolvimento de novas metodologias de trabalho para processar ou reprocessar tais produtos, estabelecendo-se espaço para certa autonomia, ou um certo autogoverno de seus trabalhadores”. (BARTOLOMEI, 2003, p. 90).

Nas frases a seguir, observa-se que o processo de trabalho no CME vem se modificando.

*Eu vejo que está evoluindo muito. Tem muita coisa para ser feita e muita coisa já foi feita. Já teve bastante melhoria, coisas que não se fazia e se está fazendo. Como exemplo a questão dos testes biológicos, que se faz conforme manda o Ministério da Saúde (...). Não tinha fluxo correto, as prateleiras para acondicionar material eram de madeira, tinha problemas com cupim, problemas de fluxo, quem estava no expurgo acabava empacotando e outras coisas. (E17; B)*

*A tecnologia hoje está bem diferente. Não tão avançada quanto deveria ser, mas em vista do que era antes... Era quase tudo manual, hoje é quase tudo maquinário. (E5, A)*

No entanto, parece que os trabalhadores, de uma maneira geral, e a enfermeira, mais especificamente, ainda têm dificuldade em criar espaços para o exercício da autonomia em seu processo de trabalho. Para Peduzzi (2001, p. 106), “a autonomia técnica é concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários”.

Nesse sentido, esse trabalho precisa se qualificar, ter características profissionais, ou seja, precisa de pessoas com domínio de conhecimento adquirido por um processo específico de formação; pessoas que dominam o conhecimento necessário ao seu trabalho e que tenham alguma autonomia em relação às suas decisões técnicas, apesar da complexidade da forma de organização do trabalho nas instituições de saúde. (MACHADO, 1995; PIRES, 1989, 1998, 2000). Mas, para isso, as escolas precisariam abordar de forma mais efetiva essas novas tecnologias em seus currículos. As escolas não conseguem acompanhar a demanda das novas tecnologias, o que compreendo ser quase impossível, e nem devem atender somente a isso, mas precisam discutir em seus currículos a importância da incorporação desses processos de trabalho como ampliação de campo do saber da enfermagem.

As áreas de infecção hospitalar e de higienização já estão incorporadas ao campo da enfermagem, mas existem outras áreas em que podemos atuar, como em serviços de radiodiagnósticos, por exemplo, que ampliarão o campo de atuação da profissão. Na verdade,

as coisas não mudam no mesmo ritmo, ou seja, primeiro acontecem pequenas alterações quantitativas, para posteriormente esse incremento da quantidade sofrer uma melhoria de qualidade. No caso do CME, já houve um acréscimo em relação à possibilidade de acesso à tecnologia, mas ainda precisa haver a incorporação dessa tecnologia em uma maior quantidade de serviços e reverter essa incorporação em uma melhor resolutividade do cuidado.

Também aparecem descrições de um processo de trabalho em que a carga de trabalho é intensa. Como carga de trabalho, entendem-se as mediações que acontecem durante o processo de trabalho entre o trabalhador e os elementos encontrados no processo de trabalho, que geram processos de adaptação e que provocam desgastes físicos, mentais e psicoafetivos, e que vão influenciar o estado de saúde do trabalhador. (LAURELL; NORIEGA, 1989; FACHINI, 1993).

*(...) poucos funcionários. E o pessoal acha que aqui é só empacotar gaze e mais nada. A gente tem que ter visão das coisas, tem que preparar as caixas. As pessoas têm que ser um pouco compreensivas, porque a maioria do pessoal não conhece de material. Então, dá medo, né? É muito cansativo mesmo. Porque às vezes, quando faltam funcionários, eu faço seis horas, daí eu fico. O negócio é que é muita cirurgia. Eles botam cirurgia a torto... Ortopedia, então, acaba com a gente! Material pesado, tem que lavar, tem que esterilizar. Cansativo, mas eu gosto. Às vezes tem cobrança do centro cirúrgico, porque passam umas coisinhas erradas. (E<sub>18</sub>; A)*

*O trabalho aqui é bastante, bem cansativo e todos os funcionários que trabalham aqui trabalham porque gostam. Porque é muito trabalho! (E<sub>19</sub>; B)*

Segundo Raposo e Moraes (2005, p. 245), “um trabalho é suportável pelo homem se puder ser realizado por ele durante toda a jornada de trabalho e durante toda uma vida profissional sem lhe causar danos à saúde física e psíquica”. Em estudo realizado em CMEs nas unidades públicas de saúde de Juiz de Fora (MG), esse autores concluíram que o trabalho de CME apresenta sobrecarga mental; as interrupções entre as atividades são muito frequentes e ocorrem sempre; é complexo e necessita total atenção, além de produzir níveis intensos de

estresse devido a confusão, frustração, ou ansiedade.

Esses resultados se assemelham ao observado nas unidades estudadas, mesmo considerando que, nos períodos em que observei o processo de trabalho, encontrei trabalhadores dormindo, saindo da unidade para resolver problemas pessoais, e referências de colegas de trabalho, conforme descrito a seguir, demonstrando sofrimento no trabalho por vivenciar a injustiça e a iniquidade, por causa de tratamento diferenciado entre os trabalhadores.

*Várias vezes tive raiva. Dois ou três trabalham, dois ou três sem fazer nada. Meu temperamento é bem forte. Injustiças, um sai para almoçar, por exemplo, tira sua hora certinha, outra vem tira duas horas e meia, senta fica lendo jornal, vendo televisão, deita. Tive sentimento de raiva, por isso. Um tem vantagens, outro não tem. Onde deveriam ser todos iguais. (E<sub>2</sub>; A)*

Alguns dos entrevistados relacionam o trabalho no CME como sendo um cuidado indireto ao paciente, indicando que a atuação nesse setor precisa de um conhecimento estruturado, específico para a execução do processo de trabalho. Mas também pode indicar uma forma de valorizar um trabalho socialmente desvalorizado, por ser mais rotineiro, associando-lhe termos que parecem ser de maior valor, como cuidado, ressignificando seu fazer em busca de sua integridade.

*Se o CME não tiver uma estrutura adequada, com pessoal capacitado, tendo uma noção do todo, do que é o cuidado de uma forma geral, desde o momento que ele interna até a hora que ele sai, o resultado do cuidado, tanto da enfermagem quanto do médico, vai ficar comprometido. (E<sub>20</sub>; A)*

*Se não for bem feito no CME, não adianta fazer cirurgias. Vai contaminar as cirurgias todas. Tem que ser bem esterilizada, tem que ser bem limpo. Não adianta eles fazerem lá o maior cuidado, se aqui não for bem higiênico, ou vice-versa também, não adianta aqui ser bem limpinhos e lá não. (E<sub>8</sub>; A)*

*Eu acho que é um trabalho que tem que ser feito. São coisas diferentes, porém com seus valores.*

*Não que uma seja mais e outra menos. Cada função tem sua importância. É fácil de imaginar se não existisse CME. (E<sub>21</sub>; B)*

Aqui fica evidenciada a complementariedade do trabalho e a articulação que deve haver entre todos os setores do hospital. Além disso, ratifica-se a importância de cada parte do processo de trabalho para o todo da assistência, que, para Peduzzi (2001, p. 178), implica “reconhecer a complementariedade das ações realizadas pelos distintos trabalhadores da equipe, sendo que a nenhum profissional isolado cabe a possibilidade de atenção integral às necessidades de saúde dos usuários”. Percebe-se ainda a relação que se faz com a possibilidade de o usuário contrair uma infecção hospitalar por contato com os materiais não esterilizados adequadamente no CME.

A preocupação com o processamento de materiais e a execução correta dos procedimentos e a co-responsabilidade com a infecção hospitalar revelam a importância dada ao trabalho realizado por esses trabalhadores. (TONELLI; LACERDA, 2005).

*Cada vez que vou fazer um pacote tenho que perguntar. E eu pergunto com medo de errar. Quero ter certeza porque ponho o nome do pacote e ainda vou assinar o meu nome. Se houver cobranças eles identificam imediatamente pelo selo. (E<sub>22</sub>; A)*

Curiosamente, o acondicionamento dos materiais é uma das poucas atividades nos serviços de saúde em que se consegue identificar quem realmente a executou, pois a enfermagem, de uma forma geral, não costuma registrar por escrito suas atividades, ou melhor, faz um sub-registro das atividades que executa. Nesse sentido, esse trabalho até ganha certa visibilidade quando se identifica o sujeito da ação, no entanto não é assim que acontece. Se o trabalho não tem visibilidade, o pacote tem, mas apenas se estiver errado.

*Invisível pode ser bom. Se tem um juiz de futebol e não se fala do juiz de futebol durante 90 minutos, quer dizer que ele não complicou. Então, se não se fala do CME é porque ele funciona bem. Geralmente, a gente fala quando a coisa não está bem. (E<sub>23</sub>; A)*

Uma expressão verbalizada com frequência pelos sujeitos nas entrevistas foi “fazer pacotinhos”, ao fazer referência à atividade desenvolvida no CME. Essa frase definia o processo de trabalho no CME na visão dos trabalhadores externos ao CME, principalmente, mas também expressava a visão dos trabalhadores do CME antes de serem alocados nessa unidade.

*Eu acho que não é só aquilo [fazer pacotinhos], não é só enrolar e fazer as caixinhas. Tem esterilização, que tem que ser bem feitinha, tem a limpeza. Também tem que ter técnica para enrolar as caixinhas. (E<sub>8</sub>; A)*

Nessa fala, o trabalhador demonstra compreender que existe um saber estruturado, formal, que está incorporado no produto (pacotinhos) e que não é visualizado, negando todo um processo anterior e mesmo o conhecimento necessário e empregado no processo de trabalho.

*Muita gente acha que centro de material é para fazer pacotinhos, mas são pacotinhos que fazem uma diferença imensa. (E<sub>7</sub>; A)*

*No começo, eu não queria vir para cá, eu queria ir lá para a emergência, porque eu não dava muito valor, eu achava que era só pacotinhos. Só pacotinhos, porque passei meu estágio aqui e só fiz pacotes. Ficava só ali na mesa, só fazendo curativo e pacotinhos de gaze. Hoje em dia, quando chegam estagiários, eu gosto de mostrar para eles como funciona e a turma pega no meu pé. Para eles terem mais uma noção, não ficar só naqueles pacotinhos, porque meu estágio foi assim. (E<sub>4</sub>; A)*

Aqui aparece o papel das escolas na manutenção do contexto sociohistórico em relação à valoração dada a atividade-meio, uma vez que parece que os alunos passam por estágio nessa unidade como um “cumprimento de tabela”, não se despertando no aluno a curiosidade por outros campos da enfermagem.

*Eu acho que eles veem como fazer pacotinhos. E isso eu tenho falado até com os professores aqui. Não aceito mais aluno aqui sem professor. Pedi para eles não ficarem fazendo também só*

*pacotinhos. Eles têm que falar sobre: as validades da autoclave; quais os tipos de embalagem que eles têm que fazer; tempo de validade da embalagem; qual a importância de fazer os materiais na técnica. Todo mundo diz só fazer pacotinhos, mas o que tem nesse pacotinho? O que vai dentro dessa bandeja? Tu tens que saber, porque todo o procedimento vai ser atrasado se o pacote tiver sido mal feito. (E<sub>24</sub>; A)*

Nesse discurso, aparece a preocupação em criar atitudes que possam modificar a visão de outros atores a respeito do papel desempenhado pelo CME, buscando mostrar todo o processo de trabalho que existe nas ações desenvolvidas no CME e um interesse em fazer com que as escolas tenham uma participação nessa mudança de visão, pois os órgãos formadores têm um papel fundamental nesse processo.

*Eles acham que o centro de material é só fazer pacotinhos. Ir para o centro de material, tu, uma ótima funcionária? Vais fazer pacotinhos? Não sabem. Não sabem ou fazem que não sabem. (E<sub>11</sub>; A)*

Mais uma vez aparece a desvalorização do CME quando se sinaliza que nesse serviço não podem ser alocados “ótimos funcionários”, pois se considera um desperdício disponibilizar alguém competente para uma atividade que não seja de cuidado ao usuário.

Buresh e Gordon (2004) afirmam que a enfermagem conseguirá minimizar as imagens arcaicas que desperta no público de uma forma geral revelando a importância de seu trabalho, descrevendo o seu trabalho, pois para muitas pessoas algumas atividades desempenhadas pela enfermagem parecem domésticas, simples e banais e, até, questionam a necessidade de formação para a execução dessas tarefas/atividades, sendo o “fazer pacotinhos” uma dessas.

Durante todo o período de coleta de dados, essa frase “fazer pacotinhos” era expressa e eu sabia que precisava compreender o significado dessa expressão. O que estava por detrás de “fazer pacotinhos”? Qual a imagem mental? O que simbolizava isso?

Um primeiro aspecto que me vem seria de que é trabalho manual, portanto de menor valor, não precisando de um saber estruturado para o

desempenho da atividade. Trabalho não qualificado, rotineiro e que qualquer um pode fazer, pois quem não sabe fazer um pacote? E por que usam sempre a expressão no diminutivo?

O diminutivo tem a ver com infantilização, desvalorização, pois afinal no CME também se faz ‘pacotão’. O uso do diminutivo parece lembrar aos trabalhadores que aquele lugar que eles ocupam é desvalorizado, realimentando sua baixa autoestima e culpabilizando-os, pois nossa sociedade culpabiliza as vítimas por seus fracassos, eximindo-se de culpa.

Para Dejours (1992, p. 50), o conteúdo significativo do trabalho tem relação com o sujeito e o objeto. Em relação ao “sujeito, entra a dificuldade prática da tarefa, a significação da tarefa acabada em relação a uma profissão (noção que tem ao mesmo tempo a ideia de evolução pessoal e de aperfeiçoamento), e o estatuto social, implicitamente ligado ao posto de trabalho determinado”. Já em relação ao objeto, refere que

a tarefa pode também veicular uma mensagem simbólica para alguém, ou contra alguém. A atividade do trabalho, pelos gestos que ela implica, pelos instrumentos que ela movimenta, pelo material tratado, pela atmosfera na qual ela opera, veicula um certo número de símbolos. A natureza e o encadeamento destes símbolos dependem, ao mesmo tempo, da vida interior do sujeito, isto é, do que ele põe, do que ele introduz de sentido simbólico no que o rodeia e no que ele faz.

Assim, considerando-se a repetitividade dos gestos e o pouco espaço para a criatividade e o modo de produção das atividades do CME, com atividades de alta frequência, cansativas e que sobrecarregam os trabalhadores, pode-se compreender a causa da desvalorização desse posto de trabalho.

Em contraposição ao *fazer pacotinhos*, o trabalho no CME, na visão dos trabalhadores, passa a ser central no processo de trabalho do hospital. Torna-se o coração do hospital, conforme depoimentos a seguir.

*Eu acho que o centro de material é o coração do hospital, porque se o centro de material não funcionar não vai funcionar mais nada. Você vai fazer uma cirurgia com material sem esterilizar? Fazer um curativo com uma gaze sem esterilizar?*



*Uma bacia? Sabe, todo material. O hospital depende do CME para ir para frente. (E<sub>7</sub>; A)*

*Eu acho que todo mundo diz que o coração do hospital é centro cirúrgico, mas eu acho que o coração do hospital é a esterilização. O que toca o hospital inteiro é a esterilização. Ninguém faz um curativo com material que não surja esterilizado, não se faz uma cirurgia que não seja com material esterilizado. Tem que ser muito bem lavado, muito bem seco, muito esterilizado para que não haja nenhum problema com o paciente. (E<sub>3</sub>; B)*

Nessa perspectiva, demonstram que, se essa unidade não funcionar, todo o processo de trabalho no hospital para. Ferreira (1977, p. 138) define coração como “a parte mais interna, a mais central, ou a mais importante de um lugar, região”. Ou seja, fazendo a analogia com o coração, o CME distribui os materiais estéreis e limpos (oxigênio e nutrientes) para todo o hospital (organismo) e dá um destino final aos detritos (produtos metabólicos) no expurgo e se funcionar de forma inadequada ou parar o corpo morre. Resumindo, distribui material estéril (sangue rico em oxigênio e nutrientes) e processa os materiais sujos e contaminados (sangue rico em toxinas e dióxido de carbono), reiniciando a circulação e mantendo a instituição viva.

O CME também aparece como uma unidade que possui interface com todos os outros setores, fazendo a ligação entre as atividades desenvolvidas no hospital, ou seja, como atividade-meio, mostrando um entrelaçamento, uma interdependência, com isso nos lembrando da segunda lei da dialética: lei da interpenetração dos contrários.

*Aqui eu acho bom, estou me adaptando bem. Aqui é uma ponte. Sem isso aqui nada funciona. (E<sub>22</sub>; A)*

*Eu vejo o CME como setor complementar, por não ser um setor que trabalha diretamente com o paciente, que na verdade é o que ele é. É um setor que complementa, que é tão necessário quanto qualquer outro setor, mas que trabalha em função dos outros setores. É um setor que os outros setores precisam que seja eficaz, mas acaba sendo trabalho complementar, voltado para os outros*

*setores do hospital. (E<sub>26</sub>: A)*

Assim se apresentou o processo de trabalho no CME, ora desvalorizado na representação dos *pacotinhos*, ora considerado vital para a organização do trabalho na metáfora do *coração do hospital*, ou então visto como uma atividade-meio que tem relação com a totalidade do processo de produção no hospital.

## 6.2 INVISIBILIDADE E VALOR SOCIAL DO TRABALHO NO CME

Ao discorrer sobre o processo de trabalho e a organização do trabalho no CME, percebo que há uma invisibilidade do trabalho nessa unidade, interna e externamente, o que me faz refletir acerca do valor social do trabalho no CME.

Mas o que é *valor*? No dicionário Priberam (2009), encontramos: “o que vale uma pessoa ou coisa”; “merecimento”; “talento”; “reputação”. E o que faz os trabalhadores sentirem-se valorizados? O reconhecimento de que seu trabalho é importante, significante. É “alguém ter o sentimento de que aquilo que fez, muitas vezes com muito esforço físico, mental ou até mesmo emocional, foi percebido por outra pessoa e foi devidamente levado em consideração”. (CABRAL, 2006, sp). Portanto, sentir-se valorizado é sentir-se importante, reconhecido, é ser parte fundamental no processo de trabalho, é ter seu trabalho valorizado de uma forma positiva, ou seja, é desempenhar um papel social que seja reconhecido, é existir para o outro, “é apresentar a própria imagem ao outro”. (KEHL, 2004, p. 150).

Para Maltez (2009), valor

vem do latim *valore*, proveniente do verbo *valere*, gozar de boa saúde, passar bem, ser forte, ser corajoso. Em grego, *axios*, etimologicamente, aquilo que tem peso. Daí, aquilo que vale a pena, aquilo que é precioso, que é digno de ser estimado ou preferido. Aquilo que uma coisa vale. O desejável que é colectivamente partilhado no interior de uma determinada sociedade. Padrão utilizado pela consciência para avaliar uma acção, realizada ou a realizar. Aquilo que é bom, que é desejável, que tem mérito, que vale a pena.

Adam Smith foi quem primeiramente utilizou a expressão *valor*, distinguindo entre o valor de uso e o valor de troca. Na economia, essa expressão tem o sentido de preço a ser pago por dado objeto ou serviço. Marx refere que o valor de um dado objeto equivale ao trabalho acumulado, pois vale o trabalho que custou para ser produzido. A moral e a filosofia buscaram na economia a expressão *valor*, tendo destaque o filósofo alemão Rudolf Hermann Lotze (1817-1881). Lotze, em sua obra *Mikrokosmos*, utilizou os termos *realidade*, *verdade* e *valores*, “mundos a que corresponderiam as conexões causais, as conexões de sentido e as conexões de fim (...). Também Nietzsche usa a expressão *valor*, considerando-a como equivalente ao conceito clássico de bem”. (MALTEZ, 2009, p. 1).

Baseado em Clyde Kluekhon, Maltez (2009, p. 1) ainda ressalta que no plano politológico, os valores são

aquilo que é o desejável, partilhado em comum no interior de uma determinada colectividade social. Os valores são interiorizados pelo indivíduo no decurso do respectivo processo de socialização, contribuindo para a integração e a mobilização sociais. Com a sociedade moderna, face ao processo de divisão de trabalho e de conflitualização, o núcleo comum dos valores sociais foi reduzido a um mínimo, contrariamente ao que sucedia nas sociedades tradicionais.

Apoiando-se em Rickert, Maltez (2009, p. 3) refere que

os valores, apesar de serem um *a priori* teórico-cognitivo, não são considerados como puramente subjectivos nem como arbitrários. Os valores não estão para além da realidade, dado que penetram nela, atravessando-a, como a luz que passa através de certos corpos translúcidos. A cultura apresenta-se assim como uma região intermédia que vai da natureza para os valores, constituindo uma realidade referida a valores e não podendo confundir-se com a ideologia, que apenas manobra com elementos apriorísticos, subjectivos e arbitrários. Pelo contrário, a cultura, tratando dos valores ligados aos fenómenos, apenas os recolhe, não os inventa. Os valores, para a cultura, têm de ter um interesse geral, devendo ser reconhecidos e aceites pela comunidade. Aliás, os

valores é que permitem distinguir o essencial do acessório, chegar à individuação do fenómeno e dar significado e sentido ao objecto analisado, integrando-o no conjunto. A realidade empírica é assim transformada pela ciência através dos conceitos, torna-se histórica quando a consideramos nas relações com o individual e o particular e torna-se natureza quando a consideramos na sua relação com o geral. Deste modo, todo o fenómeno cultural, apesar de situado no tempo e no espaço, transforma-se num conjunto com uma estrutura horizontal (relações com o passado e o meio-ambiente) e uma estrutura vertical (nasce, cresce e morre). Os valores permitem assim uma construção teleológica de conceitos, pela qual é possível reconstruir as ciências históricas e sociais através do método da referência a um valor (Wertbeziehende Methode), isto é, pela construção de conceitos referida a valores, como forças culturais. Para Rickert os homens reconhecem determinados valores como valores e aspiram a produzir bens em que esses valores adiram. Deste modo, os valores não existem, valem (gelten), sem, no entanto, serem reais. São valores de verdade, morais, estéticos e religiosos.

Então, a valoração dada ao local, à atividade e aos trabalhadores do CME vem sendo construída por um processo histórico-social-econômico e cultural que desvaloriza as atividades que exijam uma presença constante, que sejam manuais e que pareçam dispensar a atividade intelectual. Esses são valores que chegam a penetrar, permear e serem compartilhados pelos trabalhadores do CME e das instituições de saúde. Em um contexto hierarquizado no qual há relações de dominação e se encontram situações em que se dá mais valor a certas pessoas e grupos do que a outros, a questão da desvalorização do trabalho dito de alta frequência é comum.

Nesse cenário, o trabalho é apenas um elemento de produção, mas o trabalho é bem mais do que isso.

É algo que valoriza o ser humano e lhe traz dignidade, além, é claro, do sustento. É por isso que deve ser visto, antes de tudo, como um

elemento ligado de forma umbilical à dignidade da pessoa humana (...). Mesmo o mercado, para quem o trabalho nada mais é, isso em uma concepção liberal, que elemento de produção, não pode prescindir de valorizar o trabalho como elemento crucial ao alcance da dignidade humana. (MARQUES, 2007, p. 111).

Marx (1982) considera o trabalho elemento fundamental para se compreender a sociedade. Para ele, além de transformar a natureza, o homem, por meio do trabalho, transforma-se, alterando sua natureza. No capitalismo, a riqueza produzida é uma produção social, mas produção social da classe trabalhadora que vende seu único bem, a força de trabalho, para sobreviver. O mesmo autor (1978, p. 90-95) refere que

(...) o valor da força de trabalho, ou, em termos mais populares, o valor do trabalho, é determinado pelo valor dos artigos de primeira necessidade ou pela quantidade de trabalho necessária à sua produção. (...) Mas há certos traços peculiares que distinguem o valor da força de trabalho dos valores de todas as demais mercadorias. O valor da força de trabalho é formado por dois elementos, um dos quais puramente físico, o outro de caráter histórico e social.

Valorizar o trabalho é garantir salários dignos, qualificar o trabalhador de forma permanente, dar segurança e condições dignas de trabalho. É impedir a precarização do trabalho, que tem como pano de fundo a desregulamentação das relações trabalhistas, aumentando as desigualdades sociais. É cumprir o que está previsto na Constituição Federal de 1988, quando afirma que um de seus fundamentos são os valores sociais do trabalho.

Na Constituição Federal de 1988, o trabalho foi incluído como valor social, como valor a ser socialmente cultivado e “somente a objetivação do trabalho no sentido de ter valor, isto é, como atribuição de dignidade, será capaz de dar a devida percepção às pessoas e à própria sociedade da existência e da importância desse valor”. (BARBOSA, 2008, p. 4). Para esta autora, então, “o valor como atributo que dá dignidade ao ser é referencial para a evolução do homem”.

Na perspectiva de Dejours (1992-a, p. 55), o reconhecimento se dá por duas vias, a via do julgamento de utilidade, que diz respeito a utilidade técnica, social ou econômica dada à atividade desempenhada pelo trabalhador, e a via de julgamento de beleza. O julgamento de utilidade é proferido pelos chefes ou outros em posição hierárquica superior. Já o julgamento de beleza é proferido pelos pares ou por quem realmente entende do ofício. Esse julgamento “confere qualitativamente ao ego o pertencimento ao coletivo à comunidade de pertença, (...) ele contém sempre um julgamento sobre a beleza do trabalho”.

No caso do CME, como já abordamos, o papel social representado pelos trabalhadores que lá atuam, historicamente, não vem tendo uma valoração positiva. (BARTOLOMEI, 2003; DELGADO, 2000). Muito pelo contrário, o trabalho no CME apresenta uma valoração negativa. Ou seja, a dimensão sociohistórica da prática cotidiana do trabalho em CME não propiciou uma valoração positiva para o trabalho lá desenvolvido, tornando-o invisível (desvalorizado), tanto para os trabalhadores do serviço quanto para a própria instituição.

Destaco a seguir o discurso dos trabalhadores quando falavam de sua percepção a respeito do trabalho no CME ou em como percebem a valoração dada ao seu trabalho por outros trabalhadores, principalmente externos ao setor.

*Acho um trabalho pouco reconhecido porque tu fazes e aquilo é um trabalho importante, que tem que ter bastante cuidado e que tu sabes que se quiseres tu podes derrubar o trabalho de outra pessoa, porque tu podes colocar uma infecção numa cirurgia. O pessoal acha assim que a pessoa que trabalha no centro de material, ela não é tão importante, e não é! (E<sub>5</sub>, A)*

*Acho que não é muito valorizado, porque pelas conversas que eu sempre escutava e pelos comentários até um pouco picantes que aqui era só para preguiçoso (...). E agora que eu estou aqui eu vejo que não é assim. Não é qualquer um que pode montar uma caixa, não é qualquer um que conhece o material que tem aqui. A única coisa que qualquer um faz é pacote de gaze. O resto quem chegar aqui vai apanhar. Que não vai saber nada, mas nada mesmo. (E<sub>22</sub>; A)*

*Eu não me sinto desvalorizada, o centro de*

*material é muito importante para o hospital todo. Se isso aqui não funciona, o hospital também não funciona, porque é o centro de esterilização. UTI, centro cirúrgico não trabalham sem nós. As pessoas lá fora, os outros funcionários não dão valor, porque eles acham que aqui a gente não trabalha, que é pouca coisa, que tem pouco serviço. Eles deveriam passar por esse setor aqui nem que fosse por uma semana, um estágio para ver a importância que tem o centro de material. Não é para qualquer um trabalhar aqui. Muita responsabilidade, esterilização, tudo tem que ser anotado, a montagem do material, não pode esquecer uma pinça, a lavagem do material, também é muito importante. (E<sub>12</sub>; A)*

E qual é a utilidade social do material desinfetado/estéril de forma segura?

Essa utilidade social parece não ser percebida pelos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, a não ser quando ocorrem infecções hospitalares. Porém, muitas vezes, a contaminação dos materiais acontece no processo de utilização pelos trabalhadores e não por procedimentos inadequados no CME. Essa invisibilidade ocorre possivelmente devido ao processo de trabalho que acontece por meio de ações fragmentadas

em sua constituição social por exigência da divisão social e técnica do trabalho, no entanto, quando se concretiza no trabalho realizado, incorporado no organismo do indivíduo, se apresenta reunificada e, neste momento, parece negar todo um processo anterior, justamente porque este não pode ser observado, nem direta, nem indiretamente no consumidor e, muito menos, num produto materialmente perceptível. (LEOPARDI, 1999, p. 74).

Observamos também que os trabalhadores do CME desenvolvem habilidades e conhecimentos específicos nessa área, conferindo-lhes certo grau de autonomia em relação aos trabalhadores de outros setores. Todavia, isso não se configura como um saber que agregue valor ao seu papel, como no caso de trabalhadores de centro cirúrgico e UTI, que

normalmente são imbuídos de uma aura frente aos trabalhadores de outros setores, porque são envolvidos com tecnologia dura e contato com pacientes em risco de morte e médicos, ou, ainda, porque a valorização do cuidado ao cliente é maior do que a valorização de atividades que dão suporte à prestação do cuidado.

*Aqui nós não somos nada valorizados, muito menos que o pessoal serviçal. Eles acham que isso aqui é o último dos últimos dos últimos do hospital. Do hospital todo, a prioridade aqui é a última. Eu acho que é a visão de todo mundo lá fora, até a direção. Porque tu vê que isso aqui não é um lugar adequado para a gente trabalhar. Todos os setores já foram reformados, todos. Faz 22 anos que abriu isso aqui e nem uma porta foi colocada aqui dentro. A emergência já foi reformada duas vezes, o quarto andar, o centro obstétrico, centro cirúrgico, o terceiro, outras unidades. Aqui nada! Nós não temos uma copa adequada. Não temos um vestiário adequado. Não temos nada adequado aqui. Nós não temos um bom expurgo para trabalhar. Tu vê que a gente tem que lavar material todinho um a um na mão, porque essa máquina quebrou. Isso já faz desde dezembro que está quebrada (junho). Eles não dão valor aqui dentro. Eles acham que o centro de material só faz pacotinho. Ir para o centro de material, tu, uma ótima funcionária? Vais fazer pacotinhos? Não sabem. Não sabem ou fazem que não sabem. (E<sub>11</sub>; A)*

*Antes eu tinha uma visão como 90% das pessoas têm, que era insignificante, moleza, fácil, sem muita importância. Hoje, com o decorrer do tempo, a gente trabalhando aqui, acho que é um dos setores de maior importância do hospital. (E<sub>2</sub>; A)*

*Vejo como trabalho bem importante. Muitos não valorizam nosso trabalho. Porque eles vêm e querem material pronto. Não vejo valorização dos próprios colegas, mesmo dos que trabalham aqui, porque colega não ajuda colega. (...) (E<sub>13</sub>; B)*



Gonzales (2000, p. 24) refere que as culturas e as normas sociais interferem na identidade do indivíduo, principalmente quando ele exerce um papel definido, pois vivemos nosso relacionamento social por meio de modelos, que muitas vezes são impostos baseados na própria função que desempenhamos. Considera que sempre há uma possibilidade de “recusa do papel ou de sua transformação, desde que a nova configuração tenha definição e aceitação no meio social”.

Já para Heller (1972, p. 106),

(...) o homem é mais do que o conjunto de seus papéis, antes de mais nada porque esses são simplesmente as formas de suas relações sociais, estereotipadas em clichês e, posteriormente, porque os papéis jamais esgotam o comportamento humano em sua totalidade. Assim como não existe uma relação social inteiramente alienada, tampouco há comportamentos humanos que se tenham cristalizado absolutamente em papéis.

Buresh e Gordon (2004, p. 91) afirmam que se acredita “que a identidade profissional da enfermeira é valorizada se ela for uma ‘gestora de cuidados’ que supervisiona aqueles que prestam cuidados”. Ainda a respeito da desvalorização do trabalho mencionam que

a desvalorização é o que faz dos sistemas opressivos aquilo que eles são opressivos. Os sistemas autocráticos não se baseiam apenas na coerção física e na chantagem econômica para prevalecerem. Levam a melhor ao minar a agência [implica em falar por si próprio] e ao criar dúvidas relativamente à importância do trabalho e à sensatez das escolhas dos indivíduos. A dúvida gera confusão acerca de quem se é, do que se merece e de como se devem encarar aqueles que fizeram as mesmas ‘escolhas erradas’ [fazer enfermagem].

As mesmas autoras (2004, p. 90) continuam, dizendo que

a desvalorização contínua da enfermagem implica custos significativos nessa era ‘pós-feminista’ em que as mulheres dispõem de mais opções em termos de carreira. Quando as opções das

mulheres se restringiam à enfermagem, ao ensino, ao trabalho social ou secretariado, a escolha da enfermagem não era sinal de falta de inteligência ou de ambição. Hoje em dia, porém, pode parecer uma escolha inexplicável para algumas pessoas numa altura em que uma mulher pode optar por empregos mais bem remunerados e que lhe conferem um estatuto mais elevado.

Também encontrei neste estudo o gosto pelo trabalho, categoria também encontrada por Delgado (2000).

*Eu acho um trabalho ótimo. Gosto muito de trabalhar aqui. Dou o máximo que eu posso. (E<sub>15</sub>; A)*

*E eu amo trabalhar aqui, eu gosto. É uma parte meio desconhecida, dos outros servidores, a maioria desconhece o que é, e qual a função do CME. (E<sub>24</sub>; A)*

Percebe-se nessas falas que os trabalhadores reconhecem a importância de seu trabalho, mas expressam o valor negativo dado a ele por outros envolvidos no processo de produção do hospital, ou seja, “preocupam-se com a representação social desse trabalho e, em consequência, com seu próprio papel social”. (BARTOLOMEI, 2003, p. 97). A mesma autora refere que existe uma tensão entre como o trabalho é valorizado e como se julga que ele seja valorizado de uma forma geral no cotidiano. Assim, a convivência com essa tensão pode gerar sofrimento no trabalho, na concepção dejouriana.

Na realidade, não só o trabalho do CME é desconhecido, mas o trabalho da enfermagem e, principalmente, da enfermeira tem baixa visibilidade na sociedade. Invisível pode ser aquilo que não se vê ou não se tem conhecimento, ou o que está na penumbra, e o trabalho da enfermagem, de uma forma geral, e o do CME, de forma mais específica, são invisíveis para a maioria da sociedade. Para Vale (2001, p. 357), para que a visibilidade seja reconhecida, “é importante que o enfermeiro tenha a capacidade de ‘ver-se’, de ser visível para si próprio, de enxergar-se como indivíduo e como coletivo em permanente ‘tornar-se’”.

No caso do CME, vejo a invisibilidade em dois aspectos ou

dimensões bem distintas, mas complementares. *Uma dimensão* é a da invisibilidade dos micro-organismos, seres invisíveis a olho nu e que precisam de microscópio para a sua visualização. Unindo essa característica à capacitação frágil dos trabalhadores desse setor e ao ditado popular “O que o olho não vê o coração não sente”, esses micro-organismos acabam sendo esquecidos no processo de trabalho, pois a sua existência se revela somente em um conhecimento abstrato, não palpável, quase irreal.

Apesar dessa invisibilidade a olho nu, são organismos poderosos do mundo biológico e possuem potencial para causar injúrias ao ser humano, quando internado em ambiente hospitalar e, principalmente, aos trabalhadores do CME. Assim sendo, a não-visualização desses riscos permite uma exposição maior desses trabalhadores. No entanto, no cotidiano do trabalhador não é raro se negligenciar a importância dos micro-organismos e os riscos que eles representam para a nossa saúde.

Assim, começo a adentrar em conceitos que têm interface com uma *segunda dimensão*, que é a da organização do trabalho no CME.

Costa (2004) diz que a invisibilidade pública é consequência de uma divisão social do trabalho, que propicia uma percepção prejudicada do ser humano, enxergando-se a função e não a pessoa.

Derivada do conceito de invisibilidade pública, encontro uma perspectiva interessante para conceituar invisibilidade social proposta por Rodrigues Júnior (2007, p. 26), que vai além da invisibilidade por preconceito, abrangendo também aqueles que não vivem à margem da sociedade. Para esse autor, a invisibilidade social pode ser descrita como relações sociais nas quais pessoas ou grupos sofrem uma *ação invisibilizadora* em determinadas situações. Esta não vem a mostrar que as pessoas tidas como *invisibilizadas* não sejam vistas. Elas são vistas através de uma relação de dominação na qual são vistas como inferiores, sub-humanas. Refletindo sobre o que o romancista diz “*Sou invisível, compreendam, simplesmente porque as pessoas se recusam a me ver*” – pode-se entender que é nesta recusa naturalizada, que se dá a *invisibilização* do Outro, tratado como *outside*.

Para Parker (1994, p. 101), a visibilidade se revela com situações de enfrentamento pelo mundo vivido e a invisibilidade, pelo mundo não vivido. A invisibilidade se fundamenta no não-revelado. A visibilidade

se concretiza quando “a luta tem a ver não simplesmente com a mudança de comportamento individual, mas como uma mudança social de maior alcance, necessariamente destinada a enfrentar questões subjacentes de desigualdade e injustiça social”.

Nesse contexto, as relações trabalhistas interferem nas relações em que a alteridade inexistente, quando se deixa de pensá-los como sujeitos transformadores. A enfermagem, por ser, tradicionalmente, a categoria profissional responsável pela organização do ambiente e gerenciamento das unidades, assumiu as atividades desenvolvidas no CME, seguindo “a lógica da compartimentalização em que cada grupo profissional se organiza e presta uma assistência de saúde separada dos demais”. (PIRES, 1999, p.35).

Nos serviços de saúde, o trabalho parcelar é mais facilmente identificado nas atividades de apoio e no exercício da enfermagem, sendo que o profissional de nível superior é o que delega tarefas aos de nível técnico ou ocupacionais. Assim, a enfermagem possui como características de sua profissão a divisão social do trabalho em que uns parecem ter mais valor do que outros, parecem menos visíveis do que outros.

Além dessa divisão técnica e social do trabalho, a enfermagem ainda é uma profissão eminentemente feminina. Mesmo com as conquistas históricas no campo das relações entre homens e mulheres, estas ainda continuam sob o poder masculino, socialmente ainda considerado como sendo superior. Nesse sentido, os esforços empreendidos pelas mulheres ainda não foram suficientes para acabar com a supremacia masculina, ou seja, os pequenos poderes que lhes são concedidos são ainda muito desiguais. (STEIN BACKES *et al.*, 2008).

Essa situação influencia o cotidiano nas relações familiares, na escola, no trabalho, estando presente na sociedade e manifestando-se de forma bastante explícita na enfermagem, contribuindo para a criação e preservação dos muitos pré-conceitos e estereótipos.

Portanto, entender essa questão é fundamental para o desenvolvimento da enfermagem como profissão. Por isso, este estudo é relevante, pois clarifica o processo de trabalho em um setor da enfermagem com pouca visibilidade e marcado por preconceitos em relação ao valor do trabalho realizado nele, criando a possibilidade de recriar a identidade do trabalho exercido no CME.

A trajetória da Enfermagem traz consigo diversos estigmas e preconceitos que são reforçados pelo fato de que, além de ser uma profissão de desempenho eminentemente manual, carrega

ainda a fragilidade de, em todos os tempos, ter sido exercida por mulheres, sendo considerada, portanto, um trabalho socialmente desvalorizado. (STEIN BACKES *et al.*, 2008, p. 3).

Assim, entendo que com o CME ocorra uma ação invisibilizadora, pois são trabalhadores que são vistos e é um setor que existe, mas ambos não são efetivamente percebidos em sua existência. Há, talvez, um acordo tácito de não mostrar, ou, porque não, esconder esse local de expurgo e de execução de tarefas/atividades de tão alta frequência.

Com esses conceitos, sigo em busca de possíveis fatores que propiciem a invisibilidade do Centro de Material e Esterilização no contexto do processo de trabalho das instituições ou organizações de saúde.

Um primeiro fator que me surge é que as atividades que dão suporte à prestação do cuidado são menos valorizadas que o cuidado ao cliente, mesmo com o discurso de que essas atividades instrumentalizam a prestação do cuidado, ou seja, o trabalho indireto dando sustentabilidade ao trabalho direto. Ratificando esse fato, ainda deve ser levada em conta a pouca ênfase dada à área de CME na academia, pois a capacitação para atuar em CME ocorre no âmbito da prática, levando a crer que o trabalho indireto possui uma dimensão inferior ao trabalho direto, reforçando ainda mais a invisibilidade desse setor, o que não favorece a visibilidade como campo de atuação dos profissionais de enfermagem.

Surge, ainda, por minha experiência, a noção de que, mesmo dentro de uma mesma profissão, existem locais de trabalho que são mais ou menos valorizados que outros. Cito como exemplos de locais valorizados: UTI, centro cirúrgico e unidades com muita tecnologia dura, como hemodinâmica, hemodiálise, entre outros. O CME não é uma dessas unidades valorizadas, pelo contrário, lá são alocados, principalmente, trabalhadores que não se adaptaram ao trabalho direto ao cliente, por problemas de relacionamento interpessoal, assiduidade ou deficiência de conhecimento; trabalhadores em readaptação de função, que não suportavam mais permanecer em pé por muitas horas, por exemplo; ou atendentes de enfermagem que só estão autorizados a executar as atividades elementares de enfermagem. Essa impressão é corroborada por Laus (1998) e por Bartolomei (2003, p. 14), quando relata que

apesar da demanda dos enfermeiros pela melhoria de sua qualidade de operacionalização, o CM não era valorizado pelas direções dos hospitais, operando em locais inadequados e com recursos insuficientes ou antiquados. No mesmo caminho, o trabalho da enfermagem nesse local não era valorizado no conjunto da prática social da enfermagem, sendo permeado por um sentido desqualificatório e pejorativo e para lá encaminhados muitos profissionais da enfermagem que apresentavam “problemas” de relacionamento nas unidades de assistência direta ao paciente.

Ao pensar na invisibilidade do trabalho do CME, tenho que me reportar às questões de gênero, pois o CME é uma área específica da enfermagem em que também ocorre a predominância de mulheres e está implicado no contexto, historicamente marcado pela condição, ainda vigente, de menor reconhecimento do trabalho feminino.

Marx (1982, p. 41) já abordou a questão de gênero quando afirmou que as limitações pessoais são superadas pela eficácia das ferramentas e que no lugar da hierarquia de operários especializados, que caracterizava a manufatura, a automação das fábricas nivelou os trabalhadores em relação ao que precisam executar. Com isso, “no lugar das diferenças artificialmente criadas entre os trabalhadores parciais, surgem de modo preponderante, as diferenças naturais de idade e sexo”.

Brito (1999, p. 110) trata como uma “prescrição naturalizada do trabalho” a questão de gênero, quando a organização do trabalho acontece baseada nas características naturais femininas, dessa forma ocorre uma prescrição do trabalho que naturalmente seleciona espaços, equipamentos que devem ser usados por homens e mulheres.

Nesse sentido, aparecem discursos:

*Eu fico mais nas autoclaves porque as mulheres reclamam que é mais pesado. À tarde, o meu colega fica nas autoclaves e eu fico no expurgo. (E<sub>4</sub>; A)*

*Fico mais na autoclave, por ser pesado. Na verdade, aqui não é serviço para mulher. As máquinas são muito grandes e têm caixas que pesam mais de 50 kg. É um serviço braçal na verdade. (E<sub>2</sub>; A)*

No caso da enfermagem, ainda acontece que seu saber e experiência são pouco considerados ou valorizados pelos profissionais da área e, como consequência, pela sociedade. Dessa forma, são valorizados os saberes fundamentados na racionalidade instrumental e, no caso da saúde, centrado no saber médico, desconsiderando outros saberes “mais relacionados ao viver compartilhado e que nos reportam às noções de limitação, dependência e coletividade, identificados aqui ao saber feminino, ao saber das enfermeiras”. (PEREIRA; SILVA, 1997, p. 19). Nessa visão, os saberes tecnológicos, científicos e masculinos são relacionados à medicina, enquanto o saber difuso, pouco científico e qualificado como um saber feminino cabe à enfermeira e à enfermagem de uma forma mais ampla. Assim, esse saber da enfermagem considerado “polivalente, pouco palpável, com largas margens de indeterminação” (PEREIRA; SILVA, 1997, p. 19) torna a enfermeira e a enfermagem como uma das profissões menos visíveis na área da saúde, sendo a enfermeira menos visível ainda, entre outros fatores, devido ao menor número de profissionais no mercado de trabalho.

Para Pereira e Silva (1997, p. 20), “a enfermagem profissional incorpora o feminino, e este incorpora a invisibilidade histórica de um fazer ‘menor, menos importante’, por isso ‘abaixo’, simbólica e socialmente falando, de outros fazeres de igual nível acadêmico”. No mesmo sentido, penso que seja um local em que o trabalho se assemelha muito ao trabalho doméstico, na perspectiva de que sempre tem material para lavar, secar, arrumar, guardar, num círculo sem fim, assemelhando-se muito a cozinha e lavanderia, pois são locais onde se faz limpeza e se acondicionam os produtos e utensílios para a sua realização. Na concepção de Douglas e Isherwood (2004, p. 177), “limpeza de banheiros, alimentação, arrumação de camas e cuidados com a roupa são corretamente consideradas tarefas rotineiras; uma tarefa rotineira é essencialmente de alta frequência e não adiável” e como citado anteriormente são tarefas inferiores, consideradas de baixo valor.

Essa impressão é corroborada pelo depoimento a seguir.

*Gosto muito do que faço. Eu tinha vontade de sair quando estava trabalhando no terceiro com pacientes. Depois que vim para cá, como eu posso te dizer, se eu for analisar, é mais serviço de mãe. É um serviço de casa, tipo assim, você cuida das coisas, você limpa, você organiza, guarda, você se sente responsável, você sabe que aquele material que estás lavando, alguém, de repente*

*até um parente seu, vai precisar, então você faz com carinho. (E<sub>7</sub>; A)*

Conforme Costa (2004) nos lembra, escondemos muito bem nossas vassouras e panos de faxina quando recebemos visitas em nossa casa. Portanto, utensílios e produtos de limpeza não são socialmente aceitos, assim o CME, por ser um local de limpeza e esterilização de material, considerado por muitos como um expurgo, também não o é. Essa atitude, esconder o que parecem instrumentos de atividades ditas de menor valor, passa a ser naturalmente aceita; aceita, sem uso de força, aceita pelos *outsiders*<sup>11</sup>, imposta pelos *estabelecidos*. Na fala de Bourdier (2000), é uma violência simbólica, pois são verdades construídas socialmente e esse poder simbólico acaba transformando determinados hábitos e crenças em verdades legítimas.

Daí, talvez, mais uma possibilidade para a invisibilidade desse setor. É um setor percebido como importante somente quando não ofertado a quem necessita, porém não visualizado na rotina do cotidiano, por ser um trabalho indireto.

*É porque na verdade é um serviço secundário. Por exemplo, material estéril e uma caixa de urgência, só quem dá valor é o pessoal do centro cirúrgico e o médico, os outros das unidades, do ambulatório, eles não sabem o que foi feito para chegar até aquele material à mesa do cirurgião, fica restrito CME – CC – CME. Ninguém tem visão da coisa, é difícil. Por exemplo, se pegar um funcionário do setor e mostrar o martelo de ortopedia, eles nunca vão acreditar que é feito cirurgia com o martelo. Ninguém sabe das coisas na verdade. Hoje tu fazes um curso de técnico em enfermagem, até isso é errado, eles passam aqui para fazer gaze e compressa. O próprio setor aproveita eles na mesa e a própria professora deles não é capaz de tirá-los de lá e trazer aqui na mesa para mostrar o instrumental, onde eu sou leigo e acho que muito mais importante conhecer uma pinça do que fazer pacote. (E<sub>2</sub>; A)*

<sup>11</sup> *Outsiders* e *estabelecidos* são termos usados por Elias (2000), segundo Rodrigues Júnior (2007), para caracterizar aqueles que sofrem a imposição do estigma de anormal que lhes é atribuído pelos estabelecidos, que se autorreconhecem como elite, julgando os *outsiders* inferiores e inadequados às suas regras e verdades.



*Eu acho que porque é o lugar que trabalha com material. (E<sub>15</sub>; A)*

Cabe, igualmente, lembrar que a área da saúde faz parte do setor de serviços. Na busca da definição e da caracterização do setor de serviços, Offe (1991, p. 15) opta por uma definição funcional do setor. Considera que a estrutura social possui duas funções: de “satisfação social das condições físicas de sobrevivência”, desempenhada pelas atividades econômico-produtivas, e atividades que “servem à manutenção ou modificação das formas de preenchimento da função inicialmente mencionada”, ou seja, manutenção ou modificação da forma das atividades anteriores. Nesse contexto, o setor de serviços pertence à segunda função, abrangendo as atividades que “estão voltadas para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas, dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade”. Sob essa ótica, o CME é considerado um serviço interno à organização e tem uma função de acompanhamento do processo de produção com os serviços diretamente referidos à produção (estoque, manutenção, reparos, limpeza), sendo considerado um trabalho indireto, por isso mesmo distante do trabalhador e do usuário, que não percebe essa fase no seu processo de cuidado a não ser quando acontece algo negativo, como uma infecção, por exemplo, ou a falta de material para a execução de procedimentos.

É importante destacar a localização dos CMEs nas instituições de saúde. Não raramente essa unidade fica localizada em locais inadequados ou anexos ao centro-cirúrgico.

*Primeira coisa que eu acho é a localização dele, que ele é um ambiente muito fechado. Quando a gente vem é só uma porta. Coisa que eu nunca fiz na vida foi vir nem na porta, porque não vinha trocar material. Eles ficam muito isolados. (E<sub>22</sub>; A)*

Em relação à área física, sabe-se que a arquitetura influencia a dinâmica interna e as relações interpessoais.

Essa arquitetura pode ser considerada um elemento do currículo invisível ou silencioso, na medida em que institui em seu desenho um sistema de valores, tais como ordem, disciplina e vigilância (...). O espaço (...) é dotado de

significado, já que é fruto de uma construção social (NUNES, 2000, p. 22).

Criam-se espaços que facilitam a locomoção e interação entre as pessoas, sem muitas barreiras ou muitas divisórias ou, também, espaços construídos em que se colocam barreiras que dificultam o acesso, dividem e racionalizam os ambientes, dificultando a qualidade das relações entre as pessoas. (NUNES, 2000). O CME é um dos setores das instituições de saúde em que a localização e arquitetura muito têm a dizer em relação à valorização dada a ele, tendo em vista os locais inadequados em que alguns ainda operam. O CME, por ser um local de acesso restrito a poucos, não possibilita o acesso de trabalhadores de outros locais e impossibilita, ainda, o deslocamento de seus trabalhadores para outros setores da instituição, devido ao uniforme específico, fluxos determinados, entre outros motivos.

Fischer *et al.* (1989) entendem como deslocamento a possibilidade de se transitar de um posto de trabalho a outro na organização. Isso possibilita a ocupação de espaços, representando uma forma de apropriação e poder. Para os autores, esses deslocamentos criam pontos de contatos formais e informais, que possibilitam ao trabalhador interagir com outros colegas fora do seu posto de trabalho. Por causa das características da organização do trabalho no CME, esses deslocamentos acontecem de forma restrita, diminuindo a possibilidade de interação de seus trabalhadores com um número maior de pessoas e setores na instituição. Esse acesso restrito associado à localização pode auxiliar na invisibilidade do CME, pois a troca de saberes fortalece a prática e amplia o domínio do trabalhador sobre o ambiente do trabalho. No caso do CME, a restrição de seu domínio fragiliza a prática e mantém seu domínio circunscrito à sua área. Mas, a restrição ao deslocamento dos trabalhadores de setores como UTI, centro cirúrgico e radiologia parece não interferir na visibilidade e valorização do trabalho dos profissionais que lá atuam.

Assim é o CME. Um local normalmente escondido. Ficando sempre com os restos de espaços não ocupados por outros serviços de maior *status* ou que revertam em honorários médicos. Evidentemente que essa realidade começou a mudar com o advento da AIDS, mas, ainda assim, vez por outra os enfermeiros têm de recorrer à legislação para que o espaço do CME não seja utilizado para outro fim. No entanto, apesar de a RDC 50 já estar em vigor há bastante tempo, uma das enfermeiras entrevistadas desconhecia os parâmetros mínimos de

espaço para o CME e sua relação com o número de leitos.

Esses podem ser aspectos que favoreçam a invisibilidade do CME, pois as pessoas só enxergam o que é para ser “oficialmente visto, vêm só ver e ouvir o que está autorizado ou vêm reparar nas coisas e nos seres das margens e da meia-luz”. Ou seja, o foco de nossa atenção varia de acordo com a forma com que fomos criados e iluminar ou deixar na penumbra “objetos, ambientes e corpos não é coisa que deveríamos tomar meramente como coisa física, o corriqueiro espetáculo de como o sol ou a lâmpada faz figurar certos lados, deixando outros sob penumbra, arquitetando o que vai brilhar ou o que vai ficar no escuro. A iluminação é coisa também social” (COSTA, 2004, p. 18) e não é à toa que os CMEs ficam em lugares “escondidos” nos hospitais, em lugares de segunda categoria.

O CME também é um local onde se lida com os dejetos, com as sujeiras, resíduos, secreções, odores. O ser humano vem progressivamente evitando a exposição dessa característica animal que possuímos. Será que pode ser um dos motivos da falta de popularidade desse setor? Afinal, vivemos em “um mundo moderno que tende para o inodoro, o desodorizado, o ‘clean’, cuja necessidade do controle de odores chega a todos os ambientes”. (TRISKA, 2003, p. 11).

Há ainda uma questão para se pensar: Será que a ausência do médico nesse processo influencia na invisibilidade?. A participação do médico no processo de trabalho da saúde, principalmente no hospital, existe do início ao fim, pois é ele que emite tanto a guia de internação hospitalar quanto a autorização da alta hospitalar. Entretanto, não participa do processo de trabalho do CME, apesar de muitas das demandas serem provenientes de suas ações.

Douglas e Isherwood (2004 *apud* Rodrigues Júnior, 2007, p. 46) referem que

os *estabelecidos*, visando à manutenção de seu *status*, não se dispõem a exercer [determinadas] tarefas. Para Douglas e Isherwood, quem quer que tivesse influência de *status* seria louco de envolver-se com uma responsabilidade de frequência tão alta. Além das questões relativas a outras atividades, ela seria rejeitada como trabalho de muito baixo *status*. Partindo disso, pode-se pensar que existe uma verdade socialmente construída que o realizar determinadas tarefas pode rebaixar ou exaltar o indivíduo que as exerce.

No caso em questão, os médicos, na visão desses autores, seriam os estabelecidos, ou seja, aqueles que não se submetem às tarefas de alta frequência e de baixo valor social, mesmo que estas influenciem diretamente na qualidade de seu trabalho, no caso dos cirurgiões as atividades desenvolvidas no CME interferem de forma bastante efetiva.

Além desses aspectos,

estando o médico como responsável pelo que se denomina usualmente de processo de cura e que comumente se tem caracterizado como devolução para a sociedade de corpos para o mercado de trabalho, se pode dizer que o trabalho médico alude mais à dimensão do valor de troca de saúde do que faz o trabalho da enfermagem. Ou, em outras palavras, a valorização social do trabalho médico se tem dado pela capacidade desse trabalho ‘associar os valores de cada época e de cada sociedade aos valores de seus produtos’, por haver mantido uma posição mais intelectual na divisão social [e técnica] do trabalho em saúde, por ocupar uma posição social privilegiada, se comparada à posição dos [outros] agentes que se dedicam a esse trabalho. (KIRCHHOF, 2000, p. 186).

Muitos são os motivos que levam à não-percepção do valor do trabalho no CME. No entanto, um dos aspectos que considero mais relevantes talvez seja que não se percebe a incorporação do trabalho vivo ao trabalho morto. Não se percebe todo o processo envolvido ao se apresentar o produto do trabalho do CME, que são os artigos em condições seguras de uso.

A invisibilidade social do CME pode se justificar também porque o setor pode ser um lugar de economia para a instituição, pois os atendentes e auxiliares são os que recebem menos, têm menor qualificação, portanto é realizado um trabalho que é necessário, mas com utilização de recursos mínimos. Isso porque muitas instituições ainda mantêm a cultura de não investir na força de trabalho do CME, em forma de capacitação e/ou formação ou lotação nesse setor de pessoal qualificado. Sendo assim, os trabalhadores, por não possuírem qualificação adequada, provavelmente não conseguem atuar de modo que seu trabalho tenha um diferencial que possibilite a visualização por parte dos dirigentes e, até mesmo, não conseguem perceber a distância que existe entre o trabalho realizado e o preconizado pela bibliografia.

Visando também a redução de custos, os administradores podem não investir em infraestrutura, afetando o processo de trabalho desse setor. Dessa forma, cria-se a possibilidade de existirem contradições entre o trabalho prescrito e o trabalho real, realizando-se ali um trabalho

muito distante do trabalho prescrito pela instituição.

Entretanto, sabe-se que a visibilidade de uma profissão acontece na construção diária de uma prática fundamentada em saberes tácitos e científicos, propiciando o surgimento de um reconhecimento social. Porém, esse processo “exige dos profissionais responsabilidades e engajamento, tanto no sentido de busca do aprofundamento constante no campo do conhecimento teórico-prático quanto no aprimoramento das competências dos relacionamentos intergrupais”. (CASTANHA, 2004, p. 2). Por isso, a enfermagem precisa cada vez mais desvendar e compreender seus nichos e, com isso, fundamentar-se cientificamente, buscando o fortalecimento e o reconhecimento da enfermagem como disciplina. Basta nos lembrarmos de Florence Nightingale (1820-1910) e percebemos que uma assistência planejada, organizada e fundamentada em princípios, como foi o caso, propiciou tanta visibilidade à enfermagem, criando saberes específicos para a área. Claro, que essa visibilidade só foi possível porque havia um interesse da sociedade da época em criar condições para manter os soldados (força de trabalho) saudáveis, baixando o índice de mortalidade por infecções, e ela era uma integrante da classe dos *estabelecidos*. São aspectos que precisam ser ditos, mas que não apagam o mérito do trabalho de Florence.

Nas frases a seguir, identificamos novamente a desvalorização que esse setor já tem incorporada em seu processo de trabalho, demonstrada pela forma como os trabalhadores são alocados bem como nos motivos que os levam a escolher o CME como local de trabalho.

*Pelo que eu vejo, no imaginário, as pessoas pensam que seja trabalho bem fácil, trabalho fácil e sem muito esforço. Eu acredito que, se o trabalho for feito dentro das normas preconizadas, seja um trabalho tão importante e difícil quanto qualquer outro. (...) Acredito que não tem desvalorização, mas o que acontece muito é o pessoal que tem problemas de doença e acaba indo para lá, ou que tem problemas de trabalho, doença de trabalho. Só que é um trabalho repetitivo, dependendo do tipo de trabalho, que não deveria ser um desvio que a pessoa fosse receber, mas a maioria acaba sendo desviado indo para o CME. (E27; B)*

Dejours (1992, p.52) salienta que, em um trabalho rigidamente organizado, a adaptação do trabalho à personalidade é impossível,

mesmo quando não é parcelado. Ressalta a relação antagônica entre a satisfação e a organização do trabalho, pois, quanto maior a rigidez na organização do trabalho, menores serão as possibilidades de mudá-lo. Tendo-se em conta o parcelamento do trabalho no CME e o distanciamento que o significado do trabalho possa ter para esse trabalhador, a aparente falta de organização no trabalho e quebra de regras “permitem ao trabalhador, dentro de certos limites, é claro, adaptar o trabalho às suas aspirações e às suas competências”. Para esse autor (1992, p. 52), pode-se perceber “um movimento consciente de luta contra a insatisfação ou contra a indignidade, a inutilidade, a desqualificação e a depressão, graças aos privilégios de uma organização do trabalho deixada, em grande parte, à discrição do trabalhador”.

A seguir, aspectos referentes à possibilidade de trabalhadores lotados em outras unidades do hospital trabalharem no CME.

*Eu trabalharia, mas trabalharia se me oferecessem uma estrutura, tanto física quanto de recursos humanos, onde eu pudesse desenvolver um trabalho de qualidade. (E<sub>20</sub>; A)*

*Trabalharia porque faz parte de todo um contexto de trabalho que é dividido em vários segmentos: assistência, material e tudo mais. Faz parte. (E<sub>21</sub>; B)*

*Trabalharia, mas sei que não me colocariam no centro de material. Porque vão tirar uma mão-de-obra que já sabe trabalhar numa UTI ou numa semi-intensiva para botar no centro de material? Não vão botar. Aqui não. (E<sub>28</sub>; B)*

Nesses depoimentos, observa-se que os entrevistados entendem que o CME faz parte do processo assistencial hospitalar, mas que na situação atual das instituições pesquisadas necessitariam de condições mais adequadas e dignas de trabalho, e, por experiência, percebem que ainda há desvalorização do local de trabalho, tendo em vista que não costumam ser alocados nesse setor profissionais que tenham habilidades e competências para trabalhar em UTI, por exemplo, por considerarem desperdício.

*Não, acho que é uma coisa muito contaminada. E eu gosto mais de trabalhar com pessoas, contato*

*com pacientes. Não gosto de local isolado, gosto de local mais amplo e mais aberto. Eles só ficam ao redor da mesa empacotando material. (E<sub>29</sub>; A)*

*Não. Para mim seria uma vergonha. Para começar já estaria levando esse estigma. Foi para lá, meu Deus do céu! Ou é louca ou é... Não aguentaria o ritmo deles. Parece-me que são agressivos, não são disciplinados. Deixa para quem é novo. (E<sub>10</sub>; A)*

Na fala anterior, há demonstração do não-reconhecimento da tarefa/atividade desenvolvida no CME e esse sentimento é transmitido para os trabalhadores do CME por gestos, atitudes e até de forma verbal ou com subterfúgios e justificativas para não trabalhar no setor.

Neste estudo, foram incluídos, além dos trabalhadores do CME e de algumas unidades, conforme descrito anteriormente, também os diretores dos hospitais e gerentes de enfermagem. A seguir, selecionamos algumas frases desses sujeitos de pesquisa, que representam o olhar oficial da instituição.

*Realmente, é um trabalho que às vezes passa despercebido por quem não conhece a importância. Porque as pessoas não veem a microbiota, as pessoas não veem o centro de esterilização e acham que os materiais já vêm em pacotinhos prontos da fábrica. (E<sub>30</sub>; A)*

*Tem o projeto, já tem alocação de verbas e já vai iniciar. É uma das reformas previstas no hospital. Mas quem financia não é a secretaria é... (associação dos beneméritos), que prova esta pouca visibilidade. A (associação) queria reformar enfermarias, mas nós aqui da direção, achamos por bem reformar o que é mais importante. Então ficou orientado para o CME. (E<sub>30</sub>; A)*

*Olha, historicamente, os funcionários que iam para o CME eram aqueles funcionários que não eram aceitos em outras unidades, por deficiência técnica, às vezes por problemas de alcoolismo, problemas de relacionamento com os pacientes ou atendimento ao público. Então, os problemas que*

*aconteciam com os funcionários (...). Eles eram praticamente isolados no CME. Ou funcionários que tinham problemas de readaptação. O que era problema vinha para o CME. Então, nós tínhamos o CME com uma diversidade fantástica de problemas e com uma função das mais importantes para o hospital, porque esteriliza o material e nosso CME ainda é mais preocupante, porque esteriliza materiais não só para este hospital. Nos últimos anos, com a exigência mais firme do COREN, de que somente o pessoal da enfermagem, auxiliar e técnico deveriam fazer todos os procedimentos no CME, desde a lavagem do material até a esterilização, empacotamento, então começou um processo, de dois anos para cá, de mudança do perfil dos funcionários dos CME. Hoje dentro dos CME, os funcionários que estão no CME são todos auxiliares e técnicos de enfermagem. Houve uma mudança de mais de 60% do corpo funcional. Existem algumas situações que não deu para resolver, por falta de funcionário ainda, mas mudou muito. Hoje a preocupação com alocação desses funcionários do CME é que tenha realmente uma qualificação que o serviço exige, não mais problemas. (E<sub>23</sub>; A)*

*A visão é que o CME é de extrema importância e até vital para o hospital no todo, mas principalmente no centro cirúrgico e nos locais de procedimentos. (...) Já entrei no CME, não entro com a mesma frequência que entro em outros setores. É um erro. Deveria entrar com mais frequência, mas eu tenho uma CCIH muito efetiva e a gente valorizando e dando condições para a CCIH, eu tenho certeza que a minha CME está em [boas] condições. (E<sub>31</sub>; B)*

Nos depoimentos anteriores, fica registrada a importância que os gestores dão ao CME. No entanto, a mudança do perfil dos profissionais alocados no CME parece ter se dado mais por conta da legislação, que obriga a alocação de profissionais de enfermagem, do que propriamente por um reconhecimento do valor desse trabalho. Acredito que se não houvesse a força da lei a mudança do perfil desses trabalhadores seria



mais lenta.

Em relação ao valor dado à estrutura física do CME, se levarmos em conta que esse hospital pertence a uma rede de hospitais estadual, que é um hospital de referência regional e de ensino, pertencente a uma Secretaria de Estado da Saúde, considero que há ainda uma desvalorização em relação a esse setor, pois a reforma imprescindível e necessária está sendo financiada por uma associação de voluntários.

Oliveira *apud* Frigotto, 1991, p. 135) afirma que

os gestores, técnicos, burocratas, mesmo que a serviço do capital e, enquanto tais, objetivamente incluídos na classe dominante, constituem ‘a aparência que aparece’ de ‘uma burguesia ausente apenas fisicamente’.

Então, os gestores representantes, neste caso do governo estadual, ainda reproduzem o cenário histórico-social-cultural em relação à valoração dada ao CME, quando priorizam outras áreas desses hospitais para reforma e ampliação.

A desvalorização do CME expressa pelos trabalhadores de forma objetiva ou velada aparece quando falam sobre os aspectos que eles achavam que favoreciam a invisibilidade do trabalho no CME. Em relação a esse tema, aparecem os discursos a seguir:

*Falta de conhecimento da rotina do CME. Não é só da enfermagem, não, se tu fores lá na administração, não me lembro do diretor administrativo ter entrado aqui alguma vez. O assessor já entrou bastante, mas também não conhece a rotina, não. Eu acho que só conhecendo o que se faz para valorizar. (E<sub>17</sub>; B)*

*Ele é desvalorizado, eu acho, porque faz pouco tempo que o pessoal que trabalha no centro material tem que ter, no mínimo, o auxiliar ou técnico. Antigamente, ia o pessoal da zeladoria, sem noção nenhuma, qualquer pessoa ia para o centro de material. Inclusive, era despejo para a direção, quando tinha um funcionário que não podia trabalhar na limpeza, ele ia para o centro de material, porque achavam que ali poderia fazer qualquer coisa. Eu, por exemplo, estou em desvio de função, só que estou trabalhando mais pesado do que se tivesse trabalhando com o*

*paciente. (E<sub>32</sub>; A)*

*CME foi assim. A pessoa que tava incapacitada, em desvio de função porque não conseguia mais trabalhar na enfermagem, vai para centro de material. Sempre foi assim, sempre. Tá com problema de saúde, vai para o centro de material. Pela história do CME, acho que ele fica invisível. Ficou com a fama assim. Às vezes eles perguntam por que eu vim para o centro de material, se eu fiz o curso de auxiliar e depois o técnico. (E<sub>4</sub>; A)*

*Na minha família que a gente conversa muito, acham que lá (CC) a gente tem um status e aqui não. Eu acho que porque a gente perde um pouco do contato com os médicos, sabias, né? E lá no centro cirúrgico eles te tratam diferente quando trabalhas em outra unidade... Eu estava conversando outro dia e estamos sentindo isso [ela e outra colega instrumentadora que estão no CME]... Não os médicos mais velhos, os que vão entrando agora, que não te conhecem... Então tudo que tu pedias eles te alcançavam rapidamente... Agora, se tornou uma coisa bem mais difícil, porque lá tu tinhas um contato íntimo até com eles, contato físico. Lá para eles tu és uma instrumentadora e eles te convidam para passear, te convidam até para a casa de praia deles. Então, tu sentes que essa afinidade que tinha lá e que não tem aqui. Bem diferente. (E<sub>1</sub>; A)*

Percebe-se uma desvalorização do trabalho no CME por não ter contato com os médicos, considerando-se que a relação de trabalho com esse profissional agrega valor ao trabalho desenvolvido por outros trabalhadores. Nesse caso, segundo Dejours (1992, p. 49), “a tarefa do trabalhador(...) não tem significação humana. Ela não significa nada para a família, nem para os amigos, nem para o grupo social” (...) “tanto mais honroso se a tarefa é complexa, tanto mais admirada pelos outros se ela exige um *know-how*, responsabilidade, riscos”.

*Acho que é paisagem mesmo. Só quando não funciona que se percebe. Se está tão atento ao uso de equipamentos que o que se faz com o*

*equipamento não se leva em conta. Em alguns momentos, tanto quanto o da faxineira. Faz parte da paisagem. Só quando estoura a coisa é visto que existe. (E<sub>33</sub>; A)*

*Olha, acho que, na realidade, eles nem percebem. A maioria não percebe, porque tem o material à mão, está confiando que o que está ali para ser usado está estéril. Confiava mesmo sem estar se ligando na realidade, mas percebe quando vai abrir que está furado ou uma coisa assim. Confiava realmente que o material está esterilizado quando vem do centro cirúrgico, que tenha sido feito como o centro de material se propõe a fazer. (E<sub>34</sub>; B)*

Ratificando essas falas, Costa (2004) refere que a tarefa subserviente deteriora os poderes de aparição humana, não aparece quem executa a tarefa, aparece a ação. No caso de seu estudo com garis, Costa (2004, p. 124) coloca:

não aparece Tiago, aparece um gari, um varredor; não aparece um varredor, aparece a varredura; afinal só aparecem lugares varridos, lugares limpos 'por natureza'. O *ser* e sua expressão ficam severamente prejudicados, muitas vezes cancelados. Um fazer cada vez menos revelador, cada vez menos alguém ali.

Situação bastante similar ao que acontece no CME. Não aparece o sujeito da ação, aparece a ação, aparecem os materiais em condições seguras de uso. Anula-se o sujeito da ação, o trabalhador do CME. Aparecem os pacotinhos, por natureza.

Não aparece o trabalho morto, ou seja, o trabalho incorporado naquele pacote, bem como o conhecimento acumulado desses trabalhadores, os saberes-fazer-de-prudência, e até mesmo a necessária formação desses sujeitos para executarem suas atividades e/ou tarefas. Na verdade, todos já se acostumaram em ter à sua disposição os materiais prontos para uso, ou seja, criaram o hábito, que, segundo Bueno (1976, p. 553), é a “repetição de atos que se tornam pouco a pouco inconscientes”. Assim, toda a infraestrutura para disponibilizar o material pronto para uso fica invisibilizada.

Aliada aos aspectos histórico-sociais-econômicos e culturais, há a questão do acesso a esse setor ser restrito, limitando a divulgação das atividades/tarefas ali desenvolvidas.

*Primeiro por ser um setor fechado; você acaba não tendo muito contato com alguém ali dentro. Ninguém entra e o pessoal também não sai. Esse é um dos grandes fatores. O pessoal do centro de material pouco sai também. Esse é o principal e depois é um setor que quando ele funciona bem ninguém lembra que ele existe, mas quando ele deixa de funcionar todo mundo lembra. Quando ele funciona bem passa despercebido. (E<sub>35</sub>; A)*

*Desconhecimento. Não sabem qual a função, qual a importância de um pacote esterilizado. As meninas ficaram chateadas porque vieram perguntar se aqui se fazia estágio também. Desconhecimento sobre microbiologia, anatomia, de física, de biologia. Então, eles acham que no CME pode ser qualquer pessoa. (E<sub>24</sub>; A)*

Quando se estuda a enfermagem, a questão de gênero aparece de muitas formas. Aqui se observa um aspecto importante e bastante corriqueiro na enfermagem: uso da expressão “meninas” para designar as profissionais de nível médio da enfermagem e, às vezes, a enfermeira também.

Buresh e Gordon (2004) relatam, baseadas em Deborah Tannen, que

menina tem sido usada tradicionalmente como um eufemismo para ‘mulher’ uma vez que esse último termo transporta, nalgumas culturas, a sugestão inaceitável de sexualidade e/ou idade. Por isso, uma mãe com 80 anos pode dizer a um filho que está a almoçar com as raparigas e o significado subjacente ser um cumprimento. Um marido pode dizer para a mulher. ‘Como que está a minha menina? Neste caso a palavra transmite intimidade e afeto. No entanto, no local de trabalho, as palavras ‘menina’ e ‘rapariga’ transmitem, uma ou outra, as definições que o dicionário padroniza: 1) criança ou jovem do sexo feminino, mulher jovem solteira; 2) criada; 3)

namorada. Será que as pessoas querem uma criança para tratar delas quando estão doentes? Será que as enfermeiras querem ser tratadas como criadas, namoradas ou como jovens solteiras? Tal como as formas de tratamento mereceram uma atenção especial do movimento dos direitos cívicos, um dos objetivos do movimento feminista foi acabar com o uso habitual do termo ‘menina’ para se referir a uma mulher adulta.

Pela minha experiência, parece que na enfermagem esse objetivo ainda está longe de ser alcançado. Eu mesma só me dei conta desse aspecto com a leitura desse livro. Isso confirma que a questão de gênero ainda está fortemente vinculada à profissão de enfermagem, pois ainda é um instrumento que orienta o mundo e as relações sociais. Além disso, podemos relacionar com o que Goffmann fala a respeito da despersonalização que as instituições impõem ao doente quando impõem a obediência e a conformidade e retiram de seus membros e de seus internados os pertences pessoais que caracterizam as suas identidades. Afirma que o mais significativo de todos esses pertences é o próprio nome. Buresh e Gordon (2004, p. 66) afirmam que “historicamente, as enfermeiras têm estado em risco precisamente por causa desse tipo de despersonalização institucional”.

*As más informações de corredor, quer queira, quer não, você escuta e cria uma espécie de uma imagem. Sempre essa imagem é negativa. Acho que é coisa geral. Todo funcionário valoriza o seu setor. Ninguém procura ver com outros olhos o setor dos outros. É um setor que deveria ser muito valorizado, mas não é. No geral a imagem é negativa. O povo não coloca fé nisso aqui. E por falta de conhecimento. (E<sub>22</sub>; A)*

Pode-se pensar que quem trabalha no CME, fazendo atividades de tão alta frequência, seja estigmatizado inclusive por seus pares, devido ao pouco ou nenhum conhecimento do processo de trabalho desse setor e de quais interfaces esse pacotinho apresenta com a totalidade do trabalho nos serviços de saúde. Apoiada em Goffmann, Melo (sd) refere que:

o estigma é um atributo que produz um amplo

descrédito na vida do sujeito; em situações extremas, é nomeado como "defeito", "falha" ou desvantagem em relação ao outro; isso constitui uma discrepância entre a identidade social virtual e a identidade real. Para os estigmatizados, a sociedade reduz as oportunidades, esforços e movimentos, não atribui valor, impõe a perda da identidade social e determina uma imagem deteriorada, de acordo com o modelo que convém à sociedade. O social anula a individualidade e determina o modelo que interessa para manter o padrão de poder, anulando todos os que rompem ou tentam romper com esse modelo. O diferente passa a assumir a categoria de "nocivo", "incapaz", fora do parâmetro que a sociedade toma como padrão. Ele fica à margem e passa a ter que dar a resposta que a sociedade determina. O social tenta conservar a imagem deteriorada com um esforço constante por manter a eficácia do simbólico e ocultar o que interessa, que é a manutenção do sistema de controle social.

Será que é muito forte dizer que quem trabalha no CME é estigmatizado por seus pares e se sente desvalorizado? Acredito que não, pois mesmo quando os trabalhadores referiam que adoravam o trabalho no CME, incessantemente repetindo “adoro, adoro, adoro”, não sei definir precisamente, mas me pareceu que repetiam para convencer a si mesmos sobre essa adoração, como se quisessem ouvir o que diziam, pois ‘adoro’, não é uma expressão comumente usada para designarmos algo que gostamos. Adorar, segundo Ferreira (1977, p. 12) é render culto à (divindade), amar extremamente, o que não seria adequado para definir um sentimento em relação ao local de trabalho ou à tarefa/atividade desenvolvida no CME.

*Adoro, adoro, adoro. Acho muito importante este trabalho. (E<sub>16</sub>; A)*

*Eu adoro. A coisa que eu fiquei mais feliz na minha vida foi quando saí do centro cirúrgico para vir para cá. (E<sub>24</sub>; A)*

*Este trabalho é tudo para mim (olhos marejados). Eu gosto de trabalhar, não gosto nem*

*de me afastar. (E<sub>12</sub>; A)*

Importante destacar que esse aspecto se apresentou principalmente na instituição A. Será que essa faceta foi em virtude das condições precárias de trabalho, área física inadequada, deteriorada e modo de gestão bastante frágil? Essa característica, apesar de ter me chamado muito a atenção, em virtude do enfoque dado pelos entrevistados, não se apresenta com uma forma objetiva de comprovação, demonstrada somente na ênfase dada ao *adoro* e a todos os gestos e omissões presentes no momento da entrevista. É um aspecto que merece ser investigado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar sobre a invisibilidade e o valor social do trabalho no CME não foi fácil. Aliás, foi uma atividade de garimpo, tendo em vista a pouca bibliografia específica e a necessária interface que teve que ser feita com várias disciplinas para discutir a temática. Além disso, essa invisibilidade do trabalho no CME situa-se no contexto histórico-social da enfermagem, mas possui suas especificidades que precisavam ser desvendadas em relação ao valor social do trabalho desse segmento.

Pensar na invisibilidade do trabalho no CME implicava pensar na organização do trabalho de uma forma geral e, mais especificamente, na organização do trabalho em saúde, tema também bastante complexo, mas que foi de grande utilidade para compreender como acontecem as relações de produção no ambiente hospitalar e, dessa forma, compreender a importância dada aos processos que envolvem o CME.

Os estudos encontrados sobre CME apontavam uma desvalorização do trabalho nesse setor, mas não aprofundavam a temática, e esse aspecto merecia ser estudado. Assim foi esta trajetória, cheia de achados preciosos que podem ajudar a compreender o sentimento de desvalorização que acomete os trabalhadores do CME, possibilitando que lhes seja atribuído mais respeito e menor desvalorização por seu trabalho, desvalorização entendida como o não-reconhecimento do trabalho pelo outro. Trabalhar sem reconhecimento do trabalho desenvolvido provoca sofrimento, não há prazer, e pode fazer surgir alienação e estratégias defensivas, tornando mais difícil a cooperação e a mobilização desses trabalhadores para provocarem mudanças na situação do trabalho. (DEJOURS, 2004). Sendo assim, perpetua-se esse sentimento, que é sinalizado em vários estudos sobre CME. Essa repetição, por si só, já indica que não se está prestando atenção nesses aspectos que estão sendo levantados pela academia e que a academia, sozinha, não dá conta dos problemas da prática.

Nesta pesquisa com os trabalhadores do CME e com outros que têm interface com esse setor, buscou-se entender como se apresentava a unidade *visibilidade-invisibilidade* e o que provocava o seu desequilíbrio buscando aporte teórico na segunda Lei da Dialética - de interpenetração dos contrários. Como nos fala Costa (2004, p. 216), “o homem nasce - e morre - pelos olhos do outro: a qualidade do olhar que nos é dirigido constitui-se como espelho, verdadeiro ou deformador”.

O trabalhador de enfermagem espera o reconhecimento externo



de seu trabalho, ao mesmo tempo em que ele o desvaloriza por atos ou palavras. Não valoriza o seu trabalho internamente. Neste estudo, mesmo quando os entrevistados diziam que *adoravam* seu trabalho, tive dificuldade em definir o que isso significava, pois era dada uma ênfase exagerada na fala, quem sabe querendo encobrir a desvalorização do seu fazer, sendo esta uma atitude de demonstração direta do sofrimento pelo não-reconhecimento de seu fazer, não só perante o outro, mas também perante a instituição, o que Dejours *et al.* (1994) sinalizam como defesa contra o sofrimento. Talvez quisessem dar outra aparência ao seu papel/fazer/tarefa, obscurecendo assim a realidade sentida/vivida, esquecendo-se da essência de seu trabalho, que é fornecer materiais em condições seguras de uso. Assim, quem sabe tentando ocultar do pesquisador, e até de si mesmo, o que é insuportável na realidade: a não-aceitação de seu fazer e a ausência de reconhecimento social.

Este estudo, ainda, pode dar mais visibilidade e valor à enfermagem como profissão, tanto para os trabalhadores da área como para a sociedade de uma forma geral, pois o conhecimento do processo de trabalho da enfermagem ajuda a minimizar a desvalorização sentida pelos trabalhadores no cotidiano de seu trabalho. Mas, e o que se pode fazer para propiciar a visibilidade do CME? Para isso, precisamos desenvolver ações que rompam com práticas que reproduzam a manutenção do *status quo*, ou seja, precisamos desenvolver ações que rompam com práticas e capacitações desarticuladas do processo de trabalho, ações que tenham o processo de trabalho como eixo pedagógico. Implica ainda na compreensão do processo de trabalho no CME e na sua interdependência com o processo de trabalho em saúde, em busca da percepção de seu valor social. Dessa forma, cria-se a condição para a discussão de temas que auxiliem a melhorar a organização do trabalho. (MACHADO; FLOR, GELBCKE, 2009).

Seguindo um dos pressupostos da Política de Educação Permanente que sugere a intersecção entre o mundo da prática e o mundo de formação no cotidiano das instituições, acredito que a construção de estratégias para a visibilização do CME deve acontecer na prática das equipes. A academia pode ser um dos possíveis atores desse processo, fazendo uma reflexão sobre a abordagem desse espaço de trabalho nos currículos de enfermagem, além de aproveitarem melhor esse espaço como campo da prática. Entretanto, o início de um processo de mudança com a integração de novas práticas no cotidiano e o fortalecimento de práticas de trabalho que possam se aproximar do trabalho profissional, criativo e emancipador depende da participação dos gestores e dos trabalhadores em um processo de discussão sobre a

organização do trabalho.

No entanto, não basta só ao trabalhador de enfermagem participar de processos de discussão. Eles precisam ser agentes de sua própria capacitação e formação e não esperar que somente as instituições empregadoras façam isso. Ou seja, o profissional de enfermagem precisa ser protagonista de sua formação e, para tanto, precisa mudar de atitude, não esperando que outros sejam responsáveis por isso.

Mas um processo de mudança está se iniciando na organização do trabalho em CME, pelo menos em relação ao perfil dos trabalhadores, pois já é necessária a formação em enfermagem para atuar nesse setor. Contudo, não basta somente uma formação técnica, baseada em dados objetivos e instrumentais, pois o mundo do trabalho é permeado por relações subjetivas, relações de cooperação e de compreensão, com conteúdo simbólico e aspectos invisíveis. Assim, torna-se necessária uma formação para o exercício da atividade, mas também uma formação que possibilite ao trabalhador o desenvolvimento de competências relacionais que o instrumentalizem a compreender o valor social de seu trabalho. Compreendendo a importância de sua função, o trabalhador do CME não se sentirá desvalorizado em relação a outros trabalhadores e perceberá que contribui para o trabalho coletivo tanto quanto os demais atores do processo de produção.

No entanto, tomar consciência de si, de seu papel, envolve se dar conta da existência de relações de dominação, da existência de classes dominantes e dominadas e da necessidade de ruptura com o modo de produção vigente. Mas romper com a alienação implica romper com o próprio destino e num crescer contínuo agregar uma nova unidade, num movimento horizontal e vertical, espiralado, que permite maior flexibilidade, aceleração e desaceleração, além de tempo para acomodação das mudanças. Isto é, compreender que as mudanças acontecem, na maioria das vezes, com idas e vindas, com avanços e retrocessos, mas que em cada retrocesso houve um aprendizado que não nos deixa no início da trajetória, mas um passo à frente do início, portanto havendo progresso. Contudo, esse é um processo que deve acontecer no dia-a-dia. O que se tem de evitar é a acomodação, comportamento este que visa evitar situações de conflitos e que torna o trabalhador um mero contemplador da situação de trabalho.

Durante a análise dos dados, fomos mostrando que a invisibilização do trabalho no CME está ligada às disputas de poder, tendo relação com o valor dado às atividades executadas pelos trabalhadores, existindo tarefas com maior ou menor *status* social, e que

as tarefas de alta frequência, desenvolvidas pelos *outsiders*, portanto de menor valor social, são uma das causas desse trabalho ser tão desvalorizado. Ou seja, a estrutura determina o que deve estar na penumbra e o que deve ser iluminado.

Outra causa está relacionada com a questão de gênero, que explica muito a desvalorização desse trabalho, pois faz parte do trabalho da enfermagem, portanto, um trabalho majoritariamente feminino e desvalorizado, por ser um trabalho manual e de alta frequência, desprestigiado muitas vezes socialmente, em virtude das relações de poder e gênero.

Ainda, nas escolas de enfermagem, talvez com algumas exceções, não aprendemos a reivindicar, a aceitar o reconhecimento pelo nosso trabalho e a sermos atores principais. Somos, na maioria das vezes, coadjuvantes de um processo de trabalho que é, principalmente na área hospitalar, desencadeado por um ato médico. No caso do CME, os médicos estão até onde não estão, ou seja, talvez a ausência do médico, em virtude da percepção de seu trabalho pela sociedade, e mesmo pelos demais trabalhadores da área da saúde, dê menor visibilidade a esse local de trabalho.

A trajetória cumprida até aqui permite concluir que os resultados encontrados neste estudo, a partir dos recursos teórico-metodológicos utilizados, indicam que a dimensão sociohistórica da prática cotidiana, expressa nas questões de gênero, no valor social do trabalho e nas relações de poder, articulados entre si, torna o trabalho no CME invisível e desvalorizado.

Aprofundar a reflexão acerca da prática cotidiana do trabalho em CME nos permite pensar na importância de se compreender os processos de trabalho específicos que ocorrem na enfermagem, nas diversas dimensões do seu fazer, ou seja, nas diferenças que estão imbricadas nesses processos específicos. Nesse sentido, compreender o processo de trabalho do CME, à luz da teoria do processo de trabalho e respaldada pelo materialismo histórico, possibilitou ampliar esse horizonte, no sentido de se buscar alternativas que vislumbrem a visibilidade e valorização do trabalho desse serviço tão importante na prática diária das instituições de saúde.

Nesses aspectos, este estudo foi mais um passo dado em relação à compreensão do conteúdo simbólico do trabalho, mas muito ainda se tem a pesquisar.

## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Aspectos ergonômicos e posturais em centro de material. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, n. 1, p. 87-94, mar. 1992.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez; 1986.

ALMEIDA, Paulo Roberto D. O Brasil e a nanotecnologia: rumo à quarta Revolução Industrial. **Revista Espaço Acadêmico**, Maringá, n. 52, p. 1-1, set. 2005. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/052/52almeida.htm>>. Acesso em: 07 ago. 2009.

ANTUNES, Ricardo. As dimensões da crise no mundo do trabalho. **Olho da história**. n. 4, 1997. Disponível em: <<http://www.oohodahistoria.ufba.br/04antune.html>>. Acesso em: 26 abr. 2007.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos do trabalho**. 6. ed. Perdizes: Boitempo, 2003.

BARBOSA, M.D. **O princípio fundamental do valor social do trabalho frente à livre iniciativa e sua possível concretização pelas decisões da justiça do trabalho**. Disponível em: <<http://www.anamatra.org.br/.../tese%20maria%20da%20graça%20barbosa.doc>>. Acesso em: 25 ago. 2008.

BARROS, Maria Odete R. **Percepção dos trabalhadores sobre a centralização do serviço de esterilização da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG**. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

BARTOLOMEI, S.R. T. **Processo de trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

BARTOLOMEI, Silvia Ricci T.; LACERDA, Rúbia Aparecida. O enfermeiro da central de material e esterilização e a percepção de seu papel social. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 2, n.

27, p. 258-265, jun. 2006.

BECK, Carmen Lúcia. **Da banalização do sofrimento à sua re-significação ética na organização do trabalho**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

BOURDIER, Pierre. **Sobre el poder simbólico**. Disponível em: <[http://www.sociologiac.mitusserverur.net/artpdf/Bourdier\\_SobrePoderSimbolico.pdf](http://www.sociologiac.mitusserverur.net/artpdf/Bourdier_SobrePoderSimbolico.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2007.

BRASIL. Portaria Interministerial 482, de 16 de abril de 1999. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 19 de abr. 1999. Seção I, p. 15.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução Diretoria Colegiada nº 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. **Resolução Diretoria Colegiada nº 307, de 14 de novembro de 2002**. Altera a Resolução - RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários. **Nota Técnica CONASS n. 18, de 2005. Pactuação unificada de prioridades, objetivos e metas do pacto pela vida para o ano de 2009**. Disponível em: <[http://www.conass.org.br/?id\\_area=90&pagina](http://www.conass.org.br/?id_area=90&pagina)>. Acesso em: 15 out. 2009.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196, de 10 de outubro de 1996**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol196/RES19696.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Enfermagem. **Lei 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.enfermagemvirtual.com.br/enfermagem/principal/conteudo.asp?id=1741>>. Acesso em: 15 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Decreto-Lei nº. 94.406/1987. Dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 09 de jun. de 1987. Seção I, p. 8853-8855.

\_\_\_\_\_. **Resolução 186/95**. Dispõe sobre a definição e especificação das atividades elementares de Enfermagem executadas pelo pessoal sem formação específica. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7036&sectionID=34>>. Acesso em: 05 mai. 2009.

\_\_\_\_\_. **Resolução 293, de 21 de setembro de 2004**. Dispõe sobre o dimensionamento de pessoal de enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7121&sectionID=34>>. Acesso em: 12 jan 2010.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

BRITO, Jussara. **Saúde, trabalho e modos sexuais de viver**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

BRONZATTI, Jeane A Gonzales. **Trabalho de enfermagem na unidade central de material: uma abordagem ergonômica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

BUENO, Francisco da Silveira. **Dicionário Escolar da Língua Portuguesa**. 11. ed. Rio de Janeiro: Fename, 1976.

BURESH, Bernice; GORDON, Suzanne. **Do silêncio à voz**. Coimbra: Ariadne, 2004.

BUZÜIEV, V; GORODNOV, V. **Que é o marxismo-leninismo?** Natal: Progresso, 1987.

CABRAL, Marcelo. **A importância do reconhecimento**. Inhaúma, MG, 2006. Disponível em: <<http://www.rehagro.com.br/siterehagro/publicacao.do?cdnoticia=402>>. Acesso em: 31 out. 2009.

CAMACHO, Joel da Silva. **O materialismo dialético: leis e categorias**. São Bernardo do Campo: Instituto Metodista de Ensino Superior. Dissertação (Mestrado em Administração). 1983. (Trabalho não

publicado).

CANELLAS, Maria Elisa Souto *et al.* Inter-relacionamento entre centro cirúrgico e centro de material na montagem da sala cirúrgica. In: PRIMEIRO CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM. 1988, Sl. **Anais...** Sl., 1988. p. 356-552.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria sócio-humanista. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Teorias em Enfermagem**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. p. 137-171.

CASTANHA, M. L. **A (In)visibilidade da prática de cuidar do ser enfermeiro**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2004.

CEZARETTI, I. U. R.; RODRIGUES, A. L.; SILVA, M. A. **A enfermagem em centro cirúrgico**. São Paulo: EPU, 1982.

CLAPP, Robin. **Uma visão diferente**: uma introdução ao materialismo dialético. Disponível em: <<http://se.linkedin.com/in/robinclapp>>. Acesso em: 25 jan. 2010.

CODO, Wanderley; AGAZZOTI, Andréia. **Educação**: carinho e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1999.

CORIAT, Benjamin. **Ciência, técnica y capital**. Madrid: H. Blume, 1976.

COSTA, A. B. da; COSTA, B. M. da. As transformações no processo de trabalho. **Revista Universidade Rural**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 231-244, jul. 2000.

COSTA, Fernando Braga da. **Homens invisíveis**: relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo, 2004.

CRU, C. Les règles du métier. In: DEJOURS, Cristophe. **Plaisir et souffrance dns le travail**. Paris: Aocip/cnrs, 1987. p. 29-51.

CRUZ, Enede Andrade da. Novas tecnologias em centro cirúrgico e centro de material: opinião dos enfermeiros. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 2, n. 8, p. 102-115, out. 1995.

\_\_\_\_\_. **Práticas profissionais de trabalhadores em central de material e esterilização**: representações sociais da equipe de enfermagem. Tese (Doutorado) – Departamento de Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2003.

CURY, C. R. J. **Educação e contradição**: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo. 6. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

DEJOURS, Christophe. **O fator humano**. Rio de Janeiro: FGV, 1992.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992- a.

\_\_\_\_\_. Entre sofrimento e reapropriação do trabalho: o sentido do trabalho. In: LANCMAN, Selma; SZNELWAR (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo, 2004.

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DELGADO, Luiz Heleno Ribeiro. **Central de material esterilizado**: espaço de cuidar autêntico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987. 255 p.

DESLANDES, Suely Ferreira. Trabalho de campo: construção de dados qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

DOUGLAS, Mary; ISHERWOOD, Baron. **O mundo dos bens**: para uma antropologia do consumo. Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. **Os estabelecidos e os outsiders**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2000.

FACHINI, Luis Augusto. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, José Tarcísio P.; ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Orgs.). **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p. 178-186.

FARIA, Eliana Marília. **Comunicação na saúde**: Fim da assimetria.



Pelotas: Universidade Federal de Pelotas, 1998.

FARIA, José Henrique de. Tecnologias, processo e organização do trabalho. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 30-45, out. 1986. Disponível em: <<http://www.rausp.usp.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

FERREIRA, Aurélio B. de Holanda. **Dicionário do Aurélio Online**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

FISCHER, F. M.; GOMES, J. R.; COLACIOPPO, S. **Tópicos de saúde do trabalhador**. São Paulo: Hucitec, 1989.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Tecnologia, relações sociais e educação. In: BRASILEIRO, Tempo. **Sistema educacional e novas tecnologias**. Rio de Janeiro: Edições Tempo Brasileiro, 1991. p. 131-148.

FURTADO, A. **Bases sociais, técnicas e econômicas do trabalho em saúde**: implicações para a gestão de recursos humanos. Documento elaborado através da consultoria ao Programa de Recursos Humanos da Representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. Organização Mundial da Saúde, 1992.

GELBCKE, Francine Lima. Qualidade de vida e organização do trabalho: questões relevantes para a enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara I.; CORNETA, Vitória Kedy (Orgs.) **Saúde, desenvolvimento e globalização**: um desafio para os gestores do terceiro milênio. São Paulo: Ícone, 2002. p. 199-233.

\_\_\_\_\_. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2000. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina; ALBUQUERQUE, Gelson L. **Materialismo Histórico e Dialético**. Florianópolis: Digitado, 200. Texto elaborado a partir de: NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GELBCKE, Francine Lima. **Materialismo histórico e dialético**: leis, categorias e método. Trabalho apresentado à disciplina Projeto Articulado de Pesquisa do Curso de Doutorado em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Catarina, 2000. Digitado.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: la identidad deteriorada. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. As empresas são grandes coleções de processos. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 1, n. 40, p. 6-19, jan. 2000.

GONZALES, Rosa Maria Bracini. **Sufrimento na práxis da enfermagem**: real ou imaginário? 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

GRAZIANO, Kazuko Uchikawa. O uso das pastilhas de paraformaldeído pelas instituições de saúde do Brasil. Parte I. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 191-9, 2001.

GUADAGNIN, Simone Vieira Toledo *et al.* Centro de Material e Esterilização: padrões e o processamento de artigos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 3, n. 7, p. 13-23, abr. 2005. Semestral. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/sumario.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/sumario.htm)>. Acesso em: 19 out. 2009.

HAGUETTE, André. A dialética hoje: ciência, consciência e classe ou crítica social? In: \_\_\_\_\_ *et al.* **Dialética Hoje**. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 11-33.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1990B.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1972. 121 p.

IMAI, Marly Tomoko. Satisfação dos clientes e funcionários da central de materiais e esterilização. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 19, p. 5-16, abr. 2003. Trimestral. Disponível em: <[http://www.cqh.org.br/files/2005\\_7\\_21\\_RAS19\\_Satisfacao\\_dos\\_clientes.pdf](http://www.cqh.org.br/files/2005_7_21_RAS19_Satisfacao_dos_clientes.pdf)>. Acesso em: 20 fev. 2007.

KHEL, Maria Rita. **Visibilidade e espetáculo**. Rede de Estados Gerais da Psicanálise. Disponível em: <[http://www.estadosgerais.org/terceiro\\_encontro/kehl-espectaculo.shtml](http://www.estadosgerais.org/terceiro_encontro/kehl-espectaculo.shtml)>. Acesso em: 10 set. 2009.

KIRCHHOF, Ana L. C. As forças da paixão e da razão como mediadoras da promoção em enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 3, p. 175-192, 2000.

Quadrimestral.

\_\_\_\_\_. O processo de trabalho em saúde: elementos para uma análise crítica da atuação profissional da enfermagem. **Caderno didático 2 – volume 2: Núcleo da Área saúde**: Questões Trabalho, 2003.

KOERICH, M. S; MACHADO, R. R. **Sistematização e controle de qualidade dos processos de esterilização realizados nos centros de saúde do município de São José**. 2002. Estudo não publicado.

KONDER, Leandro *et al.* Prefácio. In: HAGUETTE, Teresa Maria Frota *et al.* **Dialética Hoje**. Petrópolis: Vozes, 1990. p. 7-10.

LAKATOS, Eva Maria. **Sociologia**. Rio de Janeiro: Livraria Cabral Matriz, 1990.

LAURELL, Asa Cristina; NORIEGA, Mariano. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAUS, A. M. **A história da Central de Material**: seu percurso em uma instituição de saúde de Ribeirão Preto. 1998. 200 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LAZARTE, Rolando. **Max Weber**: Ciência e Valores. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

LEITE, Edimar; FERREIRA, Luiz Carlos. **Treinamento do papel gerencial**. Relatório de acompanhamento evolutivo. Brasília: Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998. Digitado.

LEITE, Flávia Borges. **Central de Material Esterilizado**: projeto de ampliação e reestruturação do hospital regional de Francisco Sá, 2008. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_CME\\_flavia\\_leite.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_CME_flavia_leite.pdf)>. Acesso: 19 out. 2009.

LEONARDO, Maria. **Antropologia da alimentação**. Disponível em: <[http://instituto.antropos.com.br/index.php?option=com\\_content&task=view&id=484&Itemid=69](http://instituto.antropos.com.br/index.php?option=com_content&task=view&id=484&Itemid=69)> Acesso em: 06 jan. 2009.

LEOPARDI, M. T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: \_\_\_\_\_ *et al.* **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade, Florianópolis: Papa Livros, 1999,

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBCKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto

epistemológico da enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p.32-49, jan. 2001.

LIMA, Laís Leni Oliveira. Aparência e essência: da alienação ao fetiche. **Itinerarius Reflectionis – Revista Eletrônica do Curso de Pedagogia do Campus Jataí**. Universidade Federal de Goiás: Jataí, v. 5, p. 1-16, 01 jul. 2008. Disponível em: <<http://www2.jatai.ufg.br/ojs/index.php/itinerarius/article/view/505/20>>. Acesso em: 22 ago. 2009.

LOPES, D. F. M. **Ser trabalhador de enfermagem da unidade de centro de material**: uma abordagem fenomenológica. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

LUDKE, M; ANDRÉ, M E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACHADO, Maria Helena (Org.). Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: \_\_\_\_\_. **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MACHADO, R. R. **A passagem de plantão no contexto do processo de trabalho da Enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MACHADO, Rosani Ramos; FLÔR, Rita de Cássia; GELBCKE, Francine Lima. Educação Permanente: uma estratégia para dar visibilidade aos riscos físicos e biológicos. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 1, n. 2, p. 1-11, 1 out. 2009. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio>>. Acesso em: 15 out. 2009.

MALIK, Ana Maria *et al.* Problemas gerenciais e recursos humanos em saúde. In: \_\_\_\_\_. **Gestão de Recursos Humanos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Cap. 2, p. 25-93.

MALTEZ, José Adelino. **Valores**. Disponível em: <<http://maltez.info/respublica/topicos/aaetrav/valores.htm>>. Acesso em: 07 jan. 2009.

MANDELBAUM, M. H. S.. Controle de esterilização: o papel da enfermeira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 14, n. 3, p. 237-42, dez. 1980.

MARQUES, Rafael da Silva. **Valor social do trabalho:** na ordem econômica, na Constituição Brasileira de 1988. São Paulo: Ltr, 2007.

MARX, K. **O capital.** Disponível em:  
<<http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/index.htm-12k>>. Acesso em: 27 abr. 2007.

\_\_\_\_\_. **Para a crítica da economia política.** São Paulo: Abril Cultural, 1982.

\_\_\_\_\_. **Prefácio à crítica da economia política de 1859.** Londres, 1859. Disponível em:  
<[http://www.geocities.com/jneves\\_2000/prefacio\\_marx\\_1859.htm](http://www.geocities.com/jneves_2000/prefacio_marx_1859.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. **Capítulo VI inédito de O capital.** São Paulo: Moraes, 1969.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos econômico-filosóficos.** Textos filosóficos. Lisboa: Edições 70, 1993.

\_\_\_\_\_. **O capital.** 8 ed. São Paulo: Difel, 1983.

MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. “Feuerbach: oposição das concepções materialista e idealista”. In: BARATA-MOURA, J.; CHITAS, E.; MELO F.; PINA, A. **Marx & Engels:** obras escolhidas. Tomo I. Lisboa: “Avante!” Moscovo, URSS: Progresso, 1982.

MEDEIROS, Soraya Maria de; ROCHA, Semíramis Melani Melo. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 399-409, 2004.

MEGGINSON, Leon; MOSLEY, Donald; PIETRI JR., Paul. **Administração, Conceitos e Aplicações.** 4. ed. São Paulo: Harbra, 1998.

MELO, Zélia Maria de. **Os estigmas:** a deterioração da identidade social. Disponível em:  
<<http://www.sociedadeinclusiva.pucminas.br/anaispdf/estigmas.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2008.

MEYER, D. E; WALDOW, V. R; LOPES, M. J. M. (Orgs.). **Marcas da diversidade:** saberes e fazeres da Enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 241 p.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Caderno Saúde Pública**, v. 14, n. 1,

1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em: 03 jul. 2008.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1992. 269 p.

MORAES NETO, Benedito Rodrigues de. Século XX e teoria marxista do processo de trabalho. **Crítica Marxista**, São Paulo, v. 15, p. 71-84, 2002.

MORAES, Eduardo Rodrigues de. **O valor social do trabalho e da formação humana:** a dimensão político-pedagógica do exercício profissional na construção civil. 2006. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Tecnologia) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e Tecnologia, Universidade Federal do Paraná, 2006.

MOSSON, Maria Lucia de Camargo. **Valorização da equipe de profissionais da Central de Material e Esterilização.** Monografia (Especialização) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1999.

MOURA, M. L. P. de A. **Gerenciamento da Central de Material e Esterilização.** São Paulo: SENAC, 1996.

MOURA, Maria Lúcia P. de Assis. **Enfermagem em Centro de Material e Esterilização.** 8. ed. São Paulo: Senac, 2006.

NETO, O. C. O Trabalho de Campo como Descoberto e Criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 51-66.

NOGUEIRA, R. P. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A; MOREIRA, Maria Cecília G. B. (Orgs.). **Saúde trabalho e formação profissional.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 138 p.

\_\_\_\_\_. O processo de produção de serviços de saúde. In: \_\_\_\_\_. **Serviços de Saúde e Recursos Humanos:** problemas e determinantes. Curso de Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, 1995. p. 132-146.

NUNES, Bernadete de Oliveira. **O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da "Sociedade do Trabalho". Rio de Janeiro: Tempo Brasiliense, 1991.

PARKER, R. **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PEDUZZI, M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba/PR, 2001. **Anais**. Curitiba, 2001, p. 167-182.

PEREIRA, Wilza Rocha; SILVA, Graciette Borges da. A mulher, o trabalho e a enfermagem profissional: algumas considerações sob a ética do gênero. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 18-32, jan. 1997.

PESSOA, Luisa Regina. **Terceirização nos hospitais públicos**: mais um problema ou uma possível solução. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1996.

PIRES, Denise. Organização da enfermagem na sociedade contemporânea. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49, Belo Horizonte, 1997. **Anais**. Belo Horizonte/MG: ABEn, 1997.

\_\_\_\_\_. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

\_\_\_\_\_. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Teresa. (Org). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina: Ed. Papa-livros, 1999. Cap. 2, p. 25-49.

\_\_\_\_\_. **O debate teórico sobre o trabalho no setor de serviços**. 1994. 47 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Curso de Doutorado em Ciências Sociais, Departamento do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 1994.

\_\_\_\_\_. O trabalho em serviços e o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr. 2000.

POSSARI, J. **Centro de Material e Esterilização: planejamento e gestão**. 2. ed. São Paulo: Iátria, 2005.

PRADO, Eleutério F. S. **A dialética de Engels a Marx e o evolucionismo de Hayek**. Disponível em: <[http://www.econ.fea.usp.br/eleuterio/ArtigosNaoPublicados/Dialetica\\_evolucionismo.pdf](http://www.econ.fea.usp.br/eleuterio/ArtigosNaoPublicados/Dialetica_evolucionismo.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2010.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. Lisboa: Porto, 2009. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/DLPO/>>. Acesso em: 10 ago. 2009.

RAPOSO, Myrtes; MORAES, Anamaria de. CME – “O Coração Do Hospital”: Uma investigação ergonômica. In: ENCONTRO NAC. DE ENG. DE PRODUÇÃO, 25, 2005, Porto Alegre. **Anais**. Porto Alegre, 2005. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2005\\_Enegep0404\\_1535.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2005_Enegep0404_1535.pdf)>. Acesso em: 11 ago. 2009.

RIBEIRO, Emílio José Gonçalves. **Estudo de acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola do Distrito Federal**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

RODRIGUES JUNIOR, Gilson José. **(In) visibilização Social: o jogo dramático de visibilidade e invisibilidade dos atores sociais**. 2007. 108 f. Monografia (Graduação) – Curso de Ciências Sociais, Departamento de Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.

ROMAN, Claudia Campoiu. Avaliação de qualidade no Centro de Material e Esterilização. **Revista Sobecc**, São Paulo: n. 1, p. 05-15, jan. 2005.

SALZANO, Sonia Della Torre. Atividades das enfermeiras de Centro de Material e suas expectativas quanto ao ensino de enfermagem nesta área, em nível de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 38, p. 26-34, jan. 1985.

SANCINETTI, Tânia Regina. **Identificação de parâmetros de produtividade de um Centro de Material e Esterilização**. 2002. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.



SANTA CATARINA. **Estatísticas**. Hospital Regional de São José. 2008. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hrsj/index.htm>>. Acesso em: 17 out. 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar nº. 323, de 03 de março de 2006**. Estabelece estrutura de carreira, reestrutura o sistema de remuneração e dispõe sobre o regime disciplinar dos servidores da SES. Disponível em: <[http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=39](http://www.portaldoservidor.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=39)>. Acesso em: 12 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. Hospital Regional Homero de Miranda Gomes. **Setor de Estatística**, agosto, 2008.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Qualidade de vida no trabalho de profissionais de enfermagem, atuantes em unidades do bloco cirúrgico, sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 14, p. 54-60, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 26 mai. 2006.

SILVA, A. A organização do trabalho na unidade de centro de material. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 32, n. 2, p. 169-178, 1998.

SILVA, A.; BIANCHI, E. F. Estresse ocupacional da enfermeira de Centro de Material. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 26, n. 1, p. 65-74, mar. 1992.

SILVA, Arlete. Acidentes de trabalho na unidade de centro de material. **Revista Sobecc**, São Paulo, n. 2, p. 15-25, abr. 1999.

\_\_\_\_\_. **Trabalhador de enfermagem na unidade de Centro de Material e os acidentes de trabalho**. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, Edna Lúcia da; CUNHA, Miriam Vieira da. A formação profissional no século XXI: desafios e dilemas. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 3, n. 31, p. 77-82, set. 2002.

SILVA, Mary Gomes. **Informatização da Central de Material e Esterilização**: otimização da gerência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SILVA, M. A. A.; RODRIGUES, A. L.; CEZARETTI, I. U. T.

- Enfermagem na unidade de centro cirúrgico.** São Paulo: EPU, 1982.
- SOBECC. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. São Paulo: **Sobecc**, n. 4, dez. 2001.
- \_\_\_\_\_. **Práticas Recomendadas SOBECC.** 5. ed. São Paulo: Sobecc, 2007.
- SOUZA, A. M. A.; CERIBELLI, M. I. P. de F. Enfermagem no centro de material esterilizado: a prática da educação continuada. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 5, p. 767-774, 2004.
- SOUZA, A. M. A. *et al.* **Processo educativo nos serviços de saúde.** Brasília: OPS, 1991.
- SOUZA, E. R. de *et al.* Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de. **Avaliação por triangulação de métodos:** abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 133-156.
- SOUZA, M. C. B. de. **Análise da educação continuada nos CME de hospitais da Microrregião de São José dos Campos.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2001.
- SPIRKIN, A.; YÁJOT, O. **Fundamentos do materialismo dialético e histórico.** Habana: Editorial de Ciências Sociais, 1985.
- STACCIARINI, Jeanne Marie R. e TROCCOLI, Bartholomeu T. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 17-25, 2001.
- STEIN BACKES, Dirce *et al.* O ser humano e a perspectiva de gênero. **Enfermeria Global**, Murcia, n. 14, p. 1-11, out. 2008. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal/>>. Acesso em: 1 nov. 2008.
- TAHIRA, Fátima Araci; BERGO, Maria do Carmo N. C. No centro cirúrgico e centro de material. In: PRIMEIRO CICLO DE DEBATES SOBRE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM, 1, 1988, Sl. **Anais** . 1988. p. 151 - 154.
- TAUBE, S. A. M. **O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização:** uma perspectiva tecnológica aos instrumentos. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.

TAUBE, Samanta Andrine Marschall; ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; MÉIER, Marineli Joaquim. Um marco conceitual ao trabalho da enfermagem na Central de Material e Esterilização. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 2, n. 10, p. 76-83, 2005.

TELLES, Ana Luiza; ALVAREZ, Denise. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, Marcelo *et al.* **Labirintos do trabalho**. Rio de Janeiro: Dp & A, 2004. p. 64-90.

TIPPLE, Anaclara F. Veiga *et al.* O trabalhador sem formação em Enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 39, p.173-180, jun. 2005.

\_\_\_\_\_. Equipamentos de proteção em centros de material e esterilização: disponibilidade, uso e fatores intervenientes à adesão. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 6, p. 441-448, 2007.

TONELLI, S. R.; LACERDA R. A. Refletindo sobre o cuidar no Centro de Material e Esterilização. **Revista Sobecc**, Ano 10, n. 1, 2005. Disponível em:  
<[http://www.sobecc.org.br/new/artigos/pdf/Sobecc\\_2005\\_1\\_3.pdf#zoom=100%25](http://www.sobecc.org.br/new/artigos/pdf/Sobecc_2005_1_3.pdf#zoom=100%25)>. Acesso em: 12 abr. 2006.

TRAMONTINI, Cibele Cristina *et al.* Repensando a formação do gerente do processo de trabalho do enfermeiro do Centro Cirúrgico e Centro de Material. **Revista Sobecc**, São Paulo, n. 1, p. 23-28, jan. 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem**: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999. 162 p.

TRISKA, L. N. S. **Prazer e bem-estar no ambiente de trabalho**: a importância do olfato na ergonomia. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995. 175 p.

VALE, E. G. A ABEn: a visibilidade da enfermagem e a conquista da emancipação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53, 2001, Curitiba, 2001. **Anais**. Curitiba, 2001, p. 353-365.

VECCINA NETO, Gonçalo; REINHARDT FILHO, Wilson. **Gestão de**

**recursos materiais e de medicamentos**, v. 12, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

VERARDO, Luigi. **Transformação no mundo do trabalho e economia solidária**. Mercado de trabalho. IPEA. 24/08/2004.

Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/pub/bcmt/mt\\_24e.pdf](http://www.ipea.gov.br/pub/bcmt/mt_24e.pdf)>. Acesso em: 02 ago. 2009.

WALDOW, V. R. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da Enfermagem entre a escola e a prática profissional. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar**: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WEST, A. A. A.; LISBOA, M. Satisfação no trabalho e perfil dos funcionários do Centro de Material e Esterilização. **Revista Sobecc**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 17-21, out. 2001.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Roteiro de observação de CME

Hospital:.....

Data:..... Turno:.....

<b>Parte 1 - AMBIENTE FÍSICO</b>	
Atende aos critérios estabelecidos pela RDC 307, 14/11/2002.	
Sala composta de: Área para recepção, descontaminação e separação de materiais -0,08 m <sup>2</sup> por leito com área mínima de 8,0 m <sup>2</sup>	
Área para lavagem de materiais	
Sala composta de: Área para recepção de roupa limpa	
Área para preparo de materiais e roupa limpa - 4,0 m <sup>2</sup>	
Área para preparo de materiais e roupa limpa - 0,25m <sup>2</sup> por leito com área mínima de 12,0 m <sup>2</sup>	
Área para esterilização física Área para esterilização A depender do equipamento utilizado. Distância mínima entre as autoclaves > 20 cm química líquida -	
Subunidade para esterilização química gasosa <sup>1</sup> - Área de comando - Sala de esterilização - Sala ou área de depósito de recipientes de ETO - Sala de aeração - Área de tratamento do gás - Comando > 2,0 m S. de esterilização > 5,0 m <sup>2</sup> Depósito > 0,5 m <sup>2</sup> S. de aeração > 6,0 m <sup>2</sup>	
Sala de armazenagem e distribuição de materiais e roupas 0,2 m <sup>2</sup> por leito com o mínimo de 10,0 m <sup>2</sup> esterilizados -	
Área para armazenagem e distribuição de material esterilizado e materiais 25% da área de armazenagem de material esterilizado descartáveis -	
Central de Material Esterilizado - Só pode existir como apoio técnico a procedimentos que não exijam ambiente cirúrgico para sua realização. Neste caso, pode-se dispensar a toda a CME, inclusive os ambientes de apoio, em favor dessa Simplificada <sup>2</sup> -	
Sala de lavagem e descontaminação – A sala de utilidades pode substituir esta sala ou vice-versa – 4,8 m <sup>2</sup>	
Sala de esterilização/estocagem de material esterilizado 4,8 m <sup>2</sup>	
<b>AMBIENTES DE APOIO:</b> -Sanitários com vestiário para funcionários (barreira para as áreas de recepção de roupa limpa, preparo de materiais, esterilização e sala/área de armazenagem e distribuição - área "limpa") -Sanitário para funcionários (área "suja" - recepção, descontaminação, separação e lavagem de materiais). Não se constitui necessariamente em barreira à área suja. Os	

<p>sanitários com vestiários poderão ser comuns às áreas suja e limpa, desde que necessariamente estes se constituam em uma barreira à área limpa e o acesso à área suja não seja feito através de nenhum ambiente da área limpa.</p> <p>-Depósito(s) de material de limpeza (pode ser comum às áreas "suja e limpa", desde que seu acesso seja externo a elas)</p> <p>-Sala administrativa</p> <p>-Área para manutenção dos equipamentos de esterilização física (exceto quando de barreira).</p>	
--	--

<b>Parte II - AMBIENTE RELACIONAL/ ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO<sup>1</sup></b>
Como se organiza, na prática, o processo de trabalho no CME?
1. As formas de organização do trabalho potencializam ou inviabilizam a cooperação?
2. Quais as incongruências entre o que é dito e o que é feito?
3. Como se processam as relações hierárquicas, as relações entre pares e opostos?
4. Quais são os símbolos e sinais significativos da invisibilidade do trabalho no CME que estão sendo emitidos e naturalizados no cotidiano?
5. Como acontecem, ou não, os laços com o coletivo, com os demais setores e trabalhadores do hospital?
6. Os trabalhadores atendem às normas prescritas? Há déficit de prescrição ou prescrição infinita, ou as prescrições estão adequadas?

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista com trabalhadores do CME

Hospital:		Unidade:	
Nome:		Idade:	Sexo:
Cargo:	Formação:		Ano:
Como e por que você veio trabalhar no CME?			
Como você vê o trabalho no CME? Você gosta? Acha o trabalho importante? Por quê?			
Como você percebe ou acha que as pessoas veem o trabalho no CME? Por quê?			
Como você percebia o trabalho no CME antes de ser alocado aqui? Por quê?			
Qual é a finalidade do trabalho no CME?			
Você teve uma capacitação específica para o trabalho no CME antes de iniciar seu trabalho?			
Como acontecem as capacitações para o trabalho? Quando e qual foi sua última capacitação?			
Onde ficam os manuais e normas relacionados ao seu trabalho? Quando foi a última revisão? É possível cumprir as normas relacionadas às suas atividades? Se não, por quê?*			
Quais as atividades que você realiza no seu dia-a-dia?*			
Existe alguma influência do seu trabalho na sua vida pessoal, nas relações familiares?*			
Você já teve algum sentimento de raiva ou alegria relacionado ao seu trabalho? Poderia descrevê-lo? Ou: que aspectos positivos e negativos você identifica na forma como o trabalho é organizado?*			
Cite três motivos de satisfação no trabalho no CME.			
Cite três motivos de insatisfação no trabalho no CME.			

\* Perguntas extraídas do roteiro de entrevista de Francine Lima Gelbcke da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem – área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade. Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador, 2002.



**APÊNDICE C – Roteiro de entrevista com trabalhadores de outras unidades**

Hospital:	Unidade:	
Nome:	Idade:	Sexo:
Cargo:	Formação:	Ano:
1. Como você vê o trabalho no CME?		
2. Como você percebe ou acha que as pessoas veem o trabalho no CME? Por quê?		
3. Qual é a finalidade do trabalho no CME?		
4. Você já parou para pensar como se organiza o trabalho no CME?		
5. Você trabalharia no CME? Por quê?		

**APÊNDICE D - Roteiro de entrevista com gerente de enfermagem**

Hospital:	Unidade:	
Nome:	Idade:	Sexo:
Cargo:	Formação:	Ano:
1. Há quanto tempo você é gerente de enfermagem? Foi gerente em outras gestões?		
2. Como ocorre a alocação de trabalhadores no CME? Que critérios são utilizados?		
3. Os trabalhadores recebem uma capacitação específica para o trabalho no CME antes de iniciar seu trabalho?		
4. Acontecem capacitações para o trabalho? Quando e qual foi a última capacitação?		
5. Como você vê o trabalho no CME?		
6. Como você percebe ou acha que as pessoas veem o trabalho no CME? Por quê?		
7. Qual é a finalidade do trabalho no CME?		
8. Você costuma entrar no CME? Com que frequência?		
9. A estrutura física do CME atende à legislação vigente? Se não, o que foi ou está sendo feito em relação a esse aspecto?		

## APÊNDICE E - Roteiro de entrevista para o diretor do hospital

Hospital:		Unidade:	
Nome:		Idade:	Sexo:
Cargo:	Formação:	Ano:	
1. Há quanto tempo você é diretor deste hospital? Foi diretor em outras gestões?			
2. Como você percebe ou acha que as pessoas veem o trabalho no CME? Por quê?			
3. Você costuma entrar no CME? Com que frequência?			
4. Você conhece a Resolução RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde?			
5. A estrutura física do CME atende à legislação vigente? Se não, o que foi ou está sendo feito em relação a esse aspecto?			
6. Que planos você tem nesta gestão para o CME?			
7. Quando foi a última reforma e/ou aquisição de equipamentos para o CME?			

## **APÊNDICE F - Termo de Compromisso**

Comprometo-me a desenvolver o projeto de pesquisa “O trabalho no Centro de Material e Esterilização: invisibilidade e valor social” de acordo com a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, e com a Lei 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, declarando que a coleta de dados não implica riscos para a saúde e que no trajeto teórico-metodológico não colocarei em evidência a identificação de qualquer profissional ou instituição hospitalar participante, uma vez que a abordagem refere-se ao conjunto dos resultados.

Comprometo-me também com a veracidade dos resultados, zelando pela responsabilidade pública de que se investem o presente projeto e a pesquisadora.

Os resultados encontrados e sua análise tornar-se-ão públicos, por meio de sua divulgação em eventos e revistas científicas.

Atenciosamente,

Rosani Ramos Machado  
Enfermeira Mestre em Enfermagem, servidora pública da  
SES/SC  
Docente da UNIVALI - Biguaçu  
Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem/UFSC

## APÊNDICE G - Ofício para solicitação de autorização para coleta de dados

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sr.(a) Diretor(a)

Cumprimentando-o(a) cordialmente, solicitamos a Vossa Senhoria permissão para a realização de uma pesquisa pela enfermeira Rosani Ramos Machado, como Tese de Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, com o objetivo de: compreender e analisar o processo de trabalho no CME e sua relação com o trabalho assistencial hospitalar em dois hospitais da esfera estadual na Grande Florianópolis.

Para tanto, as etapas necessárias constam de: a) observação realizada pela pesquisadora do processo de trabalho executado no setor; b) entrevista com os trabalhadores do Centro de Material e Esterilização; c) entrevista com a gerente de enfermagem e com o diretor do hospital e d) entrevista com trabalhadores de outros setores da instituição que utilizam o CME.

Esclarecemos que a pesquisa será realizada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, portanto serão respeitados todos os princípios contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo garantido o anonimato dos respondentes e da instituição pesquisada.

Informamos, ainda, que antes do início da coleta de dados disponibilizaremos a Vossa Senhoria a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa.

Contando com sua colaboração, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos pelos telefones (48) 3246-5008 ou (48) 9131-5008 ou pelo e-mail: [rosaniramos@terra.com.br](mailto:rosaniramos@terra.com.br)

Anexo, segue o projeto na íntegra.

Atenciosamente,

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Francine Lima Gelbcke    Enf<sup>ª</sup>. MSc. Rosani Ramos Machado

## APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Em atendimento à RESOLUÇÃO nº 196/96 CNS/MS

Eu, \_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa “**O trabalho no Centro de Material e Esterilização: invisibilidade e valor social**”, que tem por objetivo compreender e analisar o processo de trabalho no CME e sua relação com o trabalho assistencial hospitalar em dois hospitais da esfera estadual na Grande Florianópolis.

Esta pesquisa será desenvolvida pela aluna Rosani Ramos Machado, do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

A minha participação acontecerá por meio de uma entrevista individual, previamente agendada, que será gravada em áudio, sendo que também será observado meu local de trabalho pela pesquisadora, podendo esta solicitar informações adicionais.

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 o objetivo da pesquisa para a qual fui convidado(a) a participar, certo(a) de que terei acesso a todos os dados relacionados com a minha entrevista. Ciente de que minha participação é voluntária e de que sou livre para interromper a participação na pesquisa a qualquer momento sem justificar decisão, sem que incorram problemas ou prejuízos, assino este Termo em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador.

Florianópolis, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2007.

### Assinatura

Participante da pesquisa

**Rosani Ramos Machado**  
Pesquisadora responsável  
(3246-5008 / 9131-5008)

Rua Manoel Loureiro, 128 – Barreiros/São José/SC  
e-mail: rosaniramos@terra.com.br

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Francine Lima Gelbcke  
**Orientadora:**

**ANEXOS**

## ANEXO A - Autorização para acessar SIGRH



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
ESTADO DE SANTA CATARINA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### AUTORIZAÇÃO

Autorizo acesso aos dados contidos no **Relatório Consulta Eventos do Servidor** Sistema Integrado de Recursos Humanos do CIAASC – Centro de Informática e Automação Santa Catarina, dos servidores lotados nas Centrais de Material e Esterilização/Cen Cirúrgico dos Hospitais Públicos Estaduais da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina para fins exclusivamente de pesquisa para o Curso de Doutorado Enfermagem/UFSC, da servidora Rosani Ramos Machado, matrícula 242.470-3-01.

Florianópolis, setembro de 2006.

Helen Bruggmann Bunn Schmitt

Diretora de Desenvolvimento Humano