

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Hortência Brock

**A Aprendizagem nas Práticas dos Técnicos de Enfermagem
de um Centro de Material e Esterilização à Luz da Estética
Organizacional**

**Porto Alegre
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Hortência Brock

**A Aprendizagem nas Práticas dos Técnicos de Enfermagem
de um Centro de Material e Esterilização à Luz da Estética
Organizacional**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Administração
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre em Administração.**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Claudia Simone Antonello

**Porto Alegre
2014**

CIP - Catalogação na Publicação

BROCK, HORTÊNCIA

A Aprendizagem nas Práticas dos Técnicos de Enfermagem de um Centro de Material e Esterilização à Luz da Estética Organizacional / HORTÊNCIA BROCK. -- 2014.

134 f.

Orientadora: CLÁUDIA SIMONE ANTONELLO.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS, 2014.

1. ESTÉTICA ORGANIZACIONAL. 2. PERSPECTIVA DA APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS. 3. APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL. 4. ETNOGRAFIA. 5. CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. I. ANTONELLO, CLÁUDIA SIMONE, orient. II. Título.

Hortência Brock

**A Aprendizagem nas Práticas dos Técnicos de Enfermagem
de um Centro de Material e Esterilização à Luz da Estética
Organizacional**

**Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Administração
da Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
como requisito parcial para a obtenção do título
de Mestre em Administração.**

Conceito final:

Aprovado emde.....de.....

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr^a. Valmíria Carolina Piccinini

Prof. Dr. Jorge Castellá Sarriera – PPGP/UFRGS

Prof. Dr^a Ângela Beatriz Busato Scheffer – PPGA/UFRGS

Orientadora – Prof. Dr^a. Cláudia Simone Antonello

AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Cláudia Simone Antonello pela confiança, apoio e dedicação. Muito obrigada por seres tão generosa e compartilhar mais do que os teu conhecimento como educadora; teu carinho, sensibilidade e respeito são ensinamentos que vão muito além do que a academia pode oferecer.

Aos profissionais do centro de material e esterilização, muito obrigada por compartilharem comigo suas experiências e saberes e permitirem que eu fizesse parte do seu dia a dia possibilitando que este trabalho fosse possível. Serei sempre grata pela oportunidade e aprendizagem que vocês me proporcionaram.

Ao meu amado Régis, por ser meu maior incentivador, pelo seu companheirismo, paciência e amor, por acreditar que eu seria capaz de conquistar essa vitória.

Agradeço à minha grande amiga Daniele pela amizade e incentivo, por ser minha “madrinha” e me apoiar nos momentos mais importantes ao longo dessa jornada. À querida Camilla, agradeço pela generosidade e carinho com que me acolheu, tua amizade foi fundamental nessa caminhada.

RESUMO

O avanço das pesquisas sobre aprendizagem organizacional nas últimas décadas tem possibilitado o estudo do tema através de diferentes perspectivas. Aos tradicionais estudos cognitivistas e pragmáticos têm sido somados estudos menos utilitaristas, que procuram compreender a aprendizagem como um processo social e coletivo, não institucionalizado, mas dinâmico e presente nas práticas do cotidiano. Acompanhando estas linhas de pesquisa mais recentes, este estudo teve como objetivo compreender, sob a perspectiva da aprendizagem baseada em práticas e da teoria da estética organizacional, como ocorrem os processos de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam em um centro de material e esterilização – CME - de um hospital. Os sujeitos de pesquisa foram vinte e dois técnicos de enfermagem que atuavam no CME de um hospital, que concordaram em participar do estudo e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido. O método de pesquisa escolhido foi a etnografia pela oportunidade de utilização da técnica da observação participante, a qual possibilita que o pesquisador se aproxime da realidade dos sujeitos obtendo um entendimento mais profundo dos fenômenos. A observação participante ocorreu durante seis meses e as visitas ao campo foram realizadas duas vezes por semana com suporte de diário de campo, fotografias e pesquisa documental. A análise interpretativa dos dados foi realizada durante todo o trabalho de campo e após a sua conclusão. Através da análise das práticas predominantes no cotidiano de trabalho do grupo pesquisado, foi possível compreender que a aprendizagem ocorria em ação, durante as rotinas de trabalho, às vezes sob o auxílio verbal de colegas mais experientes, às vezes apenas através da observação. Experimentando e praticando os profissionais testavam diferentes conexões de práticas até que, em uma negociação coletiva, encontravam aquelas que melhor atendiam as suas necessidades, (re) organizando, assim, o conjunto de práticas socialmente compartilhadas em um processo dinâmico e contínuo denominado *knowing*. Para desempenhar as tarefas do CME, os técnicos de enfermagem precisavam educar o corpo (inclusive as faculdades perceptivas da visão, tato e audição) e a mente, pois apesar de aparentarem predominantemente físicas, as tarefas exigiam um grande esforço cognitivo, principalmente em relação à atenção, memória, raciocínio rápido e senso de organização. A pesquisa apontou que o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam no CME é um processo complexo e dinâmico, em que os saberes são constituídos nas práticas de trabalho impulsionados pelas necessidades do grupo as quais surgem no decorrer das rotinas de trabalho.

PALAVRAS-CHAVE: Estética Organizacional; Perspectiva da Aprendizagem Baseada em Práticas; Aprendizagem Organizacional; Etnografia; Centro de Material e Esterilização.

ABSTRACT

The advancement of research on organizational learning over the recent decades has stimulated approaches to this matter from different perspectives. Besides traditional cognitive and pragmatic studies, less utilitarian studies have sought to understand learning as a social and collective process - not institutionalized, but dynamic and present in everyday practices. Aligned with most recent lines of research, this study aims to account from a practices based learning perspective and on the organizational aesthetics theory, how the learning process of nursing technicians working in a hospital's material and sterilization center (CME) takes place. The subjects were twenty-two nursing technicians working in a hospital's CME, who agreed to participate in this research and signed a consent form. The method was ethnography, since it gives room for the participant observation technique, which enables the researcher to approach the subject's to obtain a deeper understanding of the phenomena. Participant observation took place for six months, and field visits were conducted twice a week with data being collected from field journals, photographs, and documentary research. Interpretative analysis of the data was performed during field work and after its completion. By the analysis of prevailing practices in the group's everyday work, it was possible to understand that learning occurred along action, during routine work, sometimes with the verbal assistance of more experienced colleagues, sometimes just through observation. By experiencing and practicing, the professionals tested diverse practice connections until they could find, with collective bargaining, those that could meet their needs best, thereby (re) organizing the set of socially shared practices in a dynamic and ongoing process so-called *knowing*. In order to accomplish their tasks at the CME, nursing technicians needed to educate the body (including their perceptive faculties of sight, touch, and hearing) and mind, for despite appearing to be predominantly physical, the tasks required a great cognitive effort, especially regarding health care, memory, quick wit, and sense of organization. The research pointed out that the learning process of nursing technicians working in a CME is a complex and dynamic process, in which knowledge consists of working practices driven by collective needs arising from routine work.

KEYWORDS: Organizational Aesthetics; Practices Based Learning Perspective; Organizational Learning; Ethnography; Material and Sterilization Center.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 - Publicações sobre aprendizagem dos profissionais de enfermagem no Brasil	20
Quadro 1 - As diferentes perspectivas em AO na ciência da administração	33
Figura 1 - Mapa Conceitual	43
Quadro 2 - Escala de trabalho do CME	48
Foto 1 – Bancada de trabalho da Área I	54
Foto 2 – Secadora	57
Figura 2 – Layout do CME	59
Foto 3 - Bandeja antes de ser organizada	61
Foto 4 - Bandeja organizada.....	61
Foto 5 – Manta de não tecido	62
Foto 6 - Plasteril.....	62
Foto 7 - Fita zebra e indicador químico	63
Foto 8 - Autoclave.....	65
Foto 9 – Etiqueta Área III	66
Foto 10 - Equipamento para teste biológico	66
Foto 11 - Arsenal de material esterilizado.....	67
Foto 12 – Profissional inspecionando os materiais	83
Foto 13 – Pesquisadora fechando kits de curativo durante a observação participante	84
Foto 14 – Exemplo de etiquetas usadas para identificar os materiais	85
Foto 15 – Foco/Manopla	96
Foto 16 – Manual de rotinas	123

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANPAD - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP/CONEP - Comitê de Ética em Pesquisa e Comissão de Ética em Pesquisa

CEP/UFRGS - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CME – Centro de Material e Esterilização

COREN-RS – Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

ENANPAD – Encontro da ANPAD

OPME – Órtese, Prótese e Materiais Especiais

POP – Procedimento Operacional Padrão

PPGA/UFRGS – Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PROPEQ/UFRGS - Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SOBECC - Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A ESCOLHA DO CAMPO	19
2.1.1 Descobrimos os profissionais da enfermagem.....	21
2.1.2 O CME como campo de pesquisa	27
2.1.3 Os sujeitos de pesquisa.....	29
3 EIXO TEÓRICO NORTEADOR.....	32
3.1 PERSPECTIVAS DA APRENDIZAGEM NAS ORGANIZAÇÕES	32
3.2 APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS.....	34
3.3 ESTÉTICA ORGANIZACIONAL.....	38
3.3.1 A teoria estética organizacional.....	38
3.3.2 O conhecimento a partir das sensações	39
3.4 MAPA CONCEITUAL	43
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	44
4.1 O FAZER ETNOGRÁFICO.....	44
4.1.1 Praticando a etnografia.....	46
4.2 INTERPRETANDO AS PRÁTICAS	50
5 CONHECENDO AS PRÁTICAS	52
5.1 ÁREA I - LIMPEZA	53
5.1.1 Desvendando a Área I	54
5.2 ÁREA II – INSPEÇÃO, PREPARO, EMPACOTAMENTO E IDENTIFICAÇÃO...58	
5.2.1 A rotina de trabalho na Área II.....	60
5.3 ÁREA III – ESTERILIZAÇÃO E ARMAZENAGEM.....	64
5.4 OPME.....	68
6 APRENDENDO AS PRÁTICAS	72
6.1 APRENDENDO A SER PESQUISADORA.....	72
6.2 UM CONVITE ÀS SENSACIONES.....	76
6.2.1 Dois episódios instigantes	76
6.2.2 Compartilhando sentimentos e sensações.....	79
6.2.2.1 A visão	82
6.2.2.2 O tato	87
6.2.2.3 A Audição	91
6.2.2.4 O juízo estético	94

6.3 OS ARTEFATOS ORGANIZACIONAIS	97
6.3.1 A agenda de cirurgias	98
6.3.2 O sentimento de medo	101
7 COMPREENDENDO AS PRÁTICAS	106
7.1 O SABER-FAZER NA ENFERMAGEM	106
7.2 O PROCESSO DE APRENDIZAGEM	109
7.2.1 Knowing in practice	112
7.2.2 A aprendizagem além das boas práticas de enfermagem	117
7.2.2.1 A origem das práticas de enfermagem	117
7.2.2.2 As práticas em meio a estrutura	119
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	134
APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	141
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO	142

1 INTRODUÇÃO

As formas de aprender e de capacitar para o trabalho são temas que despertam meu interesse desde os tempos da graduação em administração. Naquela época, meados dos anos 2000, a área de gestão de pessoas já havia desenvolvido diversos estudos sobre aprendizagem organizacional (AO) e o interesse pelo tema vinha aumentando consideravelmente. Grande parte dos estudos argumentava a favor da AO para obtenção de vantagens competitivas, tendo em vista que as tecnologias já consistiam em recursos globalizados (CARVALHO, 1999). Neste contexto, o papel dos gestores seria equilibrar as necessidades individuais e organizacionais, promovendo capacitação e qualificação profissional, acompanhando as mudanças do mercado (MILKOVICH; BOUDREAU, 2000; BITENCOURT, 2004). A maioria das publicações brasileiras acerca de AO tratavam o tema ainda sob a influência da abordagem da administração científica e com foco gerencialista, sendo raros os estudos que buscavam compreender a aprendizagem sob a perspectiva social (ANTONELLO; GODOY, 2011).

Durante algum tempo, acreditei na ideia de que o conhecimento produzido nas organizações poderia ser gerenciável se o gestor estivesse atento às mudanças do mercado, proporcionasse atividades formais de capacitação e estimulasse o compartilhamento de conhecimento entre os membros da organização. Iniciativas aparentemente simples, presentes em diversos manuais de treinamento e desenvolvimento (T&D), que resultariam em pessoas capacitadas e motivadas para aprender.

No entanto, minhas experiências profissionais foram me mostrando que, no dia a dia das organizações, a aprendizagem não respeitava um roteiro tão estruturado. Havia algo que fugia do controle dos gestores, apesar das normatizações e prescrições seguidas. As transformações organizacionais tão esperadas em consequência das iniciativas de T&D nem sempre aconteciam ou, então, aconteciam de maneira diferente da prevista. Na posição de trabalhadora, percebia, muitas vezes, que aprendia mais trocando ideias com meus colegas, pedindo auxílio e explicações aos profissionais mais experientes ou através da minha própria reflexão a partir das práticas experienciadas do que nos eventos de capacitação oferecidos pela organização.

Estas experiências demonstraram que a aprendizagem não é gerenciável, controlável, mensurável e tão menos normatizável. Ela ocorre para além de qualquer controle, sendo impossível delimitar onde começa e termina ou mapear todos os elementos que a produzem. Se não é possível gerenciar e controlar a aprendizagem, como a organização pode garantir que ela ocorra? Em vez de desejarem gerenciar e normatizar a AO, os gestores não deveriam buscar compreendê-la, para assim serem capazes de proporcionar um ambiente favorável a sua ocorrência? Estes questionamentos aumentaram meu interesse pelo tema da aprendizagem, pois queria compreender a AO sob uma ótica menos utilitarista e voltada para aquilo que, efetivamente, ocorre no cotidiano organizacional.

Nas últimas décadas, diversos pesquisadores têm explorado o tema da aprendizagem organizacional sob diferentes enfoques, sendo a perspectiva da aprendizagem baseada em práticas uma das abordagens que tem se destacado (ANTONELLO; GODOY, 2009). Esta abordagem contempla a aprendizagem como um processo social que ocorre em ação, nas práticas cotidianas de determinada organização (ANTONELLO; GODOY, 2009; NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003) possibilitando um olhar mais realista do fenômeno.

Seu principal argumento consiste na consciência de que conhecimento e aprendizagem são fenômenos essencialmente sociais e que não podem ser compreendidos apenas como um processo cognitivo (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003). O conhecimento na ação é situado em um contexto histórico, social e cultural, no qual surge e é corporificado por meio de variadas formas (*op. cit.*). A aprendizagem é dinâmica, não institucionalizada e está presente nas práticas. Na abordagem baseada em práticas, o conhecimento e a aprendizagem passam a ser considerados como *knowing* e *learning*¹, denotando uma ação em fluxo, (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003; GHERARDI, 2000) a qual não tem início, meio e fim, e que está sempre acontecendo.

Na lógica desta abordagem, a relação entre os sujeitos e os demais elementos não humanos que compõem o contexto organizacional ganha enfoque, pois a aprendizagem é vista como um fenômeno predominantemente relacional, ou seja, somente ocorre quando os sujeitos se relacionam entre si ou quando se

¹ Optei por utilizar os termos em inglês para preservar seu significado original, pois um dos usos da terminação *ing* na língua inglesa é para indicar a ideia de movimento, ação, algo que acontece no desenvolvimento das práticas. Outras palavras também serão mantidas na língua inglesa, ao longo do texto, pelo mesmo motivo.

relacionam com os demais elementos, materiais e simbólicos, que fazem parte do contexto organizacional. Apesar de destacar a materialidade presente nas organizações, a abordagem baseada em práticas não estuda a materialidade em si, mas as suas relações com os sujeitos (SVABO, 2009). Neste sentido, os termos 'não humanos' e 'artefatos', utilizados neste estudo, se referem a elementos materiais e imateriais (*op. cit.*) que emergem das práticas sociais e, somente a partir da relação com os sujeitos (elementos humanos), são reconhecidos e produzem efeitos (RECKWITZ, 2002a).

Nesta visão relacional, a teoria da estética organizacional se destaca, pois contribui para a compreensão do processo de aprendizagem que ocorre a partir das relações entre humanos e não humanos. Esta teoria aborda a aprendizagem através das percepções, sentimentos, desejos, pensamentos e sentidos do corpo humano, ressaltando que, nas organizações, os processos de conhecer e aprender não são apenas cognitivos, mas também corporais e multissensoriais, e ocorrem simultaneamente (STRATI, 2007). A estética argumenta que somente após entrar em contato com os objetos através da visão, audição, tato, paladar ou olfato e ativar o juízo estético os indivíduos serão capazes de agir diante das mais diversas situações cotidianas (*op. cit.*) constituindo, assim, o conhecimento. Essa teoria associa a aprendizagem àquilo que os indivíduos são capazes de perceber e assume que, apesar das faculdades perceptivas não serem desenvolvidas de igual maneira em todas as pessoas, elas podem ser educadas pela dinâmica organizacional (GAGLIARDI, 2001).

Essa forma de olhar para os fenômenos da aprendizagem assume a coexistência de saberes cognitivos, estéticos e sociais no trabalho, sendo um modelo mais rico e realista do que as teorias dicotômicas (ROSE, 2007) que buscam separar a mente do corpo, o trabalho intelectual do braçal. A estética organizacional valoriza a multiplicidade e assume que em todas as profissões, desde aquelas consideradas mais simples às mais complexas, há interação entre o cognitivo e o estético. A profissão de técnico de enfermagem, por exemplo, se desenvolveu sob as amarras da hierarquia, da disciplina e do respeito a normas e procedimentos que deveriam ser rigorosamente seguidos e reproduzidos. Por muitas décadas acreditou-se que estes profissionais não eram capazes de produzir conhecimento em suas práticas cotidianas, pois apenas seguiam ordens e reproduziam aquilo que lhes era ensinado, sem precisar pensar (ALMEIDA; ROCHA, 1989). Este é um pensamento

ultrapassado, mas que ainda está presente na cultura da nossa sociedade a qual julga os trabalhadores comuns – técnicos de enfermagem, carpinteiros, encanadores, garçonetes – menos inteligentes, pois a inteligência estaria somente relacionada àquilo que é possível conhecer intelectualmente (ROSE, 2007).

A dimensão estética das organizações, entretanto, consiste em um modelo mais democrático, uma vez que permite analisar a aprendizagem além da lógica cognitivista sem colocá-la em oposição com a perspectiva das práticas, pois, dependendo da natureza do fenômeno a ser estudado, uma aproximação entre aspectos cognitivos e sensoriais pode ser a forma mais adequada de compreensão do fenômeno em foco. Para a análise da aprendizagem nas organizações e de toda a complexidade de práticas que a envolve, esta aproximação parece possível e bastante coerente, pois estes dois aspectos, mesmo sendo ontologicamente diferentes, não precisam estar em oposição para serem compreendidos, podendo coexistir e estabelecer relações (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005), possibilitando uma forma de explorar os fenômenos organizacionais sem proposição de dicotomias.

No Brasil, no entanto, ainda predominam os estudos sobre AO com visão pragmática e cognitivista (CAMILLIS, 2010; SAWITZKI, 2012; BUSSOLAR, 2012). Essa perspectiva de aprendizagem desconsidera a importância das relações entre sujeitos e não humanos na produção de conhecimento. Ela considera como aprendizagem a aquisição/estoque de conhecimento e/ou mudanças observáveis que envolvem comportamento, resultados, processos ou estruturas (ANTONELLO; AZEVEDO, 2011), deixando fora do objeto de pesquisa o estudo do que realmente move as organizações: as práticas de trabalho.

Diante do número ainda reduzido de publicações brasileiras que utilizam a abordagem baseada em práticas e a teoria da estética organizacional nas pesquisas sobre AO, estudos empíricos se fazem necessários para melhor compreensão das contribuições desta abordagem para os estudos em organizações. Analisar o comportamento dos indivíduos em suas práticas de trabalho permitirá a compreensão de como estas práticas colaboram para o processo de aprendizagem e, também, de como os profissionais percebem as práticas nesse processo.

Após considerar todos esses aspectos que envolvem a aprendizagem e o cotidiano organizacional eu não poderia mais seguir com o plano, estabelecido quando fui aprovada na seleção para o mestrado, de desenvolver a pesquisa para elaboração dessa dissertação no meu local de trabalho. Percebi que precisava

aproveitar o vínculo acadêmico para ingressar em uma nova organização e conhecer outras realidades, outras profissões, algo diferente de tudo que eu já conhecia. Queria viver uma experiência inédita, entrar em campo para conhecer e aprender as práticas de trabalho dos profissionais sem carregar comigo pré-noções, ou carregar o mínimo possível delas. E assim fiz, adiei o plano de desenvolver uma pesquisa na organização onde atuo profissionalmente e fiz do mestrado um momento meu, em que me dediquei a estudar aquilo que gosto e que me dá prazer, um momento livre no qual me permiti passear por realidades até então inexploradas e conhecer profissionais e pessoas os quais eu jamais pensei conhecer.

Entre as inúmeras profissões que poderiam ser objeto do meu estudo, aquelas ligadas à área da saúde foram as que mais despertaram meu interesse, após realizar a leitura de alguns estudos empíricos desenvolvidos, nessa área, pelos pesquisadores italianos Silvia Gherardi (GHERARDI, 2010) e Davide Nicolini (NICOLINI, 2011). Sob a lente da perspectiva da aprendizagem baseada em práticas, seus estudos apresentam algumas situações nas quais profissionais da saúde aprenderam durante suas práticas de trabalho. Estas publicações confirmaram que a área da saúde, apesar de sua característica marcante de valorização e respeito às normas e procedimentos padrão, pode ser um campo rico para análise empírica do fenômeno da aprendizagem baseada em práticas e, mais especificamente, à luz da teoria da estética organizacional.

No Brasil, conforme consulta realizada por mim no portal de periódicos Capes² e nos Anais do Enanpad³, existem inúmeras pesquisas sobre as práticas de enfermagem que investigam o papel deste profissional nos cuidados prestados aos pacientes e sobre as dificuldades relativas à profissão, principalmente no que se refere à rotina estafante de trabalho e à jornada dupla das enfermeiras mulheres que também são mães e donas de casa. Existem também algumas pesquisas relacionadas à aprendizagem e à capacitação profissional dos enfermeiros, mas a grande maioria das publicações aparece em revistas e periódicos de enfermagem, nas quais aprender fazendo é uma forma de melhorar o desempenho, sendo raras as publicações sobre esta categoria profissional nos estudos organizacionais.

² CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

³ ENANPAD – Encontro da ANPAD (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração)

Apesar da ausência de estudos em administração envolvendo os profissionais da enfermagem e das noções de práticas empregadas na área da saúde estarem relacionadas ou à prescrição de procedimentos e padrões de conduta profissional ou à noção de experiência, as pesquisas desenvolvidas com os profissionais da enfermagem trazem fortes evidências de que, nas práticas de trabalho destes trabalhadores, emergem conhecimentos que somente em ação e nas relações podem ser (re)produzidos.

Desde a consulta e a leitura destas publicações, passei a considerar que pesquisas sobre a aprendizagem dos profissionais da enfermagem, utilizando a abordagem baseada em práticas e a estética organizacional, poderiam proporcionar a reflexão da academia e das organizações acerca das questões relativas à aprendizagem destes profissionais. Um estudo empírico desta natureza pode trazer importantes contribuições tanto para o campo da administração quanto para a área da saúde. Na administração, poderá contribuir para o avanço das pesquisas científicas sobre a aprendizagem baseada em práticas e da teoria estética e, na área da saúde, poderá proporcionar subsídios sobre as práticas de trabalho dos profissionais de enfermagem, possibilitando a melhoria dos processos e políticas de aprendizagem destes trabalhadores.

Escolher um campo de pesquisa nesta área, entretanto, não foi fácil. O universo de atuação destes profissionais é bastante amplo e abrange hospitais, clínicas, farmácias, serviços de resgate, cuidados em domicílio, entre outros. Além disso, mesmo nos hospitais as possibilidades de atuação são diversas, perpassando o cuidado direto com o paciente, o auxílio instrumental aos médicos, as atividades de apoio como farmácia e o centro de material e esterilização. Na busca por um setor que pudesse representar a importância dos profissionais da enfermagem e demonstrar a riqueza de conhecimento que existe em suas práticas de trabalho, escolhi o centro de material e esterilização – CME – para desenvolver esta pesquisa. O CME é o setor responsável pela limpeza e desinfecção de todo o instrumental e material médico utilizado em um hospital e, apesar de sua relevância para as atividades hospitalares, ainda são poucos os estudos desenvolvidos sobre os profissionais desta área, o que indica uma oportunidade de pesquisa. O caminho percorrido até a escolha e aceite no campo está detalhado no próximo capítulo.

Diante do exposto até aqui, dos questionamentos provocados pelo tema da aprendizagem baseada em práticas e pelas lacunas de pesquisa expostas anteriormente, a questão de pesquisa que pretendo responder é:

Como ocorrem os processos de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam no centro de material e esterilização de um hospital?

A unidade de análise da pesquisa são as práticas de trabalho dos técnicos de enfermagem que trabalham no centro de material e esterilização – CME – de um hospital privado que concordaram em participar deste estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

A partir da situação problemática narrada e da questão de pesquisa que norteiam este estudo, busco a consecução dos objetivos a seguir.

Objetivo geral: compreender, sob a perspectiva de aprendizagem baseada em práticas e da teoria da estética organizacional, como ocorrem os processos de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam em um centro de material e esterilização - CME - de um hospital.

Objetivos específicos:

- a) Analisar as práticas predominantes no cotidiano de trabalho do grupo de profissionais pesquisados;
- b) identificar e analisar como os profissionais percebem suas práticas de trabalho;
- c) compreender como as práticas de trabalho se relacionam com o processo de aprendizagem dos profissionais.

Na próxima seção, discorro sobre a escolha do campo de pesquisa e as dificuldades enfrentadas até ser aceita como pesquisadora pela instituição onde este estudo se desenvolveu. Também introduzo o centro de material e esterilização mostrando a sua relevância no contexto das organizações hospitalares.

Em seguida, apresento os principais eixos teóricos sobre aprendizagem organizacional que nortearam essa pesquisa, dando ênfase à perspectiva da aprendizagem baseada em práticas e à teoria da estética organizacional. Este capítulo não é exaustivo, busca apresentar ao leitor os principais conceitos presentes nesse estudo, sendo que o aprofundamento teórico se dará ao longo da apresentação e análise dos dados.

A quarta seção refere-se aos procedimentos metodológicos e à etnografia, método de pesquisa escolhido por mim devido à possibilidade de aproximação entre

pesquisador e seu campo, de maneira que se estabeleçam relações intensas, as quais não seriam possíveis com o uso de outro método. A etnografia permite que o pesquisador assuma posição bastante próxima aos sujeitos pesquisados, muitas vezes atuando junto deles, praticando suas práticas e experienciando a sua realidade. Isso faz do método uma ferramenta bastante apropriada para a análise das práticas de trabalho.

Na quinta seção apresento as principais práticas de trabalho realizadas no centro de material e esterilização, o qual é dividido em quatro subsetores. Descrevo cada um deles apresentando de forma sucinta suas principais atividades e utilizando fotos e um desenho representativo do *layout* do espaço físico para ajudar o leitor a compreender o fluxo das práticas e as principais rotinas. Na seção seguinte relato o processo de aprendizagem à luz da teoria estética organizacional o qual pude experienciar e observar. Inicio falando sobre a minha experiência como pesquisadora em campo, aprendendo as práticas de trabalho dos técnicos de enfermagem e, também, aprendendo a pesquisar. Em seguida descrevo o que fui capaz de apreender sobre a aprendizagem dos profissionais e o uso dos sentidos da visão, tato e audição no dia a dia organizacional. Finalizo o capítulo identificando dois artefatos organizacionais (a agenda de cirurgia e o sentimento de medo) e discorro sobre a sua agência nas práticas de trabalho.

Na sétima seção exploro o processo de aprendizagem a partir da ideia de práticas socialmente compartilhadas, analisando estas práticas à luz da abordagem da aprendizagem baseada em práticas e da obra de Michael de Certeau *A invenção do cotidiano*. As ações do grupo frente às necessidades de trabalho são o que possibilitam que a aprendizagem ocorra. Os sujeitos interagem entre si e com os demais elementos não humanos oportunizando que novas práticas aconteçam e diferentes arranjos se estabeleçam possibilitando, assim, que a aprendizagem ocorra.

Na oitava e última seção, retomo os principais aspectos do processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem e apresento minhas impressões gerais sobre este estudo. Sugiro também algumas possibilidades de pesquisa que poderão subsidiar outras e diferentes análises sobre o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam em centros de material e esterilização.

2 A ESCOLHA DO CAMPO

Buscando problematizar a escolha do campo no qual desenvolvi esta pesquisa, apresento, nesta seção, algumas considerações iniciais que culminaram na escolha do campo e na elaboração da questão de pesquisa.

2.1 OS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM COMO SUJEITOS DE PESQUISA

Minha inspiração inicial para trabalhar com profissionais da saúde foram as publicações dos pesquisadores Silvia Gherardi e Davide Nicolini, referências na linha de pesquisa sobre aprendizagem organizacional baseada em práticas, os quais desenvolveram alguns estudos empíricos na área da saúde. Tais estudos despertaram meu interesse pela aprendizagem dos profissionais de enfermagem, e assim me propus a estudar as práticas de trabalho destes profissionais para além da noção de prática prescritiva ou de experiências repetitivas que levam ao aperfeiçoamento da ação. Apesar de diferentes investigações na área da saúde demonstrarem que o conhecimento proveniente da aprendizagem formal não é suficiente para o desempenho satisfatório da profissão (GUIMARÃES, 2002; MATTOS; STIPP, 2009; SILVA et al., 2010), pois existem conhecimentos que somente são aprendidos nas práticas, acredito haver algo além da ação repetitiva que permeia estas práticas profissionais, algo que excede a busca por padrões ideais de resultados e perpassa as relações entre os sujeitos e demais elementos do contexto organizacional, permitindo a transformação do conhecimento técnico e científico em ação.

Estas relações estabelecidas entre os sujeitos e os demais elementos do contexto social, onde ocorrem as práticas de trabalho, constituem a lente de análise dos estudos sobre aprendizagem baseada em práticas. Esta é uma abordagem relacional, a qual propõe que tanto as relações entre indivíduos como as relações entre indivíduos e elementos não humanos podem produzir conhecimento (STRATI, 2007; GHERARDI, 2012b). Devido a esta noção e ao desejo de contribuir com um estudo empírico para o campo da aprendizagem baseada em práticas, surgiu meu

interesse em pesquisar os profissionais da enfermagem. A característica social da profissão exige que os profissionais se relacionem com diferentes sujeitos (enfermeiros, médicos, pacientes, familiares dos pacientes) e também com diferentes elementos não humanos (medicamentos, equipamentos, código de ética da profissão, normas organizacionais) durante as práticas de trabalho. Em tais relações pode estar o cerne do conhecimento que emerge desta profissão.

Desde o momento em que vislumbrei a possibilidade de realizar um estudo empírico com profissionais da enfermagem, passei a buscar publicações que pudessem sinalizar se este seria realmente um campo a contribuir para os estudos da aprendizagem baseada em práticas. Verifiquei, então, que existem, no Brasil, inúmeros estudos sobre o trabalho desta categoria profissional, mas pouquíssimos desenvolvidos sob o enfoque dos estudos organizacionais. A grande maioria das pesquisas está vinculada à área da saúde, mesmo aquelas relacionadas à aprendizagem e à capacitação profissional.

Na Tabela 1, apresento o demonstrativo das pesquisas sobre TD&E e aprendizagem dos profissionais de enfermagem, de 2008 a 2012, nos anais da ENANPAD e no portal de periódicos CAPES. A fim de localizar o maior número possível de publicações sobre a aprendizagem destes profissionais - enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem - realizei a busca através dos termos: aprendizagem de enfermeiros, treinamento de enfermeiros, desenvolvimento de enfermeiros, capacitação de enfermeiros, aprendizagem na enfermagem, treinamento na enfermagem, capacitação na enfermagem.

Tabela 1 - Publicações sobre aprendizagem dos profissionais de enfermagem no Brasil

Publicação	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Portal de Periódicos CAPES	3	4	1	1	2	11
Anais do ENANPAD	1	0	0	1	0	2
TOTAL	4	4	1	2	2	13

Fonte: Dados coletados pela autora

Entre todas as publicações pesquisadas, somente um artigo, publicado nos Anais do ENANPAD 2011, trata sobre aprendizagem informal de profissionais da enfermagem. O resultado desta consulta revela que o tema aprendizagem organizacional, analisado sob o enfoque das práticas de trabalho destes

trabalhadores, ainda é um campo de pesquisa pouco explorado na área da administração.

2.1.1 Descobrimos os profissionais da enfermagem

Verificada a escassez de estudos organizacionais sobre a aprendizagem dos profissionais da enfermagem, ainda era necessário conhecer um pouco mais sobre a profissão e sobre o dia a dia de trabalho, antes de decidir pelos sujeitos de pesquisa. Busquei, então, publicações que falassem sobre as principais características destes profissionais, sua história e as expectativas do mercado de trabalho em relação a eles.

Descobri⁴ que a enfermagem teve sua origem nas práticas quotidianas de cuidado, nas quais as mulheres cuidavam das crianças, das plantas, dos animais domésticos, dos instrumentos de caça, para que o fogo não apagassem, tomavam conta das mulheres em trabalho de parto e dos doentes (COLLIÈRE, 1999). A história da profissão tem origem muito longínqua e para reconstituí-la seria necessário debruçar-se sobre os trabalhos de antropólogos, historiadores, sociólogos e economistas, pois sua estrutura está no cotidiano (*op. cit.*). Acredita-se que as atividades de enfermagem como trabalho tenham iniciado ainda no período antes de Cristo, quando a prática da medicina limitava-se ao preparo de medicamentos com plantas medicinais, a banhos terapêuticos, a inalações e sangrias (PAIXÃO, 1979). Ao enfermeiro eram delegadas as funções de misturar as plantas para preparo das medicações e de auxiliar tanto o doente e como o médico durante os procedimentos. A partir do século XIX, o domínio da física e da química permitiu à medicina o uso desses conhecimentos que, aliados às novas tecnologias, revolucionaram a concepção de cuidados e a atuação dos profissionais de enfermagem (COLLIÈRE, 1999).

⁴ Digo que descobri estas informações, pois foi a primeira vez que tive acesso mais detalhado à história e a algumas características dos profissionais de enfermagem. Nunca tive qualquer experiência profissional nem tão pouco parentes ou amigos próximos que atuassem nessa área. Assim, estas leituras representaram um momento de descoberta em que pude compreender melhor o trabalho destes profissionais e vislumbrar a riqueza que constitui suas práticas de trabalho.

O surgimento dos hospitais e da indústria farmacêutica modificou completamente a forma de atuação dos profissionais da saúde. O trabalho de enfermagem, que antes consistia basicamente no auxílio instrumental ao médico, hoje exige complexos conhecimentos. Abriu-se também a possibilidade de atuação deste segmento profissional nas mais diferentes áreas da saúde, em diferentes níveis de habilitação profissional. Atualmente, a enfermagem pode ser exercida por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem⁵ e parteiras, desde que legalmente habilitados e inscritos no Conselho Regional de Enfermagem (BRASIL, 1986). O enfermeiro tornou-se responsável pelo cuidado em unidades de alta complexidade e pela coordenação de equipes, tarefas que, segundo os próprios profissionais, exigem maior qualificação - reconhecida pela aprendizagem formal - e maior experiência - percebida como proveniente do conhecimento prático (SILVA et al., 2010).

Santana e Fernandes (2008) ressaltam que o setor da saúde se desenvolveu intensamente, nos últimos anos, assumindo novas concepções gerenciais e tecnológicas que reconfiguraram também a profissão de enfermeiro. Um dos setores que melhor caracteriza a mudança tecnológica nos hospitais, segundo estes autores, são as unidades de tratamento intensivo – UTI – as quais vêm passando por um pesado processo de sofisticação tecnológica, que exige atualizações constantes dos profissionais. A ênfase na tecnologia implica mudanças na natureza do trabalho, deixando, em segundo plano, aspectos humanos e o processo de capacitação para o cuidado, o qual sempre fez parte das práticas da enfermagem (SANTANA; FERNANDES, 2008). Poles e Bousso (2006), em seus estudos sobre profissionais de enfermagem atuantes em uma UTI pediátrica, revelam que a equipe de enfermagem considera positivo o relacionamento próximo aos familiares das crianças hospitalizadas, pois esta aproximação oportuniza à equipe contribuir com os cuidados físico e emocional da família.

Em consequência destas leituras, passei a pensar que poderia desenvolver minha pesquisa com os profissionais que trabalham em unidades de tratamento intensivo pediátrico. Queria compreender melhor as supostas contradições entre a capacitação para a tecnologia e a capacitação para o cuidado, além de identificar de

⁵ De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul – COREN RS – não estão sendo formados novos Auxiliares de Enfermagem no Estado desde 1998. No entanto, aqueles profissionais que obtiveram diploma de formação antes de 1998 poderão continuar a exercer a profissão até a existência do último profissional (COREN-RS).

que forma práticas de trabalho aparentemente antagônicas se relacionavam com o processo de aprendizagem.

Feito o esboço de quais seriam meus objetivos de pesquisa recebi o apoio de minha orientadora para começar a busca por um campo. Iniciei contatando um hospital universitário, pois acreditava que projetos de pesquisa poderiam ter melhor aceitação em uma instituição com fins educacionais, mas isso não aconteceu, minha solicitação foi negada e tive que procurar outro local. Apesar de ter iniciado o contato com este primeiro hospital no início de dezembro de 2012, recebi a resposta negativa somente alguns dias antes do Natal. Como no período de festas muitas pessoas se ausentam do trabalho, decidi contatar outra instituição apenas na primeira semana de janeiro de 2013. Enquanto isso, trabalharia no projeto para submetê-lo ao sistema CEP/CONEP⁶.

Minha segunda tentativa foi com um hospital privado, cujo contato do setor de recursos humanos me tinha sido passado por uma colega que havia trabalhado na área administrativa de uma operadora de planos de saúde. Por telefone, me foi dito que precisaria enviar um *e-mail* com as principais informações sobre minha pesquisa e aguardar, pois a pessoa responsável pela UTI neonatal estava muito ocupada, substituindo outros colegas que estavam em férias. Avisaram-me também que, naquele hospital, nunca havia sido realizada uma pesquisa utilizando o método etnográfico⁷, por ser o acesso aos locais de trabalho restrito aos profissionais. Mesmo assim, enviei o *e-mail*. Decidi, no entanto, entrar em contato com outros hospitais antes de obter a resposta deste hospital, pois o retorno iria demorar e, provavelmente, não autorizariam o método de pesquisa que pretendia utilizar.

Contatei outros três hospitais. Entre a primeira ligação e a obtenção de alguma resposta, passavam-se vários dias, às vezes semanas. O prazo para a submissão ao sistema CEP/CONEP estava ficando curto. Precisaria de, aproximadamente, três meses para meu projeto tramitar e ser aprovado pelas comissões de ética da UFRGS⁸ e do hospital, sede da pesquisa, e, somente após a

⁶ O sistema CEP/CONEP é um sistema vinculado ao Conselho Nacional de Saúde – CNS - através do qual as pesquisas envolvendo seres humanos são avaliadas e acompanhadas quanto aos seus aspectos éticos. A Comissão de Ética em Pesquisa – CONEP - atualiza as diretrizes e normas para a proteção dos sujeitos de pesquisa e coordena a rede de Comitês de Ética em Pesquisa – CEP - das instituições (BRASIL, 1996).

⁷ O método etnográfico exige que o pesquisador observe e conviva com os sujeitos de pesquisa no seu ambiente de trabalho. Os procedimentos metodológicos sugeridos neste projeto de pesquisa estão detalhados no capítulo 4.

⁸ Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

aprovação, eu poderia iniciar as visitas ao campo. Como o tempo estava passando e eu não havia recebido qualquer resposta definitiva, já vislumbrava procurar outras instituições que não estivessem sujeitas ao sistema CEP/CONEP, por exemplo, clínicas e residenciais geriátricos.

Apesar das dificuldades, eu ainda nutria alguma esperança de conseguir a autorização de um hospital. A segunda instituição com a qual fizera contato disse não ser possível realizar o estudo na UTI neonatal por razão de uma reforma na unidade nos meses seguintes. Eu aguardara uma resposta negativa sob a justificativa de não ser possível desenvolver um estudo com método etnográfico no hospital, mas diante da justificativa recebida, decidi sugerir a realização da pesquisa em outra unidade.

Considerando que precisava desenvolver minha proposta de dissertação para apresentação ao PPGA/UFRGS⁹ até a primeira semana do mês de junho de 2013, este hospital mostrava-se a alternativa mais segura, pois a instituição ainda não havia implantado o sistema CEP/CONEP e as pesquisas estavam sendo autorizadas diretamente pela coordenação de cada unidade hospitalar. Isso significava que eu não precisaria aguardar o prazo de tramitação para iniciar minhas primeiras inserções em campo, as quais confirmariam se aquele seria um campo a contribuir com as pesquisas científicas sobre aprendizagem organizacional, através da abordagem baseada em práticas.

Para que meu estudo fosse aceito naquele hospital, precisava sugerir sua realização em uma unidade que não colocasse em risco a postura ética, principalmente em relação aos cuidados com os pacientes. Com esta preocupação, pesquisei quais unidades hospitalares não envolvem a atenção direta aos pacientes, chegando, assim, ao centro de material e esterilização – CME. Fiz uma busca rápida no *site* do hospital e na internet para compreender minimamente o trabalho desenvolvido neste setor o qual é responsável por esterilizar o material utilizado em quase todos os procedimentos hospitalares. Não tive dúvidas de que este poderia ser um campo de pesquisa muito interessante, devido à importância das atividades que realiza e à grande responsabilidade quanto à saúde dos pacientes. Sugeri, então, que minha pesquisa fosse realizada no CME do hospital, mas sem nutrir

⁹ Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

muitas esperanças de obter autorização para uma pesquisa etnográfica como eu desejava realizar.

Enquanto aguardava o retorno dos hospitais, realizei alguns contatos com clínicas e residenciais geriátricos, pois queria muito desenvolver um estudo empírico, tendo os profissionais da enfermagem como sujeitos de pesquisa. Os estudos que havia lido sobre a profissão despertaram em mim grande interesse em compreender suas práticas de trabalho e o processo de aprendizagem que as envolve. Pensar em procurar outros profissionais para desenvolver meu projeto de pesquisar deixava-me bastante triste.

Em meados de fevereiro recebi o aceite para pesquisar na UTI neonatal de um dos últimos três hospitais com os quais fizera contato. Este hospital já havia aderido ao sistema CEP/CONEP e eu precisava dar início ao processo de tramitação o quanto antes, pois, dentro de poucos dias, começaria o período de carnaval, uma época em que muitos profissionais tiram férias e isso poderia atrasar a tramitação. Assim, fiz contato com a PROPEQ/UFRGS¹⁰ para me informar a respeito das datas das reuniões do CEP/UFRGS¹¹ e poder avaliar se eu teria tempo suficiente para tramitação do projeto, antes de apresentar a proposta de dissertação.

Considerando as datas das reuniões dos CEP/UFRGS e as datas e prazos exigidos pelo CEP do hospital sede da pesquisa, ponderei que, em uma estimativa otimista, receberia a resposta em meados de maio, no entanto, caso o sistema CEP/CONEP solicitasse algum ajuste no projeto, este prazo se estenderia para julho. Minha preocupação com as datas ocorria em virtude da metodologia de pesquisa escolhida, pois se iniciasse as visitas ao campo somente no mês de julho, dificilmente conseguiria desenvolver uma pesquisa etnográfica de qualidade. Além disso, não gostaria de apresentar minha proposta de dissertação ao PPGA/UFRGS sem conhecer minimamente os sujeitos de pesquisa e suas práticas de trabalho, pois somente após a inserção inicial poderia confirmar ser aquele um campo propício aos estudos da abordagem baseada em práticas. Como naquele hospital as visitas ao campo somente seriam autorizadas após a aprovação do projeto pelo sistema CEP/CONEP, tive que abrir mão de tal oportunidade. Foi muito difícil tomar esta decisão, mas eu precisava de um tempo adequado para utilização do método

¹⁰ Pró-reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

¹¹ Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

etnográfico, o qual considero o mais apropriado para os estudos da aprendizagem baseada em práticas.

O tempo de negociação e a demora na tramitação através do sistema CEP/CONEP fizeram-me pensar que, talvez, estas poderiam ser algumas das causas para a escassez de estudos sobre os profissionais da enfermagem na área de estudos organizacionais. Os pesquisadores que não conhecem os procedimentos exigidos para pesquisas com seres humanos na área da saúde, se não iniciarem com bastante antecedência a tramitação do projeto, são vencidos pelos prazos e pela burocracia do processo, como ocorreu comigo.

Contrariando minhas expectativas, alguns dias mais tarde fui surpreendida com o aceite do segundo hospital com o qual fizera contato. Ele autorizava a realização da minha pesquisa no CME, com uso do método etnográfico. Minha orientadora e eu conversamos pessoalmente com a coordenadora da unidade, na primeira semana de março. No mesmo dia, durante nossa visita, conhecemos CME e fomos apresentadas aos profissionais que ali estavam trabalhando. A coordenadora nos contou sobre algumas dificuldades que vem enfrentando em relação à aprendizagem dos profissionais e, também, sobre a praxe do hospital em contratar, para atuar no CME, técnicos de enfermagem que buscam o primeiro emprego. Estas informações instigaram ainda mais meu interesse em desenvolver, neste campo, uma pesquisa empírica sob a lente da aprendizagem baseada em práticas. Naquela mesma semana, iniciei minhas visitas exploratórias ao campo.

Considero importante relatar minuciosamente o caminho que percorri até ser aceita na instituição sede deste estudo para informar aos pesquisadores, que se interessam pela área da saúde e, assim como eu, não são deste meio, sobre as dificuldades que precisarão enfrentar. Para ingressar neste campo, é preciso reservar alguns meses para os trâmites do sistema CEP/CONEP e muito planejamento. Para dar início ao processo é preciso ter o desenho da pesquisa bem delimitado e os sujeitos definidos, pois a aprovação do projeto pelos comitês de ética dependerá da clareza da proposta de pesquisa apresentada. Aconselho, também, àqueles que não são da área e desejam se aventurar pelo campo da saúde que tenham em mente um segundo plano de pesquisa caso os trâmites se alonguem por demais. Esta deve ser, principalmente, uma preocupação dos alunos de mestrado, cujo prazo de conclusão de pesquisa é mais curto que o prazo para os alunos de doutorado.

2.1.2 O CME como campo de pesquisa

A entrada em campo exigiu que eu buscasse maiores informações sobre o que já havia sido publicado a respeito dos trabalhadores dos centros de material e esterilização hospitalares. Com este objetivo, realizei a busca no portal de periódicos CAPES pelo assunto 'centro de material e esterilização', sem definir período para a consulta. Encontrei somente oito artigos¹² que tratam sobre os profissionais que atuam em CME, os quais foram publicados entre os anos de 1998 e 2009. Estas leituras foram importantes para que eu conhecesse como surgiram os centros de material e esterilização hospitalares e aprendesse um pouco mais sobre as atividades desenvolvidas neste setor, o qual vem passando por um processo de sofisticação em seus procedimentos e tecnologias, característica fundamental no desenvolvimento dos hospitais nas últimas décadas (SILVA, 1998).

A partir da década de 50, a limpeza, o preparo e o acondicionamento dos materiais deixaram de ser feitos nas unidades de internação e foram centralizados no setor que antes realizava somente a esterilização, surgindo assim os centros de material e esterilização – CME (SOBECC, 2009). Desenvolver todo o processo em uma única unidade proporcionou a otimização e a padronização do trabalho, tendo sido também a maneira encontrada pelos hospitais para suprir a crescente demanda e garantir a qualidade do serviço prestado aos pacientes (SILVA, 1998).

¹² BORTOLOMEI S. R. T.; LACERDA R. A. Trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.40, n.3, p. 412-417. 2006.

CRUZ, E. A.; SOARES, E. Conhecimento produzido em central de material e esterilização: um estudo retrospectivo. **Revista baiana de enfermagem**, v.17, n.3, p.95-107, set./dez. 2002.

LOPES, D. F. M.; SILVA, A.; GARANHANI, M. L.; MERIGHI, M. A. B. Ser trabalhador de enfermagem da unidade de centro de material: uma abordagem fenomenológica. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.41, n.4, p.675-682. 2007.

MACHADO, R. R.; GELBCKE, F. L. Que brumas impedem a visibilização do centro de material e esterilização? **Texto e contexto enfermagem**, v.18, n.2, p.347-354, abr./jun. 2009.

SILVA, A. Organização do trabalho na unidade centro de material. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.32, n. 2, p. 169-178, ago. 1998.

SOUZA, M. C. B.; CERIBELLI; M. I. P. F. Enfermagem no centro de material esterilizado: a prática da educação continuada. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 12, n. 5, p. 767-774, set./out. 2004.

TAUBE, S. A. M.; MEIER, M. J. O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização. **Acta paulista de enfermagem**, v.20, n.4, p.470-475.2007.

TIPPLE, A. F. V. *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**, v.39, n. 2, p. 173-178, 2005.

O CME é responsável pela limpeza, preparo, esterilização, armazenamento e controle dos materiais médico-hospitalares (SOBECC, 2009; SILVA, 1998), sendo fundamental para o funcionamento de qualquer instituição hospitalar. Caso o instrumental médico seja processado de maneira inadequada, poderá se tornar fonte de infecção aos pacientes (TIPPLE et al., 2005). Devido às características das atividades desenvolvidas, os profissionais que atuam nesta unidade devem estar capacitados para garantir não somente a segurança dos pacientes, mas também a própria segurança, durante a realização do trabalho (SOUZA; CERIBELLI, 2004; TIPPLE et al., 2005). De acordo com as práticas recomendadas pela SOBECC¹³ (SOBECC, 2009), o quadro de profissionais do CME deve ser composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e auxiliares administrativos, cabendo ao enfermeiro a coordenação da unidade e a realização de programa de educação continuada aos membros da equipe.

Esta recomendação em relação à capacitação dos profissionais está relacionada ao avanço das técnicas cirúrgicas e de tratamentos que levam à sofisticação de materiais e instrumentos utilizados nos procedimentos hospitalares. Tal sofisticação exige o aprimoramento dos procedimentos de limpeza, preparo, esterilização e armazenamento, provocando a necessidade de constantes treinamento e atualização (SOBECC, 2009; SOUZA; CERIBELLI, 2004). Já nas primeiras visitas ao campo, alguns profissionais que atuam no hospital onde foi desenvolvida esta pesquisa relataram sobre a necessidade de aprendizagem contínua nas rotinas de trabalho do CME. Eles revelaram que, visando ao aperfeiçoamento dos processos, precisam constantemente aprender novas rotinas. Relataram igualmente que, com frequência, surgem novos instrumentais médicos ou equipamentos de trabalho e isso exige que eles aprendam a interagir com as novas tecnologias. Estas declarações, fornecidas nas visitas iniciais de exploração, indicaram que eu estava no caminho certo, pois as declarações sinalizavam que havia conhecimento nas práticas de trabalho realizadas no CME, as quais poderiam ser estudadas sob a abordagem da aprendizagem baseada em práticas.

A partir das observações iniciais e da leitura de estudos sobre os profissionais que atuam em CME, acreditei que aqueles sujeitos poderiam contribuir para o avanço dos estudos sobre aprendizagem organizacional no Brasil, trazendo para o

¹³ Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização.

campo científico nacional maior compreensão e apropriação da abordagem baseada em práticas, a qual ainda é pouco explorada em pesquisas no país. Através deste estudo, também poderá ser estimulada a reflexão acerca da profissão de técnico de enfermagem e do conhecimento que permeia suas práticas, levando a academia e as organizações a refletirem sobre a forma como, tradicionalmente, têm sido oferecida capacitação e aprendizagem a estes profissionais. Acredito que esta pesquisa proporcionará subsídios aos profissionais sobre suas práticas de trabalho e que estes subsídios poderão resultar na melhoria destas práticas e, conseqüentemente, na melhoria dos processos de aprendizagem nas organizações.

2.1.3 Os sujeitos de pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa são vinte e dois técnicos de enfermagem que atuam no CME de um hospital privado, os quais concordaram em participar deste estudo, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE¹⁴. Os dois enfermeiros que atuam em tempo integral no CME também assinaram o TCLE e participaram da pesquisa, colaborando para a compreensão do processo de aprendizagem dos profissionais técnicos de enfermagem.

Atualmente, trabalham no CME deste hospital dois enfermeiros e vinte e nove técnicos de enfermagem. Eles estão organizados em quatro equipes de trabalho, escaladas em diferentes turnos, a fim de atender o setor que funciona vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana. O hospital está em vias de contratar outros dois enfermeiros que serão responsáveis pelas duas equipes que trabalham à noite, as quais, no momento, contam com um enfermeiro em tempo parcial.

Não caracterizarei detalhadamente os sujeitos de pesquisa, pois ao longo da observação participante e das entrevistas informais percebi que a grande maioria deles não gostaria de ser identificado, nem mesmo pela chefia ou colegas de trabalho. Algumas vezes eles compartilharam comigo informações confidenciais, situações de conflito entre colegas e superiores, alertaram-me sobre falhas na execução das tarefas e contaram também sobre problemas de cunho organizacional

¹⁴ O modelo de TCLE apresentado aos profissionais pode ser consultado no Apêndice B deste projeto.

e pessoal. Apesar de essas informações fazerem parte do material empírico produzido e, não posso negar, terem influenciado algumas das minhas práticas em campo, não as mencionarei aqui em respeito aos profissionais que fizeram declarações em caráter confidencial. Para conquistar sua confiança, prometi a eles que falaria o mínimo possível sobre as suas características pessoais, dando ênfase somente para as declarações sobre as práticas de trabalho e o processo de aprendizagem.

Tentando deixá-los mais a vontade em relação ao sigilo da sua identidade, sugeri que eles escolhessem os próprios nomes pelos quais gostariam de ser identificados nesse relatório, contando-me em segredo se assim preferissem; desta forma nenhum colega de trabalho saberia o nome que escolheram e cada um poderia se identificar mais facilmente ao lerem o relatório final. Quatro profissionais gostaram da ideia e escolheram o próprio nome pelos quais estão sendo identificados nessa dissertação, os demais preferiram que eu mesma escolhesse o nome e não contasse para ninguém, e assim procedi. Nas próximas páginas, os sujeitos de pesquisa serão chamados pelos seguintes nomes: Alex, Ana, Bárbara, Carol, Cecília, Cláudia, Daniele, Eliana, Lilian, Lisandra, Marcos, Mariana, Matheus, Patrícia, Paula, Pedro, Rafaela, Rita, Roberta, Samanta, Vanessa e Vitor.

Para manter também sigilo sobre a identidade do enfermeiro e da enfermeira que atuavam exclusivamente no CME e colaboraram com a pesquisa, optei por me referir a eles somente no masculino, assim, sempre que tiver que mencioná-los, escreverei a palavra 'enfermeiro'. Apesar dos enfermeiros não pedirem sigilo quanto as suas identidades, preferi proceder desta forma para garantir o sigilo dos técnicos, principalmente nos eventos que ocorreram na presença de várias pessoas.

Feitas as considerações iniciais e fundamentais para caracterização dos sujeitos de pesquisa, é importante destacar que a equipe de trabalho do CME era bastante jovem. Dentre os vinte e dois técnicos que participaram desse estudo, somente cinco tinham mais de quarenta anos de idade, os demais se dividiam entre vinte e tantos e trinta e poucos anos. Mais da metade dos profissionais tinha entre seis e dezoito meses de trabalho no CME do hospital pesquisado quando iniciei a pesquisa de campo, mas, apesar da pouca experiência nesse hospital, muitos já tinham trabalhado em outros locais, mesmo que por pouco tempo. Segundo a coordenadora do CME, o hospital estava preferindo contratar técnicos com pouca ou nenhuma experiência para treiná-los de acordo com as necessidades do hospital.

Havia poucos profissionais antigos trabalhando no CME, somente seis deles trabalhavam lá há mais de três anos e a maioria destes atuava no turno da noite.

Estas informações são baseadas nas entrevistas informais que realizei com os profissionais, pois, apesar do meu pedido, o hospital não informou a data de nascimento e nem o tempo de serviço dos profissionais para que eu pudesse apresentá-los nesta seção. De qualquer forma, acredito que números exatos não são relevantes para a análise dos fenômenos e, tão pouco, para a compreensão os resultados deste estudo, sendo suficiente para estes objetivos as informações acima descritas.

3 EIXO TEÓRICO NORTEADOR

Nesta seção, abordo o eixo teórico da aprendizagem baseada em práticas, a qual será mais aprofundada sob a abordagem da estética organizacional escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa. Este capítulo contempla importantes considerações acerca da aprendizagem organizacional, da abordagem baseada em práticas e da teoria estética a fim de preparar o leitor para a apresentação dos dados empíricos. As temáticas apresentadas aqui não foram esgotadas e serão aprofundadas no decorrer da análise dos dados, articulando a literatura aos resultados da pesquisa.

A opção por um capítulo mais sucinto para a revisão bibliográfica busca tornar a leitura desse texto mais agradável e fluída, apresentado inicialmente ao leitor os principais conceitos dos eixos teóricos abordados para, posteriormente, aprofundar a discussão teórica ao longo da análise dos dados. Essa forma de abordar a literatura evita as longas seções de revisão de teoria que tentam, inutilmente, esgotar as temáticas e tornam a leitura cansativa e monótona (ALVES-MAZZOTTI, 2006). Além disso, articular a literatura com a análise dos dados pode evitar que o leitor retorne várias vezes à revisão teórica na tentativa de compreender o que está sendo estudado, tendo, assim, maior facilidade para apreciar os conceitos e o que foi observado em campo (*op. cit.*).

3.1 PERSPECTIVAS DA APRENDIZAGEM NAS ORGANIZAÇÕES

O interesse pelos estudos sobre aprendizagem organizacional (AO) vem crescendo muito nas últimas décadas. As publicações sobre o tema envolvem pesquisas com diferentes enfoques. Antonello e Godoy (2011), ao revisarem a literatura sobre o tema, identificaram que, no Brasil, “os conceitos predominantes recebem forte influência da abordagem da administração científica tradicional” (ANTONELLO; GODOY, 2011, p. 34) e contemplam diversos campos teóricos como os da psicologia, sociologia, antropologia, ciência política, economia, ciência da administração e perspectiva histórica. Esta multiplicidade é bastante apropriada para

um campo como o da administração, formado por diversas disciplinas que coexistem e cooperam nos estudos organizacionais.

A aprendizagem organizacional sob a perspectiva da ciência da administração também deriva de grande diversidade teórica, o que resulta em diferentes abordagens sobre o tema. Antonello e Godoy (2011) identificaram seis grandes perspectivas, presentes nas publicações da área, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - As diferentes perspectivas em AO na ciência da administração

Perspectiva	Definição	Autores
Cognitiva e do Conhecimento	A aprendizagem organizacional pressupõe a aprendizagem individual. A base da AO está na acumulação de conhecimento que ocorre de maneira cognitiva.	Argyris; Schön; Slater; Narver; Huber; Nonaka; Konno; Fiol; Lyles; Garvin.
Tomada de decisão organizacional e da adaptação	As organizações são adaptáveis. Os indivíduos são instrumentos para adaptação às mudanças nas rotinas (regras, procedimentos, estratégias, tecnologias) e a respostas a outras organizações.	Cyber; March; Levitt
Teoria de Sistemas	A AO está relacionada à solução de problemas em potencial. À medida que se reduz a complexidade de um sistema, conhecendo suas características e relações dinâmicas, é possível intervir adequadamente. A aprendizagem consiste em conhecer o sistema e suas relações dinâmicas e complexas com os demais sistemas sociais.	Forrester, Senge; Morecroft; Ulrich; Probst.
Cultural	Duas vertentes: a) mudança nas rotinas defensivas – no contexto cultural das organizações, existem mecanismos de defesas relativos a processos de aprendizagem; b) perspectiva cultural (âmbito coletivo) como complementação à perspectiva cognitiva (âmbito individual). A AO é compreendida como um processo no qual um grupo adquire experiências que lhes permitem desempenhar suas atividades coletivas.	a) Argyris; Schein. b) Cook, Yanow.
Aprendizagem na Ação	AO voltada para a melhoria do desempenho organizacional. A aprendizagem ocorre na experiência em ação e o conhecimento tácito é considerado um elemento importante.	Argyris; Schön; Kolb; Nevis; Dibella; Gould; Revans; Pedler; Bourgoyne; Boydell.
Estratégia/Gerencial	O foco está na heterogeneidade da aprendizagem entre as organizações. A organização que aprende mais rápido terá vantagens competitivas frente a suas concorrentes. Os gerentes são fundamentais para a criação de um ambiente de aprendizagem, identificação de problemas e tomada de decisão.	Sullivan; Nonaka; Grant.

Fonte: elaborado com base em Antonello e Godoy (2011).

Estas perspectivas destacam-se por possuir um viés cognitivista e pragmático muito valorizado no ambiente organizacional, com exceção do proposto por Cook e Yanow (1993). A análise crítica de Antonello e Godoy (2011) mostra quatro questões fundamentais a serem discutidas nas futuras pesquisas sobre AO, ainda não satisfatoriamente discutidas nas perspectivas mencionadas no Quadro 1. A primeira está relacionada ao nível de aprendizagem, o qual sempre ocorre em contexto interpessoal, pois o indivíduo que faz parte de um grupo social ou de uma organização está sempre em interação com ele próprio, com outros indivíduos ou objetos (TSOUKAS; CHIA, 2002). A segunda refere-se à neutralidade da meta, a qual indica que a aprendizagem não é, necessariamente, algo bom, podendo ser vista como boa ou ruim. A terceira relaciona-se com a noção de mudança, desvinculando aprendizagem de mudança comportamental, pois a mudança não ocorre de maneira cíclica e organizada na forma de *inputs* e *outputs*, mas de modo constante e inerente à ação humana, presente nos micro e macro processos (TSOUKAS; CHIA, 2002). A quarta questão põe em foco a natureza processual da aprendizagem, analisando a AO como um processo aberto que sempre está e sempre estará acontecendo.

Frente a estas questões, Antonello e Godoy (2011) sugerem, entre outras, a corrente da aprendizagem baseada em práticas como alternativa para os estudos sobre aprendizagem organizacional, por ser capaz de analisar a maioria das questões anteriormente levantadas. Esta abordagem considera a aprendizagem como um fluxo contínuo, que ocorre nas práticas sociais, nas quais os indivíduos agem e interagem com os demais sujeitos e objetos em determinado contexto (ANTONELLO; GODOY, 2009; NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003), sendo compreendida como um fenômeno genuinamente coletivo.

3.2 APRENDIZAGEM BASEADA EM PRÁTICAS

Com o intuito de transpor as linhas de pensamento cognitivista e pragmáticas, a aprendizagem baseada em práticas propõe uma abordagem mais crítica e analítica, considerando a aprendizagem e o conhecimento como um processo

(NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003) no qual mente e corpo, pensar e agir, indivíduo e organização não são tratados de forma dicotômica (GHERARDI, 2000).

A perspectiva da aprendizagem baseada em práticas está preocupada em compreender como o conhecimento é produzido ou transformado, através da ação dos sujeitos. O foco está naquilo que as pessoas efetivamente fazem, como elas fazem e sob quais condições. O fazer é mais do que o ser e a realidade é experienciada (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003). O mundo, no qual os indivíduos vivem, é construído a partir de suas experiências, de suas relações com os demais sujeitos e artefatos (materiais e simbólicos), os quais participam ativamente das práticas, sem ficar em posição secundária (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003; STRATI, 2007; ANTONELLO; AZEVEDO, 2011), e do contexto temporal, geográfico e relacional no qual estão inseridos.

Considerando a importância da ação e da noção de fluxo de aprendizagem, o *knowing* faz parte dos conceitos fundamentais desta abordagem (GHERARDI, 2006). Grande parte dos estudos brasileiros que utilizam esta linha de pesquisa opta por não traduzir o termo, provavelmente para manter o sentido de continuidade que a terminação '*ING*' pode conferir aos verbos na língua inglesa. Outras palavras como *learning* e *doing* também são, alguma vezes, utilizadas na língua inglesa para enfatizar a ideia da ação em fluxo contínuo, como algo que está em determinada forma, em determinado momento, mas que pode não ter sido sempre assim e também poderá vir a ser diferente no futuro (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003). O sentido do *knowing*, contudo, ultrapassa o sentido de continuidade da ação, pois ele é a própria ação (COOK; BROWN, 1999). Ele faz parte do sistema de práticas e "está indissolivelmente ligado às circunstâncias em que foi adquirido" (ANTONELLO; AZEVEDO, 2011, p. 106), é provisório, e está em constante reconstrução.

Além das ações, esta abordagem discute o papel da linguagem e de outros artefatos culturais e materiais em práticas situadas em um mundo socialmente construído (GHERARDI; NICOLINI, 2000; GHERARDI, 2006; NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003). A análise da linguagem pode auxiliar muito nos estudos baseados em práticas, pois consiste em uma prática social limitada por determinada realidade – a linguagem é contexto-dependente – e que também delimita esta mesma realidade, uma vez que a linguagem expressa somente parte da realidade (WEICK; WESTLEY, 2004). A linguagem merece especial atenção, pois

não se trata de uma prática privada, mas de uma prática social, visto que “os termos linguísticos surgem a partir da prática social da construção de significado” (GHERARDI, 2006, p. 23). Aqueles que participam desta prática também compartilham a mesma forma de vida, a qual é requisito para a compreensão e transmissão da linguagem (*op. cit.*).

A noção de prática passa a enfatizar a natureza holística do fenômeno, como um fluxo contínuo de múltiplas, contínuas e interconectadas práticas (ANTONACOPOULOU, 2006). Na história do desenvolvimento científico, a literatura apresenta diferentes conceitos epistemológicos para práticas. Para o marxismo, por exemplo, prática é atribuída a uma força emancipatória, enquanto, no cartesianismo, carrega a noção de reflexão individual e separação entre mente e corpo (GHERARDI, 2000). Existem diferentes conceitos de práticas. No presente estudo, prática é definida como conhecimento (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003), como um sistema de atividades no qual o conhecimento não é separado do fazer, o *knowing* é indissociável do *doing* (GHERARDI, 2000). Esta concepção sugere que o conhecimento está incrustado na ação cotidiana e não nas mentes ou até mesmo em corpos como competências deslocadas. Este conceito de práticas coloca em xeque o dualismo criado entre mente e corpo, ação e estrutura, humano e não humano, buscando compreender a coexistência dos elementos sem estabelecer dicotomias ou relações de causa e efeito (GHERARDI, 2012a).

As práticas não devem ser vistas como algo possível de delimitar, pois são dinâmicas, espaciais, temporais e provisórias, elas se interconectam e podem, inclusive, ultrapassar os limites organizacionais (*op. cit.*). Por seu caráter dinâmico e provisório, as práticas, simultaneamente, são ordem e desordem. Em seu fluxo, elas são constantemente negociadas e renegociadas, o que propicia certa normatização, a qual não deve ser confundida com prescrição das práticas (como elas devem ser), mas indica quais práticas são julgadas boas em determinado contexto social (*op. cit.*). Esta normatização sustenta as práticas e indica como a sociedade se reproduz através delas. A ordem e a desordem sociais através das práticas são analisadas por Certeau (1998). Segundo este autor, as práticas cotidianas, ao mesmo tempo em que desviam do objetivo de uma sociedade disciplinar organizada através das estruturas, criam sua própria ordem, agindo, no sistema, pelas brechas e possibilitando novo arranjo social. Esta noção é importante para a compreensão do processo de aprendizagem que ocorre nas práticas, pois possibilita entender que,

apesar de muitas organizações tentarem prescrever e controlar a aprendizagem de seus trabalhadores, isso não é possível, visto que os indivíduos agirão nas lacunas do sistema através de práticas que julgarem apropriadas naquele grupo social.

A abordagem da aprendizagem baseada em práticas possibilita examinar o processo emergente de conexão entre atores, sistemas, processos e artefatos - um processo dinâmico que se distingue da concepção estática de uma aplicação de rotinas para uma realidade preexistente. Nesta abordagem, o conhecimento e a aprendizagem são assumidos como *knowing* e *learning* (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003; GHERARDI, 2006) por seu caráter processual e social contrapondo-se às noções superficiais dos estudos com visão utilitarista, pragmática e funcionalista, que consideram como aprendizagem a aquisição/estoque de conhecimento (ANTONELLO; AZEVEDO, 2011) e desconsideram, em sua produção, o poder de agência dos indivíduos e demais elementos não humanos.

Os estudos nesta linha de pesquisa não representam uma teoria unificada e bem delimitada. Apesar da noção de prática e de *knowing* ser o cerne desta abordagem, os focos de análise das relações diferem um do outro. Gherardi (2006) sugere a contextualização dos estudos baseados em práticas em cinco eixos principais: abordagem cultural e estética; teoria da aprendizagem situada; teoria da atividade; teoria ator rede; estudos no ambiente de trabalho¹⁵. No presente estudo, considerando o que foi observado em campo até o presente momento, optei pelo uso da abordagem cultural e estética, com ênfase à abordagem estética. A perspectiva cultural e a perspectiva estética apresentam algumas ênfases distintas. Embora ambas tratem o conhecimento como algo socialmente construído nas relações, a abordagem cultural destaca a cultura como uma prática, na qual significados coletivos são mantidos e transmitidos (GHERARDI, 2006), propiciando a ocorrência do *knowing*. A abordagem estética ressalta as sensações e os sentimentos produzidos nas relações (*op. cit.*), conferindo à cultura caráter de artefato organizacional.

¹⁵ Ver em Silvia Gherardi *Organizational Knowledge: the texture of workplace learning* (2006).

3.3 ESTÉTICA ORGANIZACIONAL

A teoria da estética organizacional foi incluída no eixo teórico deste projeto devido às experiências por mim vivenciadas nas visitas iniciais de exploração do campo. Ainda nas primeiras conversas com os profissionais, enquanto eles me explicavam o trabalho que estavam realizando, muitos me convidaram a experimentar as sensações advindas dos sentidos de audição, visão e tato, para que eu pudesse compreender a tarefa que estava sendo desempenhada. Percebi que meus sentidos eram aguçados quando os profissionais me diziam “veja como não é sangue, a cor é mais rosada”, “sinta como não está mais quente, quando estiver nesta temperatura já podemos guardar”, “quando você ouvir este sinal pode abrir a porta da máquina”.

Além dos sentidos perceptivos, também experimentei sensações e sentimentos como dores no corpo, enjoo, medo e repulsa. Estas sensações estavam todas relacionadas à minha experiência em campo, à minha tentativa de aprender e compreender o processo de trabalho daqueles profissionais. Tive oportunidade de conversar com alguns trabalhadores sobre estas sensações e perceber que algumas são comuns a todos, e podem, ou não, deixar de ser percebidas com o transcurso do tempo. Desde as primeiras inserções em campo, senti que as experiências estéticas são parte do cotidiano de trabalho no CME, determinando a maneira como as pessoas se relacionam umas com as outras e com os demais elementos do campo.

3.3.1 A teoria estética organizacional

A estética, no que diz respeito à vida nas organizações, se refere a uma forma de conhecimento fornecida pelas faculdades perceptivas de audição, visão, tato, olfato e paladar, e pela capacidade de fazer juízo estético. O juízo estético permite avaliar se algo corresponde ou não ao nosso gosto, se nos envolve, nos repugna ou nos deixa indiferentes, ou ainda se está conectado aos sentimentos que nos cercam em determinado contexto. Nos estudos organizacionais, a estética

auxilia na compreensão de como os atores organizacionais e o pesquisador compreendem a vida na organização, através da produção de conhecimento que ocorre nas relações do cotidiano e suas características de corporeidade e materialidade providas de sensações. Esta teoria ressalta que a aprendizagem e o conhecimento, nas organizações, não são apenas processos mentais e lógico-analíticos, mas também corporais e multissensoriais, os quais não ocorrem separados uns dos outros.

Até pouco tempo atrás os estudos sobre as teorias organizacionais representavam as organizações de forma idealizada (STRATI, 2007), as privando de suas características materiais e corporais. O racionalismo utilitário consagrou-se como corrente dominante nos estudos organizacionais, impondo uma visão lógico-racional que se consolidou a partir da segunda metade do século XVIII, como efeito da revolução industrial, sendo fortalecida pela revolução científica e pelas ciências naturais (GAGLIARDI, 2001). Em meados da década de 1970, porém, alguns estudiosos voltaram sua atenção para a importância dos aspectos simbólicos e a influência subjetiva da cultura, abrindo caminho para o estudo da dimensão estética nas organizações. Segundo Leal (2005), o estudo da subjetividade se desenvolve pela influência de diversas escolas como fenomenologia, simbolismo, cognitivismo e etnografia, as quais evidenciam o processo cognitivo pelo qual o indivíduo dá sentido ao fluxo de experiências vividas.

A estética ainda é um tema pouco explorado nos estudos organizacionais e conta com poucas publicações especializadas. Destacam-se, nesta temática, os estudos de Strati (2007), que destaca a importância da estética como forma de conhecimento e elemento fundamental na vida cotidiana das organizações. Apesar de não representar uma ontologia forte, o conceito da estética organizacional permite entender a aprendizagem dinâmica que ocorre no fluxo das práticas de trabalho, no dia a dia organizacional (STRATI, 2007).

3.3.2 O conhecimento a partir das sensações

A teoria estética aparece como forma de compreensão dos fenômenos que se manifestam no dia a dia organizacional e que são componentes da cultura e da

simbologia da organização. A estética propõe a compreensão destes fenômenos através do uso das faculdades sensoriais e pela capacidade de fazer juízo estético que cada indivíduo possui.

As faculdades sensoriais e perceptivas são ativadas na imaginação do sujeito que busca compreender o fenômeno organizacional. Cada indivíduo, de acordo com suas faculdades sensoriais, produzirá um sentimento em relação ao fenômeno que não pode ser compreendido pelo juízo intelectual (STRATI, 2003). O sentimento é a qualidade expressiva intrínseca aos fenômenos estéticos, mas “o estudo da estética nas organizações não examina as causas do sentimento, porque o sentimento não é um efeito independente, distinto e separado dos eventos organizacionais de que se fala” (STRATI, 2007, p. 273). Busca-se apreender o sentimento em seu ‘ser em uso’, no interior dos eventos e da relação entre os membros da organização.

Para compreender melhor o que isso significa, faz-se necessário esclarecer no que consiste o juízo estético. Strati (2007) relaciona o juízo estético a um sexto sentido, que corresponde à avaliação da ação organizacional por parte do sujeito cognitivo, revelando uma propriedade do que a organização representa para este sujeito, ou seja, “como esse sujeito representa a organização para si mesmo” (Strati, 2007, p. 165). Esta representação está ligada ao sujeito, é uma representação subjetiva, relativa ao sentimento do sujeito em relação ao objeto. O juízo estético não revela uma propriedade da organização, como ela é de fato, mas a forma pela qual é percebida pelo sujeito. Não significa a projeção arbitrária da subjetividade do sujeito, como inicialmente se pode pensar, mas algo que surge de sua relação com o meio organizacional.

Uma das maneiras mais importantes de o sujeito perceber a organização é através dos artefatos organizacionais. “Os artefatos constituem a representação mais fiel da identidade cultural de uma organização, de sua cultura material, de sua paisagem simbólica, de suas formas de controle” (STRATI, 2007, p. 242). Gagliardi (2001) acrescenta que os artefatos convertem uma organização em realidade tangível - um ‘lugar’ -, repleta de elementos não humanos¹⁶ (STRATI, 2007), os quais influenciam a vida corporativa de maneira que podem favorecer, obstruir ou prescrever a ação organizacional, podendo, ainda, influenciar a percepção da

¹⁶ Antonio Strati não faz distinção entre os termos artefato e não humano, em suas obras sobre a Teoria da Estética Organizacional. Assim como Strati, nesse estudo, tais termos são utilizados como sinônimos em referência aos elementos materiais e imateriais que produzem efeitos na realidade organizacional (RECKWITZ, 2002a).

realidade a ponto de delinear crenças, normas e valores culturais (GAGLIARDI, 2001, p. 132) e tornar o controle organizacional sensorialmente perceptível, constituindo também uma forma de controle (STRATI, 2007). São exemplos de artefatos: equipamentos, móveis, identidade visual organizacional, marca da organização, localização geográfica.

Quando um ou mais indivíduos decidem pela escolha de um artefato, tomam essa decisão com base em faculdades perceptivas e sensoriais, pois é por meio delas que conhecem o artefato e o julgam. Um excelente exemplo utilizado por Strati (2007) melhor explica esta relação. Quando se escolhe a cadeira – artefato - a ser adquirida para a sala do presidente de uma organização, dificilmente esta escolha estará baseada unicamente na ontologia da cadeira (o fato de servir para alguém sentar), muito provavelmente as faculdades sensoriais serão empregadas nesta escolha para decidir pela cadeira mais bonita, mais confortável, que combine com o ambiente e que represente toda a autoridade e prestígio do presidente. Tanto o artefato quanto o prazer que ele provoca, ou o sentimento de beleza que suscita, são produtos culturais (*op. cit.*). Através dos artefatos, se pode compreender o cerne de uma cultura, aquilo que os indivíduos não desejam ou não conseguem comunicar, ao menos em palavras. É possível também compreender coisas sobre as quais os atores mentem ou não conseguem ser sinceros, mesmo quando querem (GAGLIARDI, 2001).

Compreender a estética, no cotidiano da organização, exige levar em conta os elementos não humanos que, junto com os humanos, constituem os sujeitos da ação organizacional (STRATI, 2007). A compreensão estética não busca uma definição metafísica da organização, pois suas premissas teóricas repousam sobre a própria finitude da compreensão estética. Ela diz respeito à corporeidade das pessoas que atuam nos ambientes organizacionais, uma vez que se baseia nas faculdades sensoriais e no juízo estético que elas são capazes de exercer. Estas faculdades são materiais e socialmente construídas. Elas se diferenciam de indivíduo para indivíduo, permitindo o surgimento ou desaparecimento de formas diferentes de conhecimento organizacional (STRATI, 2008).

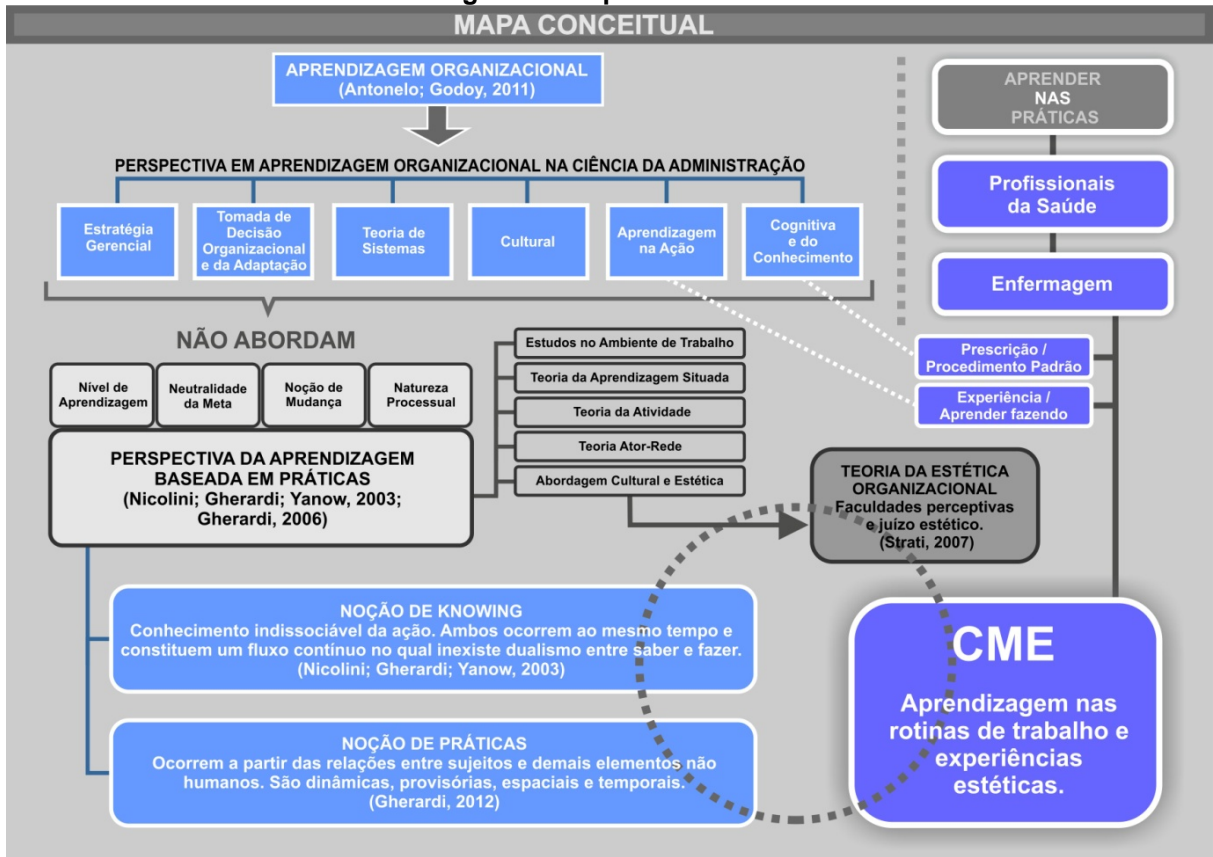
A compreensão estética da vida organizacional enfatiza o conhecimento tácito, aquele conhecimento intransferível que sabemos pôr em prática, mas não sabemos explicar como (COLINS, 2001). Consiste no conhecimento que os indivíduos podem inferir pelas faculdades sensoriais de seu corpo, sem serem

capazes de dizer como isso acontece. É o conhecimento no qual o indivíduo compreende, por si mesmo, o que fazer, pois “sentir, compreender e saber estão entremesclados em seu ser-em-uso na organização” (STRATI, 2007, p. 145). O conhecimento tácito não é algo criado pela organização, pois é algo produzido nas faculdades sensoriais do indivíduo, permanecendo uma característica da pessoa, embora seu refinamento seja facilitado ou obstruído pela organização, à medida que os indivíduos se relacionam, negociam e recriam a vida organizacional através das práticas (STRATI, 2003).

A relevância da estética organizacional está na compreensão do conhecimento prático, o qual é socialmente construído (STRATI, 2008), sustentado pelas relações entre indivíduos e artefatos e percebido pelas faculdades sensoriais e pelo juízo estético próprios de cada um. Assim, a estética se coloca à disposição dos pesquisadores para auxiliar na compreensão do conhecimento que emerge das práticas de trabalho da vida nas organizações, sob a ótica relacional do processo de aprendizagem.

3.4 MAPA CONCEITUAL

Figura 1 - Mapa Conceitual



Fonte: Elaborado pela autora

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção, descrevo os procedimentos metodológicos que utilizei no desenvolvimento desse estudo, considerados por mim os mais apropriados para alcançar o objetivo principal de pesquisa, a qual consiste na compreensão, sob a perspectiva da aprendizagem baseada em práticas, do processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam em um CME. Tendo em vista que esta abordagem considera a aprendizagem um fenômeno social, entendo que o emprego da pesquisa qualitativa seja o mais adequado em função da natureza do evento em estudo. A pesquisa qualitativa implica a tentativa de compreender os significados revelados e construídos pelos sujeitos da pesquisa em seu contexto social, e não através dos significados e contexto do pesquisador (MERRIAM, 1998). Neste estudo, busco conhecer como ocorre o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem através de suas experiências e daquilo que percebem sobre o contexto e sobre as relações à sua volta, sempre com base no entendimento de que a realidade é socialmente construída através da interação entre indivíduos e seu mundo social (*op. cit.*).

Os quatro tipos de desenhos de pesquisa qualitativa mais usados para conduzir estudos sobre enfermagem são a fenomenologia, a teoria fundamentada nos dados, a investigação narrativa e a etnografia (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007). Considerando as especificidades da pesquisa etnográfica e sua coerência com a abordagem teórica da aprendizagem organizacional baseada em práticas, considero que este seja o método mais apropriado para o desenvolvimento deste estudo empírico.

4.1 O FAZER ETNOGRÁFICO

O método etnográfico pode ser sintetizado como uma forma de descrever um grupo ou uma cultura (GODOY, 1995; MERRIAM, 1998; ANGROSINO, 2009), possibilitando que o pesquisador se aproxime da realidade dos sujeitos e observe os fenômenos por dentro (VIEIRA; PEREIRA, 2005). Ele é especialmente útil quando

certas situações sociais ou comportamentos ainda não são claramente entendidos (ANGROSINO, 2009).

Através deste método, é possível obter entendimento mais profundo de uma cultura, um grupo, ou uma comunidade específica e, também, a maior imersão do pesquisador através da observação participante, que é sua característica substancial. Esta imersão propicia ao investigador identificar fenômenos que não seriam observados em entrevistas ou pela simples observação (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007; GIL, 2008; ANGROSINO, 2009). Sua essência está em “apreender o ponto de vista dos nativos, seu relacionamento com a vida, sua visão do seu mundo” (MALINOWSKI, 1978, p. 33-34).

A etnografia possibilita experienciar, sentir e se emocionar de forma peculiar, permitindo ao pesquisador a interpretação da experiência de vida do outro (CAVEDON, 2008). Dessa forma, o uso deste procedimento, especialmente pela peculiaridade da observação participante, oportuniza ao pesquisador aproximar-se da dinâmica do grupo social investigado, compreendendo seu cotidiano, suas práticas e suas rotinas.

Estas particularidades fazem da etnografia um método bastante adequado para o desenvolvimento de um estudo sob a perspectiva baseada em práticas, a qual pressupõe que o saber é um processo contínuo e indissociável do fazer. Conforme Merriam (1998, p. 27), “a etnografia é tanto um processo quanto um produto”, pois a pesquisa etnográfica em si é uma ação, um processo do fazer etnográfico, ao mesmo tempo em que a escrita dos achados em campo é um produto.

A etnografia tornou-se popular como método de pesquisa na Antropologia, sendo inicialmente utilizado para estudo das sociedades primitivas e agrárias. Com o passar do tempo e devido ao desaparecimento destas populações, os antropólogos voltaram-se ao estudo da própria sociedade, buscando compreender aspectos de diferentes culturas (CAVEDON, 2008). Nos estudos organizacionais, a etnografia ainda é um método pouco utilizado em favor de outros métodos mais pragmáticos e quantitativos, os quais exigem menos tempo e recursos financeiros no desenvolvimento das pesquisas (*op. cit.*). Todavia, algumas abordagens vêm buscando alternativas para dispender menos tempo no uso do método etnográfico, não pela simples redução de custos e prazos, mas com a finalidade de adequar o método à velocidade com que surgem novas teorias e tecnologias (PINK; TUTT;

DAINTY, 2013). Desta forma, o pesquisador, ao invés de passar longos períodos em campo, buscando aprender sobre o mundo experiencial, social e material dos pesquisados, passa um período mais curto, porém mais intenso, e foca a coprodução de conhecimento (*op. cit.*). A redução do tempo de pesquisa também possibilita a utilização do método por pesquisadores com prazos restritos para o desenvolvimento de seus estudos, como é o caso dos alunos de mestrado que desejam produzir estudos empíricos.

Esta nova forma de produção etnográfica, oportunizando a coprodução de conhecimento entre pesquisador e pesquisados, reconhece a agência do investigador em campo e evidencia suas relações com os sujeitos e os demais elementos. O caráter relacional deste procedimento metodológico proporciona estreita relação do pesquisador com seu campo, fazendo da etnografia uma relevante possibilidade metodológica para a compreensão do processo de aprendizagem que ocorre nas práticas de trabalho. Além da coerência desta metodologia com a abordagem teórica da aprendizagem baseada em práticas, minha escolha pela etnografia ocorreu por esta não ser uma estratégia de pesquisa intervencionista, que visa modificar a realidade em análise, mas um caminho mais respeitoso de compreender o fenômeno estudado e quais elementos restringem ou facilitam sua ação (CAVEDON, 2008). A etnografia, diferentemente dos métodos positivistas, que buscam respostas absolutas e engessadas para as questões do cotidiano, possui característica reflexiva, voltada para uma postura interpretativa da realidade, a qual procurei seguir durante esta pesquisa.

4.1.1 Praticando a etnografia

A característica essencial do método etnográfico consiste na aproximação do pesquisador com seu campo, de maneira a estabelecer relações intensas, as quais não seriam possíveis com o uso de outro método. O que proporciona essa aproximação é a técnica da observação participante ou observação ativa, na qual o pesquisador participa da realidade vivida pelos sujeitos da pesquisa, “o observador assume, até certo ponto, o papel de um membro do grupo” (GIL, 2008, p. 103), não sendo somente um observador passivo que interpreta aquilo que observa. Angrosino

(2009, p. 33) acrescenta que “na observação participante, os membros da comunidade estudada concordam com a presença do pesquisador entre eles como um vizinho e um amigo”. A técnica permite que o pesquisador assuma o papel de ator e se envolva com a situação estudada, possibilitando a compreensão dos eventos desde uma posição bastante próxima à dos sujeitos da pesquisa, o que torna possível uma melhor compreensão da realidade vivida pelo grupo, do comportamento dos indivíduos, assim como das relações que se estabelecem no contexto em análise.

Devido às características das atividades dos profissionais de enfermagem que atuam no CME, neste estudo, a observação participante ficou restrita a atividades que não comprometeram a segurança da equipe ou dos pacientes. As atividades realizadas foram sempre autorizadas e supervisionadas pela equipe de trabalho. As visitas periódicas ocorreram duas vezes por semana, durante seis meses, de oito de março a seis de setembro de 2013, tempo em que pude observar a rotina de trabalho dos profissionais e aprender a executar algumas tarefas. No total, foram cinquenta e uma visitas ao campo, totalizando cerca de trezentas e trinta horas de imersão que renderam cinco diários de campo e mais de seiscentas páginas escritas.

Como no CME o trabalho é contínuo, durante vinte e quatro horas, os técnicos de enfermagem se distribuem em quatro equipes, nos turnos manhã, tarde e noite, além de haver um trabalhador que cumpre o chamado horário intermediário, das 17 horas e 45 minutos às 24 horas (Quadro 2). Os turnos da manhã e da tarde possuem jornada diária de seis horas, respectivamente das 7 horas às 13 horas e 15 minutos e das 13 horas às 19 horas e 15 minutos. Aos domingos e feriados, somente um trabalhador fica de plantão em cada um destes turnos. No turno da noite, existem duas equipes que atuam de acordo com a jornada doze por trinta e seis horas, na qual se trabalha por doze horas e se descansa nas trinta e seis seguintes, incluindo domingos e feriados. Atualmente, no turno da manhã e da tarde trabalham nove técnicos e, no turno da noite, cada equipe é composta por cinco profissionais. O horário dos enfermeiros é diferente do horário dos técnicos, pois os enfermeiros cumprem quarenta e quatro horas de trabalho semanal. De segunda a sexta-feira, o enfermeiro da manhã inicia às 7 horas e sai às 15 horas e 20 minutos; o enfermeiro da tarde inicia às 13 horas e encerra às 21 horas e 20 minutos. Aos sábados, domingos e feriados há uma escala de revezamento entre vários

enfermeiros do hospital que ficam de plantão no centro cirúrgico, dando apoio ao CME em caso de necessidade. A coordenação do CME, no entanto, estuda a possibilidade de contratar mais dois enfermeiros para as equipes da noite, a fim de reorganizar os horários de forma que haja sempre um enfermeiro responsável no setor.

Quadro 2 - Escala de trabalho do CME

	Turno	Número de profissionais	Horário de trabalho	Intervalo	Dias de trabalho
Enfermeiros	Manhã	1	7h às 15h20min	1 hora	Segunda à sexta. Plantões aos sábados, domingos e feriados.
	Tarde	1	13h às 21h20min		
Técnicos de Enfermagem	Manhã	9	7h às 13h15min	15 minutos	Segunda a sábado. Plantões aos domingos e feriados.
	Tarde	9	13h às 19h15min		
	Intermediário	1	17h45min às 24h		
	Noite 1	5	19h às 7h15min Escala 12x36	1 hora	Segunda a domingo
	Noite 2	5			

Fonte: Elaborado pela autora

Os registros das visitas ao campo foram realizados em diários de campo, os quais foram as principais fontes de consulta para análise e da elaboração do desse relatório. O diário de campo me acompanhou desde minha primeira visita ao campo, e nele anotei os eventos observados, as características do ambiente e as sensações e emoções que experienciei ao longo da pesquisa.

A técnica da pesquisa documental também foi utilizada para consultar alguns registros documentais elaborados pelos técnicos durante suas atividades cotidianas, bem como para consultar o manual de rotinas do setor (elaborado por profissionais que aturam ou atuam no hospital) a fim de obter informações auxiliares para compreensão das práticas e análise dos fenômenos. Nas pesquisas científicas, são considerados documentos os escritos que possam contribuir para a investigação de determinado fenômeno (GIL, 2008), os quais, muitas vezes, são de qualidade suficiente para evitar perda de tempo ou constrangimentos nas pesquisas nas quais os dados são obtidos diretamente com pessoas. Para este estudo, que tem como objetivo compreender a aprendizagem que ocorre nas práticas de trabalho, foi importante acessar alguns registros de controle utilizados no CME que fazem parte do desempenho das tarefas cotidianas, e o manual de rotinas, o qual forneceu subsídios sobre os procedimentos padrão desejados pela instituição.

A fotografia também foi utilizada como técnica de pesquisa. A ideia do uso das fotos surgiu a partir da dificuldade que senti para tomar nota no diário de campo de algumas situações as quais envolviam equipamentos e materiais. Percebi que seria muito difícil narrar alguns episódios para leitores que não conhecem o ambiente de um CME ainda que os descrevesse com riqueza de detalhes. Mesmo sem total liberdade para fotografar tudo que eu julgasse interessante, pois precisei respeitar a condição imposta pelo hospital de não fazer registros fotográficos que pudessem identificar os trabalhadores ou a instituição, as imagens certamente contribuirão bastante para a compreensão do leitor sobre as práticas de trabalho no CME. Equipamentos, materiais, ambiente de trabalho, gestos, rotinas e práticas foram capturados para que, além de ilustrar, as imagens pudessem ordenar o texto e as ideias com sua capacidade de pontuar, enfatizar, simbolizar e somar-se à linguagem verbal (SCHWENGBER, 2012).

O caminho metodológico descrito acima foi percorrido ao longo da pesquisa. Quando iniciei este estudo, minha intenção era realizar a observação participante e utilizar as entrevistas como técnica complementar para obter as informações necessárias, tanto que incluí esta possibilidade no TCLE apresentado aos participantes. No entanto, a medida em que a pesquisa foi avançando, percebi que as entrevistas poderiam não resultar em bons resultados naquele campo. Primeiramente, o que me fez refletir sobre o assunto foi a falta de tempo e de um local apropriado para a realização das entrevistas no ambiente de trabalho. No CME do hospital pesquisado, não há um lugar tranquilo e com privacidade para conversar, além disso, os trabalhadores não poderiam afastar-se das suas atividades por muito tempo, sendo necessário agendar com eles fora do horário e do local de trabalho. Como muitos profissionais possuem dois empregos, percebi que não seria fácil conseguir uma brecha nas suas agendas particulares.

A partir dessas reflexões, passei a aproveitar melhor os momentos a sós com os pesquisados durante a rotina de trabalho, buscando nas entrevistas informais um diálogo parecido ao que pretendia nas entrevistas formais. Na maioria das vezes tive sucesso, pois os profissionais aceitaram a conversa e forneceram informações relevantes à pesquisa. Alguns profissionais, entretanto, não tinham a mesma disposição para conversas prolongadas e preferiam as respostas curtas e, às vezes, pouco esclarecedoras, fazendo-me perceber o seu desconforto e fazendo-me sentir desconfortável em insistir em interpelá-los. Assim, com o passar do tempo, percebi

que aqueles profissionais com os quais havia estabelecido uma relação mais amigável e, também, de confiança, haviam produzido nas entrevistas informais um material riquíssimo para a minha análise, assim, as entrevistas formais com estes sujeitos não seriam mais necessárias. Considerando minhas experiências e as observações em campo, também decidi não realizar as entrevistas com os profissionais mais reservados, pois conforme as reflexões de Gastaldo e McKeever (2002) sobre a ética na pesquisa qualitativa, o acesso às informações é negociada entre o pesquisador e o grupo pesquisado, e os sujeitos determinam até onde o pesquisador poderá ir. Eu aceitei os limites impostos e, em respeito àquelas **pessoas**, reformulei minhas técnicas de produção de dados empíricos, afinal o desenho de pesquisa não pode ser fixado *a priori*, ele precisa ser ressignificado quanto ao seu alcance, limites, potência, forma de implantação e implicações éticas (MEYER, 2012) sempre que o pesquisador sentir que é necessário.

4.2 INTERPRETANDO AS PRÁTICAS

Realizei a análise interpretativa dos dados durante todo o desenvolvimento do trabalho de campo e após sua conclusão, pois em um estudo etnográfico, no qual o pesquisador vai a campo para viver a realidade dos pesquisados, é impossível separar a fase de coleta de dados da fase de análise, por ambas ocorrerem simultaneamente. Em um estudo interpretativo, o pesquisador inicia seu processo de interpretação assim que entra em campo (GIL FLORES, 1994), enquanto busca compreender o sistema de significados local e identificar os fenômenos relevantes para seu estudo. Para conhecer a realidade estudada, o investigador precisa interpretar aquilo que observa, buscando se despir do contexto social no qual vive para compreender a realidade do grupo estudado (MAANEN, 2011). É um ato que inicia já nos primeiros contatos com os sujeitos de pesquisa.

O paradigma interpretativista supõe um mundo intersubjetivo, o qual a ciência pode representar com conceitos construídos a partir dos conceitos dos atores. Este paradigma lida com a construção social da realidade e procura descrever os significados, examinar como a realidade objetiva é produzida. A natureza do

conhecimento é a definição das situações produzidas em contextos naturais, a partir da descrição de significados dos membros de um grupo (GEPHART, 1999).

O foco deste tipo de investigação está nos significados: como os indivíduos de um grupo apreendem, entendem e dão sentido aos eventos de um contexto (preocupação com a interpretação) e como esse sentido produz características de muitos outros contextos (preocupação com a reflexividade). A pesquisa interpretativista investiga como os aspectos da sociedade emergem, dependem e são construídos pelo significado subjetivo dos indivíduos e pelos processos intersubjetivos como discursos ou discussões em grupo.

Apesar de Gil Flores (1994) sugerir que, na análise interpretativa, os dados sejam segmentados e divididos em unidades relevantes de análise e que os resultados sejam apresentados em categorias, o relatório desta pesquisa foi escrito na forma de texto etnográfico. Esta forma de escrita considera a presença do investigador no desenvolvimento da pesquisa e me permitiu descrever as experiências que vivi, relatando não somente as práticas de trabalho dos sujeitos de pesquisa, mas também as minhas práticas como pesquisadora.

Neste estudo, contudo, é importante ressaltar que a análise foi realizada com base nos pressupostos clássicos do interpretativismo acima referenciados, mas considerando, também, que o pesquisador nunca está em uma posição completamente neutra diante dos pesquisados e que aquilo que se imprime na pesquisa também é aquilo que o pesquisador foi capaz de compreender e produzir. Não pretendo aqui descrever indivíduos e sua realidade formulando conclusões, mas expressar aquilo que compreendi e apreendi admitindo a provisoriidade do saber e a coexistência de diversas verdades que se articulam (MEYER; SOARES, 2005). “A ‘realidade’ jamais terá apenas uma versão – ela é, ao mesmo tempo, muitas coisas e tem muitas direções” (*op. cit.*).

5 CONHECENDO AS PRÁTICAS

O centro de material e esterilização onde foi realizada esta pesquisa está dividido em quatro seções: Área I (limpeza), Área II (preparo e empacotamento), Área III (esterilização e armazenamento) e OPME (órtese¹⁷, prótese¹⁸ e materiais especiais¹⁹). Em uma visão macro, o CME assemelha-se a uma linha de montagem, os materiais entram pela Área I ou pelo OPME e vão seguindo um percurso de processamento. Este fluxo é unidirecional e visa impedir o cruzamento de artigos sujos com artigos limpos, assim como impedir o trânsito de trabalhadores de áreas sujas para áreas limpas e vice-versa (SOBECC, 2009; OLIVEIRA JÚNIOR, 2012).

A necessidade de fracionamento das tarefas por questões técnicas não impedia que os técnicos de enfermagem conhecessem todo o processo de trabalho do CME, pois eles eram organizados em regime de escala, de modo que revezavam semanalmente pelas diferentes seções do CME. LOPES et. al. (2007) afirma que a rotatividade do trabalhador de enfermagem que atua nessa unidade é algo necessário, já que todas as atividades possuem grande interdependência, influenciando na qualidade dos artigos necessários e capacitando os profissionais de forma global. Os enfermeiros responsáveis pelo CME onde foi realizada esta pesquisa afirmaram que a rotatividade, além de proporcionar o conhecimento integral das atividades do setor, evita que o trabalho se torne monótono e repetitivo, causa de muitas reclamações no passado, quando o revezamento não era realizado.

Apesar do propósito deste estudo não ser a análise dos processos de trabalho, é importante para o leitor conhecer como eles ocorrem para então compreender as práticas de trabalho cotidianas dos profissionais pesquisados. Este capítulo traz minha leitura sobre as rotinas a partir das primeiras visitas realizadas em cada uma das áreas e sob um ponto de vista simplificado, pois nessa primeira apresentação sobre o trabalho no CME pretendo que o leitor compreenda a rotina básica do trabalho para, posteriormente, analisar com mais profundidade as práticas do grupo estudado.

¹⁷ Material permanente ou transitório que auxilie as funções de um membro, órgão ou tecido, cuja colocação ou remoção pode ou não estar ligada a ato cirúrgico (BRASIL, 2011).

¹⁸ Material permanente ou transitório que substitua total ou parcialmente um membro, órgão ou tecido (BRASIL, 2011).

¹⁹ Material que não seja órtese ou prótese e que auxilie em procedimento diagnóstico ou terapêutico, implantável ou não.

5.1 ÁREA I - LIMPEZA

Pode-se dizer que é na Área I onde inicia o processo de atividades do CME. Também conhecida como área suja, é nela que ocorre a limpeza do instrumental utilizado no hospital, e por este motivo é o local mais contaminado do CME. Todos os materiais médico e hospitalares utilizados em procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos ingressam no CME através Área I, onde passam pelos processos de limpeza²⁰ e desinfecção²¹ para depois serem enviados à Área II.

O local é muito contaminado e possui barreiras físicas (paredes) que o separam das demais áreas do CME. O acesso ocorre de duas maneiras, ou pelo centro cirúrgico (por onde chegam todos os materiais provenientes das salas de cirurgia), ou pelo corredor do hospital (onde são entregues os materiais do OPME, centro cirúrgico ambulatorial - CCA, centro cirúrgico obstétrico - CCO, UTI²² Neonatal e andares de internação). Em ambos os acessos, a entrega dos materiais é feita através de guichês para impedir o fluxo de pessoas entre as áreas limpas e sujas do hospital, e pelo mesmo motivo a entrega do material para a Área II, depois de limpo, ocorre através de uma janela que liga estes setores.

Na Área I existem três bancadas de trabalho com pia, mas, geralmente, somente duas são utilizadas concomitantemente. Uma é ocupada pelo técnico de enfermagem responsável pela limpeza dos materiais de propriedade do hospital e dos médicos, e a outra pelo técnico responsável pelos materiais do OPME. Este técnico utiliza a bancada mais próxima à janela de acesso à Área II, pois os materiais de OPME são, em sua grande maioria, bastante pesados²³. Todas as bancadas são compostas por duas cubas, torneiras com água fria e quente, pistola de água pressurizada, pistola de ar comprimido, esponja e escovas variadas. Há

²⁰ Remoção da sujidade visível, orgânica e inorgânica, presente nos materiais (SOBECC, 2009). A falta de limpeza prejudica a esterilização, pois a matéria orgânica impede o contato dos microrganismos com o agente esterilizante (OLIVEIRA JÚNIOR, 2012).

²¹ Processo físico ou químico que visa à eliminação de microrganismos (SOBECC, 2009).

²² Unidade de tratamento intensivo.

²³ Estes materiais, na sua grande maioria, são mantidos em caixas de metal que os protegem durante o transporte de um hospital para outro. Eles são mantidos nas caixas durante a esterilização e assim são enviadas à sala de cirurgia.

também duas lavadoras ultrassônicas²⁴ que auxiliam no processo de limpeza dos materiais.

Foto 1 – Bancada de trabalho da Área I



Fonte: Fotografada pela autora

Todos os profissionais que atuam no CME precisam usar roupas próprias fornecidas pelo hospital (calça e blusa), proteção descartável para os pés e touca. Além desses artigos, aqueles trabalhadores que atuam na área de limpeza também precisam utilizar EPIs²⁵ específicos, tais como luvas de borracha antiderrapantes, óculos de proteção para os olhos e avental plástico impermeável. O uso de protetor auricular também é exigido quando utilizadas máquinas e equipamentos que produzam ruídos excessivos²⁶. Todos esses cuidados são para proteger a saúde do trabalhador e para evitar a contaminação das áreas limpas do CME.

5.1.1 Desvendando a Área I

O meu primeiro dia de observação na Área I demorou um pouco para acontecer. O fato desta ser a área mais contaminada do setor fazia com que eu não me sentisse pronta para entrar lá. Nas primeiras conversas com os profissionais,

²⁴ Equipamento que auxilia na limpeza, principalmente daqueles instrumentais que possuem frestas e cânulas, através de sistema cavitação o qual produz bolhas que dispersam os resíduos aderidos aos instrumentais através de ondas ultrassônicas (SOBECC, 2009).

²⁵ Equipamentos de proteção individual.

²⁶ Conforme Norma Regulamentadora nº 15 do Ministério do Trabalho e Emprego.

eles explicaram de forma geral o funcionamento do CME e apresentaram a Área I como a área suja ou contaminada. Em suas falas, aquilo era somente mais uma característica que fazia parte da descrição das suas atividades, mas para mim era mais do que uma simples informação, significava algo desconhecido, um risco ao qual eu não havia me exposto até então. Alguns técnicos aconselhavam-me a iniciar as observações pela Área I, pois era lá que o processo de limpeza iniciava e, segundo eles, seria mais fácil para eu entender o funcionamento do CME se começasse por ela.

Sabia que eles estavam certos, mas minha falta de conhecimento sobre o CME, principalmente sobre os riscos de contaminação e como evitá-los, fizeram-me protelar. Somente na quinta visita ao campo, após observar de longe o trabalho na área suja e perceber que os técnicos de enfermagem não demonstravam medo enquanto trabalhavam lá, me senti preparada para acessar o local. Aproximei-me da entrada e perguntei através do guichê às duas técnicas que trabalhavam nas bancadas se poderia acompanhar o trabalho delas. Elas consentiram com o olhar e Lisandra me disse “coloca um avental e mais um propé²⁷ que o chão tá meio molhado” (Diário de Campo). Obedecendo às suas orientações, reposicionei a máscara de proteção que estava em meu pescoço sobre a boca, vesti o avental de mangas compridas, calcei as proteções para os pés e, também, um par de luvas de látex. Lisandra não me disse para calçar as luvas, mas como todos utilizam luvas de borracha, senti que precisava me proteger caso tivesse que tocar em alguma coisa. Em seguida, empurrei a porta para adentrar, o primeiro pensamento que veio à minha mente foi que tomei a decisão certa sobre as luvas, pois a maçaneta poderia estar contaminada. Entrei devagar, olhando tudo ao meu redor, inclusive o chão sobre o qual havia muitos respingos de água dos quais eu tentava desviar sem muito sucesso. Minha sensação era de medo e insegurança. Em pensamento, eu perguntava a mim mesma: será que posso ficar doente caso toque em algo contaminado? Será que posso levar para minha casa alguma contaminação? Por que os profissionais trabalham com os braços à mostra? Não deveriam estar com o corpo todo coberto e protegido?

Naqueles primeiros instantes preferi não fazer muitas perguntas, queria observar o trabalho e ver se conseguiria compreendê-lo. Depois de algum tempo

²⁷ Este é o nome utilizado pelos profissionais para se referirem à proteção descartável para os pés.

observando, percebi que os profissionais não executam exatamente os mesmos procedimentos com todos os materiais, alguns eram colocados de molho, outros lavados em água corrente, outros iam para a lavadora ultrassônica. Como não conhecia os instrumentos, precisei perguntar sobre os critérios utilizados para lavar os materiais, pois não consegui compreender a lógica utilizada.

Lisandra começou explicando que não coloca todos os materiais na lavadora ultrassônica, pois não dá tempo de esperar que todos fiquem na máquina pelo tempo recomendado de 10 minutos. Segundo ela, a quantidade de materiais que precisa ser lavado com rapidez é muito grande, por isso opta em colocar na lavadora somente aqueles mais sujos, deixando de molho nas bacias os menos sujos. Samanta, que lavava os materiais de OPME, completou dizendo: “se eu vejo que o material está limpo, só dou uma lavada, assim evito molhar todos os equipamentos grandes e delicados, mas isso depende de cada um” (Diário de Campo).

Nessa primeira conversa, pude perceber que não existe uma rotina rígida a ser seguida, pois os técnicos decidem de que forma o material será lavado de acordo com a própria percepção do que está mais ou menos sujo e, também, com o volume de trabalho a ser vencido.

Quando o material sujo chega trazido pelos profissionais dos demais setores do hospital, estes registram o que estão entregando em planilhas de controle que ficam nos guichês. Em seguida, o técnico da Área I confere o material e decide se o material vai aguardar “na fila” para ser lavado ou se deve ser priorizado. Normalmente, são prioridades os instrumentos particulares dos médicos e as bandejas²⁸ de instrumental cirúrgico que o hospital possui em número reduzido. Os materiais dos médicos têm prioridade, pois eles podem precisar levá-los para outro local fora do hospital e as bandejas podem ser necessárias em situações de emergência.

A primeira etapa da lavagem do material consiste em colocar os artigos na lavadora ultrassônica ou em bacias onde ficarão submersos em uma solução de detergente enzimático²⁹ por cerca de dez minutos. Após este tempo, os materiais

²⁸ A bandeja corresponde a um conjunto de instrumentos cirúrgicos específicos para determinada cirurgia dispostos de forma organizada em uma bandeja metálica que os protege e facilita o transporte. Existem diversos tipos de bandejas que recebem um nome de acordo com o tipo de cirurgia na qual serão usadas. São exemplo de bandejas as bandejas de traumatologia (usadas em cirurgias de traumatologia), bandejas de cesárea (utilizadas em cesarianas), bandejas básica I (conjunto básico utilizadas em quase todas as cirurgias), etc.

²⁹ Detergente específico para remoção de matéria orgânica (SOBECC, 2009) como sangue, restos mucosos, fezes, vômito, entre outros.

são lavados manualmente com auxílio de esponja, escovas e, se necessário e de acordo com o tipo de instrumental, água pressurizada e ar comprimido. Após serem lavados os materiais são dispostos nas bandejas e colocados em uma secadora própria (Foto 2) para este fim. Quando secos, são passados para a Área II através de uma janela que dá acesso àquela área.

Foto 2 – Secadora



Fonte: Fotografada pela autora

A rotina na Área I não é a mesma nos diferentes turnos de trabalho. No turno da manhã, que inicia às 7 horas, os técnicos precisam aguardar até que as primeiras cirurgias do dia (geralmente agendadas para iniciarem às 6 horas) terminem para que o material utilizado seja enviado para a lavagem. Assim, o trabalho na Área I costuma iniciar por volta das 9 horas e, enquanto isso, quem está escalado para atuar naquela área auxilia no trabalho da Área II. Durante o turno da tarde, que inicia às 13 horas, o trabalho na Área I já está em pleno desenvolvimento - quando os trabalhadores iniciam o turno, normalmente, há materiais aguardando para serem lavados. O mesmo acontece na passagem do turno da tarde para o turno da noite, às 19 horas. O trabalho nesta área encerra somente após todos os materiais das cirurgias realizadas no dia estarem limpos. A agenda do hospital permite que as cirurgias sejam agendadas até às 23 horas, assim por volta da 1 hora da manhã³⁰ o material costuma estar todo limpo e os profissionais que atuam na Área I deslocam-se para auxiliar nas demais áreas.

³⁰ Este horário pode variar bastante de acordo com os tipos de cirurgias agendadas e com as demandas de urgência e emergência do hospital. Em uma das vezes que acompanhei o trabalho no turno da noite, o profissional da Área I finalizou a limpeza após 3 horas da manhã.

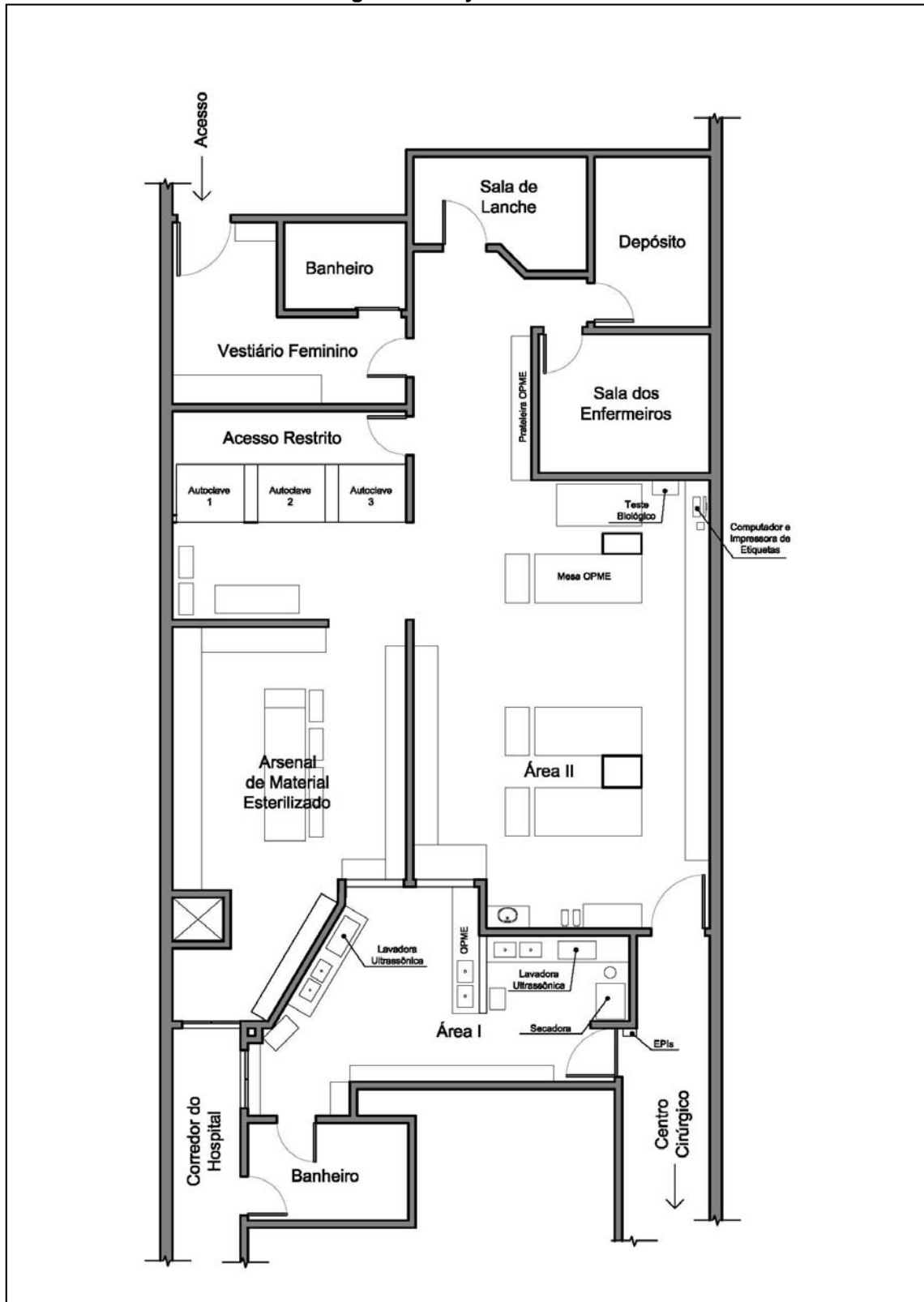
5.2 ÁREA II – INSPEÇÃO, PREPARO, EMPACOTAMENTO E IDENTIFICAÇÃO

Pode-se dizer que a Área II é a seção intermediária dos processos do centro de material e esterilização, onde ocorrem a verificação, o preparo e o empacotamento do material antes da esterilização. Os profissionais recebem os materiais limpos e secos da Área I e realizam diversos procedimentos com o objetivo de deixá-los prontos para a esterilização.

A Área II está localizada no centro do processo, tanto no que se refere ao fluxo de trabalho quanto no que se refere ao espaço físico. Localiza-se entre as Áreas I e III e também tem acesso às salas dos enfermeiros, de lanche e ao vestiário feminino, o qual é o principal acesso de pessoas ao CME. O local é bastante amplo e nele existem três mesas grandes com, aproximadamente, dois metros de comprimento e um metro de largura. A mesa mais próxima da Área III é utilizada prioritariamente pelo OPME, sendo as outras duas utilizadas somente para os trabalhos da Área II (Figura 2). Junto às janelas, há uma bancada de apoio onde ficam um computador, uma impressora de etiquetas, duas seladoras e outros materiais de necessários à execução do trabalho. Na parede do lado oposto às janelas existe uma grande prateleira onde são armazenadas as roupas³¹, tanto aquelas que chegam da lavanderia para serem preparadas para a esterilização quanto aquelas que já foram embaladas e aguardam a esterilização.

³¹ Os profissionais do CME chamam de roupas os materiais de tecidos como aventais e campos cirúrgicos de diferentes tamanhos. Os campos cirúrgicos são tecidos utilizados ao redor do local da operação sobre um paciente para isolar o espaço da cirurgia e formar uma barreira, deixando à mostra somente a parte que sofrerá a intervenção cirúrgica.

Figura 2 – Layout do CME



Fonte: Elaborado pela autora

5.2.1 A rotina de trabalho na Área II

O material limpo é recebido através da janela que dá acesso à Área I e é depositado em pequenos carros com duas estantes até que possam ser preparados. Geralmente, uma grande quantia de material é entregue de uma única vez ao final do ciclo da secadora instalada na Área I. A decisão sobre qual material será preparado primeiro segue os mesmos critérios para decidir qual material limpar primeiro na Área I, ou seja, materiais particulares dos médicos e bandejas que o hospital possui em menor quantidade têm prioridade.

As etapas básicas do processo são as mesmas para todos os tipos de materiais (bandeja, kit³², material médico³³, material avulso³⁴ ou roupa), mas as práticas diferenciam-se de acordo com as características dos artigos. A **inspeção visual** é realizada após a etapa de limpeza para conferir se o material está apresentando sujidades aparentes (PODOVEZE; GRAZIANO, 2010; OLIVEIRA JÚNIOR, 2012) e se apresenta defeitos que necessitem de manutenção; a inspeção das roupas visa separar peças manchadas ou danificadas e a inspeção do instrumental visa separar peças sujas e com defeitos como desalinhamento e problemas de fechamento ou articulação.

O **preparo** objetiva dispor o material de maneira organizada para que ele possa ser embalado. As roupas são dispostas de forma intercalada, para facilitar a penetração do vapor durante a esterilização, e sequencial, de acordo com a ordem em que serão usadas (SILVEIRA, 2002). Os instrumentais também são organizados nas bandejas (Fotos 3 e 4), mas não seguem rigorosamente a uma lógica sequencial, pois o instrumentador cirúrgico precisará retirá-los da bandeja para o uso e organização na sala de cirurgia. Durante o preparo, também é verificado se não está faltando algum instrumento referente às bandejas e kits. Como são muitos os tipos de bandejas, os profissionais contam com fichas descritivas dos instrumentais que compõem cada bandeja e, também, com uma pasta de fotografias

³² Os kits são conjuntos de instrumentos com um número pequeno de materiais. Por exemplo, kit para curativo composto por três pinças.

³³ O material médico geralmente é armazenado em caixas de metal. As caixas servem como meio de transporte e de proteção. O material é mantido na caixa quase todo o tempo e sendo, desta forma, armazenado, enviado ao centro cirúrgico e reconduzido ao CME para lavagem.

³⁴ Os materiais avulsos referem-se aos instrumentos ou materiais embalados individualmente para uso.

dos instrumentais considerados pelos enfermeiros como aqueles de maior dificuldade de identificação.

Foto 3 - Bandeja antes de ser organizada



Fonte: Fotografada pela autora

Foto 4 - Bandeja organizada



Fonte: Fotografada pela autora

Na rotina de trabalho, a inspeção e o preparo não ocorrem separadamente, em sequência ou são visualizadas isoladamente. Essas práticas se conectam, se sobrepõem e implicam uma na outra. Foi observando o trabalho na Área II, em minhas primeiras visitas ao CME, que me deparei pela primeira vez em campo com o que Gherardi (2012a) descreve sobre as práticas: elas não são possíveis de delimitar e se interconectam ente si. Minha dificuldade em compreender como eram executadas algumas tarefas poderia estar relacionada à busca de uma lógica sequencial inexistente, que neste momento de escrita também me causa dificuldades, uma vez que desejo descrever ao leitor, em uma lógica que ele possa compreender, como são as práticas de trabalho no CME.

Após serem inspecionados e preparados, os materiais são **empacotados** em mantas de não tecido³⁵ (Foto 5) ou em embalagens tubulares de papel grau cirúrgico e filme laminado chamadas pelos profissionais de plasteril (Foto 6). Conforme relatado pelos próprios técnicos, o tipo de embalagem depende do tipo de material e do tempo de validade necessário para a esterilização. A esterilização dos materiais embalados em mantas tem validade de três meses e a dos materiais esterilizados em plasteril de seis meses. A maior parte dos materiais é embalada em mantas pois possuem menor custo e atendem muito bem aos diferentes formatos e tamanhos dos artigos. Os plasteris são mais utilizados para embalar os materiais avulsos, muito delicados ou que precisem ser visualizados.

Foto 5 – Manta de não tecido



Fonte: Fotografada pela autora

Foto 6 - Plasteril

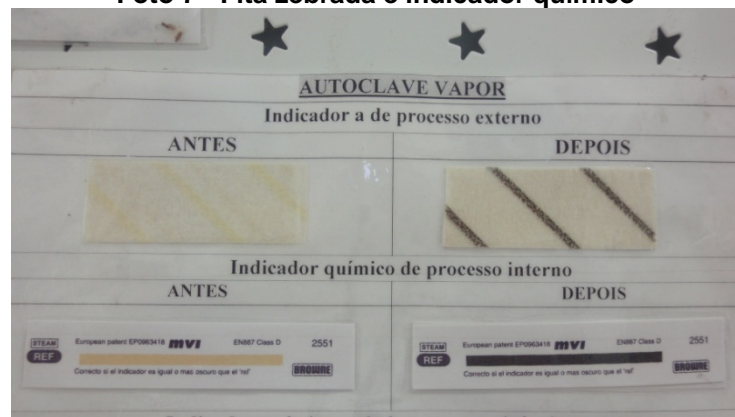


Fonte: Fotografada pela autora

³⁵ Também chamada de embalagem SMS – *spunbonded meltblown spunbonded* (SOBECC, 2009).

A última tarefa realizada na Área II consiste em **etiquetar** o material. Depois de embalados, os pacotes recebem uma etiqueta com o nome do material, a data em que foi preparado e o nome do funcionário que o preparou. Os materiais embalados em manta também recebem uma fita zebraada (Foto 7) a qual muda de cor quando submetida às altas temperaturas da autoclave e que serve para facilitar a identificação dos materiais que já foram esterilizados. Os materiais colocados em plasteril não recebem a fita, pois o bordo da própria embalagem já é preparado para mudar de cor quando submetido à alta temperatura. Tanto a fita zebraada quanto o bordo do plasteril não garantem a efetiva esterilização do material, mas indicam que o material foi submetido a altas temperaturas.

Foto 7 - Fita zebraada e indicador químico



Fonte: Fotografada pela autora

Os profissionais do CME costumam utilizar o verbo ‘fechar’ para se referirem ao conjunto de práticas realizadas na Área II, as quais resultam no material embalado e pronto para ser colocado na autoclave. Se um técnico pede a outro para ajudá-lo a fechar as bandejas, ele está se referindo a todo o processo de inspeção visual, preparo, empacotamento e identificação. Assim, ao longo da escrita deste relatório, poderei também utilizar o termo ‘fechar’ para referir-me ao conjunto de práticas realizadas na Área II.

5.3 ÁREA III – ESTERILIZAÇÃO E ARMAZENAGEM

A Área III é a última etapa do processo de trabalho do CME, na qual ocorrem a esterilização e a armazenagem do material esterilizado. A Área III é dividida fisicamente em dois espaços. O primeiro ambiente é onde ficam as três autoclaves do setor, com acesso direto à Área II e ao OPME (órtese, prótese e materiais especiais), facilitando a circulação dos carrinhos de materiais de uma Área à outra. O segundo ambiente é uma ampla sala localizada em frente às autoclaves onde fica o arsenal de material esterilizado. Esta sala é separada das demais, pois os materiais esterilizados precisam estar em um ambiente com temperatura e umidade adequadas para que a esterilização não seja comprometida. Os materiais de OPME não são guardados no arsenal, pois o seu uso é praticamente imediato, assim, logo após a esterilização, eles são colocados em uma prateleira próxima à mesa de trabalho do OPME antes de seguirem para a sala de cirurgia.

Geralmente, apenas um técnico trabalha na Área III e o ritmo de trabalho é bastante intenso. Além de ser responsável pelo desempenho das autoclaves, o profissional precisa controlar o estoque de materiais no arsenal, realizar os testes biológicos dos materiais que serão implantados nos pacientes, preparar os carrinhos³⁶ para as cirurgias agendadas e entregar o material esterilizado aos profissionais dos demais setores do hospital. Cada uma dessas tarefas envolve diferentes práticas que precisam ser aprendidas.

A montagem³⁷ das autoclaves envolve um controle rígido da agenda de cirurgias e do estoque de materiais, pois é preciso saber quais materiais serão solicitados primeiro para deixá-los disponíveis. O técnico precisa estar atento às cirurgias do dia e ao volume de estoque dos materiais de uso comum aos vários procedimentos cirúrgicos, pois nada pode faltar. Ao colocar o material na autoclave, é preciso que o espaço interno do equipamento seja otimizado de forma que seja colocado o maior volume de material possível sem comprometer a circulação do vapor na máquina (Foto 8). Conforme relatado pelos próprios trabalhadores, deixar

³⁶ Para cada cirurgia agendada, é preparado um carrinho com todo o material que será utilizado no centro cirúrgico. Além da bandeja com instrumental específico para cada cirurgia, são necessários muitos outros materiais como bandejas de materiais comuns a todas ou quase todas as cirurgias (chamadas de Básica 1, Básica 2 e Básica 3), aventais, campos cirúrgicos, gases, materiais avulsos, etc.

³⁷ O conjunto de práticas que envolvem a organização do material na autoclave para que ela possa ser ligada e o material esterilizado é chamado de montagem pelos profissionais do CME.

espaços livres implica desperdício de tempo e de recursos financeiros, enquanto sobrecarregar o equipamento pode comprometer a eficácia da esterilização, segundo Silveira (2002), não se deve ultrapassar 80% do volume da câmara interna. Montar a carga³⁸ na autoclave envolve raciocínio constante, além da análise do formato dos pacotes de materiais a fim de buscar a melhor forma de organizá-los, como em um quebra cabeças, “é preciso pensar muito, saber qual material priorizar para colocar primeiro e estar atento ao que está faltando” (Lilian, Diário de Campo).

Foto 8 - Autoclave



Fonte: Fotografada pela autora

Todo o material, antes de ser colocado na autoclave, recebe uma segunda etiqueta (Foto 9) na qual constam a data de validade da esterilização, o número do lote da carga de esterilização e o número do COREN³⁹ do profissional que está preparando o material para a esterilização. Esta etiqueta, assim como a fita zebrada colada à embalagem na Área II, também muda de cor quando submetida a altas temperaturas, sendo mais uma indicação visual de que a autoclave atingiu a temperatura adequada durante o ciclo de esterilização.

³⁸ Montante de material colocado em uma autoclave para esterilização.

³⁹ Conselho Regional de Enfermagem.

Foto 9 – Etiqueta Área III

Fonte: Fotografada pela autora

Todas as cargas montadas são rigorosamente registradas no Controle Diário de Esterilização do CME. Nesse controle são registrados os quantitativos e descrições dos materiais esterilizados em cada uma das autoclaves e, também, anexados os indicadores químicos usados em todas as cargas de esterilização (Foto 7). De acordo com os técnicos, estes indicadores servem como mais uma garantia de que a esterilização foi eficaz, pois também mudam de cor durante o processo.

Sempre que há algum material implantável para ser esterilizado, é necessário realizar o monitoramento biológico da esterilização. Para tanto, coloca-se na autoclave, junto com o material a ser esterilizado, uma ampola que contém microrganismos vivos. Esta ampola, após o ciclo de esterilização, é colocada em um equipamento específico (Foto 10) que indicará se ainda existem microrganismos vivos ou não. Este procedimento é chamado de teste biológico e, caso o resultado do teste seja positivo (indicar microrganismos vivos), o implante não poderá ser liberado para a cirurgia, pois significa que a esterilização não foi eficaz.

Foto 10 - Equipamento para teste biológico

Fonte: Fotografada pela autora

Além do manuseio com as autoclaves, o profissional que atua na Área III também precisa preparar os carrinhos de materiais para as cirurgias. No arsenal de material esterilizado (Foto 11) há um pequeno mural onde fica exposta a agenda de cirurgias do dia na qual constam, entre outras informações, o tipo de cirurgia e o horário em que esta irá ocorrer. O técnico deve preparar um carrinho com o material necessário para cada uma das cirurgias. Os carrinhos ficam dispostos em ordem cronológica dentro do arsenal aguardando que os técnicos que atuam no centro cirúrgico venham retirá-los.

Foto 11 - Arsenal de material esterilizado



Fonte: Fotografada pela autora

A rotina na Área III também envolve a entrega de materiais esterilizados para os demais setores do hospital. Cada setor envia seus próprios profissionais, que retiram aquilo que precisam através de um guichê localizado no fundo do arsenal de materiais esterilizados. O acesso ao guichê se dá pelo corredor do hospital, ficando bem próximo ao guichê de entrega de materiais sujos para a Área I. O guichê permanece fechado e o profissional que trabalha na Área III é chamado através do sinal sonoro de uma campainha.

Através do que foi descrito acima, o leitor pode perceber que a rotina da Área III envolve diferentes tarefas. Esta, certamente, é a área do CME que possui maior diversidade nas atividades, exigindo uma grande concentração mental e muito esforço físico do profissional. A observação das atividades nesta área e as entrevistas informais com os profissionais me remeteram ao que Gheradi (2000)

sugere e ao que a abordagem da aprendizagem baseada em práticas defende, que mente e corpo, pensar e agir não devem ser tratados separadamente, pois nas práticas de trabalho o indivíduo age e pensa ao mesmo tempo, sendo que somente mente e corpo, juntos, possibilitam as ações.

5.4 OPME

O OPME (órtese, prótese e materiais especiais) é mais uma área que compõe as atividades desenvolvidas pelo CME no hospital pesquisado. Segundo os enfermeiros que atuam no CME deste hospital, o OPME nem sempre está inserido nas atividades do CME, podendo ser um setor a parte devido à complexidade das suas atividades. Contudo, este hospital optou em manter as atividades do OPME junto ao CME, pois ainda possui um centro cirúrgico relativamente pequeno, e manter estas atividades juntas está sendo mais econômico e eficiente.

Apesar do OPME fazer parte do CME, não são todos os profissionais que atuam nas atividades de OPME. Em cada um dos turnos de trabalho, existe uma equipe específica de profissionais treinados que pode trabalhar com estes materiais. Conforme relato dos técnicos de enfermagem, a escolha daqueles que trabalharão com OPME é feita pela coordenadora do CME, sendo escolhidos, geralmente, aqueles técnicos que demonstram maior responsabilidade no trabalho. Alguns técnicos, porém, disseram que rejeitaram o pedido para trabalhar no OPME, e entre as justificativas eles alegaram que as atividades são de muita responsabilidade, pois precisam lidar com materiais de altíssimo custo e responsabilizar-se por eventuais perdas ou danos sem receber nenhuma compensação financeira. Além disso, relataram que no OPME qualquer erro é motivo para advertência, e não querem tomar advertências sob o risco de serem demitidos.

A rotina de trabalho no OPME consiste em receber os materiais consignados⁴⁰ e locados⁴¹, trazidos pelas empresas contratadas, higienizá-los,

⁴⁰ As órteses e próteses são chamadas de materiais consignados, pois as empresas disponibilizam para o hospital um número maior de itens do que será utilizado cobrando somente pelo que efetivamente for utilizado. Isso ocorre, pois somente durante a cirurgia é possível que o médico decida qual o tamanho ou modelo ideal das órteses e próteses para o paciente. Caso seja necessário, o médico pode utilizar um número maior ou menor daquele previamente solicitado e a cobrança será de acordo com o que foi utilizado. Durante o tempo que estive

prepará-los, esterilizá-los e, após o uso, conferi-los, higienizá-los novamente e prepara-los para a devolução.

Pra cumprir essa rotina, o OPME é dividido em três seções instaladas em diferentes locais do hospital. O recebimento e a devolução do material ocorrem na sala de OPME localizada próximo ao estacionamento de carga e descarga do hospital. O local fica afastado do CME, para facilitar o acesso dos representantes das empresas e evitar o fluxo de pessoas estranhas às áreas restritas do hospital. Na entrega do material, o técnico de enfermagem confere o que está sendo entregue com o que consta na agenda de cirurgias. É preciso conferir tudo com bastante cuidado, pois se tratam de instrumentos e materiais de alto valor e, se algo faltar, o profissional pode ser responsabilizado. No mesmo local também ocorre a devolução dos artigos que já foram utilizados às empresas. O processo de devolução é bastante parecido com o de entrega, no entanto, quem confere os materiais devolvidos é o representante da empresa, e o técnico de enfermagem somente acompanha a conferência.

Os materiais recebidos na sala de OPME são levados pelo técnico que os recebeu até o CME. Aqueles que precisam ser higienizados e esterilizados são entregues para o técnico do OPME que atua na Área I, já aqueles materiais descartáveis e fornecidos estéreis são entregues para o técnico que atua no OPME junto à Área II que os organiza para, posteriormente, enviá-los à sala de cirurgia. Os materiais que precisam ser higienizados são recebidos na Área I e, depois de limpos, também são entregues ao técnico que os preparará para que sejam esterilizados na autoclave.

O preparo do material de OPME consiste basicamente em embalagem e identificação. Como os artigos, normalmente, já estão em caixas ou maletas que facilitam o transporte e garantem a proteção, o técnico precisa somente envolvê-los em um campo de tecido e depois na manta de não tecido, sendo que o primeiro serve apenas para assegurar que a manta não rasgue durante o manuseio do pacote. Depois disso, o material recebe uma etiqueta de identificação na qual constam, entre outras informações, data e horário da cirurgia, nome e COREN do

em campo, não acompanhei a entrega de nenhuma órtese, somente próteses. As próteses mais utilizadas no hospital são parafusos utilizados em cirurgias de coluna.

⁴¹ O hospital não possui todos os instrumentais e equipamentos necessários para as cirurgias, sendo que muitos artigos são locados quando necessários. Estes materiais são recebidos e controlados pelo OPME e passam por todo o processo de limpeza, preparo e esterilização, apesar de não se tratarem de órteses, próteses ou materiais especiais.

técnico que preparou o material e, caso seja material para implante, a palavra 'implante' deve ser escrita em letras grandes no topo da etiqueta para que o profissional que atua na Área III possa facilmente identificá-lo e realizar o teste biológico. O técnico do OPME também precisa ficar atento à agenda de cirurgias e providenciar para que todos os materiais estejam disponíveis no horário correto.

Além dessas tarefas, o técnico que prepara o material de OPME para a esterilização é responsável pela conferência do material consignado após o término da cirurgia. Para isso, o profissional é chamado à sala cirúrgica quando o material já está liberado e lá mesmo confere o que foi utilizado, acompanhado por um representante da empresa fornecedora. Tudo é anotado em um relatório assinado pelo técnico e pelo representante da empresa. Após os registros, o técnico do CME recolhe o material remanescente e o leva novamente ao CME para prepará-lo para a devolução. Esta é uma das tarefas consideradas como mais difíceis pelos profissionais, pois, se esquecerem de registrar qualquer artigo que tenha sido usado, podem vir a arcar com o prejuízo financeiro. Conforme o relato de Samanta, conhecer bem os materiais é uma forma de evitar possíveis erros: "É melhor começar a aprender o trabalho do OPME lá embaixo (referindo-se à sala de OPME), porque é lá que a gente aprende a conferir o material, assim, quando sobe, a gente já sabe o que tem que conferir em sala. Eu comecei aqui por cima e foi bem mais difícil" (Diário de Campo).

Acompanhei Samanta em uma das suas idas à sala de cirurgia para conferir o material consignado. Ela perguntou se eu queria acompanhá-la e eu, sem saber ao certo o que iria encontrar, prontamente aceitei. Ao chegar na sala, deparei-me com a equipe médica e com o paciente que ainda estava em procedimento. Samanta e eu entramos e ela se dirigiu até uma bancada no canto da sala onde o representante da empresa a esperava para fazer a conferência do material. O espaço entre a bancada e a mesa de cirurgia era muito apertado e eu preferi não acompanhá-la de perto para não atrapalhar a equipe. Não posso negar que pouco consegui observar sobre aquela prática, minha preocupação maior era não demonstrar que estava extremamente surpresa e desconfortável com a cena que estava presenciando. O paciente nu deitado na mesa de cirurgia, o médico com o avental coberto de sangue costurando os últimos pontos, os respingos de sangue pelo chão, os instrumentais grosseiros também sujos pendurados no suporte junto à mesa, o cheiro característico que hoje, felizmente, não consigo lembrar a ponto de descrever. Meus

olhos escurecerem e o equilíbrio fugiu de meus pés, mas rapidamente retomei os sentidos quando pensei que um desmaio poderia fazer com que eu perdesse o meu campo de pesquisa. Foquei o olhar em Samanta e tentei prestar atenção naquilo que ela estava fazendo; o tempo que permaneci ali foram longos minutos, daqueles que parecem levar horas para passar. Quando Samanta terminou a conferência e fez sinal para que eu a seguisse, comemorei em pensamento. Na mesma hora, decidi que minha pesquisa se restringiria a acompanhar o trabalho dos profissionais do CME no CME, e nada mais de visitas às salas de cirurgia.

O leitor pode perceber através do que relatei até aqui que o CME é um setor rotineiro e fragmentado, com um elevado número de atividades a serem realizadas com rigor e responsabilidade. Embora essas atividades se tornem rotineiras com o passar do tempo e com a experiência, em algum momento elas foram aprendidas (ROSE, 2007) através da observação, do auxílio físico e verbal de colegas, da tentativa e erro, do ato de experienciar. Essa aprendizagem envolve diferentes processos cognitivos e corporais, racionais e sensíveis, reflexivos e de autoavaliação. O pensamento tradicional e ultrapassado de que não há complexidade na aprendizagem das tarefas simples e rotineiras pode nos impedir de conhecer a riqueza de saberes que envolvem as práticas de trabalho de muitas profissões com menor remuneração e status social. Ajudar o leitor a perceber que o conhecimento pode emergir de qualquer atividade presente do cotidiano (*op. cit.*), desde lavar um artigo sujo até usar equipamentos de ponta para eliminar toda e qualquer fonte de contaminação, é um de meus propósitos para este estudo.

6 APRENDENDO AS PRÁTICAS

Nesta seção relato o que aprendi sobre o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem e o que aprendi sobre as práticas de trabalho durante a minha experiência de observação participante através do olhar da teoria da estética organizacional. Meu objetivo é contribuir com os estudos organizacionais que aproximam e relacionam a vida nas organizações com a realidade social e buscam mostrar que as organizações idealizadas e excessivamente racionais não existem (STRATI, 2007). Busco, também, reafirmar que a visão das organizações como estruturas isoladas do contexto social capazes de produzir somente resultados econômicos é uma visão ultrapassada (STRATI, 2000). Para tanto, fundamento essa pesquisa nas correntes que estudam as organizações como arranjos sociais e seguem o mesmo princípio nos estudos sobre aprendizagem, revelando a complexidade do conhecimento organizacional e seu caráter múltiplo, híbrido, confuso, paradoxal e multifacetado (*op. cit.*).

A análise da estética na vida organizacional pode contribuir para a compreensão dessas diferentes faces do conhecimento a partir do cotidiano nas organizações e das experiências vividas pelas pessoas através das suas faculdades perceptivas e do juízo estético.

6.1 APRENDENDO A SER PESQUISADORA

Quando escolhi desenvolver minha pesquisa sobre os profissionais de enfermagem, ao realizar algumas leituras preliminares sobre o seu processo de aprendizagem, percebi que a aprendizagem baseada em práticas poderia ser um eixo teórico bastante interessante para estudar o fenômeno. Porém, ao ingressar em campo, não sabia de que forma aqueles profissionais iriam mostrar como ocorria a sua aprendizagem, por isso iniciei a observação participante cheia de expectativas e curiosidade.

Nos primeiros dias em campo, ainda não sabia direito como agir e interpelar os profissionais, pois tinha receio de atrapalhá-los no trabalho ao observar que

estavam sempre bastante atarefados. Nas visitas iniciais, preferi observar o trabalho na Área II, onde encontrei um espaço entre um pilar e uma das mesas de trabalho do qual podia observar quase todo o ambiente sem atrapalhar a circulação das pessoas, inclusive parte da Área III. Conheci e observei diferentes profissionais ao longo das visitas e direcionei minhas primeiras perguntas sobre a rotina de trabalho àqueles que demonstraram maior receptividade à minha pesquisa. Para iniciar a aproximação, costumava observar por breves minutos o trabalho que estava sendo executado e em seguida perguntar sobre a serventia de alguns equipamentos ou instrumentos que estavam sendo manuseados. A pergunta ajudava a iniciar uma conversa e a demonstrar o meu interesse pelo trabalho dos profissionais.

Confesso que, assim como em grande parte dos estudos etnográficos nos quais o pesquisador ‘invade’ o espaço do grupo pesquisado na tentativa de se aproximar o máximo possível da realidade dos sujeitos, minha inserção em campo não foi aceita com naturalidade. No início, minha presença causou certo desconforto à equipe, que chegou a desconfiar dos meus reais objetivos. Abaixo, transcrevo uma conversa que presenciei entre duas técnicas do CME e uma profissional do centro cirúrgico a qual quis saber quem eu era.

[Profissional do CC⁴²] - Colega nova?

[Lisandra] - Ela é aluna de mestrado da UFRGS... (Lisandra é interrompida por Vanessa).

[Vanessa] - Ela é uma espiã que veio ver se tu tá trabalhando.

[Lisandra] - (risos) É, ela é uma espiã!

(Diário de Campo)

No dia em que presenciei este diálogo fiquei bastante insegura, pois apesar de já ter percebido que havia um estranhamento à minha presença, eu não fazia ideia de que eles pensavam que eu pudesse estar ali com a finalidade de espioná-los (Diário de Campo). A parti daquele momento, passei a me preocupar ainda mais em deixar explícitos os meus objetivos falando, sempre que tinha oportunidade, sobre o que eu estudava na pós-graduação e sobre meu emprego, para que eles pudessem perceber que eu realmente estava ali com fins acadêmicos e que não trabalhava para o hospital.

Apesar do meu esforço, não consegui conquistar a confiança de todos os profissionais que atuavam no CME, dos vinte e nove técnicos de enfermagem que lá trabalhavam no período da minha pesquisa, vinte e cinco assinaram o TCLE. Dentre aqueles que não assinaram, nenhum expressou verbalmente que não desejava

⁴² Centro cirúrgico.

participar, eles apenas não preencheram o termo em nenhuma das duas oportunidades que apresentei o documento⁴³. Quando apresentei o TCLE aos profissionais, suspeitava que dois ou três não assinariam, pois tinha percebido que havia quem não gostava de falar sobre o seu trabalho e de responder às minhas perguntas. Para minha surpresa, alguns desses profissionais mais reservados assinaram o TCLE, enquanto outros que sempre conversavam comigo e falavam bastante a respeito da sua vida profissional não assinaram. Meus sentimentos diante daquela situação foram de tristeza e frustração, pois além de ter produzido materiais bastante interessantes envolvendo estes trabalhadores, achei que tivéssemos estabelecido uma boa relação. Eu questionava-me o que havia feito de errado para que se negassem a colaborar comigo, pois até aquele momento pareciam interessados na pesquisa. Por várias semanas busquei em meus atos em campo a resposta, mas com o passar do tempo fui percebendo que o motivo poderia estar relacionado a um dos artefatos organizacionais presentes no CME (Diário de Campo) sobre o qual falarei mais adiante: o sentimento de medo.

Precisei de tempo para atenuar meus sentimentos e elucidar os questionamentos que surgiram quando os sujeitos da pesquisa, ou melhor, quando aqueles que não seriam os sujeitos da pesquisa revelaram-se. Após esse período, conforme a realidade organizacional foi se mostrando para mim, fui realizando um exercício de reflexividade que me permitiu analisar o episódio da falta das assinaturas no TCLE como mais um fenômeno organizacional e não como uma experiência pessoal. A reflexividade me fez enxergar que havia outros elementos na realidade organizacional que influenciavam na opção dos técnicos em não colaborar com o estudo, elementos estes que iam muito além da empatia - ou falta de empatia - deles por mim. Law (2004) explica que todo pesquisador precisa dedicar-se ao exercício de reflexividade para conseguir realizar uma reflexão crítica sobre a atividade de pesquisa científica. Segundo ele, quando o pesquisador entra em

⁴³ Solicitei a assinatura do TCLE nos momentos de intervalo, na sala de lanche. Não é recomendado manusear objeto no CME e lá era o único local onde os profissionais poderia preencher o papel. O momento do lanche também era um momento em que os trabalhadores se reuniam em pequenos grupos, sendo possível falar com vários deles ao mesmo tempo. Em todos os turnos, aproveitei o momento do lanche para explicar a importância do TCLE, que a participação na pesquisa era voluntária e que eu ficaria muito satisfeita se todos aceitassem participar. Depois da explicação eu deixava os formulários na sala de lanche junto com um envelope amarelo e pedia àqueles que desejassem participar da pesquisa que colocassem uma via do TCLE no envelope, o qual seria recolhido mais tarde. Em todas as vezes preferi sair da sala após a explicação para deixá-los à vontade para decidirem sobre a participação ou não. Nos turnos da manhã e da tarde repeti o procedimento uma segunda vez, pois alguns profissionais não haviam assinado e eu julguei que eles poderiam ter esquecido. De fato, alguns haviam esquecido e assinaram o TCLE da segunda vez, outros não.

campo, passa a fazer parte da realidade do grupo pesquisado, influenciando e sendo influenciado pelos fenômenos. Assim, ao realizar a sua análise, o investigador precisa estar ciente da sua agência e de que seus achados não revelarão respostas universais, mas sim um conjunto de argumentos possíveis em determinado contexto e arranjo de relações e de práticas. Assim, exercendo minha reflexividade, o tempo foi passando e fui ganhando confiança, alguns profissionais foram se tornando meus informantes chave e isso deixava-me mais segura em relação à produção de dados empíricos. Aos poucos fui me sentindo mais à vontade, pois minha presença passou a não causar tanta estranheza para a maioria e pude formular uma estratégia, a qual me permitiu acompanhar e aprender o trabalho do setor.

Sempre que chegava ao CME, eu caminhava por todas as áreas cumprimentando os profissionais, assim podia observar se estavam muito ocupados e, de acordo com as expressões no cumprimento, perceber quem estava mais receptivo naquele dia. Depois de cumprimentá-los, dirigia-me até o pilar central da Área II onde ficava afixada em um pequeno mural a agenda de cirurgias. A quantidade de procedimentos agendados sinalizava se o fluxo do trabalho seria mais ou menos intenso e como eu deveria agir na produção dos dados empíricos. Quando o número se aproximava de cinquenta, era bastante difícil realizar entrevistas informais ou conversar com os trabalhadores, entretanto, era um bom dia para oferecer ajuda e participar ativamente das tarefas laborais. Quando o ritmo era um pouco menos intenso, pedia para acompanhar o trabalho de algum dos técnicos, ficando junto dele por um longo período, assim era possível que me explicasse detalhadamente sobre a sua rotina, as atividades desenvolvidas, sua experiência profissional e como aprendeu a trabalhar no CME.

Percebi que observando, ajudando com as tarefas e realizando entrevistas informais eu conseguia me aproximar mais da realidade daqueles profissionais e tinha um retorno positivo, produzindo dados empíricos importantes. Ao longo das minhas práticas de pesquisa fui aprendendo a pesquisar. Tornei-me pesquisadora indo a campo, relacionando-me com os profissionais, enfrentando os momentos de insegurança, experienciando, refletindo, conectando práticas, ativando meus sentidos e juízo estético.

As práticas que possibilitaram minha aprendizagem para a pesquisa, de certa forma, também fazem parte do arranjo de práticas que me permitiram conhecer o trabalho dos técnicos de enfermagem e a estética que o envolve, sendo assim capaz

de compreender como a estética contribui no processo de aprendizagem destes profissionais.

6.2 UM CONVITE ÀS SENSações

Foi durante a inserção em campo, ouvindo os técnicos explicarem como executavam o trabalho e sendo ensinada a executar as tarefas para poder ajudá-los que deparei-me com a estética organizacional e todo o seu universo de sentimentos e sensações. Somente convivendo com os profissionais pesquisados no seu local de trabalho e acompanhando a sua rotina eu poderia perceber a importância da estética na aprendizagem daqueles trabalhadores. Experimentei com eles em diversos momentos: quando guiada pelas instruções de Marcos, senti a temperatura dos pacotes: “Sente, quando estiver assim morninho tu já pode guardar”; quando percebi a diferença da tonalidade das cores ao ouvir Lilian me explicar: “tá manchado e não sujo, se fosse sangue seria mais rosado”; e, também, quando Rita compartilhou comigo seu medo de contaminar a filha: “eu não abraço a minha filha antes de tomar banho, aqui é muito contaminado, eu tomo banho primeiro e só depois abraço ela”. Relato estas e outras experiências estéticas vividas ao longo desses seis meses de pesquisa empírica nas próximas páginas na tentativa de mostrar ao leitor a importância da estética na aprendizagem organizacional dos profissionais técnicos de enfermagem que atuam no CME de um hospital.

6.2.1 Dois episódios instigantes

Era meu terceiro dia de observação, estava na Área II quando uma profissional do centro cirúrgico entrou no CME com uma bandeja de instrumentos cirúrgicos na mão dizendo: “Virei piada na sala! Outra bandeja que não é de

septo⁴⁴.” Os trabalhadores do CME olharam para a moça sem entender o que estava acontecendo, ela então explicou que aquela era a segunda bandeja que pegara no arsenal de material esterilizado cuja etiqueta identificava como instrumental para cirurgia de septo, entretanto, ao abrir o pacote na sala cirúrgica, tratava-se de instrumentos para cirurgia de amígdalas.

A moça estava muito nervosa, pois os médicos teriam rido dela porque errara de material duas vezes. Uma das técnicas do CME orientou a moça a falar com o enfermeiro, pois, se várias bandejas de septo estavam com as etiquetas trocadas, era preciso avisá-lo. A moça foi até a sala de enfermagem e logo voltou acompanhada do enfermeiro, o qual dirigiu-se ao arsenal de material esterilizado retornando em poucos segundos com uma bandeja na mão. O enfermeiro apalpava o pacote identificado como material para cirurgia de amígdalas enquanto vários técnicos observavam. “Essa bandeja é de septo, porque tem quatro cubas”, disse ele depois de alguns instantes tateando o pacote. Em seguida, entregou a bandeja à moça a qual, antes de sair, avisou que outra cirurgia de septo ocorreria dentro de uma hora. Para ter certeza que o instrumental necessário estaria disponível para a próxima cirurgia, o enfermeiro pediu que três técnicas do CME fossem até o arsenal e palpassem as bandejas identificadas como material para cirurgia de amígdalas a fim de verificar se mais alguma estava com a etiqueta trocada. As três profissionais se deslocaram até o arsenal de material estéril e eu fiquei observando à distância, pois ainda não me sentia à vontade para interpelá-las, ainda mais em uma situação delicada como aquela. As técnicas passaram poucos minutos no arsenal e logo saíram em direção à sala do enfermeiro sem nenhum material nas mãos. Após trocarem algumas palavras, o enfermeiro retornou sozinho ao arsenal para conferir as bandejas de amígdalas.

Por ter mais intimidade com o enfermeiro do que com os técnicos, me aproximei dele e perguntei como ele fazia para identificar as diferentes bandejas. Ele então me explicou: “Na bandeja de septo tem quatro cubas e na de amígdalas tem só duas. Eu tô tentando sentir as cubas. Na dúvida, também tem um abridor de boca na bandeja de amígdalas que é fácil sentir porque é grande.” O enfermeiro rapidamente palpou as bandejas concluindo que não havia mais nenhuma bandeja de septo esterilizada. Preocupado em disponibilizar o material para a próxima

⁴⁴ Os profissionais da enfermagem utilizam o termo septo para fazerem referência à região do nariz.

cirurgia, ligou para o Centro Cirúrgico Ambulatorial – CCA – descobrindo que havia uma bandeja de septo estéril naquele setor que poderia ser utilizada na próxima operação (Diário de Campo). Aliviado por encontrar o material, o enfermeiro avisou os técnicos que alguém do CCA entregaria uma bandeja de septo estéril para a próxima cirurgia e retornou à sua sala.

No mesmo dia, eu estava na sala de enfermagem conversando com o enfermeiro sobre a sua rotina de trabalho nas sextas-feiras (ele me explicava que precisava verificar as quantidades dos materiais como mantas, fitas e detergente, pois o almoxarifado não funcionava nos finais de semana), quando Matheus entrou na sala para pegar alguns parafusos e arruelas que precisavam ser esterilizados. O técnico pegou o pequeno saco transparente, observou o que tinha dentro com ar de desconfiança e falou para o enfermeiro:

[Matheus] - Isso não é explante⁴⁵?

[Enfermeiro] – Claro que não Matheus.

[Matheus] – Mas tá meio amassadinho... E escuro.

[Enfermeiro] – Olha por dentro.

Matheus] – Parece que já foi usado.

[Enfermeiro] – Tenho certeza do que tô dizendo Matheus! Olha, por dentro tá bem novinho. Por fora fica assim porque tá exposto ao ambiente.

[Matheus] – Aham...

(Diário de Campo)

Enquanto pedia a Matheus que olhasse o lado de dentro das arruelas, o enfermeiro pegou o saquinho das suas mãos, posicionou uma das arruelas entre os dedos indicador e polegar e a movimentou devagar para que ele pudesse ver o brilho do metal em contato com a luz. Com o gesto, pude ver o leve brilho do metal na pequena cavidade da arruela. Acredito que Matheus também conseguiu ver, apesar de ter emitido um pouco sonoro “aham” antes de tomar o saco das mãos do enfermeiro e sair da sala.

Após presenciar estes dois episódios no mesmo dia, muitas coisas se passaram pela minha cabeça. Fiquei me perguntando por que as três técnicas não conseguiram identificar as bandejas através do tato. Por que precisaram chamar o enfermeiro? Será que elas não sabiam as diferenças entre as duas bandejas? Será que sabiam e não conseguiram palpar o material? O que o enfermeiro sabia, e o que as técnicas não sabiam, que possibilitou que ele conseguisse identificar as

⁴⁵ As próteses e órteses implantadas nos pacientes que, por qualquer motivo, precisem ser retiradas são chamadas de explantes. Alguns explantes são higienizados no CME para posteriormente serem entregues aos médicos ou pacientes.

bandejas? E Matheus, será que havia percebido o brilho das arruelas? Estes dois episódios, um relacionado ao tato e outro à visão, aguçaram minha curiosidade: “será que estava diante de dois fenômenos relacionados à teoria estética?” (Diário Campo).

6.2.2 Compartilhando sentimentos e sensações

Com o avanço da pesquisa de campo, logo pude perceber que a teoria da estética organizacional em conjunto com o método de pesquisa escolhido poderiam revelar questões bastante importantes sobre o processo de aprendizagem daqueles profissionais. À medida que o campo de pesquisa ia se revelando para mim, os fenômenos envolvendo a estética organizacional foram se fazendo cada vez mais presentes. No começo eu apenas os observava, mas conforme fui tornando-me mais participante nas tarefas do CME, passei também a experienciar a estética que perpassava estas práticas.

Segundo Strati (2007) a estética diz respeito a um tipo de conhecimento humano fornecido pelas faculdades perceptivas (sensações), que nos permitem conhecer as coisas, e pelo juízo estético (sentimentos), que nos permitem julgar se as coisas nos são agradáveis ou não, se nos provocam sentimentos bons, ruins ou indiferença. A estética organizacional assume a materialidade e a corporeidade presentes no cotidiano das organizações, contrariando os estudos racionalistas os quais acreditam que as organizações são feitas apenas de mentes e ideias.

Após os episódios das bandejas trocadas e dos parafusos e arruelas escurecidos, meus sentidos aguçaram-se e passei a ficar ainda mais atenta aos eventos que indicassem a estética como elemento do processo de aprendizagem. Voltei minha atenção aos eventos estéticos e, intuitivamente, fiz uso de alguns pressupostos da compreensão empática para orientar minha produção de dados empíricos. Strati (2007) explica a **compreensão empática** como um método específico e parcial que liga a ação intencional dos sujeitos organizacionais ao seu conhecimento estético. O pesquisador, para alcançar a compreensão empática das organizações, deve imergir na realidade do ator social estudado colocando-se no lugar deste, se auto-observar enquanto se coloca no lugar do sujeito, ativar suas

faculdades perceptivas e sensoriais, analisar as situações e estabelecer analogias entre aquilo que experienciou e que os sujeitos experienciaram. A compreensão empática considera as faculdades sensoriais, os juízos e os sentimentos estéticos como partes integrantes do conhecimento, mas não desconsidera a ação intencional e a cognição que também estão presentes no processo (*op. cit.*).

Assim, cabe ao pesquisador, além da experiência pessoal da produção dos dados empíricos, o reexame constante destes, pois cada vez que são vistos, lidos, escritos ou transcritos criam uma nova experiência, a qual acrescenta detalhes e argumentos à investigação (*op. cit.*). Esta afirmação traduz o que aconteceu comigo na etapa de escrita do relatório final da pesquisa: revivo as experiências do campo, muitas vezes com mais clareza e detalhes do que fui capaz quando as transcrevi para o diário de campo. Quando releio estas anotações ou revejo as fotos do ambiente, eu ouço os sons do CME, vejo as suas cores, sinto os instrumentos em minhas mãos, sou inspirada por novos argumentos e desafiada por novas indagações.

Nas próximas páginas, relato algumas situações nas quais pude perceber a estética como fator relevante na aprendizagem dos técnicos de enfermagem e na forma que estes desenvolvem as tarefas cotidianas. Escolhi algumas situações dentre as inúmeras que presenciei, as quais acredito serem mais relevantes para a compreensão dos leitores, principalmente, naqueles que ainda não estão familiarizados com a teoria da estética organizacional. Visando também facilitar a compreensão dos fenômenos e dar ênfase a cada um dos sentidos, discorro sobre os eventos nos quais a visão, o tato e audição se destacaram, entretanto, ao final dos relatos, espero que os leitores sejam capazes de compreender que as sensações e emoções não ocorreram sozinhas, apesar de algumas se destacarem mais do que as outras em cada experiência. A multiplicidade de sentimentos e sensações ocorre porque nosso corpo é capaz de responder, ao mesmo tempo, de diferentes formas aos diversos estímulos que recebe. Algumas respostas, porém, podem ser mais intensas que outras ou mais facilmente identificadas por quem as observa ou as experiencia, mas isso não significa que sejam únicas ou ocorram de maneira isolada.

Em minha estada em campo, ouvi relatos nos quais os profissionais falaram sobre seus sentimentos e sensações e, também, participei de situações nas quais eu mesma pude sentir e me emocionar com as práticas de trabalho. Essas

experiências permitiram-me compreender como a estética se relacionava com o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem e com o meu próprio aprendizado em campo.

Conforme relatei anteriormente, procurei seguir um roteiro no decorrer da pesquisa que consistia em, primeiramente, observar o profissional trabalhando e, posteriormente, fazer algumas perguntas que o levasse a explicar a tarefa que estava executando e como a aprendeu. Ao refletir sobre a tarefa, eles também relatavam suas práticas e, muitas vezes, as sensações e emoções experienciadas. À medida que ia conquistando a confiança dos técnicos, oferecia-me para ajudá-los em algumas atividades, o que possibilitou que eu vivenciasse alguns dos sentimentos e sensações relatados e outros tantos que não haviam sido descritos. Estes últimos talvez não tenham sido mencionados pelos profissionais devido à impossibilidade de explicá-los, ou talvez porque simplesmente não foram sentidos por eles, pois cada pessoa é um ser único, e único também é aquilo que cada ser é capaz de sentir.

São as faculdades sensoriais que fornecem os critérios para que os indivíduos julguem e decidam como irão agir diante das mais diversas situações cotidianas (STRATI, 2007). Somente após entrar em contato com o objeto através dos sentidos da visão, tato, olfato, audição ou paladar o sujeito organizacional será capaz de agir, praticar, colocar em ação o seu conhecimento.

No cotidiano do CME, os sentidos eram ativados a todo o momento, em cada uma das diferentes áreas do setor as sensações eram estimuladas de maneira peculiar. Em algumas situações vários profissionais relatavam o mesmo estímulo, outras vezes as sensações pareciam únicas e inéditas. Dos cinco sentidos reconhecidos pelo corpo humano, a visão, o tato e audição foram aqueles que percebi como mais relevantes nas rotinas de trabalho. O paladar e o olfato não se destacaram nas práticas dos profissionais do CME, apesar deste último se relacionar ao cheiro característico do ambiente hospitalar, assim ambos não foram citados o nesta pesquisa.

6.2.2.1 A visão

Meus olhos brilharam no primeiro dia em campo. Minha mente foi tomada por uma avalanche de imagens as quais eu não conseguia organizar em minha mente. Tudo era novo e para onde quer que eu olhasse haviam materiais, instrumentos e equipamentos os quais eu jamais tinha visto antes. Por onde começar? O que observar primeiro? O que será o mais importante? Será que há algo de mais importante? Queria entender logo o que se passava no CME para desvendar os mistérios daquele lugar. Após conter a euforia, decidi me posicionar em um local onde não atrapalhasse a circulação dos trabalhadores da Área II e observar. Somente observar, sem muitos objetivos para o dia, apenas o de deixar que o próprio campo sugerisse o fluxo da minha pesquisa. Não demorou muito para que eu fixasse o olhar nas duas profissionais que trabalhavam montando as bandejas. Elas pegavam um instrumento por vez de cima da mesa, os observavam rapidamente por todos os ângulos - girando para todos os lados e abrindo e fechando aqueles que pareciam tesouras⁴⁶ - e, por fim, os depositavam nas bandejas. Faziam tudo com muita rapidez. O que será que olhavam? Por que espiar por dentro dos instrumentos canulados como se fossem lunetas? Fazendo tudo tão rápido, será que conseguiam ver direito o que quer que estivessem tentando ver?

Depois de algum tempo observando me aproximei das duas técnicas, Lisandra e Vanessa, e perguntei se poderiam me explicar o que estavam fazendo. Elas explicaram que estavam montando as bandejas de instrumentos: “A gente organiza as bandejas e confere se o material tá completo. Cada uma é pra um tipo de cirurgia e o material é diferente” (Lisandra, Diário de Campo). Eu estava impressionada com a quantidade de instrumentos que eram organizados em cada bandeja. Eram tantos e a quase nenhum igual ao outro, saber o nome de todos aqueles instrumentos parecia algo muito difícil. Naquele dia as profissionais ainda demonstravam certo desconforto com a minha presença, respondendo às minhas perguntas com frases curtas e objetivas. Por esta razão não fiz muitos questionamentos, mas pude perceber que a inspeção visual era um dos procedimentos mais importantes - se não o mais importante - naquela etapa do

⁴⁶ Mais tarde descobri que os instrumentos que se pareciam com tesouras eram pinças.

trabalho. Nas visitas seguintes outros profissionais trabalhavam na Área II e conversando com eles descobri que, além de organizar o material nas bandejas, aqueles que atuam na Área II precisavam verificar se os instrumentos estavam bem limpos e se não apresentavam defeitos.

Para tanto, os técnicos inspecionavam visualmente os materiais enquanto os organizavam nas bandejas. Alguns materiais passavam rapidamente pelas suas mãos enquanto outros eram inspecionados com maior cuidado. Mereciam mais atenção aqueles artigos que, durante o uso, eram inseridos na cavidade do paciente, ou seja, utilizados em procedimentos mais invasivos e com contato direto com sangue e secreções corporais. Os instrumentos canulares também eram inspecionados com bastante cuidado, e muitos profissionais utilizavam pistola de ar comprimido para certificarem-se de que o interior da cânula estava limpo e seco. As pinças eram conferidas quanto à limpeza e à precisão da pegada. Se algum item estivesse sujo ou molhado, este era devolvido à Área I, e se estivesse com defeito, era encaminhado para o conserto.

Foto 12 – Profissional inspecionando os materiais



Fonte: Fotografada pela autora

Durante a observação participante, aprendi a fechar os kits para curativo. O kit era composto por três pinças e eu precisava verificar se elas estavam limpas, secas e pinçando com precisão. No início, eu reprovava muitas pinças julgando que

estivessem sujas. Manchas alaranjadas situadas, normalmente, no encontro entre as duas hastes pareciam sangue e eu sempre as reprovava. Foram poucas as vezes que o técnico que estava me acompanhando concordou que os instrumentos poderiam estar sujos de sangue, geralmente eles diziam que se tratava de ferrugem. As respostas que mais ouvi foram: “É ferrugem, sangue não é assim tão marrom”, ou “Não tá sujo, sangue é mais marrom”, ou “Não é sujeira, tá alaranjado, pode ver” (Diário de Campo). Um dia separei uma pinça e o técnico concordou que ela estava suja de sangue: “É tá suja”. Nesse dia eu poderia ter acreditado que, enfim, havia aprendido a diferenciar sangue de ferrugem não fosse por um pequeno detalhe: para mim, a mancha era como todas as outras. Qual era a cor marrom afinal? E a cor laranja? O nome das cores já não significava muita coisa.

Naquele dia decidi questionar, perguntei à Vanessa como ela sabia que era sangue se a cor era idêntica à cor de ferrugem. Ela explicou que o sangue costuma ser uma tonalidade de marrom bem escuro e a ferrugem mais alaranjada. A informação fez sentido para mim, eu conseguia imaginar a sutileza dos tons, mas quando me deparava com uma peça manchada ainda tinha dúvidas. Meu maior medo era embalar uma pinça suja que pudesse contaminar algum paciente, por isso ainda preferia separar aquelas sobre as quais tinha dúvida para mostrar aos profissionais. Sabia que eles eram mais capacitados que eu para aquela tarefa, pois, como atores organizacionais, certamente compartilhavam experiências estéticas coletivas as quais eu ainda não era capaz de compreender (STRATI, 2007).

Foto 13 – Pesquisadora fechando kits de curativo durante a observação participante



Fonte: Produzida pela autora

O trabalho na Área II exigia bastante do sentido da visão dos profissionais. Eles passavam o dia concentrados, inspecionando visualmente os materiais a procura de qualquer sujeira ou defeito, o que era bastante fatigante. No começo, quando ouvia os técnicos comentarem que estavam cansados no final do expediente, pensava que era um cansaço comum, como aquele que todos nós sentimos depois de um dia de trabalho intenso, independentemente da profissão. Mas em uma das vezes que acompanhei o trabalho no turno da noite, testemunhei situações e ouvi declarações que revelaram peculiaridades sobre a fadiga sentida pelos técnicos do CME que realçaram a importância do sentido na visão no trabalho desses profissionais.

Ana estava montando as bandejas quando sentiu dificuldade para identificar as cores das etiquetas de alguns materiais. Devido ao desgaste das etiquetas coloridas que identificavam os artigos, ela estava em dúvida se haviam etiquetas nas cores laranja e marrom ou se as etiquetas eram somente de uma das cores e algumas estavam descoloridas pelos processos de lavagem e secagem. Ana chamou o enfermeiro para ajudá-la a identificar as cores e os dois passaram a separar os instrumentos juntos, de um lado da mesa colocavam aqueles com etiqueta de cor laranja e do outro lado de cor marrom. Quando um tinha dúvida sobre a cor da etiqueta, mostrava o objeto ao outro para que desse sua opinião. Na maioria das vezes eles concordavam, mas duas ou três vezes houve discordância sobre a cor, Ana disse reconhecer uma cor e o enfermeiro disse reconhecer outra. Diante da dúvida, a visão do enfermeiro prevaleceu sem que Ana argumentasse o contrário.

Foto 14 – Exemplo de etiquetas usadas para identificar os materiais



Fonte: Fotografada pela autora

Enquanto Ana e o enfermeiro faziam a seleção dos materiais, Daniele contou-me que, antigamente, as bandejas Básica 1 e Básica 2, compostas por vários artigos em comum, eram identificadas com etiquetas de cores semelhantes, o que causava constantes trocas de instrumentos. Ela explicou que, após várias horas trabalhando, os profissionais não conseguiam mais diferenciar as cores, confundindo aquelas que se pareciam. Disse também que era normal sentir o brilho refletido pelo metal dos instrumentos ofuscando a visão, principalmente quando, após certa hora da madrugada, os olhos já cansados não conseguiam enxergar direito.

[Daniele]: Agora tá melhor de identificar, antigamente a B1 e a B2 tinham etiquetas bem parecidas e a gente vivia trocando os materiais, tinha direto instrumento trocado. E outra coisa Hortência, até o brilho do material, depois de certa hora, ofusca a gente.

[Pesquisadora]: Vocês sentem dificuldade de enxergar e de identificar os materiais?

[Daniele]: Com certeza, vista cansada, né? É essa luz toda refletindo. Chega uma hora que a gente não enxerga mais direito.

(Diário de Campo)

Dias depois dessa conversa com os profissionais do turno da noite, Marcos também expressou a dificuldade que sentia em enxergar quando estava cansado. Um dia no final do expediente, após passar a tarde trabalhando na Área II, ele falou para Patrícia: “Chega de fechar bandeja Patrícia, quando a gente começa a procurar as coisas e não acha, é porque está na hora de parar”. Curiosa por ter ouvido de um funcionário do turno da tarde queixa semelhante às que ouvi dos profissionais do turno da noite, perguntei a ele:

[Pesquisadora] - “Não tá mais encontrando os instrumentos Marcos?”.

[Marcos] – “No final do dia a visão fica prejudicada, o brilho do material cansa bastante”.

[Pesquisadora] – Tu sente isso sempre?

[Marcos] – Seguido. Vista cansada, né?!

[Pesquisadora] – Tu também sente isso Patrícia?

[Patrícia] – Às vezes.

(Diário de Campo)

A visão também foi um elemento destacado por Lisandra na execução das tarefas na Área I quando a questioneei sobre o que era necessário para desenvolver de forma satisfatória o trabalho na Área I. “Pra desenvolver bem o trabalho tem que ter boa visão, pra ter certeza que o material tá bem limpo. Eu acho que é isso” (Diário de Campo).

A partir desses relatos, percebi a importância do sentido da visão nas práticas de trabalho daqueles profissionais. As falas de Daniele, Marcos, Patrícia e Lisandra demonstram a relevância desta faculdade sensorial nas rotinas de trabalho do CME. Mas não estou me referindo apenas à necessidade de enxergar bem – que é

fundamental –, mas à agência que a visão ou suas limitações podem exercer sobre essas práticas. Marcos determinou a hora de parar de fechar as bandejas devido ao cansaço visual. No entanto, se fosse um dia com muitas cirurgias em que não é possível parar porque os materiais estão em falta no estoque, ele teria que continuar a tarefa, mesmo sentindo que não estava em condições de desempenhá-la com qualidade, podendo até colocar a saúde dos pacientes em risco. A boa visão sobre a qual falou Lisandra envolve várias práticas como o cuidado com a integridade dos instrumentos, o capricho durante a lavagem, a forma correta de utilizar as escovas para eliminar as sujidades, a qualidade das esponjas e detergentes fornecidos pelo hospital e a temperatura da água. A visão sobre a qual falam os profissionais do CME consiste em uma prática social materialmente mediada, o que possibilita a percepção estética, que constitui e é constituída por tantas outras práticas (GHERARDI, 2006; ANTONACOPOULOU, 2006).

Esta visão é mais complexa do que o simples ato de ver ou de enxergar o material sujo, vai além disso, envolvendo atenção, raciocínio e cognição. O profissional que lava o material sujo com cuidado para não deixar qualquer resquício de sujeira, além do corpo usa também a mente. Isso fica claro, por exemplo, quando ele precisa decidir qual escova utilizar para remover as sujidades mais resistentes ou quando decide usar a pistola de ar comprimido para limpar os espaços onde os olhos não alcançam e a sujeira não pode ser visualizada. Durante o desempenho dessas tarefas ele usa seus olhos, seu corpo, mas também usa sua mente, pensando, refletindo e tomando decisões. Isso mostra que todo o trabalho, por mais simples que possa parecer, sempre exigirá da pessoa que o desempenha esforço físico e cognição (ROSE, 2007) e que apesar da presença de dicotomias, elas não precisam estar em oposição e atuando uma contra a outra, pois podem coexistir, atuar de diferentes maneiras ou, até mesmo, se completarem (ESCÓSSIA; KASTRUP, 2005).

6.2.2.2 O tato

O sentido do **tato** foi outra faculdade perceptiva que se destacou durante minha pesquisa participante. A experiência do tato me foi apresentada já nas

primeiras visitas, quando uma das técnicas me explicou o trabalho na Área III. Enquanto conversava comigo descrevendo as suas tarefas, ela não interrompeu o trabalho, andou de um lado para outro, seguida por mim, ao mesmo tempo em que me explicava tudo o que estava fazendo. Em certo momento, ela parou em frente às autoclaves onde muitos pacotes de materiais esterilizados esperavam para serem guardados no arsenal de material estéril. Levando uma das mãos até os pacotes disse-me: “Esses materiais são pra guardar, deixo aqui pra esfriar porque não pode guardar quente. Mas agora já pode.” (Diário de Campo). Curiosa, também levei a mão até os pacotes para sentir a temperatura e percebi que estavam ainda um pouco quentes, mas não muito.

Durante a pesquisa de campo, acompanhei outros profissionais na Área III e pedi a todos que me explicassem a rotina de trabalho naquela área. Ao explicarem as atividades desenvolvidas, alguns sugeriram que eu tocasse o material para sentir o que estavam querendo dizer. Marcos me convidou: “Sente, quando estiver assim morninho tu já pode guardar”. Rita também achou melhor que eu mesma experienciasse: “Sente como não tá mais quente, quando tiver nessa temperatura já podemos guardar”. Eles sabiam que a sensação da temperatura era algo que eles não seriam capazes de me explicar (COLINS, 2001; STRATI, 2007), assim, para que eu compreendesse o que estavam dizendo, sugeriram que eu me relacionasse com o objeto, praticasse suas práticas (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003; ANTONELLO; AZEVEDO, 2011) e aprendesse através das minhas próprias faculdades perceptivas.

Os outros profissionais não me falaram expressamente sobre a temperatura ideal para guardar o material, mas conferiam a temperatura com as mãos sempre antes de guardar o material. Foram muitos os diálogos semelhantes ao descrito abaixo:

[Pesquisadora] – Precisa de ajuda Bárbara? Tô vendo que tá bem corrido aqui hoje. Posso te ajudar em algo se tu quiser.

[Bárbara] – Ah, eu quero! Tu sabe guardar material?

[Pesquisadora] – Algumas coisas sim. Mas, o que eu não souber, eu te pergunto.

[Bárbara] – Deixa eu ver se já tá bom (coloca as mãos em alguns pacotes depositados em frente às autoclaves). Esses aqui já dá.

[Pesquisadora] – Tá certo.

[Bárbara] – O que tu não souber deixa que depois eu guardo.

[Pesquisadora] – Pode deixar.

(Diário de Campo)

Eu ajudei vários profissionais a guardar os materiais esterilizados. Algumas vezes, senti que a temperatura parecia alta demais para guardá-los, apesar deles dizerem que já estavam frios o suficiente. Essas situações faziam com que eu questionasse como era possível garantir que a temperatura estava adequada baseando-se somente na sensibilidade das pessoas. Recordava-me dos inúmeros episódios domésticos em que me queimei ao tocar objetos quentes confiando no julgamento de minha mãe de que eles não estavam mais quentes. Minha mãe tem uma resistência maior ao calor do que eu, sua pele suporta temperaturas mais altas do que a minha, e hoje ela sabe que quando pergunto se algo “está quente pra mim ou para ela” é porque quero que ela sinta se a temperatura está abaixo do que ela julgaria adequada para que eu não me queime.

Os sentidos humanos são particulares, nem todos estão desenvolvidos de igual maneira em cada pessoa, com a mesma perfeição ou com o mesmo poder perceptivo. Entretanto, a dinâmica organizacional educa os sentidos (GAGLIARDI, 2001), e como pude perceber durante a prática de guardar os materiais esterilizados, o tato dos técnicos de enfermagem estava educado de forma semelhante, diferentemente do meu que ainda tinha dificuldades para reconhecer a temperatura adequada. Por diversas vezes precisei de ajuda para decidir se guardaria ou não os pacotes, enquanto os profissionais sabiam o que fazer com apenas um toque.

Na Área III o tato também era importante para perceber se os pacotes retirados da autoclave estavam molhados. Algumas vezes o ar quente da máquina condensava depositando pequenas gotas de água nas mantas que envolviam os materiais e, quando a água molhava os pacotes, eles não podiam ser guardados. Nem sempre era possível visualizar as pequenas gotículas, mas os profissionais sentiam no toque que as mantas estavam molhadas. Era preciso ter o tato treinado para sentir a umidade quando os pacotes ainda estavam quentes, e eles conseguiam.

Também era preciso ativar o tato durante o trabalho na Área II para sentir se não havia resquícios de fitas adesivas nos dentes das pinças usadas para fazer curativos nos pacientes. O kit para curativo era o que eu mais ajudava a montar, pois era bastante simples, composto somente por três instrumentos e aparentemente fácil de verificar e embalar. Se não tivesse realizado a observação participante e ajudado os profissionais a conferir estas pinças, eu jamais teria

compreendido a importância do tato nesta atividade. Como as pinças eram usadas para colocar e retirar curativos dos pacientes, era normal que ficassem presos aos dentes dos instrumentos pequenos pedaços de fita adesiva. O pedacinho geralmente era visível e fácil de limpar, mas algumas vezes a fita ficava escondida bem no fundo da cavidade da pinça e somente um tato bem treinado era capaz de sentir a delicada resistência do adesivo escondido ao abrir e fechar a pinça suavemente. Nenhum técnico disse-me como eu poderia fazer para ter certeza de que a pinça estava limpa, eles apenas alertaram-me para ‘ver’ se não tinha pedaços de fita entre os dentes (Diário de Campo). Foi em ação, durante as práticas, na relação que estabeleci com aqueles instrumentos, que aprendi que meu tato poderia ser meu aliado na conferência dos materiais. Essa aprendizagem, em especial, reforça o argumento de que a observação participante é o método mais adequado para o estudo da aprendizagem baseada em práticas, pois propicia ao pesquisador identificar fenômenos os quais não seriam observados pela simples observação (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007; GIL, 2008; ANGROSINO, 2009).

A importância do tato para o manuseio do material durante o processo de lavagem também chamou minha atenção. Em uma ocasião, observava o trabalho na Área I e pedi para tirar uma fotografia de uma das técnicas que estava lavando o material de OPME. Carol consentiu a foto, mas pediu que eu aguardasse ela colocar a luva de borracha. Ela trabalhava calçando somente uma fina luva de látex que normalmente é usada por baixo da luva mais grossa. Perguntei por que Carol não usava sempre a luva de borracha para se proteger e ela respondeu que era porque a luva a fazia perder o tato, sendo mais difícil manusear pequenos artigos como parafusos e arruelas. Carol argumentou ainda que a falta de sensibilidade nas mãos poderia fazer com que ela deixasse algum desses materiais miúdos caírem, escorregando pelo ralo da pia ou correndo pelo chão sem que ela pudesse encontrá-los. Enquanto conversávamos, ela calçou as luvas, eu fiz as fotos e, em seguida, retirou as luvas para continuar o trabalho. As fotografias ficaram boas, mas optei em não utilizá-las nesta dissertação para evitar que Carol seja identificada.

A redução da sensibilidade nas mãos causada pelo uso de luvas também é uma queixa de quem trabalha na Área II. A luva se torna um obstáculo principalmente na hora de embalar o material e fechar os pacotes com as fitas adesivas. Colar a etiqueta de identificação e posicioná-la de forma simétrica também era algo difícil, pois a etiqueta grudava na luva tornando a execução da tarefa mais

demorada. Algumas vezes os técnicos desistiam de usar luvas quando estavam empacotando roupas – eles consideram as roupas menos contaminadas que os instrumentos cirúrgicos – para que pudessem ter mais sensibilidade nas mãos. Certa vez, coleí as etiquetas de identificação dos pacotes de avental na diagonal ao invés de colá-los na horizontal, a posição não era errada, mas os técnicos estranharam, pois não era do seu costume posicionar a etiqueta daquela maneira. Percebendo o estranhamento, me ofereci para corrigir a posição das etiquetas, mas disseram-me que não era preciso. Bárbara achou que eu tivesse colado as etiquetas daquela forma por falta de tato e sugeriu que eu tirasse as luvas para que pudesse sentir melhor: “Tira as luvas. Pra fechar pacote de roupa não precisa, só quando fecha bandeja. Tu vai ver como é melhor de colar” (Diário de Campo). Apesar da sugestão de Bárbara, permaneci com as luvas, preferia insistir em usá-las até me acostumar com elas a correr o risco da contaminação.

6.2.2.3 A Audição

A **audição** também era estimulada com bastante frequência durante as rotinas de trabalho no CME. Sinais sonoros avisavam quando o ciclo de esterilização da autoclave estava completo ou quando abortava, quando o teste biológico havia sido concluído, quando o ciclo da secadora havia terminado, quando a lavadora ultrassônica finalizava a lavagem, quando o telefone chamava, quando alguém tocava as campainhas da Área I para entregar o material sujo, da Área III para retirar materiais esterilizados, ou do vestiário para entrar no CME.

Vanessa certa vez reclamou: “O mais difícil aqui é a campainha, ter que parar tudo pra ir atender a janela é a pior parte. Por isso que gosto da Área II, não tem que largar o serviço a toda hora pra atender alguém” (Diário de Campo). Lisandra, por sua vez, não achava a Área II tão tranquila quanto Vanessa: “Esse telefone que não para tá atrasando meu o serviço” (Diário de Campo). Os sons não eram somente percebidos de forma negativa. Mesmo após se assustar com a sirene de um dos equipamentos, Cecília atentou para a importância dos avisos sonoros: “Esse teste biológico dá um susto na gente, grita alto esse bicho! (risos) Mas às vezes, se ele não gritasse, a gente esquecia ele lá” (Diário de Campo).

Diferentes sons e diferentes significados. A partir deles, uma série de práticas era desencadeada. Quando silenciavam, outras tantas práticas aconteciam. Práticas que organizavam, desorganizavam, reorganizavam. O som organizava a rotina quando o sinal avisava sobre o fim do ciclo dos equipamentos lembrando os técnicos que já poderiam passar para a próxima etapa do processo. Desorganizavam quando o alarme da autoclave indicava que o ciclo de esterilização havia sido abortado por alguma falha técnica, ou quando a sirene que indicava o fim do teste biológico não tocava, ou quando o chamado da campainha exigia que os profissionais abandonassem o que estavam fazendo para atender os guichês, ou, ainda, quando alguém do outro lado da linha telefônica informava que o material necessário não estava disponível. Mas o som também reorganizava a rotina quando em uma segunda tentativa a sirene da autoclave indicava que o ciclo estava completo, ou quando o telefonema avisava que a bandeja com o material necessário havia sido encontrada. O som indicava movimento, ação, práticas se interconectando, ordem e desordem social (RECKWITZ, 2002b).

A ordem aqui referida não é concebida somente como sinônimo de regularidade, mas também como arranjo de pessoas, elementos e artefatos que se (re) organizam e se relacionavam possibilitando que as práticas ocorressem. Os imprevistos possibilitavam novos arranjos, as práticas rotineiras davam espaço para novas práticas, criando possibilidades para a reorganização da estrutura de práticas socialmente compartilhada.

Em uma das vezes que acompanhei o trabalho na Área I ouvi Roberta se queixar que os outros setores do hospital estavam trazendo os materiais para lavar fora do horário combinado. Devido ao número de vezes que os técnicos do CME eram interrompidos pelo chamado da campainha, o enfermeiro havia recentemente combinado com os demais setores - com exceção do centro cirúrgico - horários específicos para a entrega de materiais sujos no CME acreditando que essa rotina facilitaria a organização do trabalho na Área I, uma vez que os técnicos seriam interrompidos menos vezes e poderiam organizar melhor as suas tarefas ao longo do turno. Mas, segundo Roberta, o combinado não estava sendo cumprido e a campainha continuava tocando a qualquer momento. "O enfermeiro pediu, mas não tão respeitando. E a gente tem que abrir – a janela - sempre que toca, não podemos deixar de fazer nosso trabalho" (Diário de Campo).

Samanta relatou outra situação em que as práticas foram modificadas para facilitar o trabalho e que também reduziu a necessidade de ligações entre a sala de OPME e o CME. Contou-me que, quando começou a trabalhar com OPME, ninguém anotava o fluxo dos materiais, os artigos eram passados de uma área para outra sem qualquer controle. Fazia-se somente o registro de entrada do material no OPME e, posteriormente, a sua saída também através do OPME. Enquanto o material circulava entre as diferentes áreas do CME e centro cirúrgico ninguém sabia ao certo onde ele estava. Muitas vezes era preciso passar de área em área para localizar algum material. Samanta disse que começou a anotar 'em um canto' da agenda de cirurgias para qual área havia passado os artigos e quando o artigo mudava de área ela atualizava as anotações, assim poderia localizar qualquer material instantaneamente, sem precisar perguntar aos colegas das outras áreas. Com o tempo, quase todos os profissionais passaram a fazer as mesmas anotações que Samanta, e as ligações entre OPME e CME também diminuíram. "Assim a gente não precisa ficar ligando toda hora pra perguntar, às vezes os colegas tão cheios de serviço e a gente atrapalha, né." (Diário de Campo).

A partir do desconforto gerado durante as práticas de trabalho, a profissional passou a buscar outras práticas que cessassem ou amenizassem o problema. Ela usou a sua capacidade cognitiva para pensar em uma nova prática que pudesse ajudar o grupo a localizar em que local do CME os materiais se encontravam e colocou em ação a sua ideia, passando a tomar nota toda vez que entregava o material de OPME para área ou setor a fim de experimentar se o novo arranjo de práticas traria melhores resultados à equipe (ANTONACOPOULOU, 2006). Após um curto período de teste Samanta e vários colegas incorporaram as anotações às suas rotinas, pois o procedimento favorecia as demais atividades. A profissional foi motivada a criar novas práticas a partir do incômodo causado pelo som do telefone que tocava diversas vezes, e a partir de suas práticas estabeleceram-se novas rotinas de trabalho, modificando também as práticas dos demais profissionais, as quais implicaram em um novo arranjo nas relações oriundo de um processo de aprendizagem.

A estética organizacional presente nas práticas descritas revela mais do que a simples maneira com que as tarefas são executadas, ela ressalta a materialidade e as ações cotidianas para que possamos compreender a aprendizagem que ocorre no dia a dia organizacional através das experiências vividas pelos sujeitos, das suas

práticas de trabalho, do saber-fazer. Nesse processo, indivíduos e artefatos (materiais e simbólicos) participam ativamente e nenhum é colocado em posição secundária em relação ao outro (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003; STRATI, 2007; ANTONELLO; AZEVEDO, 2011), muito pelo contrário, lado a lado esses elementos interagem e produzem as sensações e sentimentos que conectam os indivíduos ao mundo real e, também, são propulsores das ações cotidianas e efeitos destas.

As faculdades sensoriais as quais a abordagem estética se refere não são somente aquelas inerentes à percepção humana, mas também aquelas educadas e desenvolvidas pelos processos de construção social (STRATI, 2007). Dentro dessa lógica, o juízo estético aparece como um elemento importantíssimo através do qual os sentimentos, gostos e julgamentos coletivos afloram moldados por negociações complexas e, aparentemente, pouco racionais.

6.2.2.4 O juízo estético

Em conjunto com as faculdades sensoriais, o juízo estético permite que o sujeito avalie a organização, revelando como ele a representa para si mesmo (STRATI, 2007). No caso do CME, os sentidos da visão, tato e audição forneciam critérios para que os profissionais julguem aquilo que correspondia ou não ao seu gosto, que os envolvia ou os deixa indiferentes, possibilitando que julgassem esteticamente a organização, fazendo aflorar o juízo estético. Tal julgamento, assim como os sentidos, produzia parâmetros que influenciavam os profissionais na forma de agir diante das mais diversas situações cotidianas.

O incômodo sentido pelo som do telefone tocando e pela campanha da Área I são exemplos claros do juízo estético. Para os técnicos, o som do telefone e da campanha percebidos pela faculdade sensorial da audição significava algo indesejado, pois fazia com que eles tivessem que interromper as suas atividades, muitas vezes urgentes, para atender outras demandas. Quando ouviam estes sons, os profissionais tinham sentimentos negativos, o julgavam esteticamente e desejavam não ouvi-los mais. Tal incômodo passou a ser um problema organizacional, fazendo com que eles agissem de forma a modificar suas práticas

para não mais precisarem ouvir o telefone e a campainha tantas vezes. Samanta passou a anotar para onde eram levados os materiais de OPME e foi seguida pelos demais profissionais, criando novas práticas e rotinas. O enfermeiro, pressionado pelas reclamações dos técnicos do CME, sugeriu uma nova rotina para a entrega de materiais sujos à Área I que, com tempo e insistência, poderia também modificar algumas práticas e rotinas de trabalho.

A estética diz respeito a esses aspectos feios e belos da vida organizacional, interpretados pelos sujeitos no uso das suas faculdades perceptivas. Os sons acima mencionados revelaram alguns aspectos do 'lado feio' apreendido pelos sujeitos, entretanto, também havia beleza nas práticas, uma beleza representada principalmente pelo resultado estético do trabalho.

[Bárbara] - Tem um colega que trabalhava no nosso turno, mas agora passou pra noite, que é bem fortão. Ele fecha os pacotes geral, e fica a coisa mais linda, tu tem que ver! A gente fecha e fica tudo assim, mas os dele tu tem que ver. Quando eu tô na Área III e pego os pacotes pra colocar na autoclave, eu sei que são dele só de olhar (Diário de Campo).

[Vanessa] – Eu gosto de usar a autoclave três⁴⁷ só pra pacote geral. Uso a um e a dois pra material e deixo a três pros pacotes, que tão sempre saindo e sempre precisa repor. Ela é menor e cabe bem certinho os pacotes assim de pé, fica tudo organizado bonitinho (Diário de Campo).

[Rita] – Eu gosto de colocar os pacotes com a etiqueta pro lado de fora, fica melhor pra ver qual o material. Gosto de deixar os pacotes maiores em baixo, os menores em cima, fica mais bonito. Acho feio quando deixam tudo largado de qualquer jeito. Fica até mais difícil de encontrar as coisas quando faço assim (Diário de Campo).

Com o tempo eu também passei a fazer juízo estético das tarefas as quais executava. Eu percebia que os pacotes dos kits de curativo que eu fechava não ficavam tão bonitos quanto os pacotes dos profissionais. Um dia perguntei à Vanessa como eles faziam para que a dobradura da manta ficasse perfeita, sem sobras nas laterais e ela respondeu: “Tu tem que dobrar alinhado com a lateral das primeiras dobras”. Aquela resposta não fez sentido para mim, e ela sabia disso, sabia que a dobradura era algo que ela não conseguiria me explicar com palavras, então pegou uma manta e empacotou um kit para que eu pudesse observar como se fazia. Eu observei os detalhes dos gestos das mãos de Vanessa, vi como ela segurava as pontas da manta com os dedos anular e mindinho e tentei reproduzir. Obviamente não ficou bonito como o pacote dela, mas Vanessa encorajou-me a continuar: “Com o tempo tu pega o jeito, já ficou melhor assim” (Diário de Campo).

⁴⁷ As três autoclaves eram numeradas de uma a três e era pelo número de cada uma delas que os profissionais as identificavam.

Eu esforçava-me para fazer o trabalho com qualidade durante a observação participante, e quando a tarefa era fechar pacotes, qualidade significava alinhamento, simetria e beleza. Mas havia materiais com formatos mais difíceis de embalar, a manopla⁴⁸ – popularmente chamada de foco - era um deles. Devido ao seu formato irregular, era difícil de fazer um pacote que ficasse firme, sem espaços vazios nos quais poderia haver acúmulo de ar e umidade. Toda vez que pediam para eu embalar os focos, esforçava-me bastante para deixar os pacotes mais firmes possíveis, bem enrolados no corpo do foco, para que não acontecesse da embalagem abrir durante o processo de esterilização. Precisei desenvolver certa habilidade com as mãos até que conseguisse fazer com que o pacote ficasse como desejado.

Foto 15 – Foco/Manopla



Fonte: Fotografada pela autora

Um dia, Cecília reparou na qualidade das minhas embalagens e chamou todos para verem:

[Cecília] – Olhem só os focos da Hortência gente! Bem apertadinhos, coisa mais linda, parece um microfone (risos). Olha, desse jeito a gente vai te chamar sempre que tiver foco pra fechar, vai ser a tua tarefa agora, tu vai ser a nossa rainha dos focos (Diário de Campo)!

A beleza era algo desejado no resultado das tarefas, não bastava que os pacotes estivessem bem embalados e vedados, eles precisavam estar bonitos. Não bastava que o material estivesse acomodado adequadamente nos carrinhos das autoclaves, eles precisavam estar dispostos de maneira organizada, simétrica e bonita. Não bastava que os materiais estivessem guardados no local correto no arsenal de material esterilizado, eles precisavam estar guardados com as etiquetas

⁴⁸ As manoplas são encaixadas nas lâmpadas que iluminam o campo cirúrgico – onde ocorrerá a intervenção no paciente – para que a equipe médica possa direcionar o foco da luz. Assim, a equipe de cirurgia toca somente nas manoplas estéreis, não corre o risco de contaminar ou ser contaminada pela lâmpada.

virada para o lado de fora da prateleira e com os pacotes maiores embaixo dos menores para um visual mais bonito do ambiente.

A ativação da capacidade de fazer juízo estético no cotidiano da vida organizacional conduzia os profissionais ao conhecimento estético, que é aquele conhecimento que se origina no dia-a-dia da organização através da ativação das faculdades perceptivas e do juízo estético dos seus membros (STRATI, 2003). O conhecimento estético legitima os sentimentos e as sensações como uma forma de conhecer e os aceita como experiências individuais ou coletivamente compartilhadas (*op. cit.*). Assim a dimensão do conhecimento humano supera as dicotomias mente e corpo, pensar e agir, indivíduo e organização (GHERARDI, 2000), e passa a ser compreendida como algo que surge nas relações entre os sujeitos organizacionais e demais elementos não humanos. Muitos desses elementos são artefatos, portanto, produtos da ação humana, os quais podem até ser indesejados (STRATI, 2007), mas não podem ser desconsiderados, uma vez que constituem a realidade organizacional.

6.3 OS ARTEFATOS ORGANIZACIONAIS

Compreender a estética organizacional implica levar em consideração os artefatos (materiais e simbólicos) que intervêm na vida corporativa influenciando nossa percepção da realidade. Como já mencionei anteriormente, os artefatos constituem a representação da identidade cultural de uma organização (STRATI, 2007) convertendo-a em realidade tangível (GAGLIARDI, 2001; STRATI, 2007) e através dos quais podemos conhecer suas normas, valores ou crenças.

Os artefatos não apenas exercem controle sobre a ação organizacional de maneira a favorecer, obstruir ou prescrevê-la (GAGLIARDI, 2001), mas também tornam este controle sensorialmente perceptível (STRATI, 2007). Eles consistem em um dos elementos da teoria da estética organizacional que mais merece destaque, pois são partes das práticas (STRATI, 2007) e produtos da ação humana que percebemos através dos sentidos devido às suas características corpóreas e físicas (GAGLIARDI, 2001), além de poderem representar a cultura de uma organização e suas formas de controle. Em princípio, qualquer elemento não humano tem potencial

para ser um artefato, no entanto, somente aqueles que sensibilizam os atores organizacionais a ponto de orientar as suas práticas podem ser caracterizados como tal.

Durante o tempo que estive em campo, fui capaz de identificar dois artefatos bastante importantes nas rotinas de trabalho dos profissionais do CME: a **agenda de cirurgias** e o sentimento de **medo**. Não posso assumir que estes eram os únicos artefatos relevantes presentes na realidade social do grupo pesquisado, mas foram aqueles que fui capaz de perceber nas condições presentes à época da pesquisa.

O leitor pode estar se questionando, com base no que já escrevi até aqui sobre artefato, se um sentimento poderia ser caracterizado com tal, pois afinal, os artefatos são elementos que tornam a organização tangível. Cabe aqui destacar, contudo, que quando me refiro a uma realidade organizacional tangível, não estou me reportando ao que nela é palpável e material, mas ao que dela é compreensível, manifesto, perceptível. Assim, o medo compreendido, manifestado e percebido pelos profissionais do CME era a realidade organizacional se revelando em um sentimento, sentimento este compartilhado pelo grupo e que se manifestava por sua estética particular e dominante que não era vista, mas era sentida, sendo utilizada na gestão da vida organizacional (STRATI, 2007). Assim, o sentimento de medo pode ser considerado um artefato organizacional apesar de seu caráter imaterial, pois estava profundamente arraigado às práticas do CME e influenciava o cotidiano organizacional controlando-o, obstruindo-o, prescrevendo-o e favorecendo-o. O medo era o próprio controle organizacional agindo sobre os trabalhadores, e era tão eficaz, forte e presente que se tornou um elemento tangível.

6.3.1 A agenda de cirurgias

Após minha estada em campo e da análise de todo o material empírico produzido, posso afirmar que a agenda de cirurgias é, sem dúvida, um dos elementos mais importantes, se não o mais importante, na rotina de trabalho do CME. Em todas as áreas do setor há uma cópia da agenda, a qual é utilizada de diferentes maneiras, mas é sempre o que orienta as práticas e o ritmo de trabalho. A expressão simbólica da agenda era tão forte, que mesmo antes de perceber que se

tratava de um artefato organizacional, eu passei a ter como rotina, assim que chegava ao CME, ir até o mural da Área II onde ela ficava pendurada e anotar no diário de campo o número de cirurgias do dia. A agenda exerceu controle sobre minhas práticas, inicialmente, sem que eu percebesse.

Conforme mencionei, a agenda de cirurgias era utilizada de diferentes maneiras nos setores do CME sendo, em todos eles, o elemento que orientava as atividades do dia. Na sala térrea do OPME, onde eram recebidos os materiais consignados, a agenda era usada para controlar a chegada dos materiais, pois nela eram indicados os artigos que seriam necessários para cada cirurgia. Através dela, antes mesmo dos materiais chegarem, os técnicos sabiam se o ritmo de trabalho seria mais ou menos intenso, se precisariam carregar muitas caixas pesadas, se receberiam materiais muito caros com os quais precisariam tomar cuidado ou se conheciam bem o material que chegaria naquele dia. Para o OPME nem sempre um número elevado de cirurgias indicava muito trabalho. Havia dias em que o número de operações era elevado, mas poucas necessitavam de material consignado, em outros, poderia haver um número reduzido e a quantidade de material consignado ser bastante grande, tudo dependia dos tipos de cirurgias a serem realizadas. Em geral, as intervenções de traumatologia eram consideradas pelos técnicos 'as piores', pois sempre envolviam materiais volumosos e pesados ou materiais pequenos e delicados de altíssimo custo.

A importância da agenda e o seu valor simbólico foram explicitados nas conversas com os profissionais. Em certa ocasião, Matheus disse-me que uma das coisas mais difíceis nas atividades de OPME era "bater a escala de cirurgia com o material que tá sendo entregue" (Diário de Campo), pois não podia faltar nenhum material para as cirurgias previstas. Os técnicos precisavam conferir se os representantes das empresas estavam entregando todo o material listado na escala, conferindo tudo com muito cuidado, principalmente, as listas de materiais mais extensas. Também precisavam ficar atentos aos horários em que as cirurgias ocorreriam, pois, se próximo do horário agendado o material ainda não tivesse sido entregue, era necessário avisar o enfermeiro para que a empresa fosse contatada. Os profissionais controlavam minuciosamente a agenda de cirurgias e eram por ela rigidamente controlados também.

Quem estivesse trabalhando na Área I utilizava a agenda de cirurgias para saber quais materiais precisavam ser lavados primeiro. O hospital possuía

quantidade limitada de bandejas de instrumental cirúrgico, de algumas delas o número era bem reduzido como, por exemplo, a bandeja de artigos para cirurgia de coluna cervical da qual havia somente duas unidades. Assim, se estivessem agendadas duas ou mais cirurgias desse tipo para o mesmo dia, os técnicos deveriam lavar imediatamente o instrumental assim que fosse entregue na Área I. Nesta área, diferentemente do OPME, um grande número de cirurgias agendadas sempre significava muito trabalho, pois todos os materiais utilizados precisariam ser lavados. Bastava conferir o número de cirurgias agendadas para que os técnicos soubessem como seria a intensidade do trabalho naquele dia. De acordo com a agenda, eles também sabiam se haveria materiais difíceis de lavar, pois alguns tipos de operações utilizavam artigos mais complicados de limpar como, por exemplo, a cirurgia de lipoaspiração, em que a gordura ficava impregnada nas mangueiras e nos frascos coletores.

Na Área II, a agenda de cirurgias ficava afixada perto do telefone. Sempre que havia um cancelamento ou alteração no horário o CME era avisado através de uma ligação. Quem quer que estivesse trabalhando na Área II deveria anotar na agenda a mudança informada e avisar aos profissionais das Áreas I e III. Algumas vezes, cirurgias de emergência também eram anunciadas pelo telefone para que os profissionais do CME pudessem providenciar os materiais necessários. Estas cirurgias inesperadas incorporadas à agenda provocavam uma desorganização momentânea seguida da reorganização das rotinas. Na Área II também era preciso estar atento aos tipos de cirurgia e à quantidade de bandejas disponíveis para garantir, principalmente, que aquelas bandejas com menor número disponível no hospital estivessem esterilizadas no horário correto. Quanto maior era o número de cirurgias, maior era a intensidade de trabalho nesta área, pois todos os materiais precisam ser preparados e embalados antes e após o seu uso.

Na Área III a agenda era usada para montar os carrinhos com os materiais necessários para as cirurgias, os quais eram retirados pelos profissionais do centro cirúrgico um pouco antes de cada operação. O técnico que atuava na Área III preparava os carrinhos na ordem cronológica das cirurgias deixando-os dispostos, também nesta ordem, no arsenal de material esterilizado. Era importante montar os carrinhos com certa antecedência ao horário agendado, pois se houvesse algum material faltando, seria possível identificar e providenciar a tempo. O ritmo de trabalho na Área III também era diretamente proporcional ao número de cirurgias

agendadas, quanto mais intervenções, mais materiais precisariam ser esterilizados e mais carrinhos precisariam ser montados.

As atividades do CME eram tantas e tão diversificadas que os técnicos precisavam alcançar muitos e diferentes saberes para poderem executá-las e articulá-las. O objetivo principal dos profissionais era dar conta da demanda de trabalho apresentada pela agenda de cirurgias seguindo o fluxo e o sincronismo do arranjo de práticas compartilhadas pelo grupo. A agenda impunha o nível de dificuldade e a velocidade do fluxo das tarefas que precisariam ser cumpridas pelos profissionais todos os dias.

Pude perceber que a agenda de cirurgias era um artefato organizacional, pois ela controlava o ritmo de trabalho e o fluxo das práticas, interferindo nestas de modo a favorecê-las, obstruí-las e prescrevê-las (GAGLIARDI, 2001). Até mesmo sobre as minhas rotinas e práticas a agenda de cirurgias exerceu controle, fato que ficou evidente quando, sem perceber, passei a conferi-la diariamente antes de realizar qualquer outra atividade em campo. O seu valor simbólico era sensorialmente percebido pelos profissionais de diferentes formas. No OPME os técnicos sentiam-se preocupados quando deparavam com muitas cirurgias que envolviam materiais de alto custo ou aliviados quando este tipo de artigo não estava previsto. Os profissionais das Áreas II e III sentiam-se felizes ao ver que o número de operações agendadas para o dia era pequeno, ou pressionados pelo grande volume de agendamento. Este artefato influenciava a percepção da realidade na medida em que impunha previamente a maneira como os profissionais se sentiriam ao longo do turno. Ela definia as boas ou más expectativas referentes ao dia de trabalho que estava por iniciar e, posteriormente, confirmava ou modificava esta expectativa à medida que os profissionais iam se relacionando com ela.

6.3.2 O sentimento de medo

A raiva do colega que se negou a ajudar, a ansiedade causada pelo atraso na entrega do material consignado e o nervosismo da equipe quando foi descoberto que as etiquetas das bandejas de septo e de amídalas estavam trocadas não são sentimentos estéticos, são emoções sentidas pelas pessoas no cotidiano das

organizações (STRATI, 2007). O sentimento é a qualidade expressiva intrínseca aos fenômenos estéticos, um efeito dependente dos eventos organizacionais, por isso, nas pesquisas empíricas, deve-se apreender o sentimento no interior no evento, na relação entre os membros organizacionais, sem examinar as suas causas (*op. cit.*) para afirmar que se trata de um sentimento estético.

Durante minha pesquisa de campo, incontáveis foram as vezes que os profissionais do CME falaram-me sobre os seus sentimentos, suas sensações de alegria, prazer, desconforto ou angústia causadas pelos eventos organizacionais. Esses relatos revelaram-me sinais através dos quais orientei minha investigação, direcionando minha atenção para um sentimento que foi se tornando cada vez mais presente nas falas dos sujeitos: o medo.

O sentimento de medo era mencionado pelos trabalhadores durante as práticas de trabalho em todas as áreas e nas mais diferentes situações. Acompanhando o trabalho na sala de OPME eles relataram sentir medo de errar a conferência dos materiais e serem advertidos por isso.

“Já senti mais medo, agora não tenho tanto. Quando iniciei, tinha dois colegas aqui que faziam o trabalho parecer bem pior do que é. Eles apavoravam as pessoas, faziam um terrorismo, era muita pressão. Diziam toda a hora que não era pra errar, se não a gente seria advertido” (Samanta, Diário de Campo).

Matheus também demonstrou seu medo das advertências.

“Se tivesse que ensinar o trabalho para alguém novo eu falaria para conferir item por item e só assinar o que tiver certeza. Os fornecedores não têm interesse de esperar na chegada porque é a gente que confere, mas na saída eles querem conferir tudo porque aí é deles a responsabilidade” (Diário de Campo).

Pedro contou-me que não desejava mais trabalhar com OPME devido às advertências.

“O mais difícil aqui é essa correria de levar o material para cima e para baixo [...] No OPME também é muito fácil levar advertência, tudo tem que estar bem certinho e, às vezes, aqui é muito corrido. Faz uns dias que tomei uma advertência [...] Na correria do final do turno esqueci de inverter as etiquetas do material que o colega tinha avisado, e o material foi pra sala – de cirurgia – invertido. Tiveram que inverter os pacientes de sala para não contaminar o material que já tinha sido aberto. Aí já viu, né?! Tomei advertência (Diário de Campo).

No capítulo ‘Aprendendo as práticas’, expliquei que não são todos os técnicos do CME que atuam no OPME, pois, de acordo com os seus relatos, a coordenadora costuma escolher somente aqueles profissionais que demonstram maior responsabilidade. Lisandra contou-me que foi convidada para trabalhar com OPME, mas pediu para ser dispensada, alegando ser muito distraída, pois tinha medo das

advertências. Marcos também confessou que não gostaria de trabalhar com OPME porque os profissionais que fazem este trabalho “vivem sendo advertidos” (Marcos, Diário de Campo).

Durante a lavagem dos materiais de OPME na Área I, os profissionais relataram que, muitas vezes, a preocupação com os artigos era maior do que a preocupação com a própria saúde. Na conversa que tive com Carol, mencionada anteriormente quando discorri sobre o tato na seção ‘as sensações’, ela demonstrou que o medo se sobrepunha à preocupação com a própria saúde. O seu medo de perder algum artigo pequeno e de valor elevado era maior do que o medo da contaminação, por isso ela preferia usar luvas inapropriadas, que não a protegiam adequadamente, a usar luvas de borracha que limitam a sensibilidade do seu tato. As luvas de látex eram curtas e finas, por isso não protegiam os antebraços dos líquidos contaminados e tão pouco as mãos de objetos perfurocortantes. Mesmo assim, Carol preferia o risco da contaminação ao risco de perder algum artigo: “Se tiver que usar aquela luva não posso me responsabilizar pelos parafusos e outros materiais pequenos, porque eu não sinto” (Carol, Diário de Campo). Além de Carol, presenciei outros dois profissionais lavando materiais na Área I usando somente a luva de látex, no entanto, não tive oportunidade de questioná-los por que estavam abrindo mão da sua própria segurança. Porém, como um deles também estava lavando pequenos materiais de OPME quando observei a falta da luva de borracha, posso crer que ele também estava com medo de perder algum item.

Tentando compreender melhor os eventos que causavam o medo de perder algum artigo caro, perguntei aos profissionais se alguma vez já haviam perdido algo e, conseqüentemente, haviam sido punidos por isso. Para minha surpresa somente um dos técnicos contou que já havia extraviado um pequeno saco contendo parafusos e arruelas, entretanto, apesar da advertência que levou, não precisou pagar pelo material, pois a empresa fornecedora fez um acordo com o hospital e não cobrou a despesa. Os demais profissionais nunca haviam perdido qualquer material e seu medo parecia ser consequência de recorrentes avisos e ameaças de punição. Eles temiam as advertências e a perda do emprego.

A Área I também despertava a sensação de medo em alguns profissionais por ser um dos locais mais contaminados do hospital. Apesar do sentimento não ser assunto entre os técnicos durante as rotinas de trabalho, alguns revelaram seus sentimentos nas conversas que tive com eles. Roberta demonstrou sua

preocupação quando perguntei qual seria a primeira coisa, em relação às rotinas, que ela explicaria a um novo colega em seu primeiro dia de trabalho no CME.

“Eu falaria para ele sobre os EPI, porque a Área I é muito contaminada. O maior risco é a hepatite C, as pessoas pensam que é o HIV, mas ele morre rápido fora do organismo. Hepatite B todos recebem vacina, mas a C, além de não ter vacina, é muito resistente fora do organismo” (Roberta, Diário de Campo).

Rita revelou seu medo de levar contaminação para a sua casa.

“A gente sempre leva bicho para casa apesar de usar essas roupas. Aqui e aqui – ela aponta para a testa e para o pescoço – sempre respinga alguma coisa. Eu chego em casa e já tiro o sapato na porta, tiro o casaco, vou entrando e tirando a roupa para ir direto tomar banho (Rita, Diário de Campo).

Apesar da sensação de medo ser relatada em diferentes situações cotidianas e durante diferentes práticas de trabalho, na maioria das vezes estava relacionada ao medo da punição, se sobressaindo ao medo de contaminação. Em vez de priorizarem a eliminação de todo e qualquer foco de contaminação, tendo em vista a saúde dos pacientes e dos profissionais que atuavam no hospital, os profissionais preocupavam-se muito mais em evitar as advertências, pois sua maior preocupação era com a manutenção do emprego.

Se tivesse que ensinar alguma coisa pra um funcionário novo, eu falaria das normas do hospital, tipo, que não pode usar o avental com a abertura pra frente. Me preocupo em falar coisas que eu sei que a pessoa pode ir pra rua se não fizer. O serviço em si a pessoa vai aprender, mas essas coisas é importante avisar (Vanessa, Diário de Campo).

Conforme fui percebendo a presença deste artefato, fui também compreendendo a postura distante ou contraditória de alguns profissionais em relação a mim. Por que alguns técnicos não quiseram participar da minha pesquisa? Por que certos profissionais que conversavam bastante comigo e gostavam de contar suas experiências de aprendizagem não assinaram o TCLE? Por que alguns evitavam a minha aproximação? Seria somente timidez? Eu jamais terei estas respostas, mas tenho elementos bastantes para acreditar que o medo de perderem o emprego estava relacionado à escolha de não participarem da pesquisa. Obviamente, que o medo não era o único motivo, devem existir outros, os quais eu não fui capaz de imaginar. Mas as falas dos profissionais e seu comportamento levaram-me a crer que eles tinham medo do que eu pudesse escrever sobre eles. Tinham medo que eu identificasse alguma falha ou erro durante o trabalho que seria revelado quando os enfermeiros e a coordenadora lessem meu relatório final. Tinham medo que eu contasse aos outros técnicos alguma conversa ou comentário

que fizeram. Tinham medo, principalmente, das punições e consequências daquilo que eu poderia revelar nesse texto.

O medo não era um sentimento exclusivo dos profissionais, eu também sentia medo em campo, mas meu medo era diferente do deles. Eu tinha medo de me contaminar, principalmente quando ingressava na Área I, tinha medo de embalar algum material sujo na Área II ou de guardar algum material molhado na Área III que pudessem contaminar os pacientes. Tinha medo de ser inoportuna ou indelicada com os profissionais e perder a confiança deles. Tinha medo de desrespeitar as regras do hospital e ser impedida de seguir com a pesquisa de campo. Tinha medo de falar demais e revelar sem querer algo que não deveria. Eles tinham medo das advertências, das punições, de perderem o emprego. Este medo determinava as ações – as minhas, as deles, as nossas -, estava emaranhado nas rotinas e relacionado a diversas práticas, movendo-as, modificando-as e resignificando-as.

Os artefatos organizacionais dizem algumas coisas sobre a organização que está sendo estudada, algumas coisas que lhe são específicas (STRATI, 2007), e os artefatos presentes no CME deveras revelavam muito sobre aquele setor e sobre a própria organização. A agenda de cirurgias era o artefato que ditava o ritmo de trabalho e como os profissionais se sentiriam emocionalmente ao longo do dia. Ao verificarem a agenda no início da jornada, eles poderiam se sentir tranquilos ou angustiados. Ao mesmo tempo, o medo era outro artefato organizacional sempre presente, mas menos visível, tratado de forma velada entre os próprios membros do CME os quais quase não falavam sobre este sentimento entre si.

Estes artefatos convertiam a organização em uma realidade tangível compostas por indivíduos e inúmeros elementos não humanos. Ambos os artefatos perpassavam as práticas, orientando as ações e prescrevendo práticas que não faziam parte das normas, regras e procedimentos operacionais padrão, mas que contribuía para o alcance do objetivo maior da equipe de técnicos de enfermagem do CME, que consistia em suprir o hospital com os materiais necessários às intervenções médicas, garantindo que nada faltasse, sem cometer nenhuma falha passível de punição.

Falarei mais sobre estas as práticas que vão além das normas, regras e procedimentos operacionais padrão no próximo capítulo.

7 COMPREENDENDO AS PRÁTICAS

Meu objetivo neste estudo é compreender como ocorrem os processos de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam no CME, para tanto identifiquei as práticas de trabalho predominantes no cotidiano desses profissionais conforme relatei na seção ‘conhecendo as práticas’ e mostrei um pouco da maneira como os profissionais percebem e aprendem essas práticas na seção ‘aprendendo as práticas’. Nas próximas páginas, pretendo complementar o que já foi apresentado enfatizando o processo de aprendizagem e o seu caráter dinâmico, material, relacional e imprevisível. O processo de aprendizagem desses profissionais vai além daquilo que se pode planejar, prever e controlar, e ultrapassa os limites e barreiras impostos por regras, normas e procedimentos padrão que buscam, inutilmente, reger suas práticas.

7.1 O SABER-FAZER NA ENFERMAGEM

Ainda que caracterizado como um setor rotineiro e fragmentado, com um elevado número de atividades a serem realizadas com rigor e disciplina, o trabalho no CME exige um grande esforço físico e mental dos trabalhadores (LOPES et. al., 2007). Independentemente de ser um serviço interno da organização que não produz algo vendável ao mercado, o trabalho do CME alimenta todo o hospital, na medida em que fornece materiais desinfectados e estéreis indispensáveis para a prestação dos serviços hospitalares.

Entretanto, apesar da enfermagem moderna ter incorporado várias atividades não diretamente relacionadas à assistência ao paciente, mas que são tão importantes quando o cuidado direto para o restabelecimento ou manutenção da saúde, os centros de material e esterilização ainda são pouco conhecidos e valorizados pelos próprios profissionais da área (*op. cit.*). Essa afirmação vai ao encontro do que Samanta, uma das técnicas de enfermagem que atuavam no CME, relatou:

“Quando comecei a trabalhar no CME do outro hospital, eu odiava. Lá eu ficava na pia só pensando que não era pra isso que eu tinha estudado dois anos. Eu pensava isso porque no curso a gente recebeu uma folha de ofício falando do CME e só. Aí fui trabalhar com paciente particular e vi como era, eu conversei com as técnicas dos hospitais e vi que não era fácil. Aí passei a gostar e valorizar o CME, aprendi a importância do setor, que tudo no hospital passa por aqui e, se não fosse o CME, nada acontecia” (Diário de Campo).

Samanta afirmou que no curso técnico de enfermagem que frequentou não ensinaram sobre o trabalho no CME. Machado e Gelbcke (2009) apontam duas possíveis causas para o desinteresse das instituições de ensino pelo centro de material e esterilização. A primeira estaria na menor valorização do cuidado indireto ao paciente, mesmo diante do discurso de que este instrumentaliza o cuidado direto. A segunda estaria na desvalorização por parte das instituições hospitalares, que identificam o CME como centro de custos, fazendo-o operar com recursos insuficientes e com profissionais que recebem remunerações inferiores às do contexto hospitalar.

A maioria dos sujeitos desta pesquisa, contudo, relatou que aprendeu a gostar do CME e, apesar do preconceito que existe entre os colegas de profissão, eles valorizam a importância do trabalho desenvolvido e verbalizam seu descontentamento frente ao desconhecimento e desvalorização dos outros profissionais (LOPES *et. al.*, 2007).

“Trabalho há cinco anos no CME, antes trabalhava com psiquiatria. Eu adoro isso aqui. Tem gente que não gosta do CME porque não tem o cuidado com o paciente, mas aqui é o coração do hospital, aqui também envolve cuidado com o paciente. Indiretamente, se a gente não fizer as coisas certas aqui, vai dá errado lá também. É isso que eu acredito, pelo menos” (Alex, Diário de Campo).

“[...] a gente aprende a trabalhar com CME mesmo quando chega aqui. Os cursos não falam, não ensinam, por isso também que o setor é desvalorizado pelos próprios profissionais. Muitos colegas dizem que a gente aqui só lava panelinha, quando não é verdade. Nosso trabalho é tão ou mais importante que o deles. Se a gente não faz bem as coisas aqui, nada lá dá certo” (Cecília, Diário de Campo).

Até mesmo Lisandra, que dizia preferir trabalhar no centro cirúrgico, mostrou-se descontente com o preconceito e com a falta de valorização do CME: “Achei bem legal tu vir fazer a tua pesquisa aqui porque, normalmente, ninguém se interessa pelo CME, sempre preferem outras áreas do hospital quando, na verdade, o CME é o setor mais importante, é o coração do hospital” (Diário de Campo).

Além de aprenderem a valorizar o setor e a reconhecer a importância das atividades ali desenvolvidas, os profissionais demonstraram ter consciência da

dinâmica que envolve suas práticas de trabalho. Apesar das tarefas serem manuais, rotineiras e fragmentadas, eles foram capazes de perceber que o fazer e o saber são inseparáveis e que mente e corpo trabalham juntos na execução das tarefas e no processo de aprendizagem.

“CME se não gostar não fica, pede logo pra sair porque é muito corrido [...]. O mais difícil aqui é a correria, a gente corre de um lado pro outro o dia todo, eu chego em casa moído. E tem que tá ligado direto, pensando que cirurgia vai sair, que material tá falando, o que tem que dar prioridade” (Marcos, Diário de Campo).

“Eu acho difícil a montagem da autoclave porque tem que saber o que colocar primeiro, tem que pensar o tempo todo pra saber o que priorizar, o que colocar primeiro, também tem que ficar atento ao que tá faltando. Acho que isso é o mais difícil de aprender pelo que eu vejo, é o que o pessoal tem dificuldade, pegar o ritmo e pensar em tudo ao mesmo tempo” (Lilian, Diário de Campo).

Culturalmente em nossa sociedade, os profissionais que atuam com trabalho manual são rotulados como intelectualmente limitados e, por este motivo, são menos valorizados e pior remunerados. Técnico de enfermagem, garçoneiro e carpinteiro são exemplos de profissões que realizam muitas tarefas manuais e rotineiras, entretanto, não se pode julgar que estes profissionais sejam incapazes de conhecer intelectualmente qualquer questão. Rose (2007), em sua obra sobre o saber no trabalho, fala sobre estas profissões e faz uma crítica aos rótulos que nossa sociedade impôs às profissões e discute o peso da dicotomia corpo-mente no discurso atual sobre trabalho. Analisando os saberes que permeiam diferentes ofícios, afirma que “em todo trabalho digno, há participação de uma mente e seu saber, e os valores que lhes são atribuídos estão intimamente relacionados ao raciocínio e à ação” (ROSE, 2007, p. 24).

A abordagem da aprendizagem baseada em práticas permite a análise dos processos de aprendizagem sob a ótica do fazer-saber, na qual pensar e agir não são tratados de forma dicotômica, mas como elementos de um único processo de aprendizagem (GHERARDI, 2000), possibilitando ao pesquisador compreender a riqueza de saberes que existem por entre as práticas de trabalho dessas profissões ditas simples e de menor complexidade. Não se trata de analisar todas as profissões como iguais, mas reconhecer que categorizações podem trazer consequências importantes, como a limitação da compreensão das qualidades menos formais do trabalho e que vão além do nível da observação. Rose (2007, p. 31) adverte que, se o pesquisador se apoiar excessivamente das categorizações, é possível que deixe de observar muitas coisas no trabalho diário como “os processos mentais que

possibilitam serviços; a estética do trabalho físico; a complexa interação do social e do mecânico; a coreografia da mão, dos olhos, dos ouvidos, do cérebro; a presença indispensável, em sua execução, da abstração, do planejamento e da resolução de problemas”.

O trabalho de enfermagem no Brasil ainda é funcional, fracionado, hierarquizado e voltado para normas e procedimentos. Entretanto, algumas pesquisas já apresentam um discurso no qual o trabalho na saúde é reconhecido como coletivo e social. Souza e Ceribelli (2004) em seus estudos sobre a enfermagem no centro de material e esterilização sugerem que os responsáveis pela educação no CME não devem somente dar um saber sistematizado, mas devem estimular a vivência e a reflexão conjunta, pois o saber gerado na prática cotidiana possibilita maior apreensão e torna o aprendizado efetivo. Taube e Meier (2007) afirmam que o conhecimento no CME é composto por habilidades e destrezas manuais, mas reconhecem que a enfermagem utiliza padrões de conhecimento empírico, pessoal, estético, ético, intuitivo, histórico e político, os quais são articulados e não excludentes no processo de aprendizagem.

Nessa pesquisa, busquei compreender o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam em um CME a partir das suas práticas diárias de trabalho e da rotina, considerando a interação social ente os sujeitos, as suas faculdades estéticas, a ação intencional, o raciocínio, o saber-fazer. Não pretendo ir contra a grande massa de produções acadêmicas que identifica a enfermagem como uma ciência técnica, prescritiva, a qual exige disciplina e um aprendizado formal de qualidade. Em vez disso, pretendo somar ao que já foi produzido na área a visão social e coletiva dos processos de aprendizagem, que valorizam as práticas e os saberes que surgem a partir do fazer e da ação, inerentes a todas as profissões, mas que se destacam naquelas de menor valorização social.

7.2 O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Buscando compreender o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem, nas entrevistas informais conversei com eles sobre como aprenderam as atividades de trabalho do CME. Ao questioná-los sobre a forma com a qual

aprenderam, queria fazê-los refletir sobre as práticas de ensino e aprendizagem no trabalho e contar sobre o que consideraram mais importante, marcante ou facilitador neste processo.

Conversei sobre o assunto com todos, permitindo-me concluir que o processo de aprendizagem dos trabalhadores do CME é predominantemente informal, uma vez que não existem cursos profissionalizantes específicos para atuação em centros de material e esterilização e que o hospital não oferece cursos de formação para seus profissionais. A aprendizagem dos técnicos para execução das suas práticas de trabalho ocorreu durante o próprio trabalho, em ação, através da interação com colegas mais experientes e da observação do modo de execução deles.

Samanta e Rita, que já tinham trabalhado no CME de outros hospitais, relataram como aprenderam as práticas de trabalho no CME do hospital pesquisado:

“Aprendi muito sobre o CME no outro hospital, te disse que no curso só ganhei uma folha de ofício, né? Lá a chefia tava sempre passando e vendo o que a gente tava fazendo, e se via alguma coisa errada já falava na hora, explicava, mostrava o jeito certo. Aqui é diferente, a gente aprende com os colegas, tem menos cobrança. [...] Tinha uma outra colega que trabalhava aqui quando eu comecei, ela me ensinou que colocar o material em cima da mesa conforme o horário das cirurgias é muito melhor para se organizar, para não se confundir. [...] Não sei se ela aprendeu isso com outra pessoa ou se foi ela quem começou e foi passando, mas hoje a gente faz assim (Samanta, Diário de Campo).

“Eu já sabia o serviço porque vim do outro hospital, aqui tive que aprender a rotina, porque cada hospital tem seu jeito de fazer as coisas. Ah, a diferença era que lá não tinha secadora, a gente secava tudo na mão, mas foi bem tranquilo. O Marcos me ensinou, eu fiquei acompanhando ele por um tempo e fui fazendo as coisas até aprender (Rita, Diário de Campo).

Lilian era menos experiente quando ingressou no hospital, pois seu primeiro emprego foi no CME, depois de concluir o curso técnico: “Eu aprendi tudo aqui, os colegas foram me ensinando e eu fui pegando o serviço (Diário de Campo). Alex já havia trabalhado em outros hospitais e clínicas, mas nunca em CME: “Com CME foi a primeira vez aqui, aí aprendi tudo com os colegas, a maioria tá sempre disposto a ajudar. [...] o mais difícil foi aprender os nomes de todos os instrumentos” (Diário de Campo).

Em sua fala, Alex menciona um ponto bastante importante relacionado à memória e ao conseqüente esforço cognitivo necessário no processo de aprendizagem e durante a execução das tarefas no CME. Os técnicos dedicavam-se bastante à memorização dos nomes dos instrumentos, dos tipos de instrumentos que compunham cada bandeja e dos materiais que deveriam constar nos carrinhos

de cirurgia. Apesar de poderem consultar as fichas das bandejas e as pastas com fotos e listagens dos artigos, eles preferiam memorizar as informações, pois assim executariam o trabalho com maior rapidez e agilidade. Não precisar das fichas e pastas durante as práticas cotidianas também representava autonomia e segurança, pois aqueles que conseguiam desempenhar as atividades sem recorrer ao auxílio desses materiais mostravam que já haviam aprendido parte importante do trabalho.

Os participantes da pesquisa também relataram que o curso técnico de enfermagem oferece uma formação bastante ampla, preparando os profissionais para atuarem em diferentes áreas da enfermagem, mas focando o cuidado direto com o paciente. Segundo eles, poucos cursos ministram aulas sobre centro de material e esterilização, e alguns técnicos mencionaram que os cursos que frequentaram não abordaram a temática CME em nenhuma das aulas, e mesmo aqueles que aprenderam sobre CME julgaram as aulas superficiais e insuficientes, afirmando que tudo o que sabem sobre centro de material e esterilização foi aprendido depois que ingressaram no mercado de trabalho.

“A enfermagem dá um leque de opções bem grande pro profissional atuar, e isso é muito bom, o curso é bem abrangente e tu pode escolher depois o que tu quer fazer. [...] Sobre CME mesmo eu não tive muita coisa, mas o curso é bom. [...] Eu já trabalhei em geriatria, ambulância, fiz de tudo, mas foi no CME que eu me achei” (Marcos, Diário de Campo).

“Recebi uma folha de ofício sobre CME, e o professor falou por cima que existia o centro material e só, não aprendi detalhes da limpeza e da esterilização [...] Eu fui aprender mesmo num outro hospital que trabalhei antes de vir trabalhar aqui. [...] Seria bom se o COREN tivesse um curso específico para trabalhar com CME como tem pra instrumentador” (Samanta, Diário de Campo).

“O CME foi meu primeiro emprego quando concluí o curso [...]. Quando iniciei não sabia muito sobre o setor porque no curso não ensinam. Aprendi um pouco de CME no meu estágio em outro hospital, mas a gente aprende a trabalhar com CME mesmo quando chega aqui. Os cursos não falam, não ensinam (Cecília, Diário de Campo).

Alguns profissionais que atuavam no CME possuíam o curso de instrumentação. Este é um curso oferecido para quem já possui diploma de técnico em enfermagem e deseja se especializar para trabalhar auxiliando as equipes médicas durante as cirurgias. Neste curso os profissionais aprendem os nomes dos instrumentos e seu uso, assim são capacitados para entregar o instrumento correto ao médico sempre que ele o solicita durante a cirurgia. Conforme Lisandra, “um bom instrumentador sabe qual instrumento alcançar sem o médico pedir, pois sabe as etapas da cirurgia e já vai alcançando conforme o andamento da cirurgia” (Diário de

Campo). A coordenadora do CME explicou que os hospitais estão contratando profissionais com formação em instrumentação para atuar no CME, pois eles já iniciam conhecendo os materiais, sabendo o nome e o uso, o que facilita a aprendizagem do trabalho, principalmente na montagem das bandejas.

Entretanto, os próprios profissionais com formação em instrumentação reconhecem que o curso não é suficiente para aprender a atuar no CME. Vitor deixou claro quando me disse que “o mais difícil no CME é aprender sozinho as coisas e saber o nome das coisas também, pois no curso de instrumentação só te ensina o básico dos instrumentos, e tem muitos outros” (Diário de Campo). Lisandra relatou que o curso de instrumentação a ajudou na aprendizagem de algumas tarefas, mesmo assim, precisou da ajuda dos colegas.

“Eu não tive dificuldade pra aprender os nomes dos instrumentos porque eu fiz o curso de instrumentação e trabalhei um tempo instrumentando antes de vir pra cá. Mas o resto do trabalho a gente aprende com os colegas, um colega explica pro outro e assim vai passando. Até tem um livro de POP⁴⁹, mas ninguém usa. É que, normalmente, as coisas são ensinadas na correria, porque quando contratam alguém é porque tá faltando gente, aí ninguém tem tempo” (Diário de Campo).

Em sua fala, Lisandra toca em dois pontos bastante importantes para as práticas de trabalho e para o processo de aprendizagem dos profissionais que atuam no CME: o ensino das práticas pelos colegas durante as rotinas de trabalho e os procedimentos operacionais padrão. Ambos os pontos serão aprofundados nas duas próximas seções.

7.2.1 Knowing in practice⁵⁰

Os técnicos de enfermagem do CME aprenderam o trabalho com os colegas mais experientes. Eles relataram que, quando ingressaram no hospital, foram orientados a trabalhar junto de um colega com mais experiência que saberia explicar as tarefas. Após algumas semanas e em decorrência do rodízio entre as áreas, os novatos passavam a trabalhar sozinhos observando como os outros realizavam as tarefas e, se tinham alguma dúvida, perguntavam para qualquer colega que

⁴⁹ Procedimento operacional padrão.

⁵⁰ Utilizei a expressão em inglês para enfatizar a ideia de movimento, ação e fluxo, pois um dos usos da terminação *ing* em verbos na língua inglesa é para indicar uma ação que iniciou e ainda não teve fim.

estivesse disposto a ajudar, recebendo ajuda de vários colegas diferentes. Cláudia contou que Ana foi quem a ensinou o trabalho quando ingressou no CME: “Quando eu entrei me colocaram junto com a Ana, eu fiquei trocando de área junto com ela até passar por todas, aí depois fiquei sozinha, e quando não sabia alguma coisa perguntava pros colegas” (Diário de Campo). Eliana também aprendeu com a colega: “Foi a Lilian que me ensinou, ela é minha professora até hoje. Quando não sei, pergunto pra ela que ela sempre sabe” (Diário de Campo).

Também ouvi relatos de aprendizagens julgadas aparentemente solitárias pelos profissionais (digo aparentemente, pois com base no que foi visto até aqui já é possível afirmar com segurança que a aprendizagem é um fenômeno genuinamente coletivo, no qual os indivíduos agem e interagem com os demais elementos humanos e não humanos na produção do conhecimento). Victor destacou a sua capacidade de aprender a partir das práticas observando os outros: “Aprendi tudo fazendo, com os demais colegas ou sozinho mesmo, vendo os outros e tentando acertar. [...] Isso que eu te disse era o mais difícil, aprender sozinho” (Diário de Campo). Eu também experienciei essa ‘aprendizagem solitária’ sobre a qual Victor fala. Algumas vezes em que ajudei os profissionais nas tarefas do CME recebi explicações despreocupadas e pouco detalhadas, assim, para conseguir realizar a tarefa precisei observar outra pessoa fazendo ou tentar fazer sozinha, torcendo para alcançar um bom resultado. Repeti as práticas várias vezes até conseguir um resultado que julguei adequado. Este processo não se tratava de uma mera repetição das mesmas práticas, mas da produção de diferentes práticas. Cada vez que eu as repetia, eu as conectava de forma diferente (ANTONACOPOULOU, 2006), conectava a prática recém praticada às anteriores e a muitas outras que eu já havia experienciado, até que o resultado dessas conexões fossem aprovados pelo julgamento dos meus sentimentos, sensações e juízo estético (STRATI, 2007).

Uma vez Mariana perguntou se eu poderia ajudar embalando os materiais avulsos e eu respondi que sim, mas pedi que me ensinasse a tarefa. Mariana nada disse, entretanto, mostrou-me o que eu deveria fazer. Pegou um dos artigos, mediu o tamanho do plasteril antes de cortá-lo, cortou, selou um dos lados da embalagem cortada, colocou o objeto dentro e selou o outro lado. Depois da demonstração, ela esticou o braço entregando-me o próximo item, e sob sua observação repeti os procedimentos. Quando terminei, ela saiu deixando-me sozinha como sinal de aprovação. Eu fiquei ali repetindo aquela prática e tentando melhorá-la, queria

entender como fazer para que não ficasse nenhuma rugosidade na embalagem. Alguns itens volumosos eram difíceis de embalar, e algumas vezes o lacre ficava com pequenas rugas pelas quais poderia passar ar, contaminando o material. Eu precisava usar meu tato para sentir qual a melhor posição para segurar a embalagem e introduzi-la na seladora de forma que deslizasse perfeitamente. Repeti aquela ação várias vezes, em alguma delas precisei refazer o lacre, até que algo passou a fazer sentido: se eu segurasse a borda da embalagem levemente dobrada e sem pressioná-la muito, o lacre sairia perfeito. Relacionei-me com os elementos (plasteril, material, seladora, rugosidade, temperatura da seladora, espaço entre os meus dedos), realizei diversas práticas, testei, experienciei, conectei e reconectei estas práticas, até que algo passou a fazer sentido e eu aprendi.

Repetir a mesma tarefa várias vezes traz confiança para quem executa o trabalho. A repetição produz conhecimento, conhecimento sensível, o qual está atrelado àquilo que o executor é capaz de sentir enquanto pratica a ação. Não são meros movimentos automatizados, são movimentos conscientes, de atenção, de capacitação do corpo (ROSE, 2007). Após participar ativamente de diversas tarefas repetitivas, posso afirmar com segurança que, por mais simples que possam parecer, não existem atividades que não exijam especialização no CME, e mesmo a tarefa mais básica exigirá raciocínio. É comum que após algum tempo de experiência o profissional não precise despender de tanta atenção, mas isso não significa que a tarefa se tornou mecânica e involuntária (*op. cit.*), significa que o trabalhador aprendeu, educou seu corpo, já conhece como ele próprio e os demais materiais reagem ao procedimento e já pode se sentir confiante durante a ação.

Em outra ocasião ofereci ajuda para fechar os frascos de vidro utilizados para coletar a gordura corporal retirada nas cirurgias de lipoaspiração. Os frascos estavam limpos e era preciso amarrar um pedaço de manta nas suas bocas para fechar a abertura antes de colocá-los na autoclave. Perguntei a Patrícia como fazer, e ela respondeu sem dar-me muita atenção:

[Patrícia] - Corta as mantas daquele tamanho e amarra igual”.

[Pesquisadora] - Só isso? Não tem nada que precise me explicar melhor?

[Patrícia] - Faz daquele jeito que tá bom.

(Diário de Campo)

Havia outros frascos já fechados em cima da mesa, julguei um pouco estranho ela não me explicar passo a passo aquela tarefa, mas achei que era capaz de tampar a boca do franco adequadamente, então, fui em frente. Quando terminei,

Patrícia alcançou-me as etiquetas de identificação para que eu colasse nos frascos, novamente sem dar-me qualquer explicação. Eu então coleí metade da etiqueta em cima do pedaço de manta que cobria a boca do frasco e outra metade no vidro onde o adesivo grudava melhor, evitando que ela se desprendesse. Trabalhei ao lado de Patrícia, coleí as etiquetas em todos os frascos e, quando terminei, Vanessa se aproximou e disse-me que eu deveria ter colado somente uma pontinha das etiquetas no vidro, pois daquela maneira ficaria ruim de retirá-las. Olhei surpresa para Patrícia esperando sua reação:

[Patrícia] - Ah é! É melhor colar só uma pontinha mesmo, porque a etiqueta pode rasgar na hora de puxar”.

[Vanessa] - E depois, na hora de lavar, fica aquela cola grudada no vidro que é tri difícil de tirar”.

[Pesquisadora] – Eu posso tirar e colocar de novo.

[Vanessa] – Melhor não, pode rasgar a etiqueta, deixa assim, fica a dica pra próxima vez.

[Pesquisadora] – Tem certeza? Eu tiro com cuidado, não pressionei muito, deve sair.

[Vanessa] – Não te preocupa, meio dúzia de frascos assim não vai ter problema.

[Patrícia] – É, deixa, esses não têm problema.
(Diário de Campo)

Confesso que fiquei um pouco constrangida, com a sensação de que deveria ter insistido mais e perguntado se estava procedendo da forma certa. Achei que a tarefa era simples e que conseguiria realizá-la com perfeição, mas não foi assim. Patrícia e Vanessa conheciam mais do que eu, elas sabiam como a etiqueta se comportava ao ser retirada, sabiam como a cola da etiqueta aderiria ao vidro, sabiam que bastava um cantinho em contato com o frasco para que a etiqueta não se desprendesse dentro da autoclave e sabiam que etiquetas aderidas ao vidro eram muito difíceis de lavar. Se elas tivessem executado a tarefa, conectariam as diferentes práticas que conheciam - e que perfaziam a prática de esterilizar aquele tipo de frasco -, produzindo um resultado diferente do meu.

A noção de práticas interconectadas (ANTONACOPOULOU, 2006), na qual o indivíduo age, pratica, experiencia e testa diferentes formas de conexão entre as práticas, experimentando diferentes conexões até que algumas passem a fazer sentido pra ele e produza o conhecimento não se aproxima da ideia de conhecimento como estoque, como algo produzido nas práticas somente até que se acumule o suficiente para realizá-las com perfeição, ou então da ideia de que repetindo determinada prática o indivíduo terá um melhor desempenho devido ao condicionamento que se dá com simples recorrência. A ideia de interconexão das

práticas está relacionada à ideia de *knowing*, que é o conhecimento que ocorre em ação, nas práticas, quando o indivíduo age relacionando-se com os demais elementos humanos e não humanos em um contexto mediado por artefatos, é um conhecimento dinâmico e provisório o qual surge a partir da simultaneidade do pensar e do fazer (NICOLINI; GHERARDI; YANOW, 2003).

Este conhecimento que surge nas práticas é um saber continuamente produzido e modificado através das atividades cotidianas, ele faz parte das próprias práticas, não está 'dentro' das mentes humanas ou dos corpos dos sujeitos, tão pouco está 'fora' incorporado aos objetos, sistemas ou estruturas (ORLIKOWSKI, 2002). O *knowing* está arraigado a um contexto social e é constituído e reconstituído nas práticas do dia a dia, durante a ação, por isso é dinâmico, espacial, temporal e provisório (GHERARDI, 2012a; ORLIKOWSKI, 2002).

Compreender a aprendizagem a partir das noções de interconexão das práticas e de *knowing* é essencial para a compreensão do processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam no CME. Através das suas falas percebemos que as experiências que viveram, em ação, foram o que mais marcaram - e marcam - o seu processo de aprendizagem. Através da observação participante, pude entender como a conexão das práticas era realizada pelos profissionais, eles conectavam e reconectavam aquilo que praticavam até que o arranjo de práticas fizesse sentido para eles. Uma pesquisa realizada somente através de entrevistas certamente não conseguiria captar a relevância da conexão de práticas neste processo. Eu só fui capaz de compreender tal relevância porque estava em campo com eles, praticando as suas práticas, vivendo próxima à sua realidade e experienciando um processo de aprendizagem semelhante ao que eles experienciaram e ainda experienciam.

Aproximar-me da realidade dos sujeitos me possibilitou observar o centro de materiais e esterilização como um lugar praticado, onde os movimentos cotidianos operam e articulam-se de tal forma que os indivíduos criam seus próprios trajetos e sua maneira conjunta de agir e praticar dentro dos limites deste lugar controlado (CERTEAU, 1998).

7.2.2 A aprendizagem além das boas práticas de enfermagem

Considerando o que escrevi até aqui, grande parte dos leitores já deve ter compreendido que o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam no CME é um processo coletivo atravessado por práticas socialmente constituídas, o qual vai muito além da ideia de práticas como ação repetitiva ou da ideia de prática como ação prescritiva. Na seção anterior, expliquei como o aparente processo de repetição das práticas permite diferentes conexões, as quais possibilitam aos sujeitos julgar qual arranjo de práticas responde melhor às suas necessidades. Nessa seção, pretendo explicar como as práticas prescritivas, as normas e padronizações oportunizam o surgimento de novas práticas socialmente negociadas, alimentando o contínuo fluxo de práticas e, conseqüentemente, a aprendizagem.

Antes, porém, farei um breve relato sobre a origem das práticas prescritivas de enfermagem para que o leitor possa entender um pouco mais sobre as normas e regras que regem as rotinas de trabalho destes profissionais.

7.2.2.1 A origem das práticas de enfermagem

Os hospitais nem sempre foram ambientes de cuidados e tratamentos que visavam à cura dos pacientes. Até meados do século XVIII, na Europa, estas instituições serviam como casas de acolhimentos para doentes das classes pobres portadores de doenças e, possivelmente, propagadores destas. Enquanto os ricos eram tratados em suas residências por médicos, os pobres eram recolhidos aos hospitais, pois representavam um risco para a sociedade, e lá recebiam cuidados relacionados à higiene, ao tratamento de feridas, chás e alimentação. O pessoal de enfermagem que atuava nesses locais preocupava-se com a salvação da própria alma, estavam nos hospitais para fazer caridade e garantir a salvação eterna, e não para curar os doentes (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Com o desenvolvimento do capitalismo e das ciências médicas, as práticas médicas e de enfermagem, que eram independentes, passaram a ocupar o mesmo

espaço. O modelo religioso da enfermagem foi dando espaço a um novo modelo vocacional, do qual surgiu a necessidade de disciplinar as tarefas da enfermagem e delimitar o espaço social que cada trabalhador deveria ocupar, legitimando o poder e a hierarquia hospitalar (*op. cit.*). O rápido crescimento dos hospitais no século XIX, acelerado pelas descobertas científicas, foi acompanhado por um aumento similar de escolas de enfermagem que desenvolviam nas⁵¹ estudantes características de respeitabilidade, obediência, submissão, destreza no trabalho pesado, lealdade, passividade e religiosidade. O padrão de conduta voltado não para o doente, mas para os procedimentos a serem executados se desenvolveu fortemente nos Estados Unidos na primeira metade do século XX, apoiado pelos princípios da administração científica⁵². O foco da atenção da enfermagem eram as tarefas e procedimentos e não havia lugar para desenvolver qualquer saber, pois não era o cuidado o alvo da preocupação, mas a disciplina às normas e procedimentos (*op. cit.*).

A partir da segunda metade do século XX, estudos e teorias sobre a enfermagem ultrapassavam, no nível discursivo (*op. cit.*), as técnicas e os princípios da administração científica, e as diversas teorias no cuidados ao paciente⁵³ publicadas passaram a reconhecer o trabalho na saúde como coletivo. Entretanto, conforme enfatizado por Almeida e Rocha (1989), apesar do discurso, o trabalho de enfermagem no Brasil ainda é funcional, dividido em tarefas hierarquizadas e voltado para normas e procedimentos.

Ainda que publicada em 1989, os estudos de Almeida e Rocha continuam atuais e ajudaram-me a compreender aspectos importantes presentes na rotina de trabalho do CME tais como a hierarquia, a divisão do trabalho, a disciplina e o respeito às normas e procedimentos. Os hospitais são organizações fortemente estruturadas e conduzidas por regras rígidas que imperam sobre funcionários, fornecedores, pacientes e visitantes, e tais regras buscam reger e disciplinar a rotina e as práticas, mantendo o controle do espaço e impondo ordem. Entretanto, apesar de exercerem o controle dominante sob a organização, as normas e regras não impedem que os indivíduos encontrem brechas através das quais podem agir e tirar proveito da aparente relação de dominação (CERTEAU, 1998).

⁵¹ Nessa época somente mulheres frequentavam as escolas de enfermagem.

⁵² Ver Princípios da Administração Científica de Frederick Taylor.

⁵³ Ver O Saber na Enfermagem de Maria Cecília Puntel de Almeida e Juan Yazlle Rocha.

Observando as práticas de trabalho dos técnicos de enfermagem do CME, percebi que independentemente da disciplina, das regras e dos procedimentos operacionais padrão, os quais os profissionais precisavam cumprir, havia flexibilidade e adaptabilidade em suas práticas. Ao mesmo tempo em que seguiam rigorosamente algumas condutas e padronizações, eles também improvisavam, criavam, encontravam maneiras de executar aquilo que não estava prescrito ou formas mais adequadas, ao seu julgamento, de responder às necessidades do trabalho.

O imprevisto tornava-se possível a partir da experiência profissional e do conhecimento gerado nas práticas. À medida que os técnicos experienciavam, agiam e praticavam, as práticas cotidianas iam se constituindo e se modificando, e um saber relativo àquele grupo se formava. Este saber, por sua vez, possibilitava novas improvisações, inclusive nas tarefas mais simples, porque cada tarefa executada possui suas especificidades, suas exigências e pode precisar de seus próprios pequenos ajustes (ROSE, 2007).

Feitas essas considerações, é possível compreender que, mesmo padronizadas e normatizadas, as práticas de um grupo sempre sofrerão as influências daqueles que as praticam, sendo constantemente modificadas, (re) organizadas, (re) conectadas, de maneira que é ilusório pensar na possibilidade de controlá-las completamente.

7.2.2.2 As práticas em meio a estrutura

Compreender a dinâmica das práticas de trabalho no CME não foi algo fácil para mim. O ambiente hospitalar era algo completamente novo, que eu somente conhecia das poucas vezes que precisei ser atendida como paciente em emergências ou de visitas a pacientes internados. Eu não fazia ideia como era o trabalho em um centro de material e esterilização, por isso despendi de um esforço redobrado para compreender as rotinas e, também, aprender como me portar em um CME, como usar os EPIs, os nomes e a finalidade dos equipamentos e dos demais setores do hospital. Inicialmente tive dificuldades, mas preferi não recorrer à

bibliografia para que eu pudesse aprender tudo em campo, sendo ensinada pelos sujeitos de pesquisa sem fazer qualquer julgamento de certo e errado.

Por não conhecer quase nada sobre o trabalho técnico, muitas vezes eu questionava os trabalhadores sobre os motivos pelos quais algumas tarefas precisavam ser realizadas de determinada maneira e não de outra. Havia vezes em que eles respondiam com confiança e clareza, mas também havia perguntas para as quais eles davam respostas imprecisas como, por exemplo, “porque está no POP assim” ou “porque assim é o jeito certo” ou ainda “não sei, todo mundo faz assim” (Diário de Campo). Acompanhando o trabalho nos diferentes turnos, também percebi que havia maneiras distintas de realizar a mesma tarefa entre os grupos e isso chamou a minha atenção, pois se as práticas estavam nos POP, como era possível que os grupos executassem de formas diferentes? Não deveriam todos fazer da mesma maneira?

A primeira vez que percebi algo especial na execução do trabalho foi um dia em que eu observava Ana enquanto ela fechava uma bandeja. Percebi que ela e sua colega Paula faziam algo diferente dos demais profissionais que eu já havia observado trabalhando na Área II. Elas embalavam as pinças sem travá-las⁵⁴. Curiosa, questionei Ana sobre o motivo pelo qual ela não travava as pinças e ela respondeu que era necessário deixá-las abertas para que o ar quente da autoclave penetrasse nas ranhuras da pinça, pois, se estivesse fechada e travada, a esterilização não seria eficiente. Depois de sua explicação, uma profissional que atuava no CC e estava no CME naquele momento e escutou a nossa conversa disse: “Não é bem assim, eu abro direto bandeja com todas as pinças fechadas. Acho que nunca vi nenhuma pinça aberta, todo mundo deixa fechada” (Diário de Campo). Ana mostrou-se incomodada com a intervenção da profissional e quis justificar:

O problema é que tem muita gente nova ensinando os outros, gente que não sabe pra que serve as coisas [...]. As pessoas ficam fazendo as coisas de um jeito mecânico e não se informam pra que serve. A gente fecha o mesmo material todo o dia e muita gente não se interessa em saber para que serve. Entender as coisas ajuda a fazer do jeito certo. Tem muita gente que não gosta de quem pergunta de mais, mas pra quem não tem experiência, só perguntando pra saber [...]. Tem coisa que não faz diferença o jeito que eu vou fazer, aí cada um pode fazer do seu jeito, mas tem coisa que não, que tem que seguir o procedimento [...]. O pessoal não pensa, não

⁵⁴ As pinças possuíam travas de vários níveis as quais controlavam a pressão de sua pegada. A primeira trava mantinha a pinça levemente fechada, a segunda trava mantinha a pinça fechada, porém, com um pouco mais de pressão e assim por diante.

sabe porque é feito cada coisa, tem que pensar! Muita gente não valoriza o CME, acha que aqui é só fazer, mas tem que pensar também, aí o serviço sai bem feito (Ana, Diário de Campo).

Em sua fala, Ana chamou minha atenção para duas questões muito importantes que perpassavam as práticas de trabalho dos profissionais. A primeira estava relacionada à consciência de que fazer e pensar andam juntos no processo de aprendizagem, tema sobre o qual dissertei na seção sobre o saber-fazer na enfermagem. E a segunda está relacionada ao cumprimento – ou a falta de cumprimento - dos procedimentos padrão. Ana apontou os profissionais com menos experiência como responsáveis por ensinarem as práticas sem ter conhecimento suficiente sobre elas. Mas será que era realmente este o motivo da falta de padronização de algumas atividades? Tive, então, a ideia de verificar no manual de rotinas, se havia alguma orientação sobre a maneira correta de embalar as pinças – se travadas ou não –, mas para minha surpresa não encontrei nenhuma informação a este respeito. No POP número 5.1, cujo título era ‘embalagem de materiais para esterilização’, somente constavam as seguintes instruções: lavar as mãos; usar máscara cirúrgica; realizar inspeção visual antes de empacotar utilizando lupa; verificar limpeza, integridade e funcionamento dos artigos. Como então os profissionais poderiam saber se era preciso deixar as pinças travadas ou abertas? Como que a prática de deixar a pinça aberta havia se consolidado na equipe de trabalho de Ana e não nas demais equipes? Pra encontrar a resposta, eu precisaria investigar.

Na primeira oportunidade, busquei as explicações daqueles que travavam as pinças para tentar compreender aquelas práticas. Perguntei à Vanessa por que as pinças eram embaladas travadas.

[Pesquisadora] – Por que é preciso deixar as pinças travadas antes de embalar?

[Vanessa] - Por causa do uso em sala”.

[Pesquisadora] – Como assim?

[Vanessa] – Quando o instrumentador abre a bandeja em sala é melhor que as pinças estejam fechadas.

[Pesquisadora] – Por quê?

[Vanessa] – Eu já trabalhei em sala, sei que é melhor por causa da técnica de manusear os instrumentos.

(Diário de Campo)

Fiz a mesma pergunta a Lisandra que respondeu de forma parecida: “Porque lá na sala é melhor pro instrumentador que esteja fechada”. Não satisfeita com as resposta, em outra oportunidade, enquanto ajudava a embalar os kits de curativo, perguntei ao enfermeiro se faria diferença na esterilização se eu deixasse as pinças

fechadas. Sua resposta foi parecida ao que Ana havia explicado: “As pinças devem ficar abertas para que o ar penetre nas ranhuras, nessas saliências que tem nas pontas” (Diário de Campo). Será que os profissionais que mantinham as pinças fechadas não sabiam disso? Será que o colega com quem aprenderam o trabalho havia explicado errado? Ou será que, por falta de orientação no POP, eles haviam encontrado a ‘melhor maneira’ de executar a tarefa conectando práticas que conheceram quando trabalhavam em outros locais?

Dado ao intenso ritmo de trabalho e à complexidade das tarefas, alguns saberes se perderam. Isso pode ser considerado natural em trabalhos cuja rotina envolve um número elevado de atividades distintas e complexas. Para atuar no CME, os técnicos precisavam aprender as tarefas de quatro áreas diferentes, sendo que no curso técnico de enfermagem pouco ou nada haviam aprendido sobre elas. A aprendizagem ocorria nas práticas, e nem sempre era possível que os demais colegas explicassem detalhadamente cada processo, pois quem ensinava também estava trabalhando, estava envolvido com várias outras atividades e empenhado em dar conta de todas elas. Dessa forma, era possível que algumas informações passassem despercebidas tanto por quem ensinava quanto por quem aprendia, abrindo espaço para lacunas no conhecimento, que fazem parte do processo de aprendizagem das profissões.

A correria do dia a dia e a percepção individual daqueles que ensinava sobre o que era importante ensinar contribuíram para que os técnicos de enfermagem não soubessem porque deveriam realizar certas práticas, ou porque as executavam de determinada maneira, ou ambos. A falta de algumas orientações fazia com que eles buscassem dentre aquilo que conheciam a melhor forma de executar o trabalho, como quando Vanessa disse-me que era melhor manter as pinças travadas, pois para manuseá-las na sala de cirurgia era melhor que assim estivessem. A falta de ensinamento, que a fizesse conhecer as especificidades do processo de esterilização, fez com que Vanessa buscasse uma maneira de realizar a tarefa formulando um novo arranjo de práticas que atendia as suas necessidades de trabalho.

Foto 16 – Manual de rotinas



Fonte: Fotografada pela autora

Com o passar do tempo, percebi que havia outras práticas que não estavam normatizadas, mas que faziam parte das rotinas de trabalho do CME, sendo a identificação dos pacotes uma delas. Apesar de não haver orientação no POP de como realizar esta prática, os profissionais sabiam que era preciso colocar a etiqueta, na qual constavam o nome do material, a data em que foi preparado e o nome do funcionário que o preparou. Esta etiqueta era emitida a partir de um sistema de informática acessado através de nome de usuário e senha. Depois de efetuado o *login* no sistema, os técnicos seguiam alguns comandos para selecionar o nome do material e a quantidade de etiquetas necessária. O nome do profissional era incluído automaticamente a partir do usuário, por isso era preciso encerrar o programa após cada utilização.

Muitas vezes presenciei os técnicos pedindo uns aos outros para imprimir as etiquetas. Isso normalmente acontecia quando um deles estava em frente ao computador e o outro não queria parar o trabalho para emitir as próprias etiquetas. Esse favor geralmente era solicitado entre colegas que tinham maior confiança um no outro, pois se o material fosse embalado sujo ou com algum defeito o profissional cujo nome estivesse na etiqueta seria responsabilizado. Alguns técnicos gostavam de imprimir etiquetas para os colegas, pois aparentaria que sua produção diária fora maior. “Eu não me importo de imprimir porque assim fica mais pacote no meu nome, e ela fecha direitinho” (Matheus, Diário de Campo). Outros, apesar de não se sentirem muito à vontade, acabavam cedendo aos pedidos dos colegas: “Tu fechou direito isso aí? Olha bem porque é meu nome que vai” (Vanessa, Diário de Campo).

Esta era uma prática negociada, pois quem cedia as etiquetas sabia que quando estivesse muito atarefado ou, até mesmo, precisando aparentar mais produtividade poderia contar com a retribuição do colega. Contudo, apesar de compartilharem desta prática com naturalidade, os profissionais sabiam dos problemas que o favor prestado poderia causar:

O pessoal aqui tira as etiquetas uns pros outros, alguns até escrevem a caneta o nome de quem realmente fechou, mas lá na sala – de cirurgia - isso não adianta nada. Se der problema, vão pelo nome impresso. Outro dia deu problema e a pessoa quis dizer que não tinha sido ela quem fechou o material (Vanessa, Diário de Campo).

Outra prática não padronizada que pertencia ao cotidiano do CME estava relacionada à lavagem dos materiais. Observando o trabalho na Área I, notei que uma das técnicas, ao contrário dos demais, lavava todos os artigos que chegavam, até mesmo aqueles que não haviam sido usados. No primeiro dia em que vi a profissional lavando todo o material, não fiz qualquer comentário, preferi observar os demais para saber se havia mais alguém que compartilhava daquela prática. Meses se passaram até que eu pude acompanhar todos os profissionais atuando na Área I e constatar que somente aquela técnica lavava o material que era devolvido limpo ao CME. Aguardei um dia em que ela estava trabalhando na Área I e, sem revelar que havia percebido que somente ela lavava os artigos limpos, perguntei por que era necessário lavar o material que não havia sido usado. Ela então desabafou:

Ah, isso é uma coisa que fazem aqui! Eles – profissionais do CC - separam o material usado, colocam um campo em cima da bandeja e deixam o sujo ali. E o pessoal do CME não lava o que não foi usado! Eu lavo tudo, isso eu aprendi num outro lugar onde trabalhei, e o que é certo é certo [...]. Pra mim, se abriu o pacote contaminou, pode ter sujado com alguma coisa, então eu lavo tudo. Fazem isso para fazer mais rápido, mas eu não tô nem aí, lavo tudo. E nem dá tanto trabalho assim, coloco de molho e depois lavo rapidinho junto com as outras coisas (Diário de Campo).

Optei em não mencionar o nome fictício da técnica para que ela não possa ser identificada, pois acredito que ela tenha revelado algo bastante delicado em relação às práticas de trabalho.

Depois dessa revelação, procurei no manual de rotinas se havia alguma orientação em relação à lavagem dos artigos, mas no POP 2.4, o qual tratava sobre o procedimento de limpeza do instrumental cirúrgico, não constavam instruções explícitas sobre esta questão, informando apenas os três objetivos principais do procedimento: remoção da sujidade visível; remoção ou redução dos contaminantes orgânicos; e redução da carga microbiana dos artigos. A pesquisa ao manual não

me ajudou a entender a origem desta prática, e precisei conversar com outros profissionais sobre o assunto.

Percebendo que este poderia ser um tema delicado sobre o qual os técnicos talvez não quisessem falar, julguei mais adequado perguntar a uma das técnicas, com a qual havia estabelecido uma relação mais próxima, por que não era necessário lavar os materiais que não tinham sido usados. Neste dia estávamos a sós na Área I e ela respondeu:

Hum, tá, vou te explicar, mas tu não fala que fui eu que te falei. Acho que o certo mesmo era lavar tudo, mas a gente não tem tempo. Tu vê aqui a correria que é. Se a gente for lavar tudo não dá conta, dá fila de carrinho na porta. Então a gente lava só que foi usado, mas tem que olhar bem o outro material pra ter certeza que não sujou, e se tiver qualquer coisinha aí tem que lavar. Na verdade, a gente só não lava o que já tá limpo então não tem problema, e depois, o material vai todo pra autoclave e se tiver alguma coisa vai matar (Diário de Campo).

O procedimento de lavagem não estava prescrito detalhadamente e não existia orientação formal sobre a necessidade de lavar o material que não havia sido usado. Na falta da prescrição e diante do alto volume de trabalho, os profissionais encontraram a sua maneira de vencer as tarefas no tempo necessário. Eles não estavam desafiando as ordens ou descumprindo nenhum procedimento, apenas estavam tentando dar conta das necessidades do trabalho no menor tempo possível, agindo, de certa forma, em benefício próprio. No entanto, não o fizeram com o intuito de auferirem vantagem, apenas visavam à conclusão das tarefas de forma satisfatória para a manutenção do emprego. A prática estava, assim, instituída e normatizada entre o grupo, e sobre ela não deveriam ser levantados questionamentos.

A falta de tantas outras orientações oficiais também forçavam os profissionais a decidirem 'sozinhos'⁵⁵ como iriam proceder. Patrícia conversou comigo sobre o assunto revelando que, mesmo a organização impondo uma série de normas, regras e procedimentos, sempre haverá algo que não será previsto e exigirá a improvisação por parte dos trabalhadores.

[Patrícia] – O uso das mantas é um problema porque na ficha da bandeja não diz qual manta é pra usar. Aí, quando eu comecei, uns diziam pra fechar a básica 1 com manta de noventa centímetros e outros diziam pra fechar com manta de cento e vinte. A carga da autoclave também é outro problema, uns diziam pra encher bastante e outros pra deixar espaço. Eu acho que o certo é deixar espaço, mas quando tu é novo é difícil ir contra o colega que tá há mais tempo.

[Pesquisadora] – Mas tu não perguntava para o enfermeiro nesses casos?

⁵⁵ As práticas sociais nunca são individuais.

[Patrícia] – Ah, tem várias coisas que cada um faz de um jeito, sem padrão nenhum, mas eu não gosto de falar. Pode pegar mal com os colegas ficar perguntando pro enfermeiro, porque se tiver errado o enfermeiro pode chamar a atenção do colega, aí vão ficar de mal comigo.
(Diário de Campo)

Quais eram as práticas que deveriam ser seguidas, afinal? Se o manual de rotinas não dava conta de detalhar cada uma das tarefas, onde estaria a normatização daquela infinidade de práticas? A resposta pode estar na própria falta de regras e de padronização. Diante das necessidades do serviço, os profissionais precisavam agir e, na falta de orientações, encontraram juntos a maneira mais adequada de praticar. Essas práticas não eram arbitrárias, mas negociadas socialmente, fruto das conexões de práticas experienciadas pelo grupo e daquilo que eles julgavam positivo, e esta constituição coletiva de práticas permitia certa normatização (GHERARDI, 2012a). A normatização estabelecida socialmente era o que sustentava as práticas diante da ordem e desordem que estas provocavam no contexto. Certeau (1998) explica que as práticas cotidianas, ao mesmo tempo em que desviam do objetivo de uma sociedade disciplinar e organizada, criam sua própria ordem, agindo no sistema pelas brechas. Os profissionais do CME encontraram brechas nas normas e regras visando responder às suas necessidades e, assim, criaram sua ordem.

Este movimento está relacionado ao que Certeau (1998) chama de **comportamento tático**, o qual diz respeito à atuação de determinado grupo social que está submetido a uma estrutura de poder e que busca fissuras nesta estrutura para responder às necessidades conforme elas vão surgindo. Esta estrutura de poder é imposta por organizações, grupos ou indivíduos em posição de dominação, os quais impõem sua ordem através de leis, linguagem, rituais, produtos ou arte, visando à homogeneização das práticas (*op. cit.*). Este comportamento do dominador é chamado por Certeau de **comportamento estratégico**.

É importante compreender que o comportamento tático e o comportamento estratégico não são dicotômicos, eles coexistem e são fruto de uma sociedade estabelecida sobre estruturas de poder, são partes do processo único de tentativa de organização dessa sociedade (JOSGRILBERG, 2005).

Com base nos estudos de Certau (1998), é possível identificar o hospital como agente dominante, o qual impõe seu comportamento estratégico através das normas, regras, procedimentos padrão, disciplina, metas e medo, este último identificado também como artefato organizacional. Os profissionais, por sua vez,

comportam-se taticamente, organizando-se e agindo nas brechas do sistema para atender às suas necessidades que, na maioria das vezes, estão relacionadas ao aumento da produtividade e ao cumprimento das metas. Os movimentos táticos podem se opor ou se beneficiar do sistema sem necessariamente confrontá-lo (JOSGRILBERG, 2005), podendo ser uma tentativa do grupo de se organizar sem impor resistência às normas e regras presentes no cotidiano das organizações.

O CME era onde estes movimentos aconteciam, um **lugar** organizado, controlado por estratégias (CERTEAU, 1998) que normatizavam e garantiam a aparente estabilidade do corpo de práticas (JOSGRILBERG, 2005). Este lugar permitia a organização social, a organização dos técnicos de enfermagem que lá atuavam. Segundo Josgrilberg (2005) a existência do lugar controlado é fundamental, pois as táticas somente podem operar a partir dele, pois é a partir de um lugar submetido à organização que irão se constituir as tensões que darão origem ao movimento das táticas. As táticas encontram brechas por onde articulam as práticas dinâmicas que não pertencem ao lugar controlado, mas ao **espaço**, o espaço aberto pelas táticas nas estruturas. Certeau (1998) estabeleceu a ideia de 'lugar' e 'espaço' para tratar do complexo tema da organização dinâmica da sociedade. Para ele o 'lugar' indicava um lugar próprio onde os elementos estavam organizados pelas estratégias de forma estável, sem considerar seus movimentos, representa a imposição do sobre o tempo e o espaço. O 'espaço', por sua vez, é marcado por cruzamentos e movimentos, é um 'não lugar' por onde as táticas e os movimentos cotidianos operam, são brechas que possibilitam que as práticas negociadas socialmente ocorram (JOSGRILBERG, 2005).

Compreender a dinâmica implícita nas organizações e a circularidade do processo que ocorre através das estratégias e táticas é fundamental para compreender também a dinâmica do cotidiano organizacional. Muitas práticas surgem das táticas, das brechas existentes nas estruturas, as quais provam que as organizações não são capazes de prescrever, normatizar, planejar e controlar tudo que acontece no ambiente organizacional, mesmo aquelas organizações historicamente estruturalistas, hierarquizadas e disciplinares como os hospitais. Por mais que os gestores tentem homogeneizar o comportamento com normas, regras e procedimentos, os grupos sempre agirão organizadamente para responder às necessidades conforme estas forem surgindo, buscando neutralizar a influência das estratégias sob eles.

As táticas subsidiam o processo de aprendizagem, pois possibilitam o surgimento de uma série de práticas até então não praticadas. Sua flexibilidade permite que o grupo negocie e renegocie, organize e reorganize, experiencie, teste, articule e conecte uma infinidade de práticas até encontrarem aquelas que responderão às suas necessidades. O movimento tático articula o agir e o pensar, e considera a influência dos elementos não humanos (normas, regras, procedimentos, padrão, disciplina, metas, medo) do contexto social na ação dos indivíduos. Estes pressupostos aproximam as ideias de Certeau (1998) da teoria da aprendizagem baseada em práticas, contribuindo para a compreensão dos processos de aprendizagem organizacional como um fluxo contínuo, que ocorre nas práticas sociais, sendo concebida como um fenômeno genuinamente coletivo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao fim desse relato, após um longo período submersa na realidade dos técnicos de enfermagem que atuam em um CME, percebo que eu fui o maior objeto dessa dissertação. Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, aprendi lições que serão levadas para toda a vida, entre elas superar a insegurança, dominar o medo, controlar a ansiedade, observar com todos os sentidos do corpo e reconhecer e respeitar os limites do outro. Essa aprendizagem foi tão importante para o sucesso desse estudo quanto o domínio do conteúdo relacionado ao assunto, pois foi ela que possibilitou a minha transformação de aluna para pesquisadora. Pesquisadora iniciante, claro, mas detentora de novos saberes aprendidos nas práticas da pesquisa que modificaram a minha forma de olhar a produção científica e alguns de seus relatos simplificados acerca das profissões com menor prestígio e *status* social.

Espero que o leitor também tenha apreendido a riqueza de saberes que perpassam as práticas de trabalho dessas profissões, a exemplo dos técnicos de enfermagem que atuam no CME, e compreendido que categorizações dicotômicas como mente e corpo, saber e fazer, racional e sensível não condizem com a realidade do processo de aprendizagem presente nas organizações. Se aceitarmos a coexistência dessas categorias e passarmos a analisá-las de forma conjunta, poderemos obter resultados muito mais produtivos e satisfatórios, tanto para a organização, quanto para os profissionais que nelas atuam.

Neste estudo procurei compreender como ocorrem os processos de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam no centro de material e esterilização de um hospital à luz da estética organizacional, explorando a dimensão cognitiva e estética presentes nas profissões consideradas simples e com forte presença do trabalho físico. Para atingir este objetivo, me propus a analisar as práticas predominantes no cotidiano de trabalho dos técnicos de enfermagem, identificar e analisar como os profissionais percebem as suas práticas de trabalho, e compreender como estas práticas se relacionam com o processo aprendido dos profissionais.

Analisando as práticas de trabalho predominantes, percebi que havia uma grande preocupação por parte da organização de que os profissionais seguissem as normas, regras e padrões prescritos e, para tanto, era disponibilizado um manual de

rotinas que prescrevia as principais práticas do CME. Entretanto, a prescrição das tarefas não era suficiente para dar conta de todos os detalhes das atividades desenvolvidas e, tão pouco, previa todas as tarefas necessárias no exercício do trabalho. Logo, em algumas situações os profissionais precisavam encontrar a melhor maneira de executar as tarefas a partir dos saberes que possuíam. Essas brechas nas normas e procedimentos, inevitáveis em qualquer profissão, uma vez que nenhuma organização consegue prescrever, prever e controlar por completo tudo que precisa ser executado no cotidiano organizacional, permitiam que o grupo criasse suas próprias práticas, negociando entre si e (re) organizando o arranjo de práticas socialmente compartilhadas. Essas brechas, ao mesmo tempo em que estimulavam a aprendizagem, também faziam com que alguns saberes se perdessem, pois havia práticas que os profissionais não sabiam como surgiram ou porque eram praticadas.

Os técnicos de enfermagem percebiam as suas práticas como algo importante para a atividade fim do hospital, sabiam que o CME era um setor essencial cujas atividades refletiam diretamente no atendimento ao paciente. Entretanto, a maior preocupação durante o trabalho era dar conta do elevado número de tarefas e sempre manter o estoque de materiais estéreis com quantidades suficientes para que nenhum artigo faltasse, abrindo mão, até certo ponto, da preocupação com a qualidade. O ritmo de trabalho era ditado pela agenda de cirurgias e fazia parte da rotina diária dos técnicos verificá-la sempre no início do turno para antecipar como seria a rotina naquele dia. Se haviam muitas cirurgias agendadas, a maioria dos profissionais ficava agitada pelo grande volume de trabalho que iria enfrentar. Os técnicos tinham muito medo de deixar algum material necessário às cirurgias ou aos demais atendimentos faltar, pois se isso acontecesse poderiam ser punidos com advertências ou com a perda do emprego. Algumas vezes, o medo se sobrepunha à preocupação com a saúde e segurança deles próprios, trazendo como consequência a adoção de práticas não prescritas, mas que no julgamento da equipe agilizavam o trabalho e evitavam punições.

Todos estes fatores (normas e prescrições, forte ritmo de trabalho, medo da punição) influenciavam as práticas de trabalho dos profissionais e, conseqüentemente, o seu processo de aprendizagem. A partir das brechas deixadas pelos procedimentos operacionais padrão, os técnicos encontravam a sua melhor forma de desempenhar as atividades adotando práticas que, no seu julgamento,

favoreciam a rotina diária. O ritmo acelerado de trabalho muitas vezes impedia que os ensinamentos fossem passados de forma detalhada aos novatos, e as tarefas eram ensinadas pela observação e explicações superficiais, fazendo com que alguns saberes se perdessem com o tempo e as práticas se mantivessem sem que os profissionais soubessem por quê. Essa realidade, aparentemente pouco estimulante à aprendizagem, criava situações de necessidades que os técnicos precisavam suprir, e na falta de orientações, agiam por conta própria, encontrando meios de reorganizar as práticas, criando sua própria ordem e, assim, aprendendo em ação.

Mas o processo de aprendizagem não ocorria somente em situações adversas e problemáticas, ocorria também no exercício das tarefas simples do dia a dia, no fluxo corriqueiro das práticas, em um processo muitas vezes imperceptível. O trabalho predominantemente manual exigia uso do corpo e de suas faculdades perceptivas, força física para lidar com os pacotes pesados, delicadeza para manusear os artigos pequenos ou frágeis, exigia domínio dos gestos, precisão, firmeza e suavidade. Ao mesmo tempo, exigia esforços mentais tais como atenção, memória, raciocínio lógico e rápido e senso de organização. A rotina de trabalho dos técnicos de enfermagem fortemente caracterizada pelo trabalho físico era constituída por práticas de dimensões cognitiva e corporal, conectadas entre si em uma trama complexa de relações. O processo de aprendizagem dessas práticas ocorria em ação, enquanto os indivíduos experienciavam, faziam, pensavam, testavam, relacionavam-se com os elementos humanos e não humanos, sentiam e se emocionavam, conectando e reconectando as práticas até que um conjunto delas passasse a fazer sentido e o aprendizado acontecesse. Nesse processo de aprendizagem socialmente construída as faculdades sensoriais eram educadas e o juízo estético desenvolvido, conectando os indivíduos àquela realidade, ao seu mundo real. O conhecimento que emergia deste processo era dinâmico, provisório, contínuo, em uma única palavra, o *knowing*.

Faz-se importante ressaltar, entretanto, que apesar das práticas de trabalho constituírem os saberes dos profissionais, existe a necessidade de somar a elas processos formais de aprendizagem, como cursos de capacitação, eventos de treinamento ou, ainda, melhoria da qualidade de ensino nos cursos técnicos de enfermagem. As práticas de fato ensinam, mas o caminho para o conhecimento poderia ser encurtado se os profissionais recebessem educação formal sobre os processos de trabalho do CME. Essa necessidade é percebida quando, na

observação participante, identifiquei que existem práticas que os técnicos não sabem como surgiram ou porque são executadas. Compreender a natureza das atividades, porque são executadas e qual o benefício que podem trazer ao paciente certamente facilita a aprendizagem e motiva para que a prática seja realizada da forma correta, podendo inclusive proporcionar a melhora do desempenho em outras práticas e na rotina de trabalho de modo geral.

Este estudo procurou compreender como ocorre o processo de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam no CME de um hospital através da observação e análise das suas práticas de trabalho à luz da estética organizacional. Creio que atingi este objetivo e que minha análise poderá contribuir tanto para os estudos em administração, principalmente àqueles relacionados à abordagem da aprendizagem baseada em práticas e à estética organizacional, quando para os profissionais da área da saúde, que terão mais subsídios para repensarem sobre os programas de capacitação e estimularem a aprendizagem de seus profissionais. Todavia, outros estudos sobre o tema ainda se fazem necessários, pois no Brasil são escassas as pesquisas desenvolvidas em centros de material e esterilização. Um possível motivo para a falta de interesse dos pesquisadores da área da saúde no tema pode estar relacionado à inexistência do cuidado direto ao paciente no setor. Outro possível motivo é a característica de centro de custos atrelada ao CME, pois a maioria das instituições hospitalares não enxerga possibilidades de agregar valor aos serviços ofertados, preferindo investir em outras áreas. Assim, a escassez de publicações sobre o tema atrelada à problemática faturamento versus custos pode representar excelentes oportunidades de pesquisas para os administradores interessados em administração hospitalar.

Também sugiro como estudos futuros uma análise sobre as práticas de trabalho do centro de material e esterilização através o olhar dos profissionais que são clientes do CME, ou seja, dos profissionais que utilizam nas suas rotinas de trabalho os materiais processados pelo setor. O intuito da pesquisa seria analisar como os serviços prestados pelo CME são percebidos pelos outros setores do hospital, possibilitando a melhoria do trabalho desempenhado pelo CME e de suas práticas, proporcionando também maior prestígio e visibilidade ao setor que é tão importante, mas ainda pouco reconhecido, para a recuperação da saúde dos pacientes e para a manutenção da saúde de pacientes e de todos os profissionais que atuam nos hospitais.

Concluindo minhas considerações, gostaria de destacar que não busquei com este estudo apontar verdades absolutas sobre o tema da aprendizagem organizacional nem, tão pouco, negar ou desconsiderar os achados da grande massa de produção científica com características predominantemente cognitivistas e pragmáticas tão valorizadas no mundo das organizações. Com este estudo, pretendo provocar a reflexão acerca das práticas e saberes que emergem a partir do ato de fazer e do trabalho físico, características inerentes a todas as profissões, mas principalmente àquelas com menores remuneração e *status* social.

REFERÊNCIAS

- ALVES-MAZZOTTI, A. J. A “revisão da bibliografia” em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno. In: BIANCHETTI, L.; MACHADO, A. M. N. (Org.). **A bússola do escrever: desafios e estratégias na orientação e escrita de teses e dissertações**. Florianópolis: Editora da UFSC; São Paulo: Cortez Editora. 2006. p. 25-41.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber na enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e Observação Participante**. São Paulo: Ed. Artmed, 2009.
- ANTONACOPOULOU, E. A New Dynamic Logic of Practice: The 12Ps of Reconfiguring Practices, In: **The 2d. Organization Studies Summer Workshop**, Mykonos, June, 2006.
- ANTONELLO, C. S. Articulação da aprendizagem foral e informal: seu impacto no desenvolvimento de competências gerenciais. **Revista Alcance**. Univali, v. 12, n. 2, mai./ago. 2005, p. 183-209.
- ANTONELLO, C. S. Contexto do saber: a aprendizagem informal. In: ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. (org.). **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011. P. 139-159.
- ANTONELLO, C. S.; AZEVEDO, D. Aprendizagem organizacional: explorando o terreno das teorias culturais e das teorias baseadas em práticas. In: ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. (org.). **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011. P. 89-113.
- ANTONELLO, C. S; GODOY, A., S. Uma agenda brasileira para os estudos em Aprendizagem Organizacional. **Revista Administração de Empresas (RAE)**, São Paulo, v.40, n. 3, 2009, p. 266- 281.
- ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. Aprendizagem Organizacional e as Raízes da Polisssemia. In: ANTONELLO, C. S.; GODOY, A. S. **Aprendizagem Organizacional no Brasil**. Porto Alegre: Bookman, 2011. p. 31-50.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas recomendadas SOBECC**. São Paulo: SOBECC, 2009. 301 p.
- BITENCOURT, Cláudia. **Gestão contemporânea de pessoas**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

BORTOLOMEI S. R. T.; LACERDA R. A. Trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.40, n.3, p. 412-417. 2006.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em 23 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>. Acesso em 14 abr. 2013.

BRASIL, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa Nº 262, de 01 de agosto de 2011. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde previstos na RN nº 211, de 11 de janeiro de 2010. **Diário [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 out. 1996. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=1786>. Acesso em 06 nov. 2013.

BUSSULAR, C. Z. **Alinhavando os saberes na prática**: o trabalho de um grupo de mulheres pela perspectiva da teoria ator-rede. Porto Alegre: UFRGS, 2012, 312 fls. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

CAMILLIS, P. K. Um estudo sobre o processo de aprendizagem dos trabalhadores que não exercem funções gerencial. **Revista de administração Mackenzie**, v. 11, n. 2, p. 4-42, mar./abr. 2010.

CARVALHO, Luiz Carlos Ferreira de. T&D estratégico. In: BOOG, Gustavo G. (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento**. 3 ed. São Paulo: Makron, 1999.

CAVEDON, Neusa R. **Antropologia para Administradores**. 2ª ed., Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

CERTEAU, Michael de. **A invenção do cotidiano**. 3ª ed., Petrópolis: Vozes, 1998.

COLINS, H. M. What is tacit knowledge? In.: SCHATZKI, T.R., CETINA, K. K., VON SAVIGNY, E., (eds.) **The Practice Turn in Contemporary Theory**. Routledge, London, 2001. p. 115-128.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1999.

COOK, S. D. N.; BROWN, J. S. Bridging epistemologies: the generative dance between organizational knowledge and organizacional learning. **Organization Science**, v. 10, n. 4, jul/ago, p. 381-400. 1999.

COOK , S. D. N.; YANOW , D. Culture and organizational learning . **Journal of Management Inquiry**, v. 2, n. 4, p. 373-390, dec. 1993.

COREN-RS. **Dúvidas Frequentes**. Disponível em: <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/index.php?categoria=geral&pagina=duvidas-frequentes>>. Acesso em 24 nov. 2013.

CRUZ, E. A.; SOARES, E. Conhecimento produzido em central de material e esterilização: um estudo retrospectivo. **Revista baiana de enfermagem**, v.17, n.3, p.95-107, set./dez. 2002.

DRIESSNACK, M.; SOUSA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para a enfermagem: part 2: desenhos de pesquisa qualitativa. **In: Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, jun./ago. 2007.

GAGLIARDI, P Explorando o lado estético da vida organizacional. In: CLEGG, S. R.; HARDY, C. e WALTER, R. N. (org.). **Handbook de estudos organizacionais**. Reflexões e novas direções. São Paulo: Atlas, v.2, 2001.

GASTALDO, Denise; MCKEEVER, Patrícia. Investigación cualitativa, ¿intrinsecamente ética? In: MERCADO, J. et all. (org.). **Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos análisis y ética**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara/Universidad Autónoma de Nuevo León, 2002. P. 475-479.

GEPHART, R. Paradigmas and research methods. **Research methods forum**. v. 4. 1999. Disponível em: <http://division.aomonline.org/rm/1999_RMD_Forum_Paradigms_and_Research_Methods.htm>. Acesso em 10 dez. 2012.

GHERARDI, S. Practice-based theorizing on learning and knowing in organizations. **Organization**, v. 7, n. 2, p. 211-223, 2000.

GHERARDI, Silvia. From Organizational knowledge to Knowing in Practice. In: **Organizational knowledge: The texture of workplace learning**. London: Blackwell, 2006. p. 2-44.

GHERARDI, S. Telemedicine: a practice-based approach to technology. **Human Relations**, v. 63, n. 4, p.501-524, 2010.

GHERARDI, Silvia. Introduction. In: **How to conduct a practice-based study: problems and methods**. Cheltenham: Edward Elgar, 2012a. p. 1-5.

GHERARDI, Silvia. How ordinary work is practically accomplished. In: **How to conduct a practice-based study: problems and methods**. Cheltenham: Edward Elgar, 2012b. p. 6-29.

GHERARDI, S.; NICOLINI, D. To transfer is to transform: The circulation of safety knowledge. **Organization**, v.7, n.2, p.329-348, 2000.

GHERARDI, S.; NICOLINI, D.; STRATI, A. The passion for Knowing. **Organization**, v.14, n.3, p.315-39, 2007.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed., São Paulo: Editora Atlas, 2008.

GIL FLORES, J. Aproximación interpretativa al contenido de la información textual. En: **Análisis de datos cualitativos: aplicaciones a la investigación educativa**. Barcelona: PPU, 1994. P. 65-107.

GODOY, A.S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v. 35, n. 2, mar/abr, 1995, p. 57-63.

GUIMARÃES, P. Espaço, tempo e processos de educação informal numa enfermaria. **Revista Portuguesa de Educação**. v. 15, n. 001, 2002.

JOSGRILBERG, Fábio B. **Cotidiano e invenção: os espaços de Michel de Certeau**. São Paulo: Escrituras, 2005.

LAW, J. **After Method: mess in a social science research**. Taylor & Francis e-Library, 2004.

LEAL, Raimundo S. Subjetividade e Objetividade: o Equilíbrio da Racionalidade nos Estudos Organizacionais. **Revista Gestão e Planejamento**, Salvador, v. 6, n. 11, p. 61-74, jan./jun. 2005.

LOPES, D. F. M.; SILVA, A.; GARANHANI, M. L.; MERIGHI, M. A. B. Ser trabalhador de enfermagem da unidade de centro de material: uma abordagem fenomenológica. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.41, n.4, p.675-682. 2007.

MAANEM, J. V. Ethnography as work: some rules of engagement. **Journal of Management Studies**. v. 48, n. 1, 2011, p. 218-234.

MACHADO, R. R.; GELBCKE, F. L. Que brumas impedem a visibilização do centro de material e esterilização? **Texto e contexto enfermagem**, v.18, n.2, p.347-354, abr./jun. 2009.

MALCOLM, J. HODKONSON, P., COLLEY, H. The interrelationships between informal and formal learning. **Journal of Workplace Learning**. V. 15, n 7/8, 131-318, 2003.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MATTOS, V. Z.; STIPP, M. A. C. Programa Treinee: um modelo de gestão de enfermeiras recém-graduadas. In: **Acta paulista de enfermagem**, v. 22, n. 6, 2009.

MERRIAM, S. B. **Qualitative research and case study applications in education**. United States of America: 1998.

MEYER, Dagmar. Abordagens pós-estruturalistas de pesquisa na interface educação, saúde e gênero: perspectiva metodológica. In: MEYER, D. E.; PARAÍSO, M. A. (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. P. 47-61.

MEYER, D.; SOARES, R. Modos de ver e de se movimentar pelos “caminhos” da pesquisa pós-estruturalista em educação: o que podemos aprender com e a partir de um filme. In: COSTA, M. V.; BUJES, M. I. (org.). **Caminhos investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisa nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. P. 23-44.

MILKOVICH, George T.; BOUDREAU, John W. **Administração de recursos humanos**. São Paulo: Atlas, 2000.

NICOLINI, D. Practice as the site of knowing: insights from the field of telemedicine. **Organization Science**. V. 22, n. 3, may./jun. 2011.

NICOLINI, D.; GHERARDI, S.; YANOW, D. Introduction: Toward a practice-based view of knowing and learning in organizations. In: NICOLINI, D.; GHERARDI, S.; YANOW, D. (Eds.). **Knowing in organizations: a practice-based approach**. NY: ME Sharpe Armonk, 2003. p. 3–31.

OLIVEIRA JÚNIOR, Nery José de. **Noções básicas para assistência de enfermagem em centro cirúrgico, sala de recuperação e centro de material e esterilização**. Porto Alegre: Moriá, 2012.

ORLIKOWSKI, W. J. Knowing in practice: enacting a collective capability in distributed organizing. **Organization Science**, v. 13, n. 3, p. 249-273, 2002.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5ª ed., Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

PINK, S.; TUTT, D.; DAINTY, A. Introducing ethnographic research in the construction industry. In: **Ethnographic research in the construction industry**. New York: Routledge, 2013.

PODOVEZE, Maria Clara; GRAZIANO, Kazuko Uchikawa (Coords.). **Limpeza desinfecção e esterilização de artigos em serviços de saúde**. São Paulo: APECIH – Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar, 2010.

POLES, K.; BOUSSO, R. S. Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 2, nov./dez. 2006.

RECKWITZ, A. The status of the material in theories of culture: from social structure to artefacts. **Journal for the theory of social behavior**, v. 32, n. 2, p. 195-217, 2002a.

RECKWITZ, A. Toward a theory of social practices: a development in culturalist theorizing. **European Journal of Social Theory**, v. 2, n. 5, p. 243-263, 2002b.

ROSE, M. **O saber no trabalho**: a valorização da inteligência do trabalhador. São Paulo: Ed. Senac, 2007.

SANTANA, N.; FERNANDES, J. D. O processo de capacitação profissional do enfermeiro intensivista. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, nov./dez. 2008.

SAWITZKI, Roberta Cristina. **Processos de aprendizagem em uma ONG: um estudo de produção teatral à luz da perspectiva cultural**. 260 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SCHWENGBER, M. S. V. O uso das imagens como recurso metodológico. In: MEYER, D. E.; PARAÍSO, M. A. (org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em educação**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2012. P. 261-278.

SILVA, A. Organização do trabalho na unidade centro de material. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v.32, n. 2, p. 169-178, ago. 1998.

SILVA, D. G. V. *et al.* Os desafios enfrentados pelos iniciantes na prática de enfermagem. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 44, n. 2, p. 511-516. 2010.

SILVEIRA, Rosimeri Maria (Coord.). **Atualização em centro de material e esterilização: implicações na prática da enfermagem**. Porto Alegre: HCPA, 2002.

SOUZA, M. C. B.; CERIBELLI; M. I. P. F. Enfermagem no centro de material esterilizado: a prática da educação continuada. **Revista da escola de enfermagem da USP**, v. 12, n. 5, p. 767-774, set./out. 2004.

STRATI, A. Society in a network of organizations. In. **Theory and method in organization studies: paradigms and choices**. London: SAGE Publications, 2000. P 01-27.

STRATI, A. Knowing in Practice: aesthetic understanding and Tacit Knowledge. In. NICOLINI, Davide; GHERARDI, Silvia; YANOW, Dvora (eds.). **Knowing in Organizations: A Practice-Based Approach**. New York: M.E. Sharpe, 2003. P. 53-75.

STRATI, A. **Organização e estética**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

STRATI, A. Aesthetics In the Study of Organizational Life. In The SAGE Handbook of New Approaches in Management and Organization, BARRY, D.; HANSEN, H. (eds.) London: Sage, 2008, p. 229-238.

SVABO, C. Materiality in a practice-based approach. **The Learning Organization**. v.16, n. 5, p. 360-370, 2009.

TAUBE, S. A. M.; MEIER, M. J. O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização. **Acta paulista de enfermagem**, v.20, n.4, p.470-475.2007.

TIPPLE, A. F. V. *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**, v.39, n. 2, p. 173-178, 2005.

TSOUKAS, H.; CHIA, R. On organization becoming: rethinking the organization change. **Organization Science**. V. 13, n. 5, p. 567-582, 2002.

VIEIRA, Marcelo Milano Falcão; PEREIRA, B. N. Estudos etnográficos em administração. In. **Pesquisa Qualitativa em Administração: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2005. p. 224 – 237.

WEICK, K.E.; WESTLEY, F. Aprendizagem Organizacional: confirmando um oximoro. In: CLEGG, S.R., HARDY, C., NORD, W. (org.), **Handbook de estudos organizacionais**. Volume 3. São Paulo: Atlas, 2004, p. 361-388.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

<p>OBJETIVO GERAL: Compreender como ocorrem os processos de aprendizagem dos técnicos de enfermagem que atuam no CME de um hospital.</p>	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	O QUE OBSERVAR
a) Analisar as práticas predominantes no cotidiano de trabalho do grupo de profissionais pesquisados;	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar as principais práticas de trabalho; - de que forma as principais práticas se estabelecem no cotidiano (rotinização).
b) identificar e analisar como os profissionais percebem suas práticas de trabalho;	<ul style="list-style-type: none"> - As relação entre as práticas, os profissionais e os elementos não-humanos; - os elementos estéticos que envolvem as práticas.
c) compreender como as práticas de trabalho se relacionam com o processo de aprendizagem dos profissionais;	<ul style="list-style-type: none"> - A aprendizagem de novas rotinas; - o ingresso de novos trabalhadores e sua inserção nas rotinas; - a aprendizagem e o uso das faculdades perceptivas e do juízo estético.
d) identificar de que forma os eventos de aprendizagem formal colaboram para o processo de aprendizagem.	<ul style="list-style-type: none"> - Situações de aprendizagem formal no CME; - as práticas de trabalho antes e depois de cada evento de aprendizagem formal.

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **O Processo de Aprendizagem dos Profissionais de Enfermagem que Atuam em um Centro de Material e Esterilização – CME – na Perspectiva da Aprendizagem Baseada em Práticas**.

A coleta de dados para a pesquisa ocorrerá através da observação participante da pesquisadora no cotidiano de trabalho do CME de um hospital privado, mas de maneira a não interferir no seu trabalho diário.

Mediante seu consentimento, a sua participação será através da autorização para que a pesquisadora observe suas práticas de trabalho e conviva nos locais desse, bem como registre alguns momentos através de anotações. Serão necessárias também entrevistas informais no cotidiano de trabalho e entrevistas formais com roteiro de perguntas semi-estruturado, sendo esta última realizada com agendamento prévio.

Sua participação será muito importante, pois este estudo poderá trazer importantes contribuições para o campo da administração e para a área da saúde. Na administração, poderá contribuir para o avanço das pesquisas científicas sobre a aprendizagem baseada em práticas. Na área da saúde, poderá proporcionar subsídios sobre as práticas de trabalho dos profissionais de enfermagem, possibilitando a melhoria dos processos e políticas de aprendizagem e capacitação destes trabalhadores.

Todas as informações coletadas serão utilizadas apenas para fins científicos e tratadas de forma sigilosa. A sua identidade também será preservada. É importante salientar que a sua participação no presente projeto de pesquisa não acarreta riscos adicionais em sua condição de trabalho no CME.

A sua participação é voluntária. Você poderá não aceitar ou interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo no seu local de trabalho.

Sempre que julgar necessário, você poderá solicitar à pesquisadora esclarecimentos adicionais sobre a metodologia de pesquisa utilizada.

A pesquisadora do projeto é a aluna Hortência Brock, estudante do mestrado acadêmico do Programa de Pós-Graduação em Administração, da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que está sob orientação da prof. Dr^a Claudia Simone Antonello.

E-mail da pesquisadora Hortência Brock: hortencia.brock@ufrgs.br

E-mail da prof. Dr^a Claudia Simone Antonello: claudia.antonello@ufrgs.br

Eu, _____ aceito participar desta pesquisa sobre os processos de aprendizagem a partir das práticas de trabalho dos profissionais que atuam no CME.

Assinatura

____/____/____

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

____/____/____

*Documento em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.
Elaborado em 10/03/2013.