UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

MARIA DA CONCEIÇÃO SAMU PEZZI

RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR RECURSOS HUMANOS.

A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Rio de Janeiro

2011

MARIA DA CONCEIÇÃO SAMU PEZZI

RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR RECURSOS HUMANOS.
A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Profª Drª Joséte Luzia Leite.

Rio de Janeiro
2011

Pezzi, Maria da Conceição Samu
Reconstruindo formas de gerenciar recursos humanos. A prática do enfermeiro na Central de Material e Esterilização. / Maria da Conceição Samu Pezzi. – Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2011.
xx.; 228f.: il.: 31 cm.

Orientador: Joséte Luzia Leite.
Tese (Doutorado) – UFRJ / Escola de Enfermagem Anna Nery / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2011.
Referências: f. 183-190. Inclui Apêndices.

1. Enfermagem. 2. Administração de Recursos Humanos em Hospitais. 3. Central de Material e Esterilização. 4. Pesquisa em Administração de Enfermagem. I. Leite, Joséte Luzia. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD: 610.73

MARIA DA CONCEIÇÃO SAMU PEZZI

RECONSTRUINDO FORMAS DE GERENCIAR RECURSOS HUMANOS.
A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em 16 de dezembro de 2011
[Ata da Defesa: próxima folha]

Profª Drª Joséte Luzia Leite. UFRJ/EEAN.
Orientadora.

Profª Drª Patrícia dos Santos Claro Fuly. UFF/EEAAC.

Profª Drª Denize Bouttelett Munari. UFG/FEN.

Profª Drª Leila Milman Alcântara. Min. Marinha/HNMD.

Profª Drª Marluci Andrade Conceição Stipp. UFRJ/EEAN.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS GRADUAÇÃO E PESQUISA

ATA DA ____ DA DEFESA DE TESE PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM ENFERMAGEM

Às 9:15 horas do dia 16 de Dezembro de 2011 teve início a .... da defesa de tese para obtenção de grau de doutor. A tese intitulada Reconstruindo práticas de gerência de recursos humanos: a prática do enfermeiro na central de material e esterilização

Área de Concentração: **A Enfermagem no Contexto Social Brasileiro** - Linha de Pesquisa: ....

foi defendida pelo(a) candidato(a) Maria da Conceição Samu Pizzi

regularmente matriculado(a) no Curso de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, registro nº 109001779 (SIGA). A Banca Examinadora foi composta pelos seguintes membros: [illegible], Márcio Honorato Salvador, Valquíria dos Santos, Denise Baptista Kiuna, Júlia Hilsman Alcântara, Marluci Andrade Conceição Stipp

A Tese foi apresentada em sessão pública, na sala ...... no Pavilhão de Aulas da EEAN/UFRJ, sito à Rua Afonso Cavalcanti, nº 275 - Cidade Nova/RJ. Após a apresentação da Tese, o(a) candidato(a) foi argüido(a) pelos membros da Banca Examinadora. A Banca Examinadora conferiu à Defesa de Tese a menção (aprovada/não aprovada) Aprovada e a Banca Examinadora elaborou o seguinte parecer:

Temática relevante para a área de enfermagem. Apresentou uma discussão contemplando os eixos epistemológicos e apresentou uma visão sistêmica no que tange a gerência de recursos humanos na CME, gerando perspectivas de novos rumos nesta área. O estudo ressalta o valor do dado bruto como parte da Teoria Fundamentada nos Dados e consequentemente da pesquisa qualitativa. Destaca-se ainda a segurança da aluna em relação ao conteúdo exposto.

Na forma regulamentar esta ata, foi lavrada e vai assinada pelos Membros da Banca Examinadora e pelo(a) candidato(a).

Prof(a) Orientador(a): ....
Comissão de Tese:
Presidente: ....
1º Examinador: ....
2º Examinador: ....
3º Examinador: ....
4º Examinador: ....
Candidato(a): ....

Confere com o original
Em 20/12/2011
[illegible]
Chefe da Secretaria de Cursos de Pós-Graduação EEAN/UFRJ

DEDICO este trabalho a toda equipe da Central de Material e Esterilização do Instituto Fernandes Figueira (grandes motivadores desse estudo) e de todas as Centrais que trabalham muito e seriamente em busca de algo que não está do lado de fora, mas no coração de cada colaborador, o VALOR. Penso que este VALOR ao qual me refiro está dentro de cada um de nós e só fica evidente para os que conseguem de verdade entender a importância do trabalho da CME. Eis o valor, nada conquistado nem dado por alguém, mas real, pela VIDA para a qual se trabalha sem saber ao menos de Quem.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Todas as pessoas fazem parte de nosso Universo, mas algumas, em especial fazem desse Universo um espaço brilhante, rico e prazeroso que alimenta nossas vidas. Tive pilares procedentes de cada um de vocês para a construção dessa Tese. Muito aprendi com TODAS as pessoas e circunstâncias a mim apresentadas. A todos vocês, sem distinção, o meu muito obrigada.

Antes de iniciar as citações, agradeço a *Deus*... Deus de luz, amor, guia de minha vida, que me faz acordar todas as manhãs e, sempre que preciso... Acordar para a vida! Obrigada, meu Deus, por mais uma etapa cumprida!

Aos meus pais, *Célio e Lucrecia*, pela vida intermediada. Pelo alimento, sustento do corpo; pelo amor, alimento da alma... pelas noites e todas as horas dedicadas, preocupados com minha educação e bem-estar. Tão zelosos, até quando não me entendiam, que, com muita disciplina, me libertaram e me fizeram alçar voos nunca imaginados. Obrigada pelo amor, pela atenção, pelas chamadas de atenção, por fazer de mim um instrumento da família. Obrigada por se permitirem reaprender, junto comigo, o significado da vida. Hoje, mais velha e menos madura, percebo o que todos dizem a respeito dos pais: sem vocês, nada são os filhos... Quem tem pais tem tudo. Eu concordo sim, pois penso que eu não teria forças para suportar as passagens de minha vida sem o amor e a atenção de vocês que, em dois, formam a minha única base. É muito bom saber que tenho vocês em minha vida e que, mesmo trilhando caminhos diferentes, continuo sendo amada. Amo vocês.

À minha irmã, *Celeste*, companheira de TODOS os momentos de vida, inclusive antes mesmo de eu me entender como Ser Humano, pois me viu nascer e me permitiu crescer junto, dividindo seu precioso espaço entre nossos pais. Obrigada, por me confiar sua filha, minha amada sobrinha Maria Eduarda (agora LiruLiru), como afilhada. Não vivo sem vocês. Sei que minhas ausências te fizeram "sofrer", mas digo que também sofri. Apesar de tudo, estarei sempre com você e te quero sempre comigo. Temos aqui mais uma conquista nossa. É muito bom saber que tenho vocês em minha vida e que, mesmo percorrendo caminhos distintos, continuo sendo amada. Amo vocês.

Ao exemplo de mulher, mãe e enfermeira, minha *prima Márcia*, Ser tão carismático e disciplinado que, mesmo sem perceber, iniciou e conduziu meus passos na profissão. Não posso deixar de lembrar e de agradecer-lhe por ter cuidado de mim na infância; até já parecia exercer o cuidado que só uma enfermeira sabe oferecer. Você é um espelho através do qual me olho sempre para delinear meu caminho profissional. Muito admiro e amo você. Agradeço também a atenção e o amor de Carol, Felipe e Piancó. Amo vocês.

À companheira de vida *Fatima*, mulher de estilo presencial, irreverente e também surpreendente. De todo o cuidado que me é ofertado, parte dele vem de você. Sua liberdade consciente me despertou um novo olhar para a vida. Hoje, mais que nunca, sou alguém muito feliz. Seu carinho, respeito e amizade me valem a vida. Amo você, de verdade.

À grande companheira de vida, *Ana*, por toda a dedicação, paciência, solicitude, confiança e amizade prestados, por todo nosso tempo de conhecimento e respeito. Continuo querendo sempre contribuir com você. Amo você.

Às amigas *Simone* e *Graciele*, por todo o tempo de conhecimento e companheirismo. Por todas as etapas que vivemos juntas, por todos os tropeços e acertos que tivemos. Quero estar sempre com vocês.

Aos meus amigos e familiares (*Sérgio, Pati, Fe, Valerinha, Moacyr, Jô, Tia Léa, Magda, Dani, Káthia, Regis, Gi, Flavinho, ...*), uns mais próximos, outros mais distantes, porém todos muito queridos, por toda a força dedicada, mesmo em pensamento, em gesto de sorriso ou em palavras de conforto e perseverança. Muito obrigada, por compreenderem todo o tempo que fiquei longe de vocês para desenvolver esse trabalho. Valeu a pena. Vocês moram em meu coração.

À querida *Vaneila*, companheira mesmo na distância. Sem você, não estaria nem na metade desse estudo. Sua amizade é gigante para mim. Espero você, aqui no Rio. Com admiração, beijo no seu coração.

Agradeço, em memória, *aos meus amados avós,* pais de meus pais, sem eles eu não teria a vida. E à minha *amada madrinha* (em memória), quem acompanhou bem de perto meus primeiros passos e vibrou a cada conquista que tive na vida. Sei que continuam olhando e zelando por mim. Quantas saudades!

A todos que, direta e indiretamente, da família, dos círculos de amigos ou colegas, contribuíram e acreditaram em mim, o meu muito obrigada! Todos vocês moram em meu coração!

Deus, permita-nos, também, morar em Seu coração.

AGRADECIMENTOS HONROSOS

À *Mestre Joséte*, como sempre a chamo, Professora Joséte. Não somente Orientadora, mas mãe de profissão e de vida também. Aquela que também me conduziu na Enfermagem e me proporcionou muitas descobertas, que culminaram na continuidade desse estudo. Mulher humilde, profissional firme e sensata, confio-lhe meu saber, quero sempre aprender... Ao *Seu* lado. Devo-lhe meu aprendizado. Sem sua maestria, não chegaria a qualquer lugar em que não pudesse hoje estar. Obrigada por me compreender e acreditar sempre em mim. Tenho profundo respeito pela pessoa e profissional que és. Toda proteção divina desejo à Senhora.

À Banca Examinadora – professores doutores:

Leila Milman Alcântara (sempre solícita e sempre por perto, todo respeito e gratidão e respeito tenho pelo teu trabalho e por ti);

Denize Munari (veio de tão longe para tão honrosa participação – muito obrigada. Sem suas contribuições não teria terminado a tese)

Marluci A. C. Stipp (de tanto tempo que me acompanha, muito obrigada pelas palavras e ajuda e pela disponibilidade que me apresenta sempre),

Patrícia C. S. Fuly (exemplo de profissional! Tanto carinho e gratidão tenho por você; respeito muito a pessoa e enfermeira que você é; obrigada por acreditar em mim),

Nereida Lucia P. dos Santos (desde a construção do projeto até hoje, de quem muitos enriquecimentos contribuíram para a finalização da tese).

Mauro Leonardo (pelo aceite em participar da banca e pela solicitude).

Por todas as contribuições fornecidas, desde a defesa do projeto, para que esse estudo se transformasse nessa Tese. Suas participações foram imprescindíveis. Admiro vocês. Muito obrigada.

Pela *equipe da Pós graduação da EEAN/UFRJ*, em especial a Sônia Xavier e Jorge Anselmo. Vocês são pessoas extremamente pacientes, zelosos e foram fundamentais no apoio para a conclusão desse estudo.

À profissional *Marilia Washington,* pela disponibilidade em me atender sempre que precisei. Tão zelosa com a escrita que faz o trabalho parecer perfeito, mesmo que não seja! Muito obrigada pela atenção e cuidadoso trabalho que prestou a mim. *Abreijos...*

A toda a equipe da CME do IFF, pela confiança creditada a mim. Pelas manifestações de carinho que pude presenciar. Situações vivenciadas no cenário onde estão hoje, mesmo distante de mim, fizeram aprender a esperar e acreditar em um futuro melhor. Desistir, jamais! Mesmo distante, estarei sempre com vocês, em pensamento. Minha dedicação a este estudo vem da necessidade minha e de cada um em ser feliz com o trabalho que produzimos. Aprendi com vocês o valor dado e cobrado por atitudes construtivas e éticas.

À *Enfermeira Elza*, por me possibilitar o início e a conclusão desse estudo. Por entender que, através do conhecimento científico e da vontade, a transformação é possível. Para isso, todo o esforço é válido. Todo mesmo! De coração, tenho você como minha inspiração primeira para a cientificidade e a seriedade que tanto a fez defender as questões institucionais. Precisamos muito de você e, acima de tudo, de profissionais como você. Você não tem noção do quanto foi importante para mim. Você faz a diferença.

À *companheira Janete*, parceria maior que essa está para existir! Acredito em você e no seu trabalho, por profissional competente e pessoa esmerada que é. Obrigada, do fundo do meu coração.

Aos *enfermeiros, sujeitos desse estudo*. Obrigada pela disponibilidade e confiança nesse trabalho. Vocês são enfermeiros guerreiros e exemplo de profissionais. Admiro vocês.

A *toda equipe da Epidemiologia do CMS Jorge Saldanha B. de Mello*, em especial a *Sônia, Mônica e Simone*, por toda atenção e parceria para o desenvolvimento deste estudo. Sem a compreensão de vocês, nem teria começado a fazê-lo. Muito obrigada.

A *toda a equipe de Enfermagem da DIPe*, *do IFF*, por me fazer perceber que uma equipe sempre vence, mesmo com tantas contradições

existentes. Obrigada por me acolher em momento de desamparo. Tenho profundo respeito por vocês e pelo trabalho que desenvolvem.

A *todos os pacientes*, aos quais, definitivamente, presto meu trabalho, seja direta ou indiretamente. Que Deus me ilumine e me permita sempre ser um instrumento para a saúde. A eles, sirvo sempre com qualidade e seriedade, seguindo os princípios éticos da profissão e do ser humano.

A Idade de Ser Feliz

Existe somente uma idade para a gente ser feliz,
somente uma época na vida de cada pessoa
em que é possível sonhar e fazer planos
e ter energia bastante para realizá-las
a despeito de todas as dificuldades e obstáculos.

Uma só idade para a gente se encantar com a vida e viver apaixonadamente
e desfrutar tudo com toda intensidade
sem medo, nem culpa de sentir prazer.

Fase dourada em que a gente pode criar
e recriar a vida,
a nossa própria imagem e semelhança
e vestir-se com todas as cores
e experimentar todos os sabores
e entregar-se a todos os amores
sem preconceito nem pudor.

Tempo de entusiasmo e coragem
em que todo o desafio é mais um convite à luta
que a gente enfrenta com toda disposição
de tentar algo NOVO, de NOVO e de NOVO,
e quantas vezes for preciso.

Essa idade tão fugaz na vida da gente
chama-se PRESENTE
e tem a duração do instante que passa.

[Autor desconhecido]

RESUMO

PEZZI, Maria da Conceição Samu. ***Reconstruindo formas de gerenciar recursos humanos.*** *A prática do enfermeiro na Central de Material e Esterilização*. 2011. 228f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011.

Esta investigação teve como objeto a "validação de um modelo teórico do gerenciamento de recursos humanos de Central de Material e Esterilização (CME) a partir da prática dos enfermeiros". Tal modelo está representado pela Teoria Substantiva, desenvolvida em estudo prévio, de Mestrado. Os objetivos deste estudo foram caracterizar o significado atribuído à gerência de recursos humanos em CME pelos enfermeiros atuam na Central, a partir da apresentação dos diagramas teóricos (categorias e subcategorias) oriundos da dissertação de mestrado; discutir, à luz do interacionismo simbólico, os achados relativos às suas implicações para a Enfermagem; e validar o modelo teórico (fenômeno central), considerando as possíveis ressignificações dos enfermeiros de CME acerca do gerenciamento de recursos humanos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória, em que a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) foi usada como referencial metodológico e o Interacionismo Simbólico, como referencial teórico. Para a coleta de dados, foi adotada a técnica de entrevista semiestruturada, sendo abordados quatro sujeitos enfermeiros gerentes /supervisores de CMEs de quatro grandes hospitais públicos federais, sendo três localizados no Município do Rio de Janeiro e um, em Goiânia, no Estado de Goiás. A prática formatada pelos enfermeiros de CME é dada como intuitiva, guiada por uma adaptação de comportamento baseado e organizado em significações e ressignificações. O processo gerencial na CME é norteado pelo enfermeiro, guiado por significados de compartilhamento e busca de conhecimentos, cumplicidade nas ações e inspiração própria. Assim, sendo as categorias norteadas pelas etapas da TFD, e após serem ressignificadas, pôde-se extrair, em um eixo, o fenômeno central denominado "Reconstruindo a gerência na CME – em busca da qualidade da assistência indireta". Este fenômeno tem sua representação como teoria substantiva, validada por enfermeiros de CME em ações reais referentes aos recursos humanos. Compreende-se que o processo de gerenciamento de recursos humanos é dinâmico, embasado na construção e na reconstrução contínua das relações entre sujeito e ambiente com vistas a alcançar a qualidade da assistência indireta oferecendo condições para assistência direta à clientela.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Administração de Recursos Humanos em Hospitais. Central de Material e Esterilização. Pesquisa em Administração de Enfermagem.

ABSTRACT

PEZZI, Maria da Conceição Samu. ***Rebuilding Ways to Manage Human Resources****. Nurses' Practice in a Center of Materials and Sterilization*. 2011. 228p. *Dissertation* (*Doctorate in Nursing*)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011.

The research hereby presented had the "validation of a theoretical model for human resources management in Central of Materials and Sterilization (CMS) from Nurses' practices standpoint" as its object. Such a model is represented by the substantive theory previously developed in a study for obtaining a Master's degree. The objectives of this research were to characterize the meaning assigned by CMS nurses regarding human resources management in CMS, the starting point being the presentation of the theoretical diagrams (categories and subcategories) produced for the Master's thesis, as well as to discuss at the light of symbolic interactionism the research findings in relation to their implications for Nursing; moreover, to validate the theoretical model (central phenomenon) taking into consideration possible reframes assigned by CMS nurses about human resources management. It was a qualitative, exploratory research in which the Grounded Theory was used as methodological framework, and the symbolic interactionism as the theoretical basis. As for data gathering, semi-structured interview technique was used, by means of which four nurses in CMS management / supervision positions in four major [Brazilian] public hospitals were interviewed; three hospitals are located in the city of Rio de Janeiro and one, in Goiania (State of Goias). Practice formatted by these CMS nurses is intuitive, guided by behavioral adaptation based upon, and organized into meanings and reframes. The management process in CMS is led by the nurse who is guided by meanings of sharing and search for knowledge, complicity in the actions, and his/her own inspiration. In this way, it could be extracted, in one axis, the central phenomenon called "Rebuilding CMS management in search of quality in the indirect assistance", after the categories were reframed under the Grounded Theory guidelines. This phenomenon has its representation as substantive theory validated by CMS nurses in real actions relative to human resources. It was evidenced that the process of human resources management is dynamic, based on the building, and on the continuous reframe of relationships between subject and environment in order to achieve the quality of indirect assistance while providing conditions for the clientele's direct assistance.

KEYWORDS: Nursing. Human Resources Management in Hospitals. Sterilization Center. Research on Nursing Administration.

RESUMEN

PEZZI, Maria da Conceição Samu. ***Reconstruyendo formas de administrar recursos humanos.*** *La práctica del enfermero en la Central de Material y Esterilización.* 2011. 228p. *Tesis* (*Doctorado en Enfermería*) — Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro, 2011.

La investigación tuve como objeto a la "validación de un modelo teórico de administración de recursos humanos en Central de Material y Esterilización (CME) desde la práctica de los enfermeros". Tal modelo se está representado por la Teoría Sustantiva, desarrollada en estudio anterior. Los objetivos del estudio fueran: caracterizar el significado que los enfermeros de CME atribuyen a la gerencia de recursos humanos, a partir de la presentación de los diagramas teóricos (categorías y sub-categorías) oriundos de la disertación de Maestría; discutir, à la luz del Interacionismo Simbólico, los hallazgos respecto a sus implicaciones para la Enfermería; y validar el modelo teórico (fenómeno central) considerándose las re-significaciones de los enfermeros de CME acerca de la gerencia de recursos humanos. Se trató de una investigación cualitativa, exploratoria, en la cual se ha empleado la Teoría Fundamentada en los Datos (TFD) como referencial metodológico, y el Interacionismo Simbólico como referencial teórico. Para colección de los datos, la técnica de entrevista no estructurada fue adoptada, con abordaje a cuatro enfermeros gerentes / supervisores de CME de cuatro grandes hospitales públicos federales [brasileños], tres de los cuales se están localizados en la ciudad de Rio de Janeiro y uno, en Goiania (Estado de Goiás). La práctica formateada por los enfermeros de CME se pone como intuitiva, guiada por una adaptación de comportamiento basado y organizado en significaciones y re-significaciones. El proceso gerencial en CME es dirigido por el enfermero, guiado por significados de compartir y buscar conocimientos, de complicidad en las acciones y de inspiración propia. Así, siendo las categorías guiadas por etapas de la TFD, y después de re-significadas, se pudo extraer, en un eje, el fenómeno central a que se ha denominado "Reconstruyendo la gerencia en CME – en búsqueda de la cualidad de la asistencia indirecta". Ese fenómeno se representa como teoría sustantiva, validada por enfermeros de CME en acciones reales relativas a recursos humanos. Compréndese que el proceso de gerencia de recursos humanos es dinámico, basado en la construcción y reconstrucción continua de las relaciones entre sujeto y ambiente con vista a alcanzar la cualidad de la asistencia indirecta ofreciendo condiciones para asistencia directa a la clientela.

PALABRAS-CLAVE. Enfermería. Administración de Recursos Humanos en Hospitales. Central de Material y Esterilización. Investigación en Administración de Recursos Humanos.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1. DIAGRAMA DO FENÔMENO CENTRAL. Representação da Teoria Substantiva..... 29

Figura 2. DIAGRAMA DO FENÔMENO I. Caracterizando a rotina de atividades na CME..... 32

Figura 3. DIAGRAMA DO FENÔMENO II. Encontrando dificuldades relativas aos recursos humanos..... 33

Figura 4. DIAGRAMA DO FENÔMENO III. Superando as dificuldades — fazendo o trabalho dar certo..... 34

Figura 5. DIAGRAMA DO FENÔMENO IV: *Sonhando com a CME ideal*..... 35

Figura 6. DIAGRAMA DO FENÔMENO V. *Voltando ao real — primando pela qualidade através do significado*..... 36

Figura 7. MODELO SIMPLIFICADO DA METODOLOGIA DE PESQUISA..... 67

Figura 8. DIAGRAMA DA CATEGORIA I. Caracterizando as atividades perante os recursos humanos..... 84

Figura 9. DIAGRAMA DA CATEGORIA ll. *Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos*..... 92

Figura 10. DIAGRAMA DA CATEGORIA III. Enfrentando *as dificuldades encontradas*..... 108

Figura 11. DIAGRAMA DA CATEGORIA IV. Querendo o ideal — *em busca de melhorias e qualidade*..... 117

Figura 12. DIAGRAMA DA CATEGORIA V. *Como o enfermeiro entende a gerência de recursos humanos na CME*..... 125

Figura 13. O MODELO PARADIGMÁTICO..... 136

Figura 14. O FENÔMENO CENTRAL — *Reconstruindo a Gerência na CME em busca da qualidade da assistência indireta*..... 138

Figura 15. O CONTEXTO – *Caracterizando as atividades perante os recursos humanos na CME*..... 142

Figura 16. A CONDIÇÃO CAUSAL — *Reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos na CME*..... 147

Figura 17. AS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO/INTERAÇÃO. *Enfrentando as dificuldades encontradas em busca da qualidade*..... 153

Figura 18. AS CONDIÇÕES INTERVENIENTES. *Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade*..... 156

Figura 19. AS CONSEQUÊNCIAS: *revelando a realidade na CME*..... 160

Figura 20. PROCESSO CONTÍNUO DE APRENDIZAGEM..... 170

Figura 21. REPRESENTATIVIDADE FINAL DO FENÔMENO CENTRAL. *Reconstruindo a gerência na CME em busca da qualidade da assistência indireta*..... 176

QUADROS

Quadro1. ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS..... 56

Quadro 2. EXEMPLO 1: Processo de codificação aberta..... 64

Quadro 3. DEMONSTRATIVO SIMPLIFICADO DE CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS..... 69

Quadro 4. CATEGORIA I. Caracterizando atividades na CME. SUBCATEGORIA 1 – *Gerenciando na CME*..... 85

Quadro 5. CATEGORIA I. *Caracterizando atividades na CME*. SUBCATEGORIA 2. *Gerenciando para a CME*..... 89

Quadro 6. CATEGORIA II. *Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH*. SUBCATEGORIA 3. *Reconhecendo a existência de dificuldades*..... 93

Quadro 7. CATEGORIA II. *Encontrando dificuldades na CME: Reconhecendo-as perante os RH*. SUBCATEGORIA 4. *Lidando com a limitação de pessoal*..... 97

Quadro 8. CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH. SUBCATEGORIA 5. *Trabalhando com número insuficiente de pessoal*..... 101

Quadro 9. CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH. SUBCATEGORIA 6. *Trabalhando com sobrecarga de atividades*..... 104

Quadro10. CATEGORIA III. *Enfrentando as dificuldades encontradas*. SUBCATEGORIA 7. *Prevendo os problemas*..... 109

Quadro11. CATEGORIA lll. *Enfrentando as dificuldades encontradas*. SUBCATEGORIA 8. *Encarando os problemas*..... 112

Quadro12. CATEGORIA IV. *Querendo o ideal – Em busca de melhorias e qualidade*. SUBCATEGORIA 9. *Idealizando internamente a CME*..... 118

Quadro13. CATEGORIA IV. Querendo o ideal – Em busca de melhorias e qualidade. SUBCATEGORIA 10. *Idealizando externamente à CME*... 122

Quadro14. CATEGORIA V. *Como o Enfermeiro entende a gerência de RH na CME*. SUBCATEGORIA 11. *Entendendo questões na CME*..... 126

Quadro15. CATEGORIA V. *Como o Enfermeiro entende a gerência de RH na CME*. SUBCATEGORIA 12. *Caracterizando o gerenciar na CME*..... 130

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO..... **21**

- Apresentando a Central de Material e Esterilização (CME)
- Contextualizando a gerência de recursos humanos em CME
- Delineando o objeto de estudo e objetivos
- Justificativa e contribuições do estudo
- Estrutura textual da tese

1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA..... **49**

1.1 Referencial teórico..... 50

1.2 Referencial metodológico..... 55

1.2.1 Seleção dos sujeitos..... 58

1.2.2 Cenário da pesquisa..... 59

1.2.3 Coleta dos dados..... 60

1.2.4 Análise dos dados..... 62

2 CONHECENDO O AMBIENTE DE ESTUDO..... **69**

2.1 Conhecendo os sujeitos do estudo..... 70

2.1.1 Descrevendo os cenários do estudo..... 73

2.2 Apresentando o processo de codificação: o surgimento das categorias..... 81

3 CARACTERIZANDO O SIGNIFICADO DA PRÁTICA GERENCIAL..... **84**

3.1 CATEGORIA I. Caracterizando as atividades perante os recursos humanos – contando o que fazem..... 84

3.2 CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos..... 92

3.3 CATEGORIA III. Enfrentando as dificuldades encontradas – estratégias de ação para resolução ou minimização de problemas..... 108

3.4 CATEGORIA IV. Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade..... 116

3.5 CATEGORIA V. Revelando a realidade da CME. Como o Enfermeiro entende a gerência de recursos humanos na CME - como vê a realidade da CME..... 125

4 INTERCONECTANDO AS CATEGORIAS – REVELANDO O FENÔMENO CENTRAL..... **134**

4.1 Apresentando o *Modelo Paradigmático*..... 135

4.1.1 O fenômeno..... 136

4.1.1.1 O Contexto. *Caracterização das atividades em face dos recursos humanos na CME*..... 139

4.1.1.2 A condição causal. *Encontrando dificuldades na CME – reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos*..... 143

4.1.1.3 A estratégia de ação/interação. *Enfrentando as dificuldades encontradas em busca da qualidade*..... 147

4.1.1.4 As condições intervenientes. *Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade*..... 153

4.1.1.5 As consequências: *Revelando a realidade na CME*..... 157

5 CONVERSANDO COM OS AUTORES À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO..... **161**

6 VALIDANDO A MATRIZ TEÓRICA..... **173**

ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES..... **177**

REFERÊNCIAS..... **183**

APÊNDICES..... **192**

ANEXOS..... **230**

Polo Epistemológico

INTRODUÇÃO

Este estudo emerge da continuidade descrita de uma realidade conflitante e, ao mesmo tempo, instigante de atuação em uma Central de Material e Esterilização (CME). Nas experiências como Enfermeira gerente de um serviço de apoio inserido em uma instituição pública federal de saúde, vivenciamos tempos nunca imaginados por nós. Todo o tempo de nove anos foi compartilhado com os colaboradores deste estudo e, principalmente, com colegas Enfermeiros que gerenciavam outras CME, desta vez em outro Estado de nosso país.

Apresentamos um estudo de doutorado embasado em nossa Dissertação de Mestrado, que muito gerou frutos e, a partir desta, foi continuado e aprofundado. Apresentar a CME como um “órgão propulsor” de uma Instituição para assistência à saúde e, ainda assim, não possuir todas as suas demandas atendidas para a realização de um trabalho de qualidade é motivo de persistência, de perseverança e de boa vontade. Almejar a qualidade do trabalho realizado é condição fundamental para se gerenciar uma CME, pois é esta busca que faz viva a proposta da assistência indireta. É importante ressaltar que a temática do *gerenciamento de recursos humanos em CME* vem ganhando proporções importantes, em nosso país. Mostramos isto quando informamos a todos os leitores sobre o prêmio recebido, neste ano de 2011, pelo trabalho “Central de Material e Esterilização – a prática do Enfermeiro em face dos recursos humanos”, a nós conferido pela Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico,

Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização, no evento 10º Congresso Brasileiro de Enfermagem em CC, RA e CME. Pretendemos que este estudo signifique a mola propulsora para os colegas Enfermeiros que atuam em CME, gerenciando as pessoas que estão trabalhando nela em prol da assistência ao cliente. Pretendemos, também, que eles entendam que tão importante quanto os clientes atendidos são os profissionais de Enfermagem que nela atuam, pois sem eles nada aconteceria.

Apresentando a Central de Material e Esterilização (CME)

Nas últimas décadas, com o avanço tecnológico e o rápido desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, os instrumentos para a realização do ato anestésico-cirúrgico foram se tornando cada vez mais complexos e sofisticados, necessitando, então, tanto de um aprimoramento de técnicas que cuidassem desses materiais, no que diz respeito à limpeza, ao preparo, à esterilização e à armazenagem, quanto, consequentemente, de pessoal capacitado para o desenvolvimento de tais tarefas.

Surge assim, no Brasil, a Central de Material e Esterilização (CME), dirigida por um Enfermeiro e subordinada ao serviço de Enfermagem (Moura; Silva, 1996). A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 307, de 14 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), considera a CME uma unidade de apoio técnico, que tem como finalidade o fornecimento de artigos médico-hospitalares adequadamente processados, proporcionando, assim, condições para o atendimento direto e a assistência à saúde dos indivíduos enfermos e sadios.

Os profissionais que atuam na CME possuem ativa responsabilidade no combate às infecções hospitalares, pois têm o propósito de reduzir a quantidade de microorganismos que estão contidos nos artigos médico-hospitalares ou causar a sua morte.

Segundo Possari (2003), na maioria dos hospitais brasileiros, a CME vem sendo operada por pessoal sem a devida qualificação, compatível com atividades de grande responsabilidade, como as ações de esterilização. Como agravantes dessa situação, além de não qualificação, a mão de obra dessas unidades, geralmente, advém da transferência de setores assistenciais por apresentar tanto condutas duvidosas quanto doenças ou condições de saúde incapacitantes, por estar em processo de aposentadoria ou, ainda, por outros problemas de saúde, graves ou não.

Numa unidade de serviço predominantemente pertencente à Enfermagem, deparamo-nos com um misto de categorias profissionais, e nestas, muitas vezes, pessoas inaptas a exercer atividades afins. Temos a inclusão de profissionais de área geral, sem conhecimentos específicos. Muitas vezes, a CME é receptora de profissionais em readaptação laborativa, que, em sua maioria, não estão aptos e, às vezes, indispostos a assumir responsabilidades, como manusear maquinários específicos ou soluções químicas peculiares para o reprocessamento de artigos médico-hospitalares, potenciais produtores de riscos, quando mal manipulados. Em muitas situações, não possuem condições físicas ou até mesmo psicológicas para assumir determinadas funções.

A capacitação do profissional para atuar na CME é improvisada e sinuosa. Dificilmente, a entrada do profissional na unidade é respeitada por seu

conhecimento da área ou afinidade com esta. Ainda nos deparamos com a escassez de cursos oferecidos que permeiem o preparo do profissional para atuar em CME, ficando ao gerente desta a responsabilidade de apresentar todo o conteúdo e dinâmica deste setor.

Concordamos com Silva (1995), quando ainda observamos uma forte reprodução gerencial, sendo a CME administrada e norteada por profissionais em fim de carreira e advindos de outros setores, sem ao menos terem recebido um preparo específico para a função; uma questão, talvez, cultural. Cultural, quando a assistência à clientela é sempre priorizada, uma vez que o impacto das atividades assistenciais é significativo e direto, norteado sempre pela resposta imediatista da prática, direcionada para a cura.

Segundo Silva (1996), algumas décadas atrás, quando os artigos médico-hospitalares eram processados e esterilizados nas próprias unidades de internação, não existia qualquer preocupação com o preparo do pessoal para trabalhar na CME, pois era difícil manter os mesmos funcionários fixos nessa função, uma vez que, pela própria dinâmica das unidades de internação, a assistência aos pacientes é prioritária.

Num contexto mais amplo, podemos observar que a Enfermagem reproduz, em termos de organização, o modo de produção capitalista, reforçando-se, ainda, a divisão do trabalho do início do século XX, fundada nas teorias clássica e científica da administração. Mais especificamente, referimo-nos à organização científica dos princípios administrativos fundamentados nas teorias de Taylor, Fayol e Mayo, respectivamente, de máxima produção a mínimo custo, de observância a princípios que visavam à exploração do trabalhador em prol da empresa e de ênfase centrada

nas pessoas. Assim, vemos grande parte dos Enfermeiros de CME atuando, ainda, sob um modelo reproduzido de administração, guiado pelo sistema capitalista da sociedade atual.

Percebe-se, então, que a Enfermagem se desenvolve refletindo o modo de produção dominante, abarcando as categorias sociais e profissionais criadas pelo capitalismo e marcadas pela divisão social e técnica do trabalho, que, mesmo sendo necessária, gera insatisfações na categoria, por razões decorrentes das funções desempenhadas, das condições de trabalho, entre outros. Sendo assim, observamos que a reprodução processual também tem seus desenlaces somente deflagrados com o tempo da prática.

Contextualizando a gerência de recursos humanos em CME

Para Bartolomei e Lacerda (2005), a atividade dominante do Enfermeiro de CME reporta-se à gerência de artigos médico-hospitalares, que confirma e reforça a estrutura tradicional da prática atual da Enfermagem, caracterizada pela divisão técnica e social de seu trabalho e estabelecida a partir das necessidades do modelo clínico dominante.

Ainda no ano supracitado, os mesmos autores evidenciaram que a gerência é a atividade principal realizada por Enfermeiros de CME, abarcando funções como planejamento, elaboração de instrumentos administrativos e operacionais, administração de recursos materiais e de pessoal, e supervisão. Porém, dentro dessa prática gerencial, a mais relatada por Enfermeiras se refere à administração de materiais, predominando a previsão e a provisão, o controle e a checagem do

seu preparo. Em menor frequência, surgiu a administração de pessoal, com forte referência à dificuldade de gerenciar os recursos humanos, evidenciando a falta destes, e ao constante movimento de realizar treinamento intensivo e distribuir os funcionários em atividades compatíveis com as respectivas habilidades.

Para Prochnow (2004), na realidade social brasileira, frequentemente, é negado o reconhecimento às atividades de execução, sendo a Enfermagem uma profissão caracterizada, no processo de trabalho, como serviço, pois se utiliza de forma intensiva o trabalho manual, e, quando possível, subordinada, na hierarquia institucional. Assim é que damos seguimento ao modelo improvisado e sinuoso, encontrado na CME, onde o serviço se faz com intensivo trabalho manual, em linha de produção, dependente diretamente da administração hospitalar e da gerência de Enfermagem.

Esse modelo supracitado está associado diretamente à inadequação da prática, ainda defasada, incerta, e que gera uma preocupação. Vive-se, ainda, a priorização das atividades assistenciais diretas em face das indiretas atreladas à questão cultural curativista e imediatista da prática em saúde.

Para tanto, aproximamo-nos dessa questão tão real e prática por meio do Mestrado, o qual fez surgir a teoria substantiva[1], denominada “Primando pela qualidade através do significado – o trabalho da Enfermeira de CME em face dos recursos humanos.” Nesse estudo, foi evidenciado como as Enfermeiras lidam com os recursos humanos disponíveis em suas CME, de forma a garantir a assistência direta, com qualidade, à clientela de seus hospitais. Mesmo vivenciando

[1] Teoria que se desenvolve a partir de uma área pequena de investigação e de uma população específica. O verdadeiro mérito dessa Teoria repousa na sua capacidade de falar especificamente das populações das quais deriva e às quais se deve aplicar. (STRAUSS; CORBIN, 1990).

dificuldades, as Enfermeiras buscam conhecer suas respectivas equipes, o processo de trabalho propriamente dito, traçam estratégias de ação para superá-las e avaliam suas ações implementadas.

Nossa intenção, nesse trabalho de Mestrado, foi criar subsídios que pudessem melhorar a assistência indireta prestada pelas Enfermeiras, a partir do gerenciamento de recursos humanos. Vimos que alguns caminhos são traçados e seguidos por estas profissionais, baseados em suas práticas cotidianas, em suas experiências pessoais e profissionais. Tais práticas acontecem, há algum tempo; porém, não estão registradas como base de atuação para Enfermeiras que gerenciam CME.

Percebeu-se uma mudança de paradigma que conduz a uma modificação de comportamento, principalmente, a partir do pensamento das Enfermeiras, pois o trabalho exercido por elas conduz à reeducação. Agrega valores e percepções que formam uma determinada visão da realidade para os colaboradores e, também, para o corpo diretor de suas instituições.

A prática dessas Enfermeiras significou uma proposta de assistir indiretamente à clientela, assistência essa que não é subsidiada somente por recursos materiais e alta tecnologia, mas, principalmente, por capacitação de recursos humanos, que se faz a partir da construção de uma relação de intuição, conhecimento teórico e experiência profissional. É uma situação que, de início, causou espanto e medo nas Enfermeiras; mas, depois, houve encantamento, tanto pelo processo de trabalho executado quanto pelos resultados obtidos.

Strauss e Corbin (2008, p.127) ressaltam que,

> Se alguém estuda somente estrutura, descobre porque, mas não como certos fatos ocorrem. Se estuda apenas processo, entende como as pessoas agem/interagem, mas não o por quê. É necessário estudar estrutura e processo para capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos.

Ainda no estudo de Mestrado, viram-se associados à qualidade de vida no trabalho itens como recursos materiais e humanos com qualidade, ambiente agradável e condições de trabalho, liberdade de escolha e expressão, presença de diálogo e companheirismo entre membros da equipe, e conciliação de vida particular com o trabalho.

> Essa é uma abordagem interessante, na medida em que agrega aspectos positivos do trabalho como potencializadores da saúde, pois ainda hoje há a necessidade de estabelecimento de estratégias de enfrentamento, no que concerne às situações desgastantes impostas pelo trabalho, também há que se reconhecer e manter os aspectos positivos. (KURCGANT, 2005, p.98).

No desenvolvimento da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a ser retomada no referencial metodológico, com elaboração dos códigos conceituais, categorias e subcategorias, deparamo-nos com um conjunto de dados, organizados como fenômenos, que, após uma refinada análise, deram origem a uma ideia central. Assim, por meio de procedimentos analíticos, correlacionamos esses fenômenos ao modelo paradigmático e formulamos um esquema teórico, como proposto por Strauss e Corbin (1990). Fazendo a interconexão entre os cinco fenômenos, tentamos formular um modelo teórico focado no fenômeno que denominamos inicialmente "*Primando pela qualidade, significando a importância do trabalho da Enfermeira*".

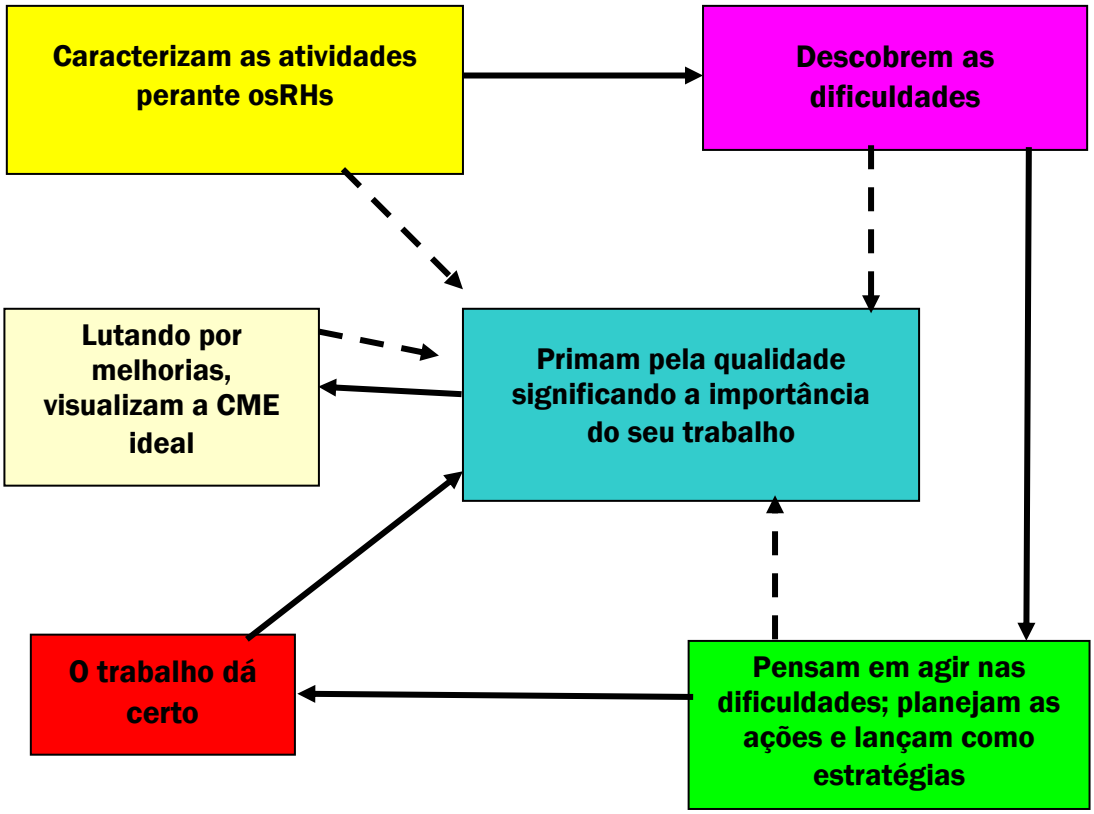

Figura 1. **DIAGRAMA DO FENÔMENO CENTRAL:** ***representação da Teoria Substantiva.***
Fonte: PEZZI, 2008.

Ao tentar representar o processo de gerenciamento de recursos humanos, realizado pelas Enfermeiras de CME, identificamos um processo baseado em alguns componentes (próprios do trabalho da Enfermagem, de gerenciamento e de preceitos pessoais, individuais), cujo movimento centralizado e apresentado nos induziu a perceber uma busca da qualidade, implícita nas preocupações e explícita nas articulações com seus profissionais gerenciados, os recursos humanos. Conseguimos identificar os componentes significativos que demonstraram as ações das Enfermeiras gerentes/supervisoras relativas à gerência de recursos humanos,

na CME. Essas ações remetem à prática que compõe o processo gerencial dessas profissionais.

Para isso, mantivemos o pensamento focado, a todo momento, nos questionamentos seguintes:

– o que é essa prática?

– como ela é vivenciada pelos Enfermeiros de CME? e

– onde essa experiência tem seu significado mais real?

Esse Modelo – que ora construímos e propomos – é o retrato desses questionamentos aliados à realidade da prática gerencial das Enfermeiras, situação em que *o que é* se traduz no significado dessa prática; *como ela é vivenciada* se revela na sua descrição, passo a passo, assim como na identificação dos fenômenos a ela correspondentes; e *onde essa experiência tem seu significado mais real* é retratada pelo fenômeno central, dada a construção do modelo de gerenciamento.

Essas associações fizeram emergir o fenômeno central – *Primando pela qualidade através do significado – o trabalho da Enfermeira perante os recursos humanos*, em que o significado dessa prática envolve questões de valor, dedicação pessoal e profissional, compartilhamento, conhecimento técnico e de relações humanas e gerência, e compromisso com a saúde dos seres humanos.

No transcorrer da codificação dos dados, pudemos observar que as circunstâncias reais das dificuldades relativas ao gerenciamento de recursos

humanos não impediam que as Enfermeiras prestassem a assistência indireta, com foco permanentemente dirigido ao paciente, para o paciente e pelo paciente. Para tanto, toda a sua prática é diretiva e motivada pelo atendimento à clientela, com qualidade.

Assim, explicitando melhor o *fenômeno central*, correlacionamos os componentes do modelo paradigmático aos fatos ocorridos na CME, devidamente organizados, conforme demonstrado na Figura 1. O *contexto* está associado à caracterização das atividades gerenciais, pontuadas pelas Enfermeiras, quanto aos recursos humanos, na CME; a *condição causal* está caracterizada pelas dificuldades descobertas no dia a dia das Enfermeiras; as *ações/interações* estão caracterizadas pelo agir, diante das dificuldades pontuadas; as *consequências* são retratadas na certeza do possível resultado positivo da prática aplicada; as *condições intervenientes* estão mostradas na estrutura ideal sonhada, associada ao equilíbrio entre os fatores 'recursos humanos' e 'estrutura física' da CME.

Um questionamento importante – *o que está acontecendo aqui?* – foi utilizado para a obtenção das respostas que retratam e organizam o modelo paradigmático, como segue.

Primeiro, as Enfermeiras descreveram as atividades realizadas em relação aos recursos humanos.

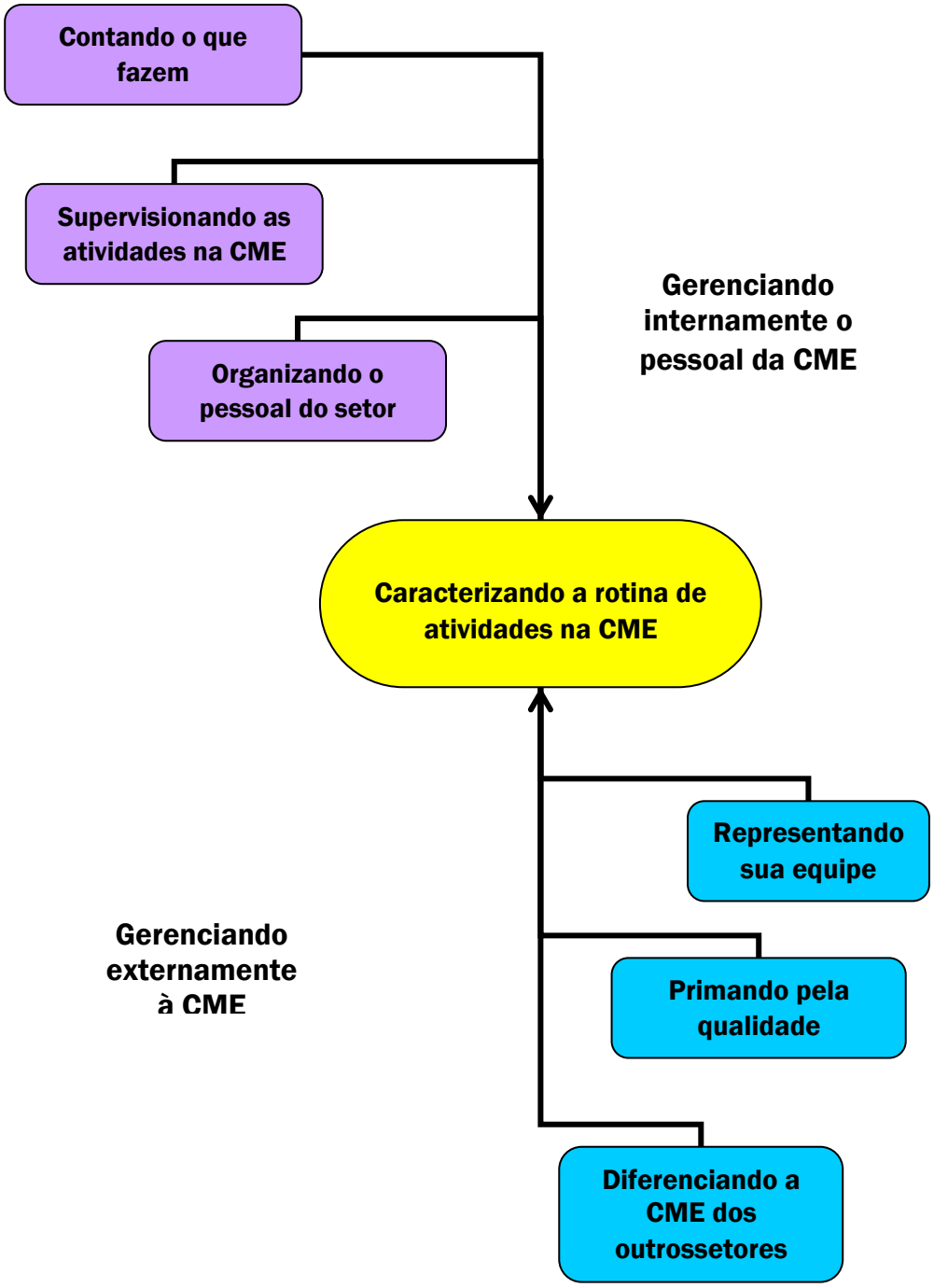

Figura 2. **DIAGRAMA DO FENÔMENO I:** ***Caracterizando a rotina de atividades na CME***.
Fonte: PEZZI, 2008.

Segundo, durante as respostas, muitas dificuldades foram pontuadas pelas entrevistadas, relativas às atividades anteriormente descritas.

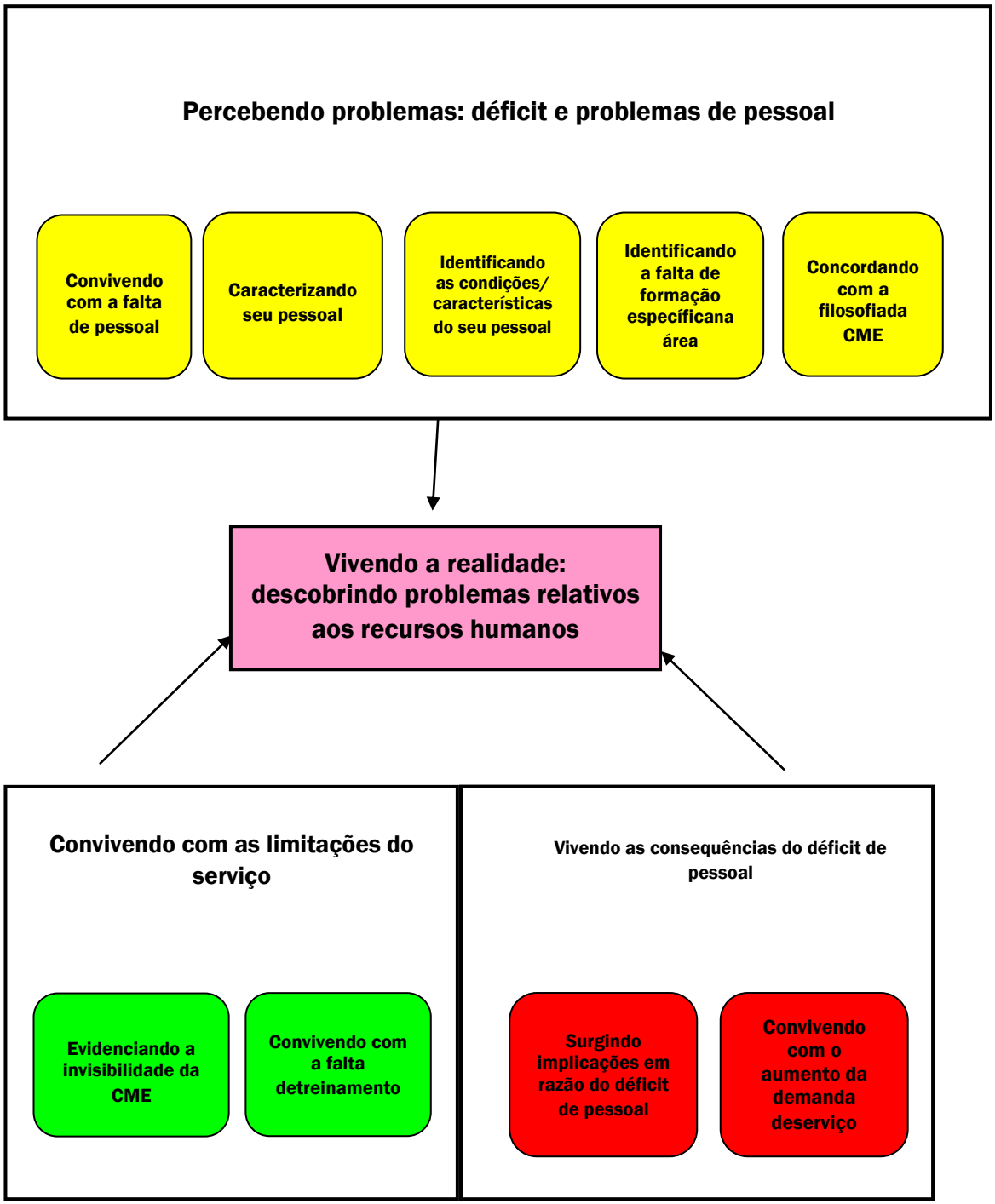

Figura 3. **DIAGRAMA DO FENÔMENO II:** ***Encontrando dificuldades relativas aos recursos humanos.***
Fonte: PEZZI, 2008.

Terceiro, precisavam pensar em como agir para superar as dificuldades identificadas, para que o trabalho da CME pudesse ser realizado, aplicando as ideias estabelecidas para solucionar/minimizar as dificuldades, dentro do que conheciam e sonhavam para suas CME.

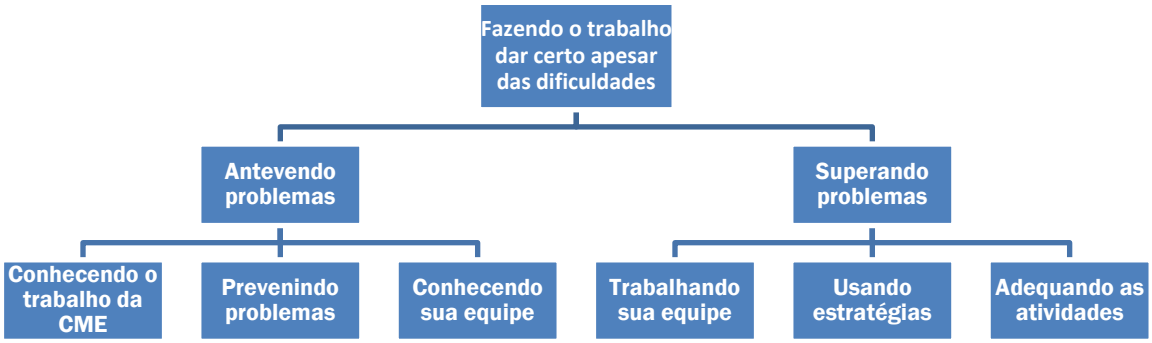

Figura 4. **DIAGRAMA DO FENÔMENO III: *Superando as dificuldades – fazendo o trabalho dar certo.***
Fonte: PEZZI, 2008.

Quarto, as Enfermeiras avaliavam os resultados das implementações. Demonstravam reconhecer a importância da CME para o funcionamento da Instituição e faziam todos os esforços possíveis para alcançar a qualidade do trabalho

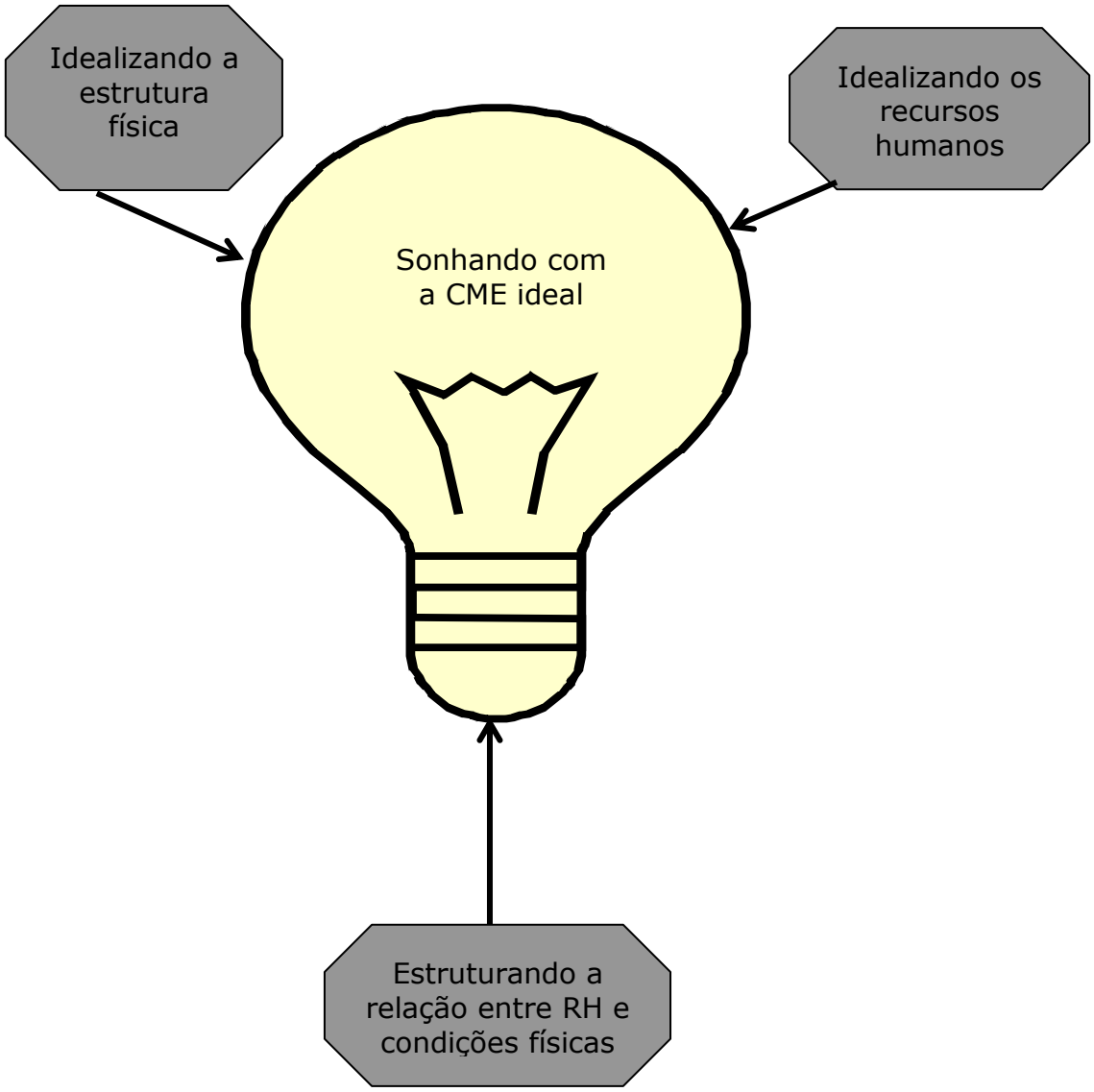

Figura 5. **DIAGRAMA DO FENÔMENO IV:** ***Sonhando com a CME ideal.***
Fonte: PEZZI, 2008.

Quinto. Assim, resolvido ou reduzido o problema, identificavam os pontos importantes que faziam o trabalho dar certo, não abandonando jamais o sonho de ter uma CME ideal para o atendimento à clientela com qualidade.

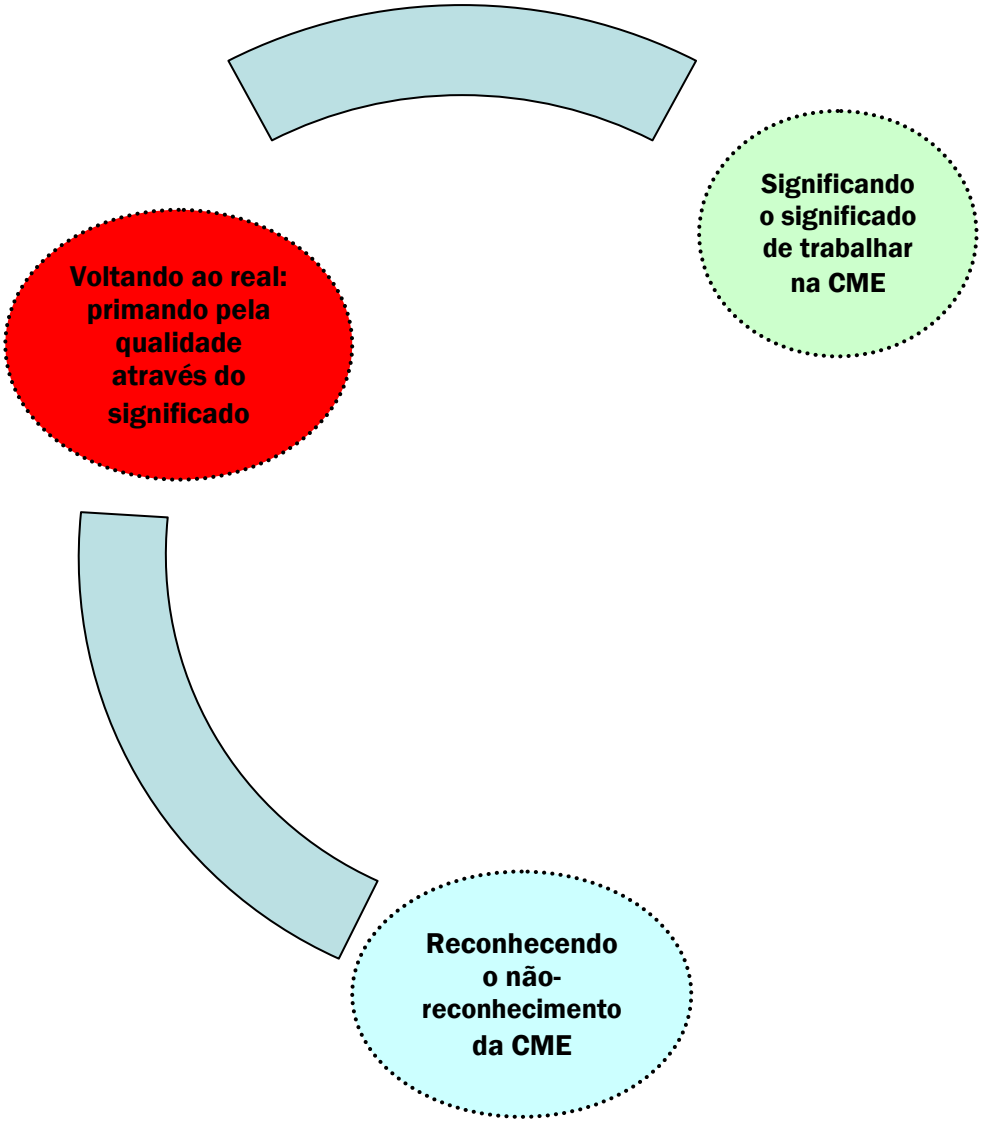

Figura 6. **DIAGRAMA DO FENÔMENO V:** ***Voltando ao real – primando pela qualidade através do significado.***
Fonte: PEZZI, 2008.

No estudo, termos como *significado*, *prática profissional*, *gerenciamento* e *recursos humanos* foram abordados como componentes de uma proposta; e hoje, concatenados, constituíram um modelo de gerenciamento baseado na prática

gerencial das Enfermeiras gerentes/supervisoras de CME, com relação aos recursos humanos.

A expressão '*prática gerencial de recursos humanos*' pode ser substituída por '*gestão de pessoas*', que, como dito por Chiavenatto (2004), é entendida como um conjunto integrado de seis processos dinâmicos e interativos, assim compreendidos:

1 – *processo de agregar pessoas* (quem deve trabalhar na organização, no setor);

2 – *processo de aplicar pessoas* (o que as pessoas deverão fazer);

3 – *processo de recompensar pessoas* (como recompensar as pessoas pelo bom trabalho desenvolvido);

4 – *processo de desenvolver pessoas* (como aperfeiçoar as pessoas para que realizem bem o seu trabalho);

5 – *processo de manter pessoas* (como manter as pessoas no trabalho, motivadas);

6 – *processo de monitorar pessoas* (como saber o que as pessoas fazem e o que são para a organização).

Todos esses processos estão bastante relacionados entre si. Quando um desses processos é falho, pode comprometer todos os demais. A gestão de recursos humanos, então, é a função que permite colaboração eficiente e eficaz das pessoas para alcançar objetivos organizacionais e institucionais. Uma das

funções da administração que envolve a gestão de pessoas é aquela desenvolvida a partir da orientação sobre como tomar decisões nas situações que se apresentam e na coordenação de grupos, por meio de supervisão, de liderança e de relações interpessoais (MARTINS *et al.*, 2011).

O que vemos, em geral, inclusive nas CME investigadas, é uma ruptura entre as etapas descritas por Chiavenatto (2004), o que muito prejudica o "movimento" dos recursos humanos disponíveis e atuantes, interferindo no processo de trabalho e na finalização do reprocessamento de artigos médico-hospitalares. Assim, vale ressaltar a importância da descrição das ocorrências e intercorrências que envolvem a CME, sejam estas internas ou externas. Fizemos, então, uma análise de como ocorre o trabalho da Enfermeira, na CME, voltado para a gerência dos recursos humanos, apontada em diagrama subsequente ao texto.

Analisando a Figura 1, partimos do questionamento "*o que está acontecendo aqui?*" para, mediante a resposta, descrevermos o processo gerencial extraído do fazer das Enfermeiras gerentes/supervisoras da CME. Logo, primeiramente, as Enfermeiras caracterizam as atividades realizadas pelos recursos humanos, na CME; depois, evidenciam uma série de dificuldades atreladas às pessoas e às atividades. Pensam, então, em como agir para superar as dificuldades encontradas (já que foram identificadas), e lançam mão de estratégias pertinentes, pois o trabalho precisa ser realizado; então, sabedoras de sua importância para a CME e para o hospital, no funcionamento da assistência, primando pela qualidade do atendimento, elas agem. Tomam como base para o trabalho o conhecimento da CME e de seu pessoal; apesar do não reconhecimento imediato, elas agem e aplicam todo esse conhecimento; resolvido o problema, as Enfermeiras identificam

os pontos críticos, importantes para “fazer dar certo”, uma vez que sabem do ideal de estrutura e condição de recursos humanos, sonham e continuam lutando para melhorar a assistência indireta, sempre visando à qualidade da assistência direta à clientela.

No intuito de manter viva a proposta funcional da CME, as Enfermeiras gerentes / supervisoras envidam todos os esforços possíveis, e isso está evidente em todos os fenômenos surgidos. Esses esforços são articulados por meio de estratégias que aplicam a qualidade ao fazer. Essa qualidade não se refere somente à do trabalho, mas também à de vida de seus profissionais. As Enfermeiras entendem que satisfação em viver está relacionada ao trabalho e, por isso, tanto se preocupam e se desgastam. É por meio do *significado* que podemos explicar o incômodo de todas as situações vivenciadas por elas e por seus funcionários. Alguns questionamentos são continuamente realizados, por não haver resposta:

√ Como pode um setor de grande importância para o hospital não ter a visibilidade que merece, por parte dos outros setores e da administração à qual está subordinado?

√ Como pode não ser ativa a participação das Enfermeiras no processo seletivo (recrutamento) de funcionários para a CME?

√ Como pode a CME trabalhar com um quantitativo de pessoal muito reduzido, e esse ser o principal problema apontado pelas Enfermeiras?

√ Como pode a assistência direta estar sempre sobreposta à assistência indireta, uma vez que esta última é dependente da primeira?

Sabemos que, se a CME não produz artigos com qualidade, a assistência direta à clientela será prejudicada, pois o processo de tratamento do artigo é ou foi duvidoso.

Toda essa situação se volta para a sensibilidade dessas Enfermeiras em saber o real papel da CME para o hospital, através do significado que a Central tem para ele, representando a bomba propulsora dos artigos qualificados que suprem a assistência direta à clientela. Esse significado tão importante, que esse setor tem e que já foi compreendido pelas Enfermeiras, é transferido para a equipe por meio de atitudes, como estratégias de “sedução” dos funcionários para ele remanejados; de compartilhar com toda a equipe os erros e os acertos; de facilitar a vida do profissional da CME, por meio de escalas; de realizar treinamentos, mesmo sem apoio; de adquirir mais conhecimentos para tentar compor uma equipe que se dê valor, independentemente da valorização externa, pois a equipe de valor o tem reconhecido por suas atitudes.

As mudanças de comportamento dos subordinados e dos dirigentes são esperadas pelas Enfermeiras, uma vez que não desistem de investir na capacidade humana de se adaptar ao novo e acreditar que podem transformar uma realidade, a partir de um problema.

O que vemos, em grande parte das CME, é uma luta contínua das Enfermeiras para tentar estabelecer um equilíbrio entre doença e saúde, trabalho e qualidade, qualidade no trabalho e qualidade de vida. Esses conceitos estão envolvidos, à medida que o processo de trabalho na CME é, quase sempre, reproduzido, visto como um processo de muito trabalho, com baixa complexidade, rotinizado e que pode ser desenvolvido por profissionais sem conhecimentos

prévios, que não obtiveram sucesso em setores com características de assistência direta à clientela. O que se aplica, e fica muito evidente no trabalho das Enfermeiras de CME, é o estabelecimento de estratégias de enfrentamento diante da inadequação, quantitativa e qualitativa, entre as atividades da Central e seus recursos humanos.

Essa inadequação gera a exposição dos profissionais, sobretudo, às cargas psíquicas e físicas, como as geradoras de manifestações de ordem física, psicossomáticas e psicoemocionais. Assim, Silva e Massarollo (1998) concebem que a qualidade de vida, no trabalho, é gerada pelos processos potencializadores, em oposição aos destrutivos, apreendidos no momento de trabalho do profissional.

Ainda percebemos uma distância entre o real e o ideal, pois se vê uma forte reprodução processual, onde o trabalho de Enfermagem sofre o impacto da globalização e das políticas neoliberais, tendo como consequências a rotatividade da força de trabalho e a crescente terceirização dos setores de saúde e trabalhadores. Assim, sobrepõem-se os processos destrutivos aos favoráveis, implicando, negativa e incisivamente, a relação trabalho-saúde. Neste sentido, Martins *et al*. (2011) e Kurcgant (2005) corroboram que, no contexto do serviço, o Enfermeiro incorpora, em sua formação profissional, os saberes de várias ciências, dentre elas a administração que, em nosso contexto, se mostra pela organização da equipe de Enfermagem – para nós, recursos humanos. A teoria da administração passou a enfatizar a variável “pessoas” em lugar da variável “estrutura”, e a preocupar se com o homem no trabalho (aspecto psicológico) e com os grupos (aspecto sociológico), em lugar de preocupar-se com os métodos de trabalho e as regras e normas a serem seguidas pelos executantes.

Esses termos, aliados ao estudo, trouxeram tópicos ditados pelas Enfermeiras, como levantamento das necessidades diárias, objetivos do trabalho, elaboração e aplicação de estratégias, metodologia utilizada e avaliação. Assim, mesmo sem plena ciência desse planejamento, elas o aplicam, conduzindo todo um processo de trabalho cujo desenvolvimento é orientado pelos recursos humanos.

Em síntese, o trabalho gerencial da Enfermeira, em uma CME, deve possuir metas congruentes com a política da organização, as quais devem ser construídas de um modo participativo. Reflexões como: "*onde e como estamos hoje?*"; "*onde e como pretendemos estar amanhã?*"; "*como faremos para chegar lá?*"; "*como saberemos que chegamos?*"; "*quanto custará ao indivíduo e à organização?*" deverão estar fundamentadas na prática e no conhecimento técnico-científico da Enfermeira, além de numa enorme e incansável vontade de produzir. Essas reflexões podem ser entendidas como, respectivamente: diagnóstico situacional; objetivos; metodologia / estratégias; avaliação; e análise de recursos e de custos.

Tornando mais claro o processo, percebemos que o diagnóstico situacional é realizado por meio do levantamento das necessidades, a partir da ciência dos objetivos (conhecimento de "aonde se quer chegar") da CME. Assim, na perspectiva de Milioni (2001), o gerente/supervisor deverá definir e diferenciar problemas tratáveis ou não pelo treinamento. Deve-se identificar o motivo dos problemas levantados, para diferenciá-los, a ponto de saber se poderão ou não ser solucionados.

Devem ser aplicadas, de forma metódica e estratégica, as ações para a resolução dos problemas, de forma a favorecer a reflexão crítica, a criatividade,

preocupando-se em individualizar o processo ensino-aprendizagem, de forma a ver as dificuldades de cada trabalhador da CME. Assim, cada trabalhador poderá ser um facilitador e um multiplicador do conhecimento adquirido.

Logo, conforme consta nos discursos e na prática das Enfermeiras, sujeitos da pesquisa realizada no Mestrado, a mudança de comportamento necessária à transformação de um corpo de trabalho é dependente não somente da construção de uma educação contínua, mas, principalmente, de uma reeducação transformadora, aliadas a uma reflexão ética e política incorporada ao papel que a CME tem para o hospital.

Todo este relato foi explorado na apresentação destas considerações iniciais propositalmente, proporcionando ao leitor uma compreensão da proposta deste estudo de Doutorado.

Delineando o objeto de estudo e objetivos

Este estudo tem como objeto a *validação de um modelo teórico*[2] *do gerenciamento de recursos humanos de CME a partir da prática dos Enfermeiros.* A partir da breve contextualização desse objeto, até aqui apresentada, temos as questões norteadoras voltadas para "como os Enfermeiros de CME gerenciam os recursos humanos e quais são os fatores que interferem nesse gerenciamento".

Logo, a partir desses questionamentos, buscamos atingir os seguintes objetivos:

[2] Teoria Substantiva encontrada a partir da prática gerencial das Enfermeiras de CME, identificada na dissertação de Mestrado da autora desse projeto, ora apresentado como tese doutoral.

- Caracterizar o significado atribuído, pelos Enfermeiros de CME, à sua prática gerencial acerca dos recursos humanos, a partir da apresentação dos diagramas teóricos (categorias e subcategorias) oriundos da dissertação de mestrado;
- Discutir os achados em face das implicações para a Enfermagem, à luz do *Interacionismo Simbólico*;
- Validar o modelo teórico (fenômeno central) considerando as possíveis ressignificações dos Enfermeiros de CME acerca do gerenciamento de recursos humanos.

Justificativa e contribuições do estudo

Destacamos a importância desse tipo de estudo, visto que possibilita o conhecimento das produções identificadas a respeito do que vem sendo apurado e construído, na área de Enfermagem em CME. Consideramos que não se trata apenas de pesquisar para transmitir conhecimentos, mas sim de vivenciar os problemas e, a partir da prática cotidiana, buscar instrumentos para que sejamos capazes de resolvê-los ou minimizá-los, almejando sempre a qualidade em saúde.

Assim, acreditamos ser importante pensar em novos rumos de atuação, com o intuito não de fugir da realidade iminente, mas sim de propor soluções para a prática profissional, partindo da própria realidade, uma vez que é vivenciada por grande parte das instituições de saúde. Portanto, faz-se mister, posteriormente, abordarmos a divulgação dos resultados, apresentando as propostas de novas formas de atuar.

É evidente que o conhecimento embasado em pesquisa e trabalho é essencial para dar suporte a projetos que necessitem da aplicação racional, sustentada por ricas informações. Como profissionais, temos a responsabilidade de incorporar conhecimentos para aperfeiçoar o desempenho de nossas atividades, divulgando-as, sempre, de modo a colaborar, significativamente, para a qualidade dos serviços prestados.

Vale ressaltar que todo o processo de estudo acarreta um crescimento da especificidade da área, o que contribui para o desenvolvimento profissional e as possibilidades de novas descobertas, uma vez que há escassez de literatura na área de CME, principalmente, no que se refere aos recursos humanos. Assim sendo, validando uma teoria, este estudo também contribuirá, em novas bases, para atuação gerencial em CME, não só para as Instituições de Saúde como também para Núcleo de Pesquisa, Gestão em Saúde e Exercício Profissional da Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GESPEN/EEAN/UFRJ), uma vez que se propõe a subsidiar estudos voltados para gerência em Enfermagem.

Estrutura textual da tese

Assim, apresentamos a tese intitulada RECONSTRUINDO A GERÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS – A PRÁTICA DE ENFERMEIROS DA CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO, em cujo desenrolar os Enfermeiros de CME reconstroem a gerência de recursos humanos em busca da qualidade da assistência indireta ao cliente.

Para melhor organização e entendimento, o estudo é apresentado com a estrutura a seguir descrita.

No capítulo inicial, apresentamos os referenciais que compõem a ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA e que nortearam o estudo – respectivamente, o *interacionismo simbólico* e a "*grounded theory*", também chamada *teoria fundamentada nos dados* (*TFD*). Questões como fundamentos, bases conceituais e relação com o objeto de estudo também são apontadas no decorrer desse capítulo, no que tange aos dois referenciais.

CONHECENDO O AMBIENTE DE ESTUDO é o título da segunda seção, que apresenta e destaca os cenários e sujeitos que o compuseram. Há, também, a exposição explicativa do processo de codificação (aberta, axial e seletiva) e do surgimento das categorias.

Sob o título CARACTERIZANDO A PRÁTICA GERENCIAL, são descritas e analisadas tanto as cinco categorias que emergiram do processo de codificação quanto à prática gerencial caracterizada por significados. Assim se compõe o conteúdo do terceiro capítulo.

INTERCONECTANDO AS CATEGORIAS – REVELANDO O FENÔMENO CENTRAL dá título à quarta seção, na qual expomos a interconexão das categorias, interpretadas à luz do referencial teórico, isto é, do *interacionismo simbólico*, e fazemos a apresentação do *fenômeno central*, que surgiu da organização das categorias/fenômenos aplicada ao modelo paradigmático proposto pelo referencial metodológico.

O capítulo cinco se intitula CONVERSANDO COM OS AUTORES À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO. Nele, apresentamos nosso diálogo com os autores consultados à luz das referências do *interacionismo simbólico*. Assim, foi desenvolvido um posicionamento a partir de discussão traçada entre a autora da tese e autores teóricos.

Descrevemos, na sexta seção, o processo que intitulamos VALIDANDO A MATRIZ TEÓRICA, que consubstanciou a Teoria Substantiva e esclareceu a prática gerencial do Enfermeiro como fator de viabilidade para a assistência indireta ao cliente, com qualidade.

Finalizando, tecemos as ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES acerca do estudo, apontando fragilidades e fatores “otimizadores” da prática gerencial dos Enfermeiros, como aspectos principais que merecem atenção do corpo constituinte da Enfermagem.

Polos Teórico e Metodológico

1 ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Uma pesquisa é construída a partir de um tema ou de outras teorias, nele centradas e por ele impulsionadas, pressupondo intensa trajetória de buscas, experiências, reflexões e análises. E, evidentemente, para a elaboração e implementação do trabalho em questão, faz-se necessária toda uma caminhada teórico-metodológica.

O estudo proposto utilizou a Teoria Fundamentada nos Dados (*Grounded Theory),* como orientação metodológica, e o Interacionismo Simbólico, como referencial teórico. Tais perspectivas possibilitaram a descrição e a compreensão das ações para a gerência de recursos humanos, pelos Enfermeiros responsáveis pela CME, e viabilizaram a conseguinte validação do fenômeno central evidenciado na dissertação de Mestrado, intitulado *Primando pela qualidade através do significado – o trabalho da enfermeira de CME em face dos recursos humanos*. O *fenômeno central* emergiu da associação do Modelo Paradigmático[3], com procedimentos estabelecidos e aplicados pelos Enfermeiros gerentes, em suas realidades. Nossa proposta, então, seria validar esse fenômeno. Entendemos, assim, que partimos da Teoria Substantiva.

[3] Mecanismo analítico conceitual para organizar dados e integrar estrutura com processo. Na verdade, o paradigma não é nada além de uma perspectiva assumida em relação aos dados, outro ponto de vista analítico que ajuda a reunir e ordenar os dados, sistematicamente, de forma que estrutura e processo sejam integrados. (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 128). Os componentes do paradigma são: condições, ações/interações e consequências.

1.1 Referencial teórico.

O *Interacionismo Simbólico* tem sido utilizado como abordagem para o estudo da vida e da ação humana em grupo.

Segundo Bazzilli *et al.*(1998), as raízes e os fundamentos do movimento interacionista estavam no pensamento dos filósofos moralistas escoceses e, principalmente, dos filósofos pragmáticos e funcionalistas norte-americanos, além de outras influências gerais da época, como a obra de Hegel, a teoria evolucionista de Darwin e os inícios da teoria geral de sistemas.

O *Interacionismo Simbólico* teve sua origem fundamentada por sociólogos americanos, como John Dewey (1859-1952), Charles Horton Cooley (1864-1929), William I. Thomas (1863-1947) e George Herbert Mead (1863-1931). Sua abordagem concebe a sociedade como entidade composta de indivíduos e de grupos em interação, retratados pela estrutura social e por pessoas.

> Fazia-se necessário uma teoria bem desenvolvida que reconhecesse os dois caminhos e o quanto o comportamento individual, a interação social e a pessoa social são impulsionados pela estrutura social; e também como as pessoas podem construir seus comportamentos, individual e coletivamente, a ponto de alterar as estruturas que atuam. (BAZZILI *et al.*, 1998, p.18).

A interação é, portanto, a base empírica e simbólica (pelo fato de ser humana), considerada por Bazilli *et al.* (1998), à qual se integram, modificam ou criam papéis, estruturas dinâmicas, que, por sua vez, constroem a teia de relações, que é a sociedade.

A fusão entre os filósofos escoceses e o Interacionismo Simbólico ocorreu por meio de filósofos pragmáticos[4] norte-americanos. Os três principais foram William James, John Dewey e George Mead. Outra figura importante foi C. H. Cooley, que trabalhou, ao lado de Dewey e Mead, em universidades como as de Michigan e de Chicago.

Uma das contribuições mais importantes da Escola de Chicago foi o desenvolvimento de métodos originais de investigação, como a sociologia qualitativa, que tinham como característica principal a busca pelo conhecimento prático e direto.

Segundo Haguette (1999), a expressão *interacionismo simbólico* foi utilizado, pela primeira vez, por Herbert Blumer, discípulo das ideias de Mead, em 1937. O trabalho de Blumer é uma continuação do trabalho de Mead. Blumer propõe que a sociedade não é uma estrutura ou organização,

> [...] mas ações das pessoas que tomam lugar em situações, e é construída pelas pessoas interpretando situações, identificando e avaliando coisas que têm de ser levadas em consideração e agindo com base nessa avaliação. (BAZZILI *et al.*, 1998, p.31).

Blumer, então, vê as pessoas, a ação organizada e o meio como fluxos continuamente construídos e reconstruídos por via de processos definitórios e interpretativos.

De acordo com Coulon (1995), o Interacionismo Simbólico possui proposições que podem ser definidas em cinco hipóteses. A primeira refere-se ao fato de que vivemos num mundo simbólico e físico, que construímos,

[4] Filósofos adeptos do Pragmatismo, concepção filosófica que valoriza a prática mais do que a teoria e considera que devemos dar mais importância às consequências e efeitos da ação do que a seus princípios e pressupostos. (Cf. JAPIASSÚ,1996, p.218).

cotidianamente, através de significados pautados por nossas ações e com a ajuda de símbolos. A segunda retrata que, pela experiência de tais símbolos, pode-se assumir o lugar do outro. A terceira diz respeito à cultura comum aos membros de determinada sociedade que, dessa forma, permite prever o comportamento dos outros indivíduos. Considera, na quarta proposição hipotética, que os símbolos não são isolados e, por isso, fazem parte de um conjunto complexo de ações, diante do qual o indivíduo define seu papel. E por último, a quinta hipótese trata do pensamento, que consiste num processo pelo qual soluções potenciais são examinadas do ponto de vista das vantagens e desvantagens do indivíduo, tendo em vista seus valores.

Essas hipóteses são complementadas por três premissas, descritas por Blumer (1969):

> O ser humano age em relação às coisas, com base nos significados que elas têm para ele; o significado dessas coisas é derivado, ou seja, surge da interação social que se estabelece com outras pessoas; estes significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo sujeito ao tratar as coisas e situações em que ele se encontra. (BLUMER, 1969, p.2).

Utilizando as premissas expostas por Blumer, ressaltamos a importância do *Interacionismo Simbólico* e sua consonância com o objeto deste estudo, uma vez que este possui natureza subjetiva por tratar do significado da prática gerencial do Enfermeiro de CME em face dos recursos humanos, no âmbito prático da validação. A partir da descrição dessa prática (já realizada no estudo de Mestrado), foi elucidado seu significado, com a consequente interpretação das ações desenvolvidas pelos Enfermeiros em relação às coisas, às situações-problema encontradas na CME em face dos recursos humanos, evidentemente, ditadas pela realidade de cada sujeito (Enfermeiro).

No presente estudo, gerador desta Tese de Doutoramento, propomos a validação do modelo teórico representativo do gerenciamento de recursos humanos em CME, considerando as ressignificações dos Enfermeiros de outras instituições hospitalares.

Mediante o exposto, ressaltamos que, para o interacionismo simbólico, cabe interpretar as ações e não julgá-las. Tal interpretação é realizada a partir dos significados que as pessoas atribuem às suas próprias ações. Tendo o conhecimento como ponto de partida, podemos prever e compreender possíveis comportamentos e ações das pessoas, e até propor alterações. A partir desse enfoque, podemos compreender como se dá o processo de gerenciamento de recursos humanos e como essa prática é validada, considerando as relações entre sujeito, ação, significado e interação social.

Os símbolos referidos se constituem no significado das ações de cada realidade, que permitem ao indivíduo ser entendido pelo outro. Portanto, refletem o interagir com os demais membros do grupo. Assim, fazem parte do pensamento e da conduta humana.

Destacamos, então, os conceitos dispostos pelo *Interacionismo Simbólico* que nortearam a interconexão dos fenômenos achados à luz deste referencial teórico.

Os **significados** se referem ao aspecto subjetivo da experiência humana. Para Stryker e Stathan (1985, p.320), significados “são aspectos subjetivos da experiência humana que devem ser examinados, porque os significados que as pessoas atribuem às coisas, afinal, organizam seu comportamento.”.

Para Blumer (1969 *apud* BAZILLI *et al.,*1998), o ponto de partida do comportamento está no fato de que a interação é simbólica, por ser humana, implica a abordagem dos significados. Essa argumentação nos remete a pensar na necessidade de estudar tanto a emergência do significado quanto a sua inserção no contexto da interação social.

No *Interacionismo Simbólico*, os **significados** são considerados produtos sociais, criados a partir das experiências pessoais, à medida que elas interagem entre si e com o meio em que vivem.

A **ação humana** é vista como um resultado formado a partir da autointeração; é construída por meio das indicações que a pessoa faz a si e da interpretação do que indica para agir. A pessoa identifica que quer estabelecer uma meta, mapeia uma linha de comportamento, observa e interpreta as ações dos outros, dimensiona a sua situação, checa suas possibilidades, elabora o que fazer com os outros pontos.

Os **símbolos** são o que vemos e o como interpretamos o que vemos. O nosso mundo é de símbolos, a nossa realidade é simbólica; é por meio da interação simbólica que atribuímos os significados e desenvolvemos a realidade em que agimos. Na terminologia *meadiana*, um gesto compartilhado é um símbolo significante. Em suma, a sociedade nasce nos símbolos significantes do grupo.

A **linguagem** é composta por instrumentos usados por indivíduos para ordenar a experiência. É empregada para discriminar, generalizar, fazer sempre a distinção no ambiente. Assim, o mundo é literalmente dividido por significados que usamos através da linguagem. A linguagem surge e modela o comportamento.

Os interacionistas definem a **sociedade** como constituída de indivíduos que interagem uns com os outros,quando as atividades dos membros ocorrem como resposta de um ao outro, ou em relação ao outro.

Na pretensão de validar o modelo teórico de gerenciamento de recursos humanos em CME, elucidamos como se dá a relação entre sujeito, ação, significado, interações sociais e linguagem, para os Enfermeiros. Essas relações seriam retratadas por construções e, ou, reconstruções do significado da prática gerencial a partir do processo de trabalho, dadas as ações executadas, surgidas dos processos interpretativos e de suas realidades?

1.2 Referencial metodológico.

Para a viabilidade do estudo, utilizamos a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). Moreira e Dupas (2003) explicam que consiste numa abordagem de pesquisa qualitativa, com o objetivo de descobrir teorias, conceitos e hipóteses baseados nos dados coletados, ao invés de utilizar suposições predeterminadas. Possui raízes no Interacionismo Simbólico e compreende a realidade a partir do conhecimento, da percepção ou do significado que certo contexto ou objeto tem para a pessoa. Sendo assim, acreditamos que tivemos fundamentação para a construção de um modelo de gerenciamento, uma vez que essa teoria trabalha com a compreensão (o que e como) do fenômeno, tal e qual ela emerge dos dados coletados e não de conceitos e crenças do pesquisador.

Essa perspectiva metodológica nos remete problema de pesquisa que emerge da coleta de dados e não ao problema de pesquisa bem focalizado,

conforme os preceitos de Glaser e Strauss (1992). O pesquisador traz algum conhecimento de literatura para o estudo, mas o leitor notará que uma revisão exaustiva de literatura não foi realizada. Ela emerge diretamente dos dados. A Teoria se fundamenta na realidade da cena social e não tem a pretensão de testar seus achados, mas de acrescentar outras ou novas perspectivas de atuação. O produto de muitos estudos com o método da Teoria Fundamentada nos Dados constitui um modelo conceitual ou teórico que busca explicar o fenômeno estudado. Vejamos algumas características da TFD por meio de um quadro elucidativo.

1. A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa. A revisão é direcionada pelos dados coletados, indicando o pesquisador a obter mais informações na literatura.
2. Os dados são coletados e analisados concomitantemente – análise constante.
3. O método é circular e, por isso, permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, reveladas pelos dados que vão entrando em cena.
4. As teorias são geradas tendo áreas de pesquisa empírica como ponto de partida. O conhecimento é construído a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e as ações humanas.
5. O uso da literatura é limitado, antes e durante a análise, evitando, assim, a sua influência excessiva na percepção do pesquisador.
6. As hipóteses são criadas a partir do processo de coleta e análise de dados e não antes.
7. Trabalha com o conceito de amostragem teórica, segundo a qual o pesquisador tem a possibilidade de buscar seus dados em locais específicos ou por meio do depoimento de pessoas que indicam deter conhecimento acerca da realidade a ser estudada.
8. Utiliza memorandos como registros, pois representam as formas escritas de nossos pensamentos abstratos sobre os dados, e os diagramas, que são representações gráficas das relações entre os conceitos.

Quadro1. **ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS**.
Fonte: STRAUSS; CORBIN, 1990.

Este tipo de pesquisa é de natureza qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, pautada por entrevistas semiestrutradas e registros por memorandos. De acordo com Goldenberg (2001, p.34), observamos que “os dados qualitativos objetivam uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social.”.

O desenvolvimento do estudo se dá no ambiente natural da sua ocorrência. Em Turato (2003), vimos que a pesquisa qualitativa relaciona as pessoas ou as comunidades em suas falas e em seus comportamentos. Os sujeitos de estudo não são reduzidos a variáveis isoladas ou a hipóteses, mas vistos como parte de um todo, no seu contexto natural, habitual. Assim, surge a opção pela pesquisa qualitativa, uma vez que esta é considerada holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades).

Para os autores mencionados, esse tipo de pesquisa baseia-se na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores. Existe a preocupação de analisar as informações narradas de uma forma organizada, mas intuitiva.

Há uma possibilidade de conhecer melhor os seres humanos e compreender como ocorre a evolução das definições de mundo desses sujeitos (indivíduos), fazendo uso de dados descritivos derivados de registros e anotações pessoais, de falas de pessoas, de comportamentos observados.

Para Tomasi e Yamamoto (1999), os dados qualitativos são predominantemente descritivos e valorizam o significado que as pessoas dão à sua vida e a situações e acontecimentos. Por essa razão são produzidos por meio da vivência dos participantes, bem como de suas perspectivas e das maneiras como encaram as questões e tentam resolvê-las. Qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes nos discursos, podendo os últimos ser revistos ou não pelos sujeitos da realidade estudada. Mediante a diversidade das questões a serem suscitadas, temos condições de desenvolver nossa proposta.

1.2.1 Seleção dos sujeitos.

Como sujeitos para nosso estudo, abordamos, na primeira etapa, quatro Enfermeiros de hospitais distintos, gerentes / supervisores[5] de CME. Para etapa de validação do fenômeno central (segunda), abordamos três Enfermeiros, dois dos quais haviam participado da primeira etapa. Segundo Strauss e Corbin (2008, p.159), “a teoria baseada em dados deve ser reconhecida pelos participantes e, embora possa não se ajustar a todos os aspectos de seus casos, os conceitos mais amplos devem se aplicar.”

Ainda para os autores acima, a teoria é validada por meio da comparação com dados brutos ou de sua apresentação aos informantes para ver a reação

[5] Função realizada pelo Enfermeiro, que, segundo Chiavenato (2004), desempenha a gestão de pessoas, podendo representar os papeis de diretor, gerente, chefe ou supervisor, nos quais executa quatro tipos de atividades que constituem o processo administrativo, a saber: planejar, organizar, dirigir e controlar.

deles. Assim, pudemos retornar aos sujeitos do estudo para proceder, finalmente, à validação do esquema teórico, nossa primeira proposta.

Os critérios de inclusão foram definidos pelo tempo mínimo de atuação do enfermeiro na CME como gerente ou supervisor (pelo menos seis meses) e pela não participação no estudo gerador da Dissertação, para evitar tendenciosidade.

Atendendo à Resolução Nº 196/1996, do Ministério da Saúde, encaminhamos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa dos hospitais participantes do estudo, para aprovação. Após isso, apresentamos aos Enfermeiros gerentes/supervisores das CMEs o TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido [Apêndice A], que foi lido e assinado depois de esclarecidos os objetivos da pesquisa.

1.2.2 Cenário da pesquisa

Como cenário para o desenvolvimento desta pesquisa, utilizamos quatro hospitais públicos, de grande porte, que têm a CME como uma unidade de apoio técnico à instituição. Estes foram escolhidos por terem estrutura organizacional semelhante à dos hospitais abordados no estudo de Mestrado, sendo assim, hospitais de grande porte, públicos, das esferas municipal e federal, e por estas regidos.

A abordagem ocorreu após encaminhamento das autorizações concedidas pelas respectivas Direções dos quatro hospitais públicos, e informadas ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), de cada Instituição, respectivamente Hospital Federal

Cardoso Fontes, Hospital Federal do Andaraí e Hospital Federal de Bonsucessoe Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HCG). Somente após apreciação e aprovação por todos os CEP, foi iniciada a etapa de coleta de dados. Também, foi dada ciência da proposta de estudo às chefias das Centrais de Material e Esterilização das instituições hospitalares, por meio do Termo de Autorização para Pesquisa (Apêndice B). As autorizações foram concedidas pelos CEP, respectivamente, sob registros CEP-HFB 18/10 (Hospital Federal de Bonsucesso), CEP-HJ 02/10 (Hospital Geral de Jacarepaguá), CEP- HFA S/nº (Hospital Federal do Andaraí), porém com assinatura de aprovação, e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HCG), sob protocolo CEP/HC/UFG nº 054/2011. (Anexos A, B, C e D).

Por todos os CEP, foi-nos solicitada carta informativa acerca dos custos da pesquisa (Apêndice F).

1.2.3 Coleta dos dados

A coleta de dados se deu em dois momentos distintos: o primeiro, por meio de uma abordagem direta, individual, dos quatro Enfermeiros atuantes em CME, utilizando as duas primeiras perguntas do instrumento de coleta de dados (Apêndice C); o segundo momento, mediante uma abordagem direta, coletiva, de três Enfermeiros com outro instrumento para coleta de dados, em busca da validação do modelo teórico (Apêndice D).

Na primeira etapa, direta com cada Enfermeiro, houve uma breve apresentação dos diagramas teóricos (Figuras 2; 3; 4; 5; 6), seguida das duas

primeiras perguntas contidas no instrumento de coleta de dados. Na segunda etapa, apresentamos os diagramas referentes a cada categoria, além do diagrama central contendo o fenômeno central, quando solicitamos a cada Enfermeiro o respectivo entendimento acerca das ações ali contidas. Nessa segunda etapa, foram apresentados os diagramas considerando as ressignificações a partir da apresentação do primeiro momento. Os dois momentos foram conduzidos pela pesquisadora (doutoranda), sob a orientação da Professora Orientadora.

Estas duas abordagens (etapas) se fizeram necessárias, pois organizou o entendimento da pesquisadora, além de atender ao primeiro objetivo. A primeira etapa foi destinada a atender ao primeiro objetivo, quando surgiram as ressignificações com relação à prática gerencial de recursos humanos em CME. A segunda etapa concretizou a validação do modelo teórico, (re)construído a partir das ressignificações dadas pelos sujeitos.

Em toda a coleta dos dados, utilizou-se entrevista semiestruturada, contendo perguntas abertas e fechadas (V. Apêndices C e D).

Faz-se mister abordar o momento de coleta de dados no Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Goiás (HCG), concretizada pelo estágio doutoral aprovado pelos Programas de Pós-Graduação das Escolas de Enfermagem, respectivamente Anna Nery (EEAN/UFRJ) e Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG). Tal estágio viabilizou nosso ingresso na CME/HCG, a partir do conhecimento da FEN/UFG e do HC/UFG. Assim, aumentamos a possibilidade de participação de enfermeiros gerentes/supervisores em nosso estudo, conferindo fidedignidade aos resultados da pesquisa. (Vide Apêndice F: *Plano de Trabalho e Parecer Avaliativo*).

1.2.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi conduzida a partir das etapas da TFD, e a discussão dos achados foi sustentada pelos pilares do Interacionismo Simbólico. Vale esclarecer que todo o movimento do estudo ocorreu conforme o cronograma previsto (Apêndice E).

A apresentação dos dados, em todas as etapas de categorização, está representada por meio de diagramas e quadros, facilitando, assim, a compreensão e a reflexão sobre os dados. Concomitantemente à codificação dos dados, redigimos memorandos com as ideias que foram surgindo, nos quais cada reflexão foi escrita, como registro. Estes memorandos, também, são parte do instrumental da TFD.

Como vimos, um traço importante da Teoria Fundamentada em Dados é que a coleta e a análise de dados ocorrem simultaneamente, mediante organização destes. Utiliza-se a técnica da amostragem teórica, pela qual o pesquisador começa anotando indicadores ou palavras, ações ou acontecimentos reais, referentes aos dados, e conceitos ou abstrações são desenvolvidos a partir dos indicadores (STRAUSS, 1990).

No presente estudo, a saturação dos dados foi percebida, já na terceira entrevista, quando houve a repetição das informações, com conseguinte sensação de fechamento. Porém, não sabíamos ainda se o suficiente para paralisarmos a coleta. Na TFD, a saturação dos dados não é o mesmo que testemunhar a repetição dos mesmos eventos ou histórias. Para Charmaz (2009), o termo “saturação” refere que não existe nada novo acontecendo. A lógica da TFD

apresenta a saturação como sendo critério a ser aplicado às suas categorias e não somente aos dados brutos, que podem se repetir. Assim sendo, após processo de análise, não vimos a necessidade de ampliar nossa amostragem teórica, dada a saturação ocorrida após abordagem em quatro CMEs. Segundo Charmaz (2009, p. 157), “as categorias estão saturadas quando a coleta de dados novos não mais desperta novos insights teóricos, nem revela propriedades novas dessas categorias teóricas centrais”.

Logo, a técnica da “amostragem teórica” foi utilizada para escolher experiências, o que nos ajudou a testar ideias e reunir informações sobre nossa busca. Um procedimento conhecido como *comparação constante* (a coleta de dados, a codificação e a análise realizam-se simultaneamente) foi utilizado para elaborar e aperfeiçoar, a princípio, as categorias relevantes. Essas categorias, que surgiram a partir dos dados, permaneceram em constante comparação com os dados obtidos no início da coleta. Os dados codificados foram agrupados para formar categorias, depois expandidas e desenvolvidas.

A codificação dos dados, para Strauss e Corbin (2002), compreende um conjunto de operações realizadas para analisar os dados, ou seja, o processo central para se construir a teoria. Os dados são divididos, conceitualizados e relacionados entre si.

Assim, o processo analítico foi iniciado e chamado **codificação aberta**. Nesta, como registrado por Strauss e Corbin (1990), os dados devem ser examinados cuidadosamente, linha por linha, divididos em partes distintas e comparados para descobrir semelhanças e diferenças, conforme exemplo abaixo.

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
"É aquele funcionário que não pode fazer determinada coisa por que tem um problema aqui, um problema ali, tem problema de coluna, tem problema no ombro e não pode pegar peso, e assim, ele [o funcionário] não está mentindo para você; é um problema realmente comprovado."(R,1).	• Tendo um funcionário que não pode fazer determinada coisa por ter problema; • Tendo um funcionário que não pode fazer determinada coisa por ter problema de coluna e de ombro; • Tendo um funcionário que não pode pegar peso; • Tendo funcionário com problema comprovado.

Quadro 2. **EXEMPLO 1: Processo de codificação aberta**.

Foram utilizados dois momentos específicos, para cada sujeito, norteados por perguntas contidas na entrevista, traduzidas por questionamentos ordenados. Assim, obtivemos maior facilidade para a codificação inicial (aberta), exemplificada acima, na descrição dos dados brutos e preliminares. Ainda entendendo o quadro acima, os sujeitos estão designados por letras seguidas do momento da abordagem (1 e 2).

Os acontecimentos, sucessos, objetos e ações ou interações que consideramos conceitualmente similares, em sua natureza, se agrupam sob conceitos mais abstratos, denominados *categorias* (STRAUSS; CORBIN, 2002, p.110). Assim que as categorias e subcategorias emergiram, notamos dois tipos de categorias: as que nós mesmos construímos (teóricas) e aquelas que foram abstraídas da linguagem da pesquisa (substantivas ou empíricas). Para Cassiani (1992), os conceitos abstraídos das situações tenderão a ser nomes para os processos e comportamentos que estão sendo explicados, enquanto os conceitos construídos pelo investigador serão as explicações.

Concomitantemente à codificação das categorias, redigimos memorandos com as ideias que foram surgindo, onde cada reflexão foi escrita, como registro.

Continuando o processo analítico, encontramos a fase denominada **codificação axial**, que se refere à codificação / análise desenvolvida em profundidade. Tentamos descobrir o fenômeno, as suas causas e consequências. A partir daí, procura-se ver como os sujeitos lidam com ele. Para Strauss e Corbin (1990), conforme já visto, é um processo destinado a relacionar as categorias e subcategorias.

As etapas que compreendem essa fase são: a redução, a amostragem seletiva da literatura e a amostragem seletiva dos dados coletados. Os códigos oriundos da etapa anterior (codificação aberta) são reagrupados de novas formas, originando os códigos conceituais.

O objetivo dessa etapa é reorganizar os códigos em um nível de abstração maior. Nesse caso, uma categoria já estabelecida pode regredir a código conceitual ou preliminar, de acordo com a reflexão realizada pelo pesquisador, após sucessivas leituras e análises.

Segundo Strauss e Corbin (2002), a codificação axial implica várias tarefas básicas:

- Acomodar as propriedades de uma subcategoria e suas dimensões, tarefa que começa durante a codificação aberta;
- Identificar a variedade de condições, ações/interações e consequências, associadas a um fenômeno;

- Relacionar uma categoria com suas subcategorias, por meio de orações que denotem relações de umas com outras;

- Buscar chaves, nos dados, que denotem como podem relacionar-se as categorias principais entre si.

Assim sendo, Strauss e Corbin (1990) sugerem o modelo de paradigma como meio para agrupar as categorias e facilitar a análise dos dados. O paradigma contém os seguintes elementos: *condições causais*, *fenômeno*, *contexto*, *condições intervenientes*, *estratégias de ação / interação* e *consequências*. Ao final da codificação axial, considerando já as categorias formadas com as ressignificações, tivemos condições de apresentar um esboço do modelo teórico, correlacionando tais categorias ao modelo paradigmático. Assim, chegamos à codificação seletiva em busca da categoria central – *fenômeno central*.

Realizamos, então, a **codificação seletiva**, pela qual as categorias foram transformadas em categorias principais, até chegarmos a uma categoria central. Esta categoria central emergiu, ao final da análise, e formou o principal tema, em torno do qual todas as categorias giram. As principais categorias formaram as dimensões dessa categoria.

Segundo Strauss e Corbin (2002), a codificação seletiva é o processo de integrar e refinar a teoria, até alcançar a saturação teórica, isto é, quando não emergem propriedades, dimensões ou relações novas, durante a análise. Essa fase resulta da emergência da variável central e da integração das categorias.

Logo, o processo de codificação[6] surgiu a partir das respostas dadas pelos sujeitos do estudo, mediante questionamentos pertinentes ao gerenciamento de recursos humanos. Essas respostas sofreram análise inicial, linha por linha, consolidando-se em dados brutos. Após isto, estes dados foram agrupados e transformados em dados (códigos) preliminares e, depois, conceituais. Estes códigos, então, foram reagrupados, dando origem às subcategorias e categorias. Durante todo este processo, utilizamos a análise comparativa, fundamento característico da TFD, o que proporcionou, com fidedignidade, a validação do fenômeno central e o desenvolvimento do modelo teórico representativo do gerenciamento de recursos humanos em CME.

Apresenta-se, a seguir, modelo simplificado elaborado pela pesquisadora para facilitar o entendimento.

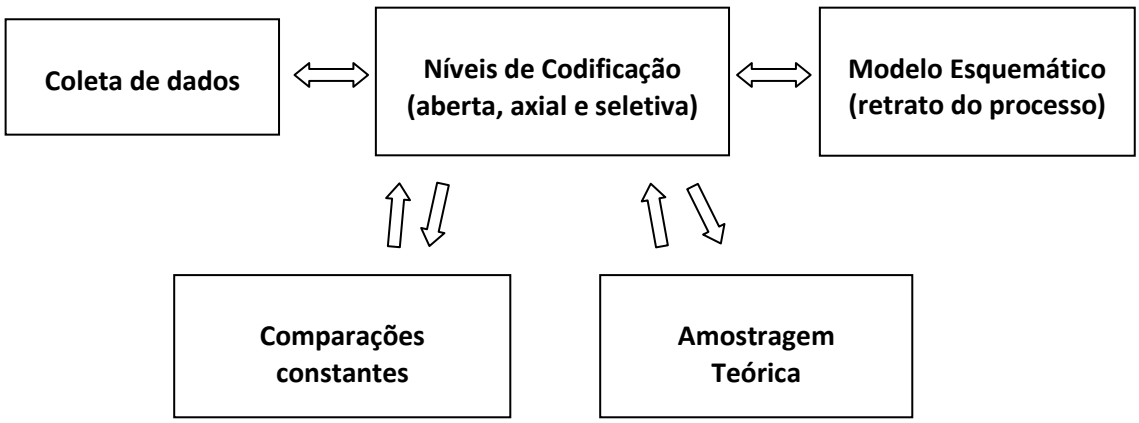

Figura 7. **Modelo simplificado da metodologia de pesquisa.**
Fonte: PEZZI, 2011 [Elaboração da autora, com base em Strauss e Corbin, 1990].

[6] A codificação dos dados, para Strauss e Corbin (2002), compreende um conjunto de operações realizadas para analisar os dados, ou seja, o processo central para se construir a teoria.

Polo Morfológico

2 CONHECENDO O AMBIENTE DE ESTUDO.

Neste capítulo, apresentamos o perfil dos sujeitos participantes deste estudo e os cenários em que a pesquisa foi realizada, evidenciando e, ou, extraindo os aspectos particularmente relevantes para os objetivos propostos para a investigação.

Hospital / Sujeitos		HFB	HGJ	HFA	HCG
Sexo	Fem.	01	01		01
	Masc.			01	
Idade		35	30	31	38
Tempo de formação profissional		10	03	03	10
Tempo de atuação em CME		05 meses	01 ano	05 meses	03 anos
Número de profissionais gerenciados		60	28	48	30
Cargo ocupado	Supervisão		01		
	Gerente	01		01	01

Quadro 3. **DEMONSTRATIVO SIMPLIFICADO DE CARACTERÍSTICAS DOS SUJEITOS**
Fonte: PEZZI, 2011.

2.1 Conhecendo os sujeitos do estudo

De início, apresentamos a caracterização dos quatro sujeitos entrevistados. A primeira variável a ser apresentada se refere ao **sexo**, sendo a amostra preenchida por três mulheres e um homem.

Pode-se associar essa realidade, logicamente, à questão de gênero da própria profissão de Enfermagem que, em todo o seu tempo de existência, ainda como prática empírica, não reconhecida cientificamente, já era exercida, em sua maioria, por mulheres. De forma surpreendente, deparamo-nos com um Enfermeiro, ser de gênero masculino. O “exercer gerência”, na CME, vem acompanhado, segundo o próprio discurso dos sujeitos, de uma questão de “desafio”. Este desafio, em interpretação própria, vem com a presença masculina no comando de grupos orientados, até então, em grande maioria, por mulheres.

Acreditamos que a proposta de gerenciar ou supervisionar uma unidade de apoio seja mais difícil que gerenciar ou supervisionar uma unidade de atendimento assistencial, pois, na verdade, relacionamos a questão ao preparo que os Enfermeiros têm para atuar em unidades assistenciais. É, então, a entrada de profissionais homens não só no exercer técnicas e procedimentos na CME, mas inclusive no comando, na organização, na coordenação e, fundamentalmente, na gerência setorizada.

A segunda variável se refere à **idade**, havendo variação entre 30 e 38anos, com média na faixa de 32.5 anos.

Nesses dados, deparamo-nos com um perfil mediano de idade, ou seja, de profissionais jovens. Esse perfil mediano se mostra contrário ao que mostram estudos anteriores, não estando esses Enfermeiros em período próximo da aposentadoria, contrapondo o perfil dos profissionais de CME já descrito por alguns autores. Esse achado nos leva a crer na necessidade de mudanças e transformações acerca do perfil dos atuantes. Percebemos uma mudança no corpo de trabalho da CME (MARTINS *et al*., 2011).

Quanto **ao tempo de formação profissional**, houve variação entre cinco meses e 10 anos de atividade, na Enfermagem, desde a conclusão da graduação; o tempo médio é de 6,5 anos de formação.

A cada vez, mais o mercado oferece profissionais jovens, caracterizados por pouco tempo de formação profissional.

Quanto ao **tempo de atuação em CME**, contabilizamos tempo médio de seis meses. Do conjunto de sujeitos, uma profissional tinha experiência em CME por ter nível médio, já tendo atuado como técnica de Enfermagem. Ressaltamos que o critério inicial de inclusão era de, no mínimo, dois anos em CME; porém, ao nos depararmos com os dois primeiros CEP apresentados, a questão “tempo de atuação” dos Enfermeiros existentes na CME, na realidade, não era atendida: estes tinham mínimos cinco meses de experiência / atuação no cargo de chefia e atuação em CME. Sendo assim, fomos levadas alterar o critério, reduzindo o tempo de atuação em CME, para um mínimo de cinco meses.

Quanto ao **número de profissionais gerenciados**, quando os sujeitos(três) ocupavam o cargo de gerente geral da CME, obviamente, o número de profissionais por estes gerenciados era maior, variando entre 50 e 60 trabalhadores da CME. O outro Enfermeiro, apesar de atuar em turno específico e não ser gerente geral, conhecia seus turnos de trabalho, gerenciando diariamente todos os turnos existentes na CME, pois era visto por seus gerenciados como referência.

Quanto ao **cargo ocupado**, somente três ocupavam o cargo de gerente e um, de supervisor de plantão. Quanto à proposta de trabalho, todos eram diaristas (trabalhavam mais de seis horas por dia), convivendo cotidianamente com problemas existentes, além de participarem ativamente do processo de trabalho da CME.

Contudo, no que tange ao perfil dos profissionais atuantes em CME, podemos perceber uma mudança relativa à idade, tempo de formação profissional e tempo de atuação em CME, quando nos reportamos a estudos anteriores publicados (SILVA, 1998; SILVA, 1995). Questionamos: — o que representa isso para a realidade da CME? — Seria uma transformação do grupo existente a partir da visão dos dirigentes dos hospitais? — Seria uma oferta de perfil disponível dado o número de profissionais em formação no mercado de trabalho? — Qual a causa e o impacto dessa mudança?

A estes questionamentos, poderemos responder no decorrer da análise dos dados obtidos no estudo, pois, se analisados isoladamente, poderão exibir distorções do real.

2.1.1 Descrevendo os cenários do estudo.

O estudo foi realizado em quatro hospitais públicos de grande porte[7], sendo três situados no Município do Rio de Janeiro e um na Cidade de Goiânia, Estado de Goiás. Todos são providos pela esfera federal e tinham a CME como unidade de apoio e cuidado, na instituição, com atividades vinte e quatro horas por dia.

A escolha por hospitais públicos se deu pela característica "ser de grande porte", onde há ocorrência de complexos procedimentos, grande número de cirurgias/dia, demanda acentuada de atendimentos, com necessidade de pessoal quantitativamente suficiente e qualitativamente adequado à realização de atividades, a contento e em quantidade. Um hospital se classifica como de grande porte quando dispõe de número de leitos de 151 a 500 e, como especial, se acima de 400. O nível de complexidade dos procedimentos é diretamente proporcional ao tamanho e ao grau de sofisticação tecnológica do hospital. A quantidade de salas cirúrgicas varia, conforme os serviços disponibilizados em sua complexidade e necessidade.

Vale ressaltar que a descrição de todos os cenários sob estudo foi realizada, incluindo número de leitos, perfil de atendimento à clientela (especialidades de atendimento), tipos de procedimentos realizados como rotina e quantidade de salas cirúrgicas. Assim, trabalhamos com itens que traduzem a necessidade de

[7] Hospitais de grande porte têm capacidade de atendimento pelo número de leitos, entre 151 e 500 (Cf. BRASIL, 2004).

constituição da CME em uma instituição de saúde, conforme resoluções RDC nº 50, de 2002, e nº 307, de 2002, do Ministério da Saúde[8].

Descrevemos, então, as características principais dessas unidades hospitalares.

Hospital Geral de Jacarepaguá (HGJ). O antigo Hospital de Jacarepaguá, formalmente Hospital Federal Cardoso Fontes, foi criado, inicialmente, para atender ao Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), destinado a prestar assistência a pacientes com tuberculose. Originalmente, recebeu o nome de Sanatório Cardoso Fontes e, em 1975, transformou-se em hospital geral, com o nome de Hospital Geral de Jacarepaguá. Tem como característica o atendimento de média e alta complexidade (BRASIL. MS, 2009). A unidade é referência de atendimento ambulatorial e de emergência para a população da região da Zona Oeste, do Rio de Janeiro, e conta ainda com o Centro de Imagem da Mulher, criado em 2008.

Como unidade de grande porte, atualmente, conta com duzentos e vinte e sete leitos de enfermaria, capaz de oferecer de atendimento básico ao de alta complexidade, com atendimentos de emergência clínica, ambulatorial e internação, centro cirúrgico composto por sete salas ativas, leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) para adultos, inclusive cardiológica, pediátrica e UI (Unidade Intermediária).

[8] A Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002, estabelece que “o Centro de Material e Esterilização deve existir quando houver Centros Cirúrgico, Obstétrico e/ou Ambulatorial e serviços de hemodinâmica, de emergência de alta complexidade e urgência. A unidade pode se localizar fora do estabelecimento de assistência à saúde.”.

Outros serviços oferecidos estão no bloco clínico-cirúrgico ambulatorial, com atendimento nas clínicas básicas e especializadas, incluindo Odontologia e Serviço de Hemodiálise. Entre alguns serviços dados como especializados, estão o Hospital-Dia para AIDS, o Serviço de Atenção à Saúde Reprodutiva, além de Serviço de Atenção Domiciliar e de Videolaparoscopia, dentre outros. Nessa Unidade, a CME está posicionada junto ao centro cirúrgico, apesar das atividades distintas realizadas. A CME é composta, quanto a pessoal, por um grupo diferente daquele do centro cirúrgico, porém sob a mesma gerência de Enfermagem. Está registrado, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, como Hospital Auxiliar de Ensino. (Cf. DATASUS 2010).

O número de profissionais atuantes é de cinquenta, distribuídos em técnicos e auxiliares de Enfermagem, incluindo demais colaboradores (considerados estes como auxiliares de serviço hospitalar). A respectiva proposta de trabalho é dividida em esquema de plantões “12 X 60” horas, “12 x 36” horas, além de diaristas. A média por plantão é de seis profissionais. Os plantões contam com duas enfermeiras alternadas em horários – uma, no turno da manhã, e outra, no turno da tarde. Vale esclarecer que, efetiva e rotineiramente, cada plantão conta com, no máximo, sete profissionais, incluindo o Enfermeiro, levando em consideração férias, folgas e licenças médicas da equipe. Como ressalva, vale registrar que o setor funciona sem Enfermeiro, nos finais de semana.

Hospital Federal do Andaraí (HFA). Criado há 43 anos, a unidade passou por uma reformulação física, tecnológica e conceitual ao longo dos anos, até chegar ao perfil de atendimento geral e de grande emergência. Realiza

atendimento a queimados e em Oncologia, Cirurgia Plástica, Neurocirurgia, Ortopedia e Cirurgia Vascular – média e alta complexidade.

Unidade de grande porte é capaz de oferecer do atendimento básico ao de alta complexidade, com disponibilidade de trezentos e vinte e três leitos, oferecendo atendimentos de grande emergência, ambulatorial e internação. O centro cirúrgico é composto por nove salas ativas, sendo quatro para parto normal. Possui dezesseis leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) adulto e quatro de UTI neonatal, além de quatro leitos para UTI de queimados.

Outros serviços oferecidos estão no bloco clínico-cirúrgico, com leitos ativos para o Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento, a Clínica Cardiovascular, Serviço de Assistência de Alta Complexidade em Neurocirurgia, além de Hemoterapia, Oncologia e Pediatria Clínica.

Nessa Unidade, a CME está posicionada no andar acima do Centro Cirúrgico. O número de profissionais atuantes é sessenta, incluindo técnicos e auxiliares de Enfermagem e colaboradores, como auxiliares de serviço hospitalar, além de seis Enfermeiros. A proposta de trabalho da equipe é dividida em esquema de plantões “12 X 60” horas, “12 x 36” horas, além dos diaristas. A média por plantão é de dez profissionais, com um Enfermeiro diarista. Cabe esclarecer que, efetiva e rotineiramente, cada plantão conta com, no máximo, oito profissionais, levando em consideração férias, folgas e licenças médicas.

Hospital Federal de Bonsucesso (HFB). Antigo Hospital General do Nascimento Vargas, o Hospital Geral de Bonsucesso (HGB) foi inaugurado, em janeiro de 1948, pelo então Presidente da República, General Eurico Gaspar Dutra.

outros serviços, o Hospital oferece atendimento a pacientes com câncer e realiza transplantes renais e hepáticos em adultos e crianças e cirurgias reconstrutivas dos membros, além de microcirurgias (BRASIL: MS, 2009).

Sua estrutura conta com farmácia, banco de sangue, central de esterilização, maternidade, unidade de transplante renal, ambulatório de genética clínica, entre outros serviços.

O HFB é o maior hospital da rede pública do Estado do Rio de Janeiro em volume geral de atendimentos, sendo categorizado como hospital federal com porta hospitalar de emergência e reconhecido como Centro Regional Terciário. Além disso, é considerado referência em Oftalmologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Atendimento à Gestante de Alto Risco e em atendimento de alta complexidade, como transplante de rins, fígado e córnea. Está registrado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde como uma Unidade Auxiliar de Ensino. (Cf. DATASUS 2010).

Como unidade de grande porte, é capaz de oferecer do atendimento básico ao de alta complexidade, com oferta de quatrocentos e vinte leitos, contando com atendimento clínico-cirúrgico, ambulatorial e internação; o centro cirúrgico é composto por quatorze salas. Registramos presença de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo) adulto, pediátrica e neonatal, com, respectivamente, dezessete, doze e quatro leitos. Entre os outros serviços oferecidos, estão os do bloco clínico-cirúrgico, com leitos ativos para Cardiologia, Gastrenterologia, Otorrinolaringologia, Oncologia, Oftalmologia, Ginecologia, Pediatria, Nefrologia,

Ortopedia e Traumatologia, Cirurgia Geral e Neurocirurgia e Neurologia. Possui, ainda, atendimento obstétrico clínico e cirúrgico.

Nessa Unidade, a CME está sofrendo reformas e encontra-se estrategicamente posicionada, no andar acima do centro cirúrgico. O número total de profissionais, em escala mensal de serviço, é cinquenta, sendo seis Enfermeiros e, os demais, técnicos e auxiliares de Enfermagem e colaboradores, como auxiliares de serviço hospitalar. A proposta de trabalho respectiva é dividida em dois plantões: “12 x 36” horas e “12 x 60” horas. A média, por plantão, é de doze profissionais, incluindo o Enfermeiro plantonista. Vale esclarecer que, efetiva e rotineiramente, cada plantão conta com, no máximo, onze profissionais, levando em consideração férias, folgas, licenças médicas e aposentadorias. Nesse quadro de profissionais, a escala de regime funcional previa 15 aposentadorias, no período 2010, segundo relatos do Enfermeiro.

Hospital das Clínicas da UFG (HCG) – O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás é uma instituição de ensino da área de Saúde, que tem por objetivos a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão. É caracterizado como Hospital de Ensino, conforme registro do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Trata-se de unidade de grande porte, capaz de oferecer do atendimento básico ao de alta complexidade, com disponibilidade de trezentos e dois leitos, oferecendo atendimentos de emergência, ambulatorial e internação. O centro cirúrgico é composto por dez salas ativas. Possui leitos de UTI (Unidade de Tratamento Intensivo), para adulto e neonatal.

Nessa Unidade, a CME está posicionada em dois andares, localizada próxima ao Centro Cirúrgico. O número de profissionais atuantes na CME é, em média, sessenta, incluindo técnicos e auxiliares de Enfermagem e colaboradores, como auxiliares de serviço hospitalar e auxiliar de nutrição, além de quatro Enfermeiros. A proposta de trabalho da equipe é dividida em esquema de plantões “12 X 60” horas, “12 x 36” horas, além dos diaristas. A média por plantão é de dez profissionais, com um Enfermeiro plantonista. Cabe esclarecer que, efetiva e rotineiramente, cada plantão conta com, no máximo, oito profissionais, levando em consideração férias, folgas e licenças médicas.

O HCG foi fundado em 23 de janeiro de 1962, com 60 leitos e 67 funcionários, que assumiram, juntamente com o corpo docente da Faculdade de Medicina, a formação de 33 acadêmicos e a prestação de serviços a um público não pagante, procedente do Estado de Goiás e circunvizinhos.

Em 23 de março de 1984, desvinculou-se da Faculdade de Medicina e ficou subordinado hierarquicamente à Reitoria da UFG, como órgão suplementar, composto por uma Diretoria e um Conselho Diretor próprio e com poder consultivo e deliberativo.

Além de prestar assistência de qualidade, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, o Hospital das Clínicas tem vários programas que são referências nos âmbitos estadual e nacional, como, por exemplo, o Centro de Referência em Tratamento e Pesquisa em Epilepsia (CERTEPE), o Programa de Atendimento ao Chagásico, a Liga de Hipertensão Arterial (para adultos e crianças), o Programa de Atendimento a Paciente Mastectomizado e o Centro de Referência em Oftalmologia

(CEROF) – sendo o 3º maior serviço de oftalmologia universitário, do país, que atende pelo SUS, e reconhecido internacionalmente. Realizam-se cirurgias de urgência nas áreas de Traumatologia Ortopédica, Cirurgia Geral, Bucomaxilo-facial, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Ginecologia.

Os atendimentos clínicos gerais de adulto e pediatrias também compõem a equipe de apoio. Das especialidades em Nefrologia, Infectologia, Cardiologia, Endocrinologia, Cirurgia Vascular, Reumatologia, Dermatologia, Cirurgia Plástica, Proctologia, Hematologia, são solicitadas suas atenções quando necessárias; contudo, não ficam de plantões na unidade. Realizam os pareceres médicos quando solicitados. (Cf. DATASUS 2010).

Nos quatro hospitais, fomos atendida com muita solicitude, respeito, seriedade e atenção. Houve o momento breve de apresentação, não só do setor, pelos Enfermeiros entrevistados, como também da equipe, durante cada horário de trabalho em que comparecia ao hospital para realizar as entrevistas. Após as entrevistas, acontecia o reconhecimento da unidade, com detalhes relatados por cada Enfermeiro, sobre intercorrências, espaço físico, processo de trabalho, características dos profissionais de cada CME.

> Novamente me reportei à minha realidade de CME. Porém, algo muito crítico me assustou, pois nenhum desses Enfermeiros tinha um assistente que desse conta de todo o processo de trabalho conjuntamente. Mais uma vez, a tomada de decisões de um setor que "cuida" do que vai cuidar na assistência, de grande porte, fica voltada para um único e solitário profissional, o Enfermeiro gerente.
>
> (Nota da pesquisadora).

Praticamente, as quatro Centrais estudadas estavam recém reorganizadas no quesito estrutural, físico. Todas haviam sofrido obras há menos de três anos. Espaços novos, equipamentos novos, ainda sendo instalados e testados, dentro do possível. Mas com os mesmos recursos humanos, em quantidade ainda insuficiente. E as queixas dos Enfermeiros eram as mesmas.

> Vejo todo o sacrifício aplicado e dedicado do Enfermeiro em dar conta da rotina. CMEs novas, recém reorganizadas, com obras a fim de atender à Legislação vigente. Mas muito ainda focadas nos recursos materiais, nos equipamentos ditos de última geração, que não funcionam a contento. Onde está o investimento nas pessoas aqui dentro dos hospitais. E aonde vão os gerentes buscar as pessoas que deverão chegar? Será que vão chegar mesmo? E assim, continua a luta dos meus colegas... (Nota da pesquisadora).

2.2 Apresentando o processo de codificação: o surgimento das categorias.

O processo de codificação surgiu a partir das respostas dadas pelos Enfermeiros gerentes/supervisores de quatro CME, por meio de questionamentos pertinentes ao gerenciamento de recursos humanos. Essas respostas sofreram análise inicial, linha por linha (microanálise), consolidando-se em dados brutos. Após isto, esses dados foram agrupados e transformados em dados (códigos) preliminares e, depois, conceituais. Esses códigos, então, foram reagrupados, dando origem às subcategorias e categorias. Durante todo esse processo, foi utilizada a análise comparativa, fundamento característico da Teoria Fundamentada nos Dados, com o que pretendeu proporcionar, com fidedignidade,

a descoberta do fenômeno central, considerando as ressignificações e com vistas à validação do modelo teórico representativo acerca da gerência dos recursos humanos em CME.

Assim, estamos reconsiderando o processo gerencial realizado pelo Enfermeiro de CME em face dos recursos humanos, possibilitando não só a compreensão, para estes, do significado dessa gerência, mas também suas ressignificações.

Diante do exposto, descrevemos as cinco categorias que emergiram do processo de codificação para análise, das quais os fenômenos surgiram, posteriormente, sendo, então, por elas retratados.

1. *Caracterizando as atividades perante os recursos humanos*.

— Diz respeito à descrição das atividades realizadas nas CME, retratando a rotina prática, principalmente no que tange aos recursos humanos**;**

2. *Encontrando dificuldades na CME* – *Reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos*.

— Refere-se aos problemas apontados com relação aos recursos humanos e à dificuldade de lidar com eles, num contexto gerencial;

3. *Enfrentando as dificuldades encontradas* – *estratégias de ação para resolução ou minimização de problemas*.

— Reporta-se a como o Enfermeiro faz, em face dos recursos humanos, para lidar com as dificuldades encontradas, superando-as ou minimizando-as, de forma a manter o trabalho na CME *com qualidade;*

4. *Querendo o ideal* *– em busca de melhorias e qualidade***.**

— Diz respeito aos apontamentos, feitos por Enfermeiros, sobre como deve ser a estrutura de uma CME, como idealizam o local onde trabalham, no que tange aos recursos humanos, e a instituição, como um conjunto dependente da CME;

5. *Como o Enfermeiro entende a gerência de recursos humanos na CME* *– como vê a realidade da CME.*

— Retrata a prática do Enfermeiro, dentro da realidade evidenciada, com aplicação da teoria ideal à prática real. *Retrata causas e consequências dessa prática.*

3 CARACTERIZANDO O SIGNIFICADO DA PRÁTICA GERENCIAL

Neste capítulo, apresentaremos o significado da gerência de recursos humanos atribuído pelos Enfermeiros da Central de Material e Esterilização, a partir da análise dos dados obtidos no processo de codificação.

Iniciamos apontando os códigos conceituais oriundos da aproximação de códigos preliminares. Cada código conceitual surge de dois ou mais códigos preliminares, orientando a criação de subcategorias e categorias. Ao final do processo de codificação, os fenômenos emergiram, configurando, então, a realidade investigada como um modelo teórico representativo da gerência aplicada à Central de Material e Esterilização. Vale ressaltar que esta etapa surgiu das entrevistas com os sujeitos a partir da apresentação, a estes, dos diagramas teóricos oriundos da dissertação de mestrado.

3.1 CATEGORIA I. Caracterizando as atividades perante os recursos humanos – contando o que fazem.

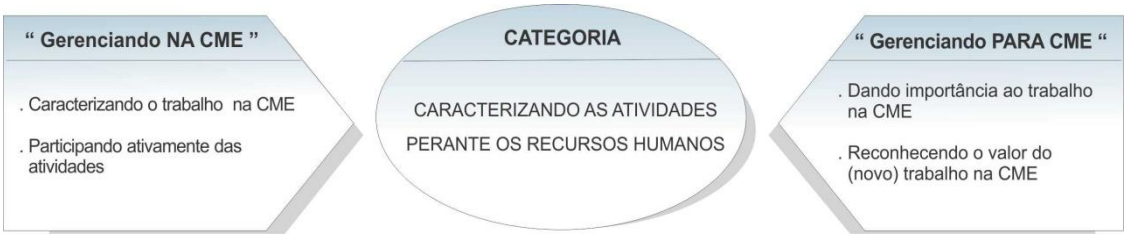

Figura 8. **DIAGRAMA DA CATEGORIA I:** ***Caracterizando as atividades perante os recursos humanos.*** (PEZZI, 2011)**.**

Apresentando a primeira categoria, citada como "*caracterizando as atividades perante os recursos humanos*", temos o posicionamento dos sujeitos do estudo quanto a duas subcategorias, constituídas por dois códigos conceituais: **gerenciando *na* CME** e **gerenciando *para a* CME.**

Na **Subcategoria (1)**– "***Gerenciando na CME***", temos dois códigos conceituais: caracterizando o trabalho na CME e participando ativamente das atividades.

Podemos observar a apresentação dos códigos preliminares fazendo emergir os códigos conceituais, traduzidos aqui como subcategorias. A categoria principal emerge pela caracterização das atividades perante os recursos humanos, com forte envolvimento da gerência.

CATEGORIA I. Caracterizando atividades na CME.	
SUBCATEGORIA (1). *Gerenciando na CME.*	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫ Classificando seu pessoal; ▫ Fazendo balanço de atividades dos funcionários; ▫ Entendendo a gerência como administração de pessoas; ▫ Entendendo a gerência como administração de recursos; ▫ Entendendo a gerência como administração de conflitos; ▫ Tendo várias coisas na CME que têm que ser administradas; ▫ Vendo a situação complicada; ▫ Sendo o grande administrador; ▫ Tendo, o seu hospital, uma emergência aberta; ▫ Percebendo a demanda da CME;	►Caracterizando o trabalho na CME a partir da gerência ►Participando ativamente das atividades da CME

Quadro 4. **CATEGORIA I. Caracterizando atividades na CME. SUBCATEGORIA 1 – *Gerenciando na CME*.** [continua]

▫ Achando a gerência da CME bem problemática e difícil; ▫ Vendo a demanda da CME; ▫ Não vendo o centro cirúrgico como único cliente; ▫ Não ficando sentada carimbando; ▫ Treinando a equipe; ▫ Orientando a manipulação de caixas cirúrgicas; ▫ Passando rotinas para o pessoal; ▫ Tendo que conhecer para poder defender; ▫ Visitando todos os setores do hospital; ▫ Participando de reuniões de chefia; ▫ Fazendo escolhas; ▫ Sendo referência para a equipe, mesmo sem ser chefe.	

Quadro 4. **CATEGORIA I. Caracterizando atividades na CME. SUBCATEGORIA 1 – *Gerenciando na CME***. (PEZZI, 2011).

Segundo Pezzi (2008), a proposta principal de uma CME consiste no adequado processamento dos artigos médico-hospitalares, de forma a entregá-los aos usuários em condições seguras para o atendimento direto da clientela necessitada. Logo, para que tal proposta se faça presente, é necessário o planejamento de atividades, realizado continuamente pelo Enfermeiro por meio do gerenciamento da unidade. Assim, os Enfermeiros caracterizam a gerência da CME basicamente em três instâncias: recursos materiais, humanos e de conflitos. Essas três instâncias se relacionam entre si e passam a ser interdependentes, as quais o Enfermeiro precisa ser capaz de administrá-las.

> "*A gerência é... Eu penso assim – né? – que é você administrar pessoas, administrar recursos, administrar conflitos. Você é um administrador.*" (T, 1).

"*A gerência é bem problemática, bem difícil*." (I, 1).

Para que a administração dos recursos (humanos ou materiais) e, consequentemente, dos conflitos aconteça, é necessário o conhecimento de toda a realidade que envolve a CME e a instituição de saúde. Itens como "demanda aumentada", "situação complicada" e "fazendo escolhas", nos denota uma atividade participativa do Enfermeiro a fim de conhecer a realidade que o cerca. Os itens apontados dão origem aos conflitos.

Para Kurcgant (2005), o termo *conflito* nos remete ao resgate de uma intensa proximidade com a dimensão emocional, em que afloram sentimentos, na sua maioria negativos, os quais, por sua vez, emergem de valores, crenças e de percepções dos indivíduos na sua relação com o outro e com o mundo onde vive. Dependendo do(s) paradigma(s) do(s) qual(quais) partirmos, sejam sentimentais, sejam de valores e crenças, e que utilizarmos para apreender e analisar a realidade que nos cerca, é que iremos direcionar uma proposta resolutiva de trabalho a fim de sanar tal conflito. Assim, o conflito pode gerar atitudes positivas e não somente negativas.

Percebemos que a vivência dos conflitos, na CME, propicia o desenvolvimento de habilidades de negociação e resolutividade a partir do planejamento e do estabelecimento de estratégias programadas pelas Enfermeiras gerentes/supervisoras. Para isso, os Enfermeiros devem se envolver intimamente, cada dia mais, com o processo de trabalho realizado.

A atividade prática, de inserção no trabalho propriamente dito, também é abordada pelos Enfermeiros como uma necessidade para uma boa gerência, o que

propicia um conhecimento apurado sobre o processo de trabalho, incluindo a interferência de seus funcionários nessa prática cotidiana. Porém, lamentavelmente, nem sempre essa inserção é possível, dada a demanda gerencial existente. O envolvimento do Enfermeiro no processo de trabalho é percebido diretamente pela equipe, denotando conhecimento e segurança, traduzindo uma prática eficaz.

> "*Então, a pessoa, às vezes, pega numa posição errada... eu até falo:- olha, querida, o cara botou a caixa ali, desmonta a caixa, pega as peças aos poucos que* [é] *para você não se sobrecarregar. Mas fica difícil, entendeu?!*" (L, 1).

Tal conhecimento se torna fundamental para uma atuação proativa e positiva, uma vez que o Enfermeiro é o cerne das questões ocorrentes não só internamente à CME, mas é seu porta-voz fora dela, haja vista que é o seu gerente. Toda e qualquer alteração não deve ocorrer sem antes ele saber, dada a importância logística e representativa que tem a CME, em âmbito hospitalar. O Enfermeiro adota, ainda, a postura de líder, referência para a equipe, sendo, também, o precursor de todas as mudanças internas na CME. Corroborando, Martins *et al.* (2011) bem como Pezzi e Leite (2010) evidenciam, em seus estudos, a busca pelo desenvolvimento de estratégias que levem o Enfermeiro a uma prática profissional de maneira holística, visto que, na CME, a cada dia, há um exercício de superação a ser posto em prática tendo em vista uma assistência indireta de qualidade.

> "*Fico referência para eles* [os funcionários]. *A chefia não conhece a CME*." (T, 1).

> "*Cada vez mais, a Central de Material se fixa, se passa como um setor altamente necessário para o hospital como um todo. Não é só o centro cirúrgico, é também o maior cliente, mas não é só*." (E, 1).

Na **Subcategoria (2)** – "***Gerenciando para a CME*"**,** temos dois códigos conceituais: dando importância ao trabalho na CME e reconhecendo o valor do trabalho na CME.

CATEGORIA I. Caracterizando atividades na CME.	
SUBCATEGORIA (2). *Gerenciando para a CME*.	
Códigos preliminares	**Códigosconceituais**
▫ Vendo os funcionários de boa vontade; ▫ Sabendo que as pessoas estão ali para dar conta do serviço; ▫ Tendo uma boa equipe; ▫ Vendo a CME como um setor altamente necessário para o hospital; ▫ Fazendo a CME funcionar pelo compromisso profissional; ▫ Vendo a importância do trabalho do pessoal; ▫ Percebendo qualidade no trabalho quando o funcionário dá importância ao próprio trabalho; ▫ Tendo um quadro de funcionários até satisfatório; ▫ Tendo funcionários de Universidade comprometidos e que cumprem responsabilidades; ▫ Vendo funcionários que faltavam três, quatro vezes no mês trabalharem de forma perfeita com dinâmica diferente;	►Dando importância ao trabalho na CME ►Reconhecendo o valor do trabalho na CME

Quadro 5. **CATEGORIA I. *Caracterizando atividades na CME*. SUBCATEGORIA 2.*Gerenciando para a CME*.** [continua].

▫ Vendo vontade de fazer o melhor possível; ▫ Fazendo o sucesso; ▫ Fazendo a derrota; ▫ Conseguindo caminhar na CME; ▫ Vendo a CME como um setor altamente necessário para o hospital todo; ▫ Percebendo o funcionário com alguma doença não como um inútil.	

Quadro 5. **CATEGORIA I. *Caracterizando atividades na CME*. SUBCATEGORIA 2. *Gerenciando para a CME*.** (PEZZI, 2011).

O Quadro 5 apresenta os códigos conceituais que constituíram a subcategoria **gerenciando para a CME**. Nesta, vimos que, independentemente do reconhecimento dado por externos à CME, existe uma preocupação do Enfermeiro em atender bem, fazer um trabalho digno, coordenando atividades sempre com foco na melhoria da qualidade. Portanto, há o gerenciamento voltado para a CME; para isso, o Enfermeiro precisa perceber a importância que seu setor tem e levar essa ideia / percepção a seus funcionários. Assim surge o "senso" de equipe na CME, que deve sempre ser levado pelo Enfermeiro às suas equipes. O senso de equipe é sempre acompanhado de responsabilidade e faz parte do legado de cada gerente de CME.

> "*E quando me falaram assim: '- você faz o sucesso', eu disse: também faço a derrota, mas não se faz isso sozinha.*" (E, 1).

Com a prática, todos percebem a presença da CME e a associam com a questão logística. Nada acontece no hospital, no que tange a procedimentos de

saúde, sem que a CME deixe de participar. Essa prática perpassa desde simples gaze a uma caixa cirúrgica, envolvendo técnicas simples e complexas.

> "*O trabalho do pessoal passa a ter qualidade quando eles percebem a importância do trabalho deles.*" (E, 1).

> "*Eles* [os funcionários] *agem de boa vontade, tenho uma boa equipe. Eles são velhinhos, têm problemas, mas são pessoas que chegam junto; sabem da importância do que fazem.*" (T, 1).

Na visão dos Enfermeiros e dos colaboradores que atuam na CME, esta noção de presença deste setor em todas as unidades do hospital deveria estar presente na prática do dia a dia, com o reconhecimento do seu valor, que não é dado por todos, mas que é reconhecido pelos poucos que a conhecem.

> "*Não adianta você fazer seu trabalho, se aliou acolá, você vai impactar. A gente não cuida do doente sozinho*." (L, 1).

O compromisso profissional está à frente e é fator fundamental para o desenvolvimento das atividades, o que faz superar as dificuldades que serão apontadas no decorrer do estudo.

> "*De Enfermeiro, tem eu e mais outro. O que faz a CME daqui ficar de pé é o compromisso profissional, com todas as dificuldades... É sempre assim.*" (T, 1).

Entre as dificuldades e desafios do Enfermeiro de CME, estão o conhecimento do potencial de sua equipe e a responsabilidade por estimular o funcionário e orientá-lo quanto à importância do trabalho que realiza, levando-o a reconhecer a utilidade de seus procedimentos técnicos impactando na assistência direta, ou seja, nas unidades consumidoras. (MARTINS *et al.*, 2011).

3.2 CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos

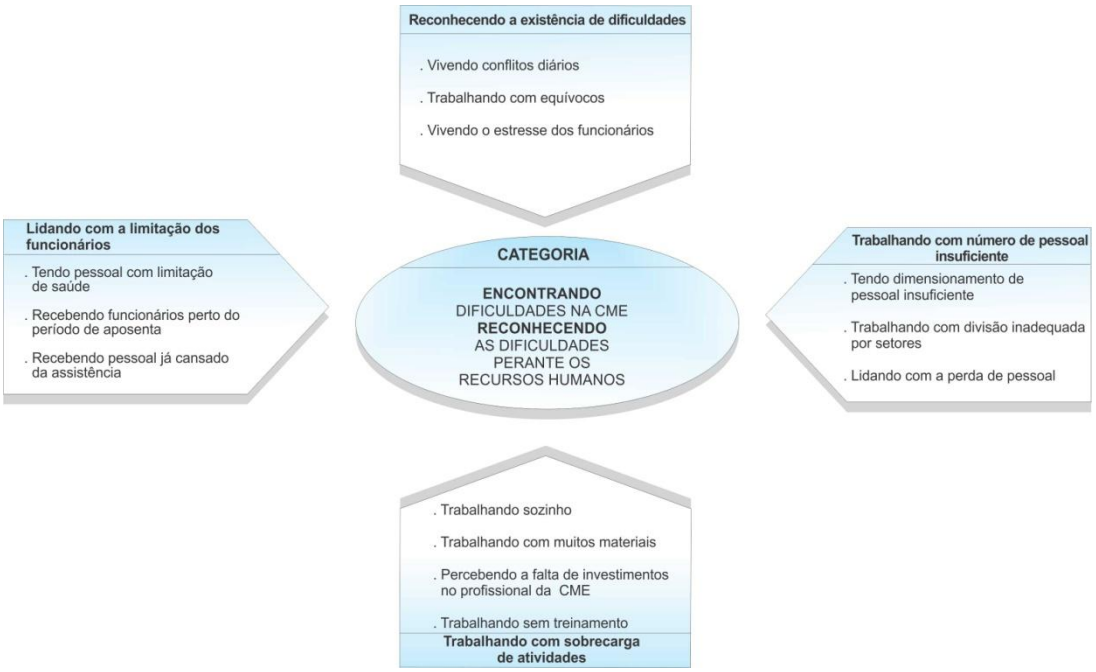

Figura 9. **Diagrama da Categoria II. *Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos*.** (PEZZI, 2011).

Nesta categoria citada, temos o posicionamento dos Enfermeiros quanto a quatro subcategorias: **reconhecendo a existência de dificuldades**; **lidando com**

a limitação dos funcionários – problemas de saúde e perfil; trabalhando com número de pessoal insuficiente; e **trabalhando com sobrecarga de atividades**.

Os Enfermeiros abordam as questões dificultosas existentes na CME como obstáculos para o desenvolvimento das atividades. Relatam a existência daquelas há tempos, o reconhecimento delas pela instituição e a sua permanência até os dias atuais. As dificuldades estão relacionadas, principalmente, aos recursos humanos.

Na **Subcategoria (3)** – "***Reconhecendo a existência de dificuldades***", temos três códigos conceituais: vivendo conflitos diários, trabalhando com equívocos e vivendo estresse dos funcionários.

CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH SUBCATEGORIA 3. *Reconhecendo a existência de dificuldades*	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫ Reconhecendo a existência de dificuldades; ▫ Percebendo conflitos diários;	►Vivendo conflitos diários;
▫ Percebendo conflitos constantes; ▫ Trabalhando com equívocos frequentes;	►Trabalhando com equívocos;
▫ Lidando com a angústia dos funcionários; ▫ Lidando com o nível alto de estresse de funcionários; ▫ Vendo o nível de estresse grande do funcionário; ▫ Vendo os funcionários desmotivados; ▫ Vendo os funcionários desrespeitados; ▫ Quebrando a motivação do funcionário; ▫ Lidando com o baque diante do funcionário por exigir um pouco mais; ▫ Sendo o controle de materiais o caos na CME, mesmo tentando controlar; ▫ Concluindo que o quadro de funcionários é extremamente dificultoso para o gerenciamento de recursos humanos;	►Vivendo estresse dos funcionários.

Quadro 6. **CATEGORIA II. *Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH*. SUBCATEGORIA 3. *Reconhecendo a existência de dificuldades.*** [continua].

▫ Vendo que os funcionários entendem as concessões como obrigação da chefia; ▫ Identificando que os funcionários sabem de forma clara quais são os direitos, cobram bastante, porém deixam a desejar; ▫ Vendo a fala dos funcionários como intransigente; ▫ Não conseguindo fazer com que o funcionário se envolva; ▫ Evidenciando a falta de métodos e de cobrança efetiva para o bom funcionamento do setor; ▫ Ficando os homens constrangidos ao ouvir comentários desagradáveis no vestiário; ▫ Não tendo como fazer com que algum funcionário cumpra as atividades que deveriam ser realizadas; ▫ Não podendo mandar embora um funcionário por ele ser servidor público efetivo.	

Quadro 6. **CATEGORIA II. *Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH*. SUBCATEGORIA 3. *Reconhecendo a existência de dificuldades.*** (PEZZI, 2011).

A existência de dificuldades relacionadas aos recursos humanos fica evidente na fala de todos os Enfermeiros. Os conflitos gerados pelas dificuldades são inúmeros e acabam por se refletir na própria equipe. Ter uma equipe desmotivada, angustiada, com alto nível de estresse e desrespeitada significa, para eles, um problema a ser resolvido. Como orientar o processo de trabalho com uma equipe caracterizada por plena desmotivação? Esta é a primeira grande dificuldade listada a ser encarada. Reconhecer a realidade implica puro envolvimento por parte do Enfermeiro-gerente, o que, muitas vezes, gera dúvida sobre como fazer para enfrentá-la, já que ele próprio também se encontra na condição desmotivada. Como motivar sem estar motivado?

> "*E eu, quando cheguei à Central de Material, há uns seis meses atrás, uma das coisas que eu via muito é que eles tinham conflitos constantes, diários e diariamente* [...] *que eles se sentiam desmotivados e desrespeitados e, muitas vezes,*

> *uma fala deles que eu pegava e achava interessante* [era]: *'lavadores de ferros* [...]'." (E, 2).

Motivar e satisfazer um grupo se tornam objetivos do Enfermeiro gerente de CME. Em matéria de remuneração, a tônica incide na avaliação de desempenho dos trabalhadores. No domínio do ambiente de trabalho, faz-se a comunicação com os trabalhadores e a realização de reuniões, frequentemente, envolvendo o grupo.

> "Mas onde se vê resultados, quando tratamos de realidades públicas, onde não há declaradamente a remuneração por atividade e desempenho?"
> (Nota de reflexão)

A preocupação em manter a qualidade do serviço prestado é clara, em todo o contexto dos discursos, a contar pela responsabilidade que agregacom as atividades que envolvem o processamento de artigos hospitalares.

> "Penso surgir, daí, a motivação para o Enfermeiro continuar suas atividades gerenciais, encarando as dificuldades".
> (Nota de reflexão)

> "*Então, quando eu cheguei, há seis meses atrás, eu vi que precisava não só melhorar a qualidade do trabalho, mas melhorar a autoestima do funcionário que já estava alocado aqui.*" (E, 2).

> "*Chegavam aqui muito angustiados, e eu tinha uma questão não só de atender à demanda do hospital como a de trabalhar a motivação interna dos funcionários.*" (E, 2).

> "*Os equívocos são muito frequentes, mas muito mesmo. Devido a essa minha facilidade, eu falo bem com a chefe do centro cirúrgico. Ela até pega leve comigo, por saber da minha dificuldade.*" (L, 2).

> "[...] *para que eles se sentissem queridos e valorizados.*" (E, 2).

> "*É, enfim, é aquele profissional que, infelizmente, o pessoal diz assim: 'ah! Ele já está em final de carreira'. Então, quer dizer, quebra a motivação desse funcionário* [...]." (E, 2).

O reconhecimento pelo trabalho cumprido ainda é o melhor resultado que um profissional espera ter. A situação torna a mostrar a desvalorização que o setor ainda sofre, o que aborrece as equipes que trabalham nas Centrais, prejudicando mais o trabalho, pois, assim, a maioria dos profissionais se sente sobrecarregada e não valorizada.

A exposição dos trabalhadores de Enfermagem às cargas gera processos de desgaste particulares, ou seja, a perda da capacidade efetiva, corporal ou psíquica (KUCGANT, 2005).

Na **Subcategoria (4)** – "***Lidando com a limitação dos funcionários – problemas de saúde e perfil***", temos três códigos conceituais: tendo pessoal com limitações de saúde; recebendo funcionários perto do período de aposentar; e recebendo pessoal já cansado da assistência, como apresentado no Quadro adiante.

CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH	
SUBCATEGORIA (4). *Lidando com a limitação de pessoal*	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Tendo um funcionário que não pode fazer determinada coisa por ter problema de coluna e de ombro;	►Tendo pessoal com limitações de saúde;
▫Criterizando o profissional para atuar em CME, estando perto de aposentar ou com problema de saúde;	
▫Indo para CME por estar em final de carreira;	►Recebendo funcionários perto do período de aposentar;
▫Entendendo os problemas dos funcionários como sendo próprios da idade, problemas de saúde e de visão, principalmente;	
▫Tendo a Enfermeira e técnicos de licença médica, com problemas psiquiátricos;	►Recebendo pessoal já cansado da atuação na assistência.
▫Não podendo pegar peso;	
▫Tendo funcionários da Universidade que vêm aqui simplesmente para cumprir horário;	
▫Tendo funcionários na CME que não podem atuar em outro lugar do hospital;	
▫Tendo uma funcionária, com laudo médico, que não consegue fazer o que deve;	
▫Tendo funcionários com extremos de idade, mais de 40, 50 anos;	
▫Vendo as deficiências dos funcionários;	
▫Vendo o funcionário enrolar o serviço, sendo lento para fazer as coisas;	
▫Vendo funcionários que vão embora às três da manhã;	
▫Tendo uma Enfermeira que não pode ser exigida, por não dar conta de fazer tudo;	
▫Prevendo aposentadoria do técnico de Enfermagem, por incapacidade;	
▫Tendo pessoal com limitações;	
▫Não podendo ficar exposta a produto químico;	
▫Recebendo funcionários para CME com várias restrições e limitações;	
▫Tendo o maior número de funcionários, no CME, com problemas de saúde extremamente graves;	
▫Reconhecendo a limitação dos funcionários;	

Quadro 7. **CATEGORIA II.** ***Encontrando dificuldades na CME: Reconhecendo-as perante os RH*****. SUBCATEGORIA 4.** ***Lidando com a limitação de pessoal.*** [continua]

▫Tendo um funcionário que não pode fazer determinada coisa por ter problema; ▫Recebendo funcionários da CME adoentados; ▫Recebendo funcionários na CME já cansados da atuação na assistência; ▫Tendo funcionário com problema comprovado; ▫Não podendo ficar no expurgo porque a luva aperta a mão; ▫Não dando conta da esterilização com o pessoal que existe; ▫Contando nos dedos quem tem saúde para contar; ▫Recebendo, na CME, funcionários perto de aposentar.	

Quadro 7. **CATEGORIA II. *Encontrando dificuldades na CME: Reconhecendo-as perante os RH*. SUBCATEGORIA 4. *Lidando com a limitação de pessoal.*** (PEZZI, 2011).

Percebemos, ainda, a forte presença da cultura da categoria de Enfermagem, quando se elege o profissional para atuar na CME, na assistência indireta, subjugada aos profissionais em final de carreira, com problemas de saúde ou de qualquer outra ordem. Os critérios utilizados para admitir um profissional na CME não são relacionados ao seu perfil e à sua capacidade para atuar com processamento de artigos odonto-médico-hospitalares, mas sim por não estarem aptos ao trabalho na assistência direta ao cliente.

> "*Eu, justamente por essa questão de mandar funcionários para cá, alguns adoentados, outros perto de aposentar e* [que] *já não podem ficar na assistência por estar cansados, às vezes até têm tempo, mas sempre têm alguma coisa pendente... Na verdade, quando eu cheguei aqui, tinham 20 funcionários para aposentar.*" (E, 2).

Para Pezzi (2008), ao contrário do que se observa na realidade, a seleção de pessoal para o CME deve seguir critérios rigorosos. Os trabalhos desempenhados, nesse setor, exigem técnica, zelo e muita responsabilidade. A qualidade do pessoal tem, então, notável influência no funcionamento da unidade bem como na prevenção e no controle das infecções hospitalares.

> Na Enfermagem, o processo seletivo é reflexo da política dos hospitais; portanto, tem sido conduzido com a simplicidade de apenas preencher os cargos existentes nas instituições de saúde, voltado, exclusivamente, para aplicação de procedimentos burocráticos e discriminatórios decorrente do vínculo empregatício. (PEREIRA; LEITE, 1991, p.141).

> "*Aí, você pede mais gente e, aí, é mandado. Continua vindo gente com problema; aí, quando você interpela a pessoa, a pessoa fala que: 'Ah! Mandei-te tantas pessoas.', mas são tantas pessoas com limitações, que isso não resolve. Entendeu?*" (L, 2).

Ainda se vê a aquisição de funcionários com perfil de idade já avançada, em período perto de se aposentarem e com limitações severas de saúde, características que os impossibilitam de atuar plenamente nas atividades que lhes são destinadas. Assim, o Enfermeiro se percebe direcionador de atividades compatíveis com cada serviço para, assim, fazer dos profissionais gerenciados verdadeiros colaboradores em sua CME.

> "[...] *você recebe um quantitativo e você distribui conforme a limitação; então, uma não pode pegar peso, outra não pode ficar exposta a produto químico, e aí você vai fazendo sua estratégia.*" (L, 2).

O trabalhador do CME deve ser atento e organizado, gostar do que faz, e saber executar corretamente o que faz. Assim, para que tal exigência seja cumprida, o trabalhador deve ter cursado, no mínimo, o ensino fundamental, além de ter formação específica, na área de Enfermagem (SOBECC, 2009).

Mais uma vez se esquece o risco ocupacional ao qual o profissional será exposto. Muitas vezes, este risco está presente e adoece o profissional considerado hígido e readoece o que já está comprometido física ou emocionalmente.

> *"Eu fico vendo, assim, meus plantões... eu conto nos dedos as pessoas que eu posso contar, que tem saúde para contar." (T, 2).*

> *"Você sabe que a pessoa está ali e tem que dar conta de um serviço e que você precisa de uma pessoa que tenha força, que seja ágil e não tem, muitas vezes não tem* [...]*" (T, 2).*

Na **Subcategoria (5)** – "***Trabalhando com número insuficiente de pessoal***", temos três códigos conceituais: tendo dimensionamento de pessoal insuficiente, trabalhando com divisão inadequada por subsetores e lidando com a perda de pessoal.

CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH.	
SUBCATEGORIA 5. *Trabalhando com número insuficiente de pessoal*	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Tendo pessoal em número insuficiente;	►Tendo dimensionamento de pessoal insuficiente
▫Lidando com o déficit de funcionários por conta de licença médica sem previsão de retorno;	
▫Estando atualmente com mais de dez funcionários que saíram da CME;	►Trabalhando com divisão inadequada por subsetores
▫Tendo quadro de pessoal reduzido no domingo;	
▫Tendo dimensionamento de pessoal insuficiente;	►Lidando com a perda de pessoal
▫Tendo um plantão com três, quatro pessoas;	
▫Tendo mais plantonistas noturnos que diurnos;	
▫Não tendo Enfermeiros à noite;	
▫Tendo falta de um Enfermeiro, por aposentadoria;	
▫Tendo Enfermeiro só durante o dia;	
▫Tendo áreas sobrecarregadas e lotadas;	
▫Não tendo Enfermeiros;	
▫Não tendo Enfermeiros em quantidade suficiente;	
▫Tendo 20 funcionários para aposentar;	
▫Prevendo a saída do pessoal contratado;	
▫Tendo quatro, na lavagem, e dois, no ferro;	
▫Tendo uma ou duas pessoas na lavação;	
▫Mandando um funcionário embora porque chegava às nove horas da noite;	
▫Tendo funcionário que vai embora às dez horas da noite por estar passando mal;	
▫Vendo funcionários que vão embora dormir em casa;	
▫Lidando com a transferência de dois funcionários, sem permuta.	

Quadro 8. **CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH. SUBCATEGORIA 5. *Trabalhando com número insuficiente de pessoal.*** (PEZZI, 2011).

Para discutir esses achados, nos reportamos à nossa Dissertação de Mestrado, onde a deficiência quantitativa de pessoal foi e ainda é apresentada

como uma convivência corriqueira, entre Enfermeiros de CME. Essa situação se concretiza em uma prática que traz sérios problemas para os gerentes / supervisores, preocupados em manter a qualidade dos serviços prestados. Afinal, como se pode garantir tal qualidade, sem adequação do número de pessoal e suas respectivas funções? Por mais um problema, uma deficiência, fica em questão a qualidade do processo de trabalho, dada agora pela redução frequente do número de funcionários. Permanecem os hospitais com uma demanda aumentada de serviços e uma queda galopante no quantitativo de pessoal.

A exposição aos erros é cada vez maior, uma vez que há presença constante do improviso. Contar com "a sorte" de movimento reduzido nos finais de semana é um risco expondo o sério trabalho que a CME deve desenvolver para oferecer um produto de qualidade aos fins a que se destina. Muitas CME ainda não possuem Enfermeiros todos os dias de trabalho, não ficando o déficit restrito ao nível técnico. Faltam Enfermeiros e técnicos de Enfermagem, respectivamente, profissionais operacionais supervisores e técnicos. A ausência de um corpo supervisor traz dúvidas quanto à segurança e à qualidade do processo de trabalho. Falta de rotinas e regularidade das ações de Enfermagem ronda a realidade das CME estudadas.

> *"Contamos muito com o improviso. De manhã, tenho média de 10 a 12 profissionais. À noite, tenho em média seis a oito, com uma licenciada. Tenho um plantão com três técnicos mais uma Enfermeira. Apesar de terem oito, dois de licença médica, uma de licença maternidade e um de férias. E não há reposição de pessoal."* (L, 2).

Descrições de Pezzi (2008) reforçam que não há reposição de pessoal, pois, em hospitais públicos, o número de contratados pelo regime da Consolidação das

Leis Trabalhistas (CLT) e por meio de terceirização é reduzido. Ainda que haja contratação, a preferência de lotação para preenchimento das vagas oferecidas é para unidades de assistência direta aos clientes.

> *"O dia tem menos que a noite, é o inverso; sem falar que, final de semana, 12 x 36 não faz; é plantão com quatro pessoas. Sorte que sábado e domingo é menos movimentado, mas tem emergência aberta."* (T, 2).

"Trabalhar no limite das possibilidades faz desses Enfermeiros verdadeiros artistas, uma vez que criam e recriam de acordo com o momento."
(Nota de reflexão)

Há também a dificuldade do planejamento, considerando a rotatividade de pessoal e absenteísmo e situações às quais a CME está subordinada. Constantes licenciamentos e afastamentos ocorrem, sem reposição de pessoal.

> *"Não tenho Enfermeiros em quantidade suficiente; não tenho Enfermeiros."* (E, 2).

> *"Houve uma época que aqui tinha uma Enfermeira diarista e não tinha Enfermeiro à noite. Isso, na época da Enfermeira* [fulana de tal]." (E, 2).

> *"Nós temos um projeto, a gente solicitando* [...] *porque eu vejo subáreas na CM, – área de lavação, área de preparo, área de distribuição, – que precisam de monitoramento de perto pela própria Enfermeira, não só pelo técnico, mas pela Enfermeira."* (E, 2).

"Eu tenho pedido à direção Enfermeiro em cada um desses subsetores [...]." (E, 2).

"Ele é em número insuficiente e ele tem limitações." (I, 2).

Na **Subcategoria (6)** – "***Trabalhando com sobrecarga de atividades***", temos quatro códigos conceituais: trabalhando sozinho, trabalhando com muitos materiais, percebendo a falta de investimentos no profissional da CME e trabalhando sem treinamento.

CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CNE – Reconhecendo-as perante os RH.	
SUBCATEGORIA 6. *Trabalhando com sobrecarga de atividades*.	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Não dando conta da esterilização; fazendo fora; ▫Sobrecarregando de trabalho os funcionários em bom estado de saúde; ▫Trabalhando e aprendendo sozinho; ▫Tendo problemas, por trabalho ininterrupto; ▫Tendo grande quantidade de materiais; ▫Não conseguindo conhecer todos os setores do hospital; ▫Tendo reuniões frequentes com a direção; ▫Tendo falta de investimento no Enfermeiro para CME; ▫Não tendo treinamento técnico; ▫Sendo o único responsável pela CME; ▫Gerenciando, sozinho, a CME.	►Trabalhando sozinho; ►Trabalhando com muitos materiais; ►Percebendo a falta de investimentos no profissional da CME; ►Trabalhando sem treinamento.

Quadro 9. **CATEGORIA II. Encontrando dificuldades na CME – Reconhecendo-as perante os RH. SUBCATEGORIA 6. *Trabalhando com sobrecarga de atividades*.** (PEZZI, 2011).

A ausência de profissionais capacitados, em número suficiente, a grande demanda de trabalho e a saída frequente de pessoal da CME acarretam

sobrecarga de trabalho ao Enfermeiro gerente. A sensação relatada foi de solidão. Ter que tomar decisões para dar conta do processo de trabalho sem feri-lo é uma responsabilidade experimentada pelos Enfermeiros jamais esquecida. Sem contar, ainda, com a dificuldade em discutir questões específicas sobre o processo de trabalho característico de processamento de artigos, muitas vezes pouco dominado por profissionais lotados em áreas afins à do cunho da "esterilização".

> *"Pedi a um médico que viesse, explicasse sobre a peça, mas ele não veio. Então, a gente aprende sozinho, trabalha sozinho."* (L, 2).

Os Enfermeiros relataram dificuldade de atualização, pelo menos no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, uma vez que não se oferece curso que dê conta, especificamente, da questão do processamento de artigos. Cada vez mais os Enfermeiros necessitam treinar e, ou, atualizar seus colaboradores e acabam por fazê-lo de forma solitária; muitas vezes, nem o fazem. Permanecem recebendo profissionais sem capacitação específica na área, com desconhecimento das atividades realizadas em uma CME.

> *"A chefia tenta me ajudar, na medida do possível. Se querem os resultados, têm que dar base. Não dá para trabalhar só no empirismo."* (L, 2).

Tais achados são motivos de preocupação, pois admitir mão de obra sem formação específica em Enfermagem aos quadros da Enfermagem da CME contraria não apenas nossos esforços para manter a profissão exercida por

profissionais legalmente habilitados, mas também burla, de maneira sutil, a lei que restringe a atividade dos profissionais sem formação específica.

> *"Tem AOSH; geralmente ficam na manipulação de maquinário; ou, pela vivência, fazem tudo"*. (L, 2).

A CME precisa de profissionais capacitados para o alcance de suas metas e objetivos. A presença de profissionais qualificados, com frequentes aperfeiçoamentos, é necessária, para que se possa aprimorar a execução do trabalho, contribuir para o controle de infecção hospitalar e assegurar a melhoria da assistência ao paciente (POSSARI, 2003).

> "*Primeiro de tudo, eu teria que ter mais gente comigo. Eu sou o único responsável e o único diarista; então, gerenciar o material do CC e do prédio em si não funciona direito*." (L, 2).

> "*Mas a verdade é que a nossa demanda é muito grande, muito mesmo... Você tem que dar conta do mapa cirúrgico, dar conta de 25 cirurgias no mapa; aí, você tem um plantão com três, quatro pessoas - que eu já passei por isso - para dar conta disso tudo.*" (T, 2).

Contudo, as falhas estão claramente associadas, no processo de trabalho da CME, à falta de pessoal e à qualidade do serviço das pessoas que ali trabalham, sem treinamento.

A realidade dessas dificuldades pode ser discutida e facilmente mostrada pela situação pública em que se encontram os hospitais, uma vez que nos apresentam limitações e incapacidades de serviço. Entendemos que não somente a CME vive sob tal condição complexa, mas acreditamos que deveria receber atenção, dada a importância que, claramente, exerce para todo o hospital.

Instala-se aí o sentimento de frustração, pois, de forma solitária, as Enfermeiras atuam; e sozinhas, os resultados tornam-se mais lentos e morosos.

A diminuição do corpo de profissionais e a incerteza do perfil adequado para atuação na CME colaboram para a instalação de conflitos que se estabelecem entre o custo e o benefício, entre o pessoal e o institucional, entre o capital e o trabalho, e entre o técnico e o ético. Conflitos estes presentes, claramente, não só entre a equipe de colaboradores, mas, principalmente, para os Enfermeiros gerentes, que, muitas vezes, se veem frustrados em suas próprias práticas. Recursos para uma assistência segura e humanizada são negados por uma demanda operacional prática.

Cabe ressaltar que o processo seletivo de pessoal na CME não deve ser “um fim”, mas a porta de entrada dos recursos humanos, os quais representam o mais importante instrumento de trabalho que faz deste setor o “coração da instituição”.

Portanto, a complexidade dos processos de esterilização e o alto custo da aquisição de instrumentais cirúrgicos, cada vez mais sofisticados, exigem investimentos na qualificação do profissional. Ter pessoas qualificadas significa diminuição dos índices de infecção hospitalar, do tempo de internação e, consequentemente, redução de gastos (PINTER; GABRIELONI, 2000).

3.3 CATEGORIA III. Enfrentando as dificuldades encontradas – estratégias de ação para resolução ou minimização de problemas

Figura 10. **DIAGRAMA DA CATEGORIA III.** ***Enfrentando as dificuldades encontradas.*** (PEZZI, 2011).

Nesta categoria, temos o posicionamento dos participantes do estudo quanto a duas subcategorias, constituídas por dois códigos conceituais: **prevendo os problemas** e **encarando os problemas**.

Os Enfermeiros, nesta categoria, abordam não só as questões dificultosas existentes na CME, mas também como fazem para lidar com elas de forma a superá-las. Embora conheçam as dificuldades que os circundam, vivem cada dia como único, sempre no movimento de tentar vencer os obstáculos apresentados.

Na **Subcategoria (7)** – "***Prevendo os problemas***", temos três códigos conceituais: trabalhando a saúde do pessoal; não desistindo de solicitar pessoal; e orientando seu pessoal.

CATEGORIA III. Enfrentando as dificuldades encontradas SUBCATEGORIA 7. *Prevendo os problemas*.	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Vendo que precisava melhorar a auto-estima do funcionário já alocado na CME; ▫Ouvindo a fala dos funcionários; ▫Tendo um projeto para pedir pessoal; ▫Fazendo parceria com o projeto vida; ▫Trabalhando *shiatsu*, alongamento e dinâmicas de grupo; ▫Colocando uma mesinha, uma flor; ▫Falando para eles que não sabem o que são; ▫Dando folga de aniversário como incentivo ao funcionário; ▫Dando concessões e premiações para quem vai às reuniões; ▫Fazendo sua estratégia; ▫Pedindo mais gente; ▫Recebendo mais gente; ▫Continuando a receber gente com problema; ▫Interpelando a pessoa; ▫Recebendo pessoas com limitações; ▫Distribuindo os funcionários contando com o número de licenças prolongadas que tiveram; ▫Orientando a manipulação da caixa cirúrgica; ▫Colocando aviso para comunicar mudanças; ▫Passando rotinas para o pessoal; ▫Tendo treinamento para uso do equipamento; ▫Chamando o funcionário para conversar.	►Trabalhando a saúde do pessoal; ►Não desistindo de solicitar pessoal. ►Orientando seu pessoal.

Quadro 10. **CATEGORIA III. *Enfrentando as dificuldades encontradas*. SUBCATEGORIA 7. *Prevendo os problemas*.** (PEZZI, 2011).

"A atuação do Enfermeiro ocorre de forma circunstancial, uma vez que, a cada dia, lhe vem uma novidade. Para isso, é necessário que ele conheça de perto suas ocorrências e intercorrências"

(Nota de reflexão).

Na maioria das vezes, usa a criatividade e o bom senso para, assim, não expor ainda mais o pessoal nem comprometer o trabalho. Preocupa-se com a saúde e a condição de seus funcionários e baseia-se nisso para continuar solicitando pessoal.

> "[...] *temos o pessoal do projeto vida, trabalhando shiatsu, alongamentos, dinâmicas de grupo, festinhas... Você viu, ali, eu tentei botar uma mesa, uma flor* [...]." (E, 3).

> "Nós temos um projeto, a gente [vai] *solicitando pessoal*." (E, 3).

> "*Eu tenho pedido à direção Enfermeiro em cada um desses subsetores* [...]." (L, 3).

Interessante saber que é necessária a inclusão de um projeto para solicitar pessoal, como se recursos humanos fossem uma inovação que necessitasse de verba para aquisição. Ainda que necessite de verba, por ser um recurso caro, é o mais nobre de todos os recursos. E não há o que provar e o que convencer para tê-los em dimensionamento suficiente; basta entender a importância que eles têm para perceber a força motriz distinta de qualquer outro recurso e aliá-la à legislação vigente. De fato, ainda não temos uma legislação pronta que trate do dimensionamento de pessoal restrito à CME. O que se tem disponível é o cálculo deste com inserção da CME classificada como "unidade de apoio técnico". Esse cálculo não confere especificidade, uma vez que o processo de trabalho em CME depende da demanda de trabalho ocorrente nos hospitais.

Portanto, verificar diariamente a escala de pessoal, relacioná-la à demanda cirúrgica e ao movimento de procedimentos no hospital é tarefa do Enfermeiro, no sentido de executar seu planejamento e evitar problemas no processo de trabalho. Trabalha-se, ainda, com prioridades, levando em consideração o quantitativo de pessoal, as prioridades e as características do pessoal disponível no dia (plantão).

A cada dia, o Enfermeiro deve contemplar, em sua rotina, a aplicação de princípios do planejamento, realizando o diagnóstico situacional, os objetivos diários, a metodologia a ser utilizada como estratégia de atuação e a avaliação das atividades realizadas com os colaboradores. Muitos fazem isso sem nominar o processo relacionado ao trabalho.

Trabalhar a saúde e bem-estar da equipe, treiná-la e orientá-la e ainda continuar na luta, solicitando pessoal, é forma de prever a realidade para prover condições adequadas de trabalho.

Na **Subcategoria (8)** – "***Encarando os problemas***", temos quatro códigos conceituais – trabalhando de acordo com os limites do pessoal; orientando seu pessoal; adicionando parcerias; e centralizando responsabilidades no Enfermeiro – os quais, juntamente com os códigos preliminares, são apresentados no Quadro 11, a seguir.

CATEGORIA III. Enfrentando as dificuldades encontradas	
SUBCATEGORA 8. *Encarando os problemas*.	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Fazendo a escolha do profissional para atuar na CME;	►Trabalhando de acordo com os limites do pessoal;
▫Trabalhando com pessoal mais novo (de idade) na lavação;	►Orientando seu pessoal;
▫Precisando de uma pessoa que seja ágil;	►Adicionando parcerias;
▫Não tendo pessoas ágeis e com força;	►Centralizando responsabilidades nos Enfermeiros.
▫Pensando em não poder colocar alguém para pegar peso;	
▫Tendo um Enfermeiro por jornada de trabalho;	
▫Precisando de uma pessoa que tenha força;	
▫Trabalhando com meninas na lavação;	
▫Distribuindo as pessoas conforme as limitações;	
▫Capacitando as pessoas para trabalhar na CME;	
▫Capacitando, por rodízio de pessoal;	
▫Percebendo o funcionário com alguma doença e não como inútil;	
▫Não podendo escalar, no domingo, quem não sabe mexer no autoclave;	
▫Não podendo escalar, no domingo, quem não sabe fazer caixas cirúrgicas;	
▫Fazendo uma escala diferente para funcionária que não pode fazer movimentos repetitivos;	
▫Tentando escalar o funcionário com deficiência [para tarefas a serem realizadas] com o mínimo de esforço;	
▫Escalando a funcionária das sete às dez horas, em determinado lugar; das dez a tal horário, em outro; das 13h às 16h, em outro; e das 16h às 19h, em outro;	
▫Orientando a manipulação da caixa cirúrgica;	
▫Colocando aviso para comunicar mudanças;	
▫Passando rotinas para o pessoal;	
▫Tendo treinamento para uso do equipamento;	
▫Chamando o funcionário para conversar;	
▫Tendo fortalecimento da chefia para atuar;	
▫Tendo que passar de setor em setor;	
▫Tendo ajuda do FUNDÃO;	

Quadro 11. **CATEGORIA III.** ***Enfrentando as dificuldades encontradas*****. SUBCATEGORIA 8.** ***Encarando os problemas*****.** [continua]

▫Tendo ajuda do FUNDÃO; ▫Adicionando parceria para esterilizar fora do hospital; ▫Tendo ajuda do HEMORIO; ▫Tendo que mandar o material para esterilizar em três hospitais, pela manhã, e três hospitais, à noite; ▫Descentralizando serviços por causa da obra; ▫Não caminhando sozinha; ▫Entendendo o fortalecimento da direção; ▫Vendo como interessante ter um quadro de funcionários CLT, Universidade, Prefeitura, Estado e bolsistas; ▫Tendo uma Enfermeira que cobre setores além da CME durante a noite; ▫Tendo a política do ponto eletrônico; ▫Vendo como centralizar para trazer o serviço para a CME; ▫Priorizando um Enfermeiro por jornada de trabalho; ▫Ocupando, com Enfermeiro, as áreas que julgam essenciais; ▫Visitando todos os setores do hospital; ▫Fazendo levantamento de materiais; ▫Tendo que enviar materiais para reparo; ▫Pedindo Enfermeiro à Direção, para alocar em cada subsetor; ▫Solicitando nove Enfermeiros; ▫Vendo maior demanda de 2ª à 6ª feira; ▫Tendo a assinatura da funcionária e do Enfermeiro para conferir o trabalho da funcionária; ▫Tentando planejar escala.	

Quadro 11. **CATEGORIA III. *Enfrentando as dificuldades encontradas*. SUBCATEGORIA 8. *Encarando os problemas*.** (PEZZI, 2011).

Entendemos que esta prática é uma maneira de adaptação à realidade, uma vez que os Enfermeiros não veem como dar conta da demanda de trabalho sem aceitar os limites de seu pessoal, orientá-los e, principalmente, adicionar parcerias com outras áreas afins.

> "*A gente procura pegar, durante a semana, esse especializado e uma ou duas pessoas do plantão. Um fica no ferro, aprendendo, para, no final de semana, quando não tiver esse diferenciado especializado, essa pessoa fica mais ali.*" (L, 3).

> "*A gente vai fazendo e aprendendo, e ainda chega material consignado. Então, falei: olha, foi um erro de todos. Fotografei a peça, coloquei à mostra e falei: não façam essa peça.*" (L, 3).

As parcerias são montadas de acordo com as necessidades. Podem ser internas, quando as Enfermeiras pedem ajuda aos setores usuários dos serviços da CME, e também externas, quando solicitam apoio para esterilização em outros hospitais. Muitas vezes, em ocasiões de reformulação da CME, os equipamentos ficam interditados. Assim, visando a não frear o ritmo de atendimento ambulatorial e cirúrgico, os Enfermeiros recorrem a parcerias externas. Essa prática traduz a preocupação de manter o atendimento à clientela, sem prejudicá-la.

> "*O que a gente fez, quando chegou aqui?!* [...] *Nós adicionamos parceria, no sentido de estarmos esterilizando fora* [...]." (E, 3).

> "*Para a gente caminhar, a gente precisa de parceria, ainda mais num serviço público.*" (T, 3).

> "*O biológico é de 2ª à 6ª feira, porque só quem faz o teste é o Enfermeiro. Se eu passar mal...*" (T, 3).

Outra forma de dar conta da demanda de trabalho é centralizar as atividades de maior responsabilidade ou, ainda, as que a equipe não consegue desenvolver a contento. Neste caso, temos duas óticas para análise da situação. Um exemplo disso é a execução do teste biológico, um elemento prioritário de controle dos processos de esterilização. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL: MS, 1994), tal teste deve ser realizado por profissional competente e treinado, em frequência mínima semanal. Em muitas CME, é realizado por técnicos de Enfermagem, em horários e dias distintos. Neste caso, não há profissional que o faça, ficando esta atividade designada ao Enfermeiro. O problema levantado, na fala acima, é pertinente, pois se ele é acometido por qualquer intercorrência, como fica a segurança e a qualidade do trabalho, na CME?

> "*Eu tenho uma solicitação de nove Enfermeiros para fazer tipo 12 x 60, por jornada, ocupando cada uma dessas áreas que a gente julga essenciais.*" (T, 3).

> "[...] *vamos dizer assim: para somar esforços, de 2ª a 6ª feira, que é a maior demanda, a gente colocou dois tipos de jornada de trabalho, que é 12 x 36. Eu tenho um Enfermeiro, atualmente... Até* [em] *um dos plantões está faltando um, porque aposentou. Mas assim, trabalha um grupo 12 x 36, não trabalha final de semana nem feriado, e* [outro grupo] *12 x 60, que é outra jornada de trabalho* [...] *Então, por jornada, eu tenho 1um Enfermeiro.*" (E,3).

> "[...] *Com problemas com os setores, em si, como meu caso, lá, na lavação, aqui, na desinfecção, você recebe um quantitativo e você distribui conforme a limitação; então, uma*

> *não pode pegar peso, outra não pode ficar exposta a produto químico, e aí, você vai fazendo sua estratégia.*" (L, 3).

> "*O meu pessoal, aqui, por exemplo: se você olha aqui, na lavação, tenho pessoal mais novo* [de idade], *mas são meninas. Então, vai chegar mais tarde caixas de ortopedia, neuro, então, tem uma norma internacional que preza que as caixas tenham no máximo 10 kg.*" (L, 3).

A orientação dos Enfermeiros para a prática gerencial requer muita habilidade e sensibilidade para conhecer a realidade e não se desesperar diante dela. Avalia-se que, com as estratégias utilizadas, não se trata apenas de transmitir conhecimentos ou delegar tarefas, mas sim de vivenciar, compartilhar e trabalhar com o saber gerado na prática cotidiana. Assim, vê-se o esforço e o resultado de um trabalho realizado por todos através da avaliação deste.

3.4 CATEGORIA IV. Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade

Apresentando a quarta categoria citada como "Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade", temos o posicionamento dos sujeitos da pesquisa quanto a quatro códigos conceituais: **idealizando a estrutura**, **idealizando recursos humanos, tendo reconhecimento pelo trabalho** e **necessitando de autonomia.**

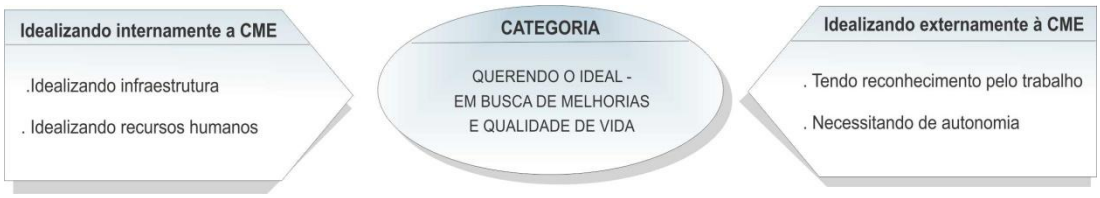

Figura 11. **DIAGRAMA DA CATEGORIA IV. *Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade.*** (PEZZI, 2011).

Nesta categoria, os Enfermeiros abordam a CME ideal, dentro de cada realidade. Em diferentes hospitais, todos os Enfermeiros apresentam a necessidade de compor a equipe com recursos humanos capacitados, com faixa etária jovem, saúde para realizar as atividades e a definição de critérios a serem adotados para escolha dos colaboradores a partir da participação no processo seletivo. Ou seja, sonham com uma realidade bem distinta da que têm hoje.

> "*Seria um quantitativo maior do que eu tenho e pessoas assim..., com todo respeito a quem já está saindo, mas pessoas interessadas.*" (L, 4).

Ainda assim, solicitam mais autonomia, como participação política em decisões institucionais, participação em reuniões para poder mostrar o trabalho realizado e obter reconhecimento externo, já que reconhecem o valor dos colaboradores e do trabalho desenvolvido.

Na **Subcategoria (9)** – "***Idealizando internamente a CME***", temos três códigos conceituais: idealizando infraestrutura; idealizando recursos humanos; e tendo autonomia.

CATEGORIA IV. Querendo o ideal – Em busca de melhorias e qualidade SUBCATEGORIA 9. *Idealizando internamente a CME*.	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Prevendo problemas com reparo de material; ▫*Fazendo solicitação de material;* ▫Aguardando licitações de material; ▫Necessitando de infraestrutura; ▫Precisando de equipamentos e material; ▫Perdendo material; ▫Querendo seguir corretamente as áreas na CME; ▫Tendo um computador; ▫Dividindo a copa minúscula com o pessoal da hemodinâmica; ▫Tendo dois expurgos que poderiam servir como um, fazendo redistribuição de áreas; ▫Lutando com a diretoria pelo repouso dos funcionários; ▫Tendo que ter pessoas hígidas; ▫Tendo que ter pessoas para fazer rodízio de escala; ▫Evitando sobrecarga de trabalho da equipe; ▫Preferindo homens, pela exigência de carregar peso; ▫Tendo que ter mais gente; ▫Precisando de investimentos nos recursos humanos; ▫Necessitando de pessoas interessadas; ▫Querendo pessoas com curso de instrumentação; ▫Tendo que ter mais gente para trabalhar; ▫Recebendo pessoas sem experiência na CME; ▫Necessitando de um quantitativo maior de pessoas; ▫Precisando de quatro profissionais à noite, de segunda à sexta feira; ▫Precisando de dois profissionais durante a noite de final de semana;	►Necessitando de estrutura para trabalhar ►Necessitando de pessoas

Quadro 12. **CATEGORIA IV. *Querendo o ideal – Em busca de melhorias e qualidade*. SUBCATEGORIA 9. *Idealizando internamente a CME*.** [continua].

▫Precisando de sete profissionais durante o dia, em final de semana; ▫Precisando, no domingo, de cinco profissionais, de dia, e dois, à noite; ▫Precisando de doze profissionais, à tarde, de segunda a sexta-feira; ▫Precisando de onze profissionais pela manhã.	

Quadro 12. **CATEGORIA IV. *Querendo o ideal – Em busca de melhorias e qualidade*. SUBCATEGORIA 9. *Idealizando internamente a CME*.** (PEZZI, 2011).

Nesta subcategoria, existe a proposta, por parte dos Enfermeiros, de realizar condicionamento entre espaço e pessoas na CME, harmonizando o conjunto formado por ambiente e pessoas aptas ao processo de trabalho na CME.

O discurso da aquisição de pessoal sem a formação específica para atuação em CME ainda é preponderante.

> "*Você sabe que a pessoa está ali e tem que dar conta de um serviço, e que você precisa de uma pessoa que tenha força, que seja ágil e não tem; muitas vezes, não tem* [...]." (T, 4).

> "*Essas limitações, essa mentalidade que o CME é tipo um depósito de gente que vai se aposentar ou então dos problemáticos dificulta, no caso da gerência.*" (L, 4).

Uma proposta para seleção de pessoal vem com a observância de admissão de técnicos de Enfermagem que tenham, no currículo, o curso de instrumentação cirúrgica e interesse em integrar a equipe da CME. Desta forma, estaria se constituindo equipe com um verdadeiro colaborador da CME.

> "*Mas a pessoa tinha que ter uma formação em instrumental cirúrgico. A pessoa tinha que ser hígida, que é para poder fazer rodízio, que é para não sobrecarregar; de preferência homens, com todo respeito às mulheres e tal, porque o setor exige isso. É, teria que ter mais gente*." (L, 4).

A realidade ainda é distinta da ideal: a seleção de pessoal para a CME deve obedecer a critérios rigorosos, pois os trabalhos realizados nesse setor exigem técnica, zelo e muita responsabilidade, requerendo trabalhadores atentos, organizados e que saibam executar corretamente as atividades que lhes cabem. O interessante é constatar que os Enfermeiros gerentes sabem disso, mas não conseguem mudanças significativas que os apoiem, que faça mudar o pensamento dos dirigentes das instituições a ponto de ganhar força para tal. Ainda assim, não desistem. Há, ainda, os que não participam do processo seletivo.

> "[...] *mas eu não participo do processo seletivo. Não fui convocada a participar*." (T, 4).

Há a questão da estrutura física do ambiente, requerendo aquisição de insumos e condições espaciais e ergonômicas da CME.

> "*Então, você até quer fazer o negócio: área limpa, área suja, não passa, evita; mas é aquilo: chega* [a] *um ponto* [em] *que você não tem o que fazer*." (L, 4).

Torna-se preocupante essa questão, pois trabalhar em condições inadequadas compromete diretamente os recursos humanos e a produção diária. Algumas condições – como temperaturas, geralmente, elevadas, sobretudo em alguns subsetores; ruídos acima do permitido, evidenciados em aferição de decibéis; inadequação do conforto do trabalhador – já foram descritas e configuram, ainda, realidades que descontentam todos os colaboradores das CME.

Há exposição de funcionários a riscos. Vejamos a fala abaixo, apontando um risco mecânico, causado pelo peso.

> "*As caixas, aqui... Tem uma menina que faz um estudo, aqui,* [ela] *pesou e a caixa mais pesada, aqui, tem 20 kg, o dobro, então... E não tem carrinho, não tem suporte*." (L, 4).

Muitas vezes, a propósito do desgaste de materiais, fazem referência à não reposição destes ou ao uso de substâncias inadequadas que causam corrosão, reduzindo o seu tempo de vida útil.

> "*Há desgaste de materiais; então, quando eu cheguei aqui, em dezembro, nos tínhamos grande quantidade de materiais que tinham que ir para reparo,* [para serem] *recondicionados* [...]." (E, 4).

Na **Subcategoria (10)** – "***Idealizando externamente à CME***", apresentada no Quadro 13, temos dois códigos conceituais: tendo reconhecimento pelo trabalho e necessitando de autonomia.

CATEGORIA IV. Querendo o ideal – Em busca de melhorias e qualidade	
SUBCATEGORIA 10. *Idealizando externamente a CME*	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Devendo a CME ter mais autonomia; ▫Não tendo acesso à chefia e à direção; ▫Subordinando a CME ao bloco cirúrgico; ▫Não tendo autonomia; ▫Recebendo informes pela coordenação; ▫Não participando de reuniões de Direção / Enfermagem; ▫Tendo que fazer a seleção de pessoal; ▫Reconhecendo a influência das questões políticas; ▫Tendo que fazer seleção de pessoal; ▫Vendo vontade de fazer o melhor possível; ▫ Entendendo – o difícil para eles – a questão do valor; ▫ Percebendo os funcionários como mão de obra especializada; ▫ Tentando fazer os funcionários queridos e valorizados; ▫ Reconhecendo que a equipe chega junto; ▫ Sendo referência para trabalho hepático; ▫ Vendo a luta do colega anterior para conseguir pessoal; ▫ Fazendo o sucesso; ▫ Fazendo a derrota; ▫ Conseguindo caminhar na CME; ▫Tendo uma boa equipe; ▫ Tendo um quadro de funcionários até satisfatório; ▫ Tendo funcionários de Universidade comprometidos e que cumprem responsabilidades; ▫Vendo funcionários que faltavam três, quatro vezes no mês trabalharem de forma perfeita com dinâmica diferente.	►Necessitando de autonomia ►Tendo reconhecimento pelo trabalho valorizado

Quadro 13. **CATEGORIA IV. Querendo o ideal – Em busca de melhorias e qualidade. SUBCATEGORIA 10. *Idealizando externamente à CME.*** (PEZZI, 2011).

A tão esperada autonomia é uma forma de tornar a CME independente dos demais setores assistenciais. É validar a assistência indireta prestada pelo setor.

Talvez, o reconhecimento da prática indireta da assistência ofereça reais condições de luta para aquisição de melhorias na CME. Dar identidade a este setor é nomear uma prática importante para todos e reconhecida por poucos. Tal reconhecimento gera autonomia, gera força e produz valores capazes de distinguir a real importância do trabalho produzido, uma vez que é realizado no intuito direto de combater as infecções hospitalares.

> "*A CME é subordinada ao bloco cirúrgico. Eu não tenho autonomia.*" (T, 4).

> "*A CME deveria ser separada do CC, teria que ter mais autonomia. Eu não tenho acesso à chefia de Enfermagem, direto, acesso à direção.*" (T, 4).

Pezzi (2008) evidenciou que grande responsabilidade é dada e aceita pelos gerentes de CME; porém, as condições oferecidas para que essa produção se concretize está aquém das necessidades deste setor. Por isso, há a proposta de mudanças, pautada pela diferenciação que tem a CME diante dos outros setores do hospital e relacionada ao seu processo de trabalho.

Ainda para Pezzi (2008), esta talvez seja uma forma de idealizar a instituição e a realidade dela, não como a perfeita, mas a justa, a que prima pela qualidade, reconhecendo os funcionários pelo que fazem – a assistência indireta – e não pelo que deixam de fazer – a assistência direta.

> "*Eu digo: até com um, funciona; mas, então, esquece conceitos de esterilização, qualidade de trabalho*." (L, 4).

> "A chefia tenta me ajudar, na medida do possível. Se querem os resultados, têm que dar base. Não dá para trabalhar só no empirismo." (T, 4).

Cabe à CME assegurar os processos de esterilização que, para tal, dependem diretamente do Enfermeiro. O gerente da CME deve interagir com todos os aspectos que cercam a instituição, sempre tendo em vista a qualidade do serviço oferecido. Pezzi (2008), em seus estudos, analisa que o Enfermeiro possui competência e embasamento técnico-científico para desenvolver a interlocução entre os aspectos institucionais. Assim, acredita-se ainda que, com práticas pautadas por conhecimento científico e representatividade política perante as autoridades institucionais, possam aquelas provocar mudanças internas e externas e, então, alcançar a qualidade sonhada, o que constitui a CME ideal. Para tal, esse Enfermeiro deve atender aos critérios de perfil e de competência, agregando questões de liderança, conhecimento técnico-científico, planejamento e capacidade de acompanhamento das atividades relativas ao reprocessamento de artigos odonto-médico-hospitalares, além de desenvolver vínculo com a equipe.

3.5 CATEGORIA V. Revelando a realidade da CME. Como o Enfermeiro entende a gerência de recursos humanos na CME - como vê a realidade da CME.

Nesta categoria, temos o posicionamento dos Enfermeiros relativamente a duas subcategorias, constituídas por dois códigos conceituais: **entendendo questões na CME** e **caracterizando o trabalho na CME**.

Figura 12. **DIAGRAMA DA CATEGORIA V: *Como o Enfermeiro entende a gerência de recursos humanos na CME.*** (PEZZI, 2011).

Nesta categoria, apresentamos questões que demonstram ou traduzem o significado da gerência, na CME, para os Enfermeiros. Cada vez mais, apesar de percebermos, adicionado à realidade das CME, um apanhado tecnológico evolutivo, o trabalho gerencial para os Enfermeiros deste setor ainda é desenvolvido de modo reproduzido. Vejamos as subcategorias abaixo.

Na **Subcategoria (11**) – "***Entendendo questões na CME***", temos cinco códigos conceituais: correlacionando a realidade na CME à questão histórica na Saúde e na Enfermagem; relacionando problemas na CME à formação profissional; necessitando de conhecimento para atuação em CME; estando frustrada com a realidade de sua CME; e lidando com dúvidas.

CATEGORIA V. Como o Enfermeiro entende a gerência de RH na CME	
SUBCATEGORIA 11. *Entendendo questões na CME.*	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Entendendo a CME historicamente;	♦Correlacionando a realidade na CME à questão histórica na Saúde e na Enfermagem;
▫Lembrando da questão histórica da CME;	
▫Vendo, historicamente; o médico com o poder, na área da saúde;	♦Relacionando problemas na CME à formação profissional;
▫Vendo o Enfermeiro como em condições de fazer coisas grandiosas na CME;	
▫Vendo a CME como um setor gerenciado pela Enfermagem;	♦Necessitando de conhecimento para atuação em CME;
▫Não tendo o profissional médico por perto;	
▫Vendo o que pensam da CME como um dificultador para a gerência;	♦Estando frustrada com a realidade de sua CME;
▫Entendendo a existência da Enfermagem;	
▫Tendo o centro cirúrgico como principal cliente;	♦Lidando com dúvidas.
▫Vendo a mentalidade dos outros sobre a CME de ser esta um depósito de gente que vai aposentar;	
▫Ingressando na Enfermagem com curso técnico;	
▫Ingressando na Enfermagem com curso superior;	
▫Reconhecendo as grandes dificuldades na CME atreladas à vida acadêmica;	
▫Saindo da faculdade sem saber trabalhar na CME;	
▫Tendo feito pós em Enfermagem do Trabalho;	
▫Tendo outras especializações;	
▫Vendo importância na abordagem de curso específico para CME;	
▫Achando que deve haver cursos para gerenciar recursos humanos em CME;	
▫Não sabendo qual teórico usa;	
▫Achando que não tem aprofundamento no assunto ‘recursos humanos em CME’;	
▫Estando frustrada com tudo isso;	
▫Não acreditando no que vê;	
▫Pensando no que fez;	
▫Pensando em sair da CME sem algo construído;	

Quadro 14. **CATEGORIA V. *Como o Enfermeiro entende a gerência de RH na CME*. SUBCATEGORIA 11. *Entendendo questões na CME.*** [continua]

▫Estando frustrada com o não envolvimento do funcionário; ▫Perguntando-se o que fazer em uma situação; ▫Questionando-se como fazer para um funcionário desses trabalhar.	

QUADRO 14. **CATEGORIA V. *Como o Enfermeiro entende a gerência de RH na CME*. SUBCATEGORIA 11. *Entendendo questões na CME.*** (PEZZI, 2011).

Nesta subcategoria, temos a questão histórica agregada à CME de forma muito presente, nos dias de hoje. Os Enfermeiros, de certa forma, associam a problemática dos recursos humanos ao histórico do setor, levando em consideração a qualificação e o perfil do pessoal presente. Queixam-se da dificuldade de lidar com o estereótipo das pessoas que ali trabalham e lamentam o estresse gerado por esta situação.

> "[...] *essa mentalidade* [de] *que o CME é tipo um depósito de gente que vai se aposentar ou então dos problemáticos dificulta, no caso da gerência*." (L, 4).

> "*Bom, é... Historicamente, a gente vê que a CME é um setor onde não eu... mas, quando não gerenciava a CME, pensava que a escolha do profissional para ir para essa CME era geralmente o funcionário que está saindo da assistência ou está com algum problema de saúde ou está próximo de se aposentar*." (E, 5).

Relatam, ainda, que, mesmo estando à frente de um setor gerenciado exclusivamente por Enfermeiro, há embates com os demais setores e com outras

categorias profissionais, pois muitas decisões tomadas na CME têm implicações e impactam nos setores das instituições, sejam eles assistenciais diretos ou não.

> "*Então, assim, é um setor que é gerenciado por Enfermagem*." (E, 5).

> "*A gente... Perto de nós, não tem o profissional médico que, historicamente, tem o poder* [na área] *da saúde, entre aspas; mas, de certa forma, eu acho que o Enfermeiro aqui tem sim condições de fazer coisas grandiosas, até por que a gente* [...]." (E, 5).

Os dados apontam, ainda, uma defasagem no ensino de graduação, quando não se tem a temática Central de Material e Esterilização inserida na grade curricular de Enfermagem. Muitas vezes, o acadêmico de Enfermagem conhece a CME por nome, não vivenciando fielmente sua prática. Conceitos voltados para processos de esterilização até são abordados, porém trabalhados para aplicabilidade na realidade hospitalar sem ênfase em CME. E então, surge a pergunta: como gerenciar a CME, setor de grande relevância para o hospital, se não se conhece sobre ele? Vemos este discurso como fatídico e "denuncioso", pois o ensino não prepara o acadêmico – futuro Enfermeiro– para uma prática hospitalar completa. A visão que a graduação apresenta aos alunos sobre a CME pode ser vista como insuficiente, uma vez que não prepara o acadêmico para atuação plena em CME.

> "*A gente, para entrar na Enfermagem, ou fez uma faculdade ou fez um* [curso] *técnico. Agora, quando a gente*

> *sai de um nível superior, de uma faculdade, ninguém ensinou a gente como trabalhar numa CME, e a gente lembra a questão histórica da CME, o que ela é para o centro cirúrgico.*" (E, 5).

> "*Porém, reconheço as grandes dificuldades que a gente enfrenta justamente porque falta, para nós, na vida acadêmica, um investimento no Enfermeiro. Enfermeiro faz quatro anos ou sei lá, mais anos até,* [mas] *ele não vê a parte da própria gerência e, em CME, ele vê muito pouco ou nada, tá?! Então, essa é a dificuldade.*" (E, 5).

Podemos, então, pensar no ensino de pós-graduação voltado para CME, poucos existentes em nosso país e muitas vezes agregados a assuntos pertinentes ao Centro Cirúrgico. Mas a temática CME não deve se limitar à pós-graduação, uma vez que a CME é dependente direta das unidades consumidoras, todas lotadas por Enfermeiros e por profissionais pertencentes às categorias da área de Enfermagem. Para que o trabalho da CME tenha qualidade, é necessária a participação ativa dos Enfermeiros de toda a instituição.

> "*Cada vez mais, a Central de Material se fixa, se passa como um setor altamente necessário para o hospital como um todo. Não é só o Centro Cirúrgico, é também o maior cliente, mas não é só.*" (E, 1).

> "*Não adianta você fazer seu trabalho, se aliou acolá, você vai impactar. A gente não cuida do doente sozinho.*" (L, 1).

Na **Subcategoria (12)** – "***Caracterizando o gerenciar a CME***", temos dois códigos conceituais: entendendo a gerência na CME como um *desafio* e **c**lassificando o *cuidado* prestado pelos funcionários da CME como sendo indireto.

CATEGORIA V. Como o Enfermeiro entende a gerência de RH na CME.	
SUBCATEGORIA 12. *Caracterizando o gerenciar na CME*.	
Códigos preliminares	**Códigos conceituais**
▫Vendo na CME um desafio para atender; ▫Vendo a gerência na CME como um desafio; ▫Vendo a proposta de gerenciar CME como um desafio. ▫Tendo funcionários aptos a prestar cuidado direto à beira do leito; ▫Entendendo o cuidado como chamado principal da Enfermagem; ▫Percebendo a equipe fora do cuidado direto; ▫Percebendo os funcionários no cuidado indireto ao cliente; ▫Percebendo afastamento do cuidado direto; ▫Percebendo a falta de identidade do funcionário da CME.	♦Entendendo a gerência na CME como um desafio ♦Classificando o cuidado prestado pelos funcionários da CME como sendo indireto

Quadro 15. **CATEGORIA V. *Como o Enfermeiro entende a gerência de RH na CME*. SUBCATEGORIA 12. *Caracterizando o gerenciar na CME*.** (PEZZI, 2011).

O cuidado prestado pela CME é visto como indireto, uma vez que os profissionais cuidam daquilo que vai instrumentalizar o cuidado à beira do leito. Reconhecem que o cuidado é o principal chamado da Enfermagem, sendo a CME participante indireta dele. Assim, fortalece-se o trabalho por parte dos colaboradores. Martins *et al.* (2011) ressaltam que a dinâmica de trabalho da CME afasta os profissionais do convívio com os pacientes, o que provoca, muitas vezes, uma sensação de isolamento, relatada por Enfermeiros do estudo.

> "*É como se eles não estivessem nesse cuidado. Mas eles estão nesse cuidado, ainda que indiretamente*." (E, 5).

A palavra ***desafio*** foi utilizada por todos os Enfermeiros para caracterizar a gerência de recursos humanos na CME.

> "*E recém saída da pós, receber uma proposta para gerenciar uma CME foi um desafio e é um desafio, onde eu recebi a seguinte proposta: eu acho que você tem o perfil para estar lá.*" (E, 5).

> "[...] *a gente vê como é que funciona esse material lá na ponta e, de repente, aqui, a gente vê esse desafio, porque a gente pode, com essa visão, trabalhar de alguma forma, otimizando isso.*" (E, 5).

> "*A gerência de recursos humanos aqui é um desafio, como outros podem ter falado; o pessoal que vem para cá não é preparado.*" (L, 5).

É um desafio lidar com as dificuldades para dar conta da produção diária de qualidade; é um desafio a instrumentalização própria do Enfermeiro na temática de CME; é um desafio lidar com as dificuldades gerais existentes. E é este desafio o estímulo para permanecer lutando por melhorias para CME, tornando clara a necessidade de mudanças. Mudanças de consciência, de comportamento e de atitude demarcam a realidade estudada nesta pesquisa, suscitando a necessidade de conhecimentos em uma nova geração de Enfermeiros de CME, hoje mais organizados.

No tocante à organização do trabalho, **o** Enfermeiro de CME se vale de ferramentas administrativas diretamente ligadas ao gerenciamento de recursos humanos para execução das tarefas como o planejamento, o dimensionamento de pessoal, o recrutamento e a seleção de pessoal, a educação continuada, a supervisão, a avaliação de desempenho das pessoas e do trabalho (das atividades implementadas).

Esses instrumentos operacionais técnicos, considerados ferramentas, são componentes de um saber administrativo que é aplicado pelos Enfermeiros, muitas vezes, sem ser formalmente denominados. Retratam-se como uma prática intuitiva, guiada por uma adaptação de comportamento, baseado e organizado em significados.

Tais componentes operacionais são aplicados pelo Enfermeiro, nem sempre de forma plena e continuada. Muitas vezes, a aplicação de parte dos componentes fica a cargo da chefia geral de Enfermagem, e até mesmo diretamente da direção da instituição, não tendo o Enfermeiro pleno domínio da realidade. Faz-se necessário projetar alguns componentes para o plano do ideal. Este, talvez, seja o maior desafio.

> Gerenciar em Enfermagem pressupõe a tomada de decisões, e esta depende do grau de autonomia do gerente de Enfermagem e de como se dá a sua relação com as pessoas e com a própria política da instituição, para desenvolver eticamente o seu processo de trabalho. (KURCGANT, 2005, p. 21).

Faz-se mister ressaltar o perfil dos gerentes das CME e suas respectivas posturas no que tange à tomada de decisões. Tomada de decisões implica autonomia profissional que, muitas vezes, é negada ao Enfermeiro, em âmbito

institucional. Em várias ocasiões, o Enfermeiro assume a dualidade do que deve ser feito e do que pode ser feito, ou seja, o que a instituição e seus gerentes permitem deliberadamente que seja feito. Liberdade e competência são condições fundamentais de manifestação de autonomia. É necessária tanto a consciência técnico-científica quanto a ético-política para manifestação do profissional Enfermeiro no pleno exercício da gerência.

Assim, caminhamos para as etapas seguintes, a fim de atingir o segundo e o terceiro objetivos do estudo, em busca da validação da matriz teórica considerando as ressignificações acerca do gerenciamento dos recursos humanos em CME.

4 INTERCONECTANDO AS CATEGORIAS – REVELANDO O FENÔMENO CENTRAL

Neste capítulo, apresentamos a interconexão das categorias descritas na seção anterior para, posteriormente, interpretá-las à luz do *Interacionismo Simbólico*, considerando as ressignificações geradoras do fenômeno central.

Para procedermos a uma análise fundamentada no escopo da *Grounded Theory*, vale apontar o Modelo Condicional / Consequencial como agente principal para o surgimento do fenômeno. Para Strauss e Corbin (2008), tal Modelo está associado a um mecanismo analítico utilizado para localizar o fenômeno, ou seja, localizar um fenômeno, contextualmente ou por intermédio das condições macroscópicas e microscópicas em que ele está inserido, formando linhas de conectividade entre os elementos do Modelo Paradigmático.

O fenômeno central surgiu da organização das categorias / fenômenos[9], aplicadas ao Modelo Paradigmático de Strauss e Corbin (1990), identificado pelos seguintes elementos: *fenômeno*, *condição causal*, *contexto*, *estratégias de ação-interação*, *condições intervenientes* e *consequências*.

[9] Na codificação, categorias representam fenômenos (cf. STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 130).

4.1 Apresentando o *Modelo Paradigmático*

1. Caracterizando as atividades** perante os recursos humanos**.

— Diz respeito à descrição das atividades realizadas nas CME, retratando a **rotina prática**, no **contexto** gerencial direcionado aos recursos humanos**.**

***2. Encontrando dificuldades na CME** – Reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos*.

— Refere-se aos **problemas apontados** com relação aos recursos humanos e à dificuldade de lidar com eles como **condição causal** de tal problemática.

***3. Enfrentando as dificuldades encontradas** – estratégias de ação / interação são apontadas e executadas para resolução ou minimização de problemas.*

— Refere-se a como o Enfermeiro faz, em face dos recursos humanos, para **lidar com as dificuldades** encontradas, superando-as ou minimizando-as, de forma a **manter o trabalho na CME com qualidade**.

4. Querendo o ideal** – em busca de melhorias e qualidade**.

— Diz respeito ao apontamento, feito por Enfermeiros, sobre **como deve ser a estrutura** de uma CME, **como idealizam** o local onde trabalham no que tange aos recursos **humanos e a instituição como um todo dependente da CME. O ambiente faz interferência à assistência indireta.**

5. Revelando a realidade da CME. *Como o Enfermeiro entende a gerência de recursos humanos na CME e como vê a realidade da CME*.

— Retrata a prática do Enfermeiro, dentro da realidade evidenciada, com aplicação da teoria ideal à prática real. Como são “as coisas” dentro das realidades estudadas. **Retrata as consequências dessa prática.**

Modelo Paradigmático

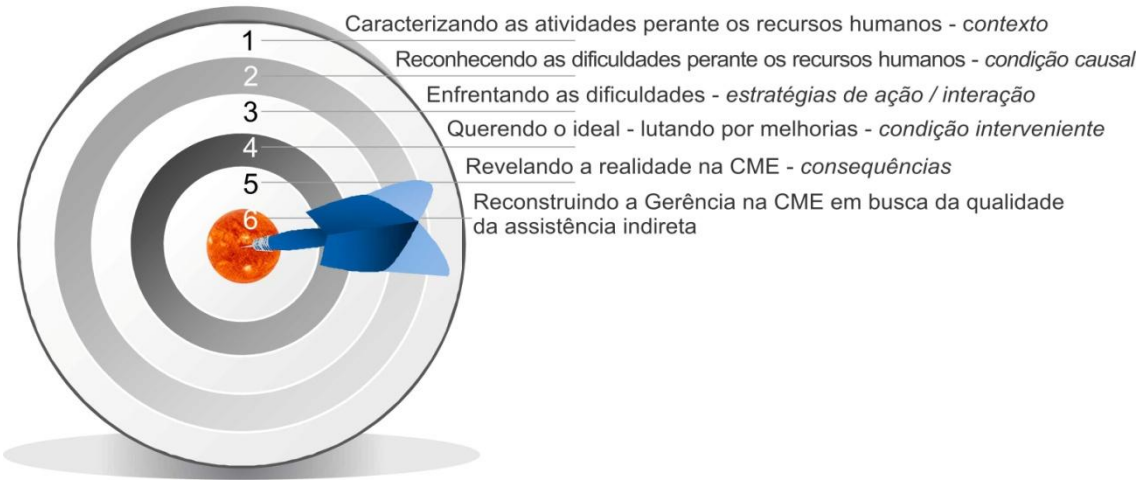

Figura 13. **MODELO PARADIGMÁTICO**
Fonte: Saber Web [*website: http://saberweb.com.br*]. (Figura central: *SOL*. Criação: Fatima Marques; Arte final: Jorge Pimenta).

4.1.1 O fenômeno

Ao procurar o fenômeno, foi feita uma busca por padrões repetidos de acontecimentos, fatos ou ações–interações que representassem o que os

Enfermeiros fazem ou dizem ou como se comportam diante dos problemas ou situações que encontram dentro de suas realidades. Sucedeu-se o questionamento "*o que está acontecendo aqui?*", para que se desse a explicação acerca da angustiante realidade apresentada na problemática deste estudo.

O fenômeno intitulado "*Reconstruindo a gerência na Central de Material e Esterilização em busca da qualidade da assistência indireta*" representa a Tese defendida neste estudo e é retratada pela afirmação de que *os Enfermeiros de CME ressignificam a gerência de recursos humanos com base em relações (re)construídas no processo de trabalho, dadas as ações executadas oriundas das interpretações de suas realidades, considerando conceitos éticos e político-institucionais vigentes, com foco na qualidade da assistência indireta à clientela.*

A prática formatada pelos Enfermeiros de CME, então, é dada como intuitiva, guiada por uma adaptação de comportamento baseado e organizado em significados. O processo gerencial, na CME, é norteado pelo Enfermeiro, guiado por significados de compartilhamento e busca de conhecimentos, cumplicidade nas ações e inspiração própria.

Vemos que a mudança de comportamento necessária à transformação de um corpo de trabalho é dependente não somente da construção de uma educação contínua norteada pelo Enfermeiro, mas, principalmente, de uma reeducação transformadora aliada a uma reflexão ética e política, incorporadas à percepção do papel que a CME tem para o hospital.

Entendemos, então, que o processo de gerenciamento de recursos humanos é dinâmico, embasado na construção e na reconstrução contínua das relações

entre sujeito e ambiente com vistas a alcançar a qualidade da assistência indireta, oferecendo condições para assistência direta à clientela.

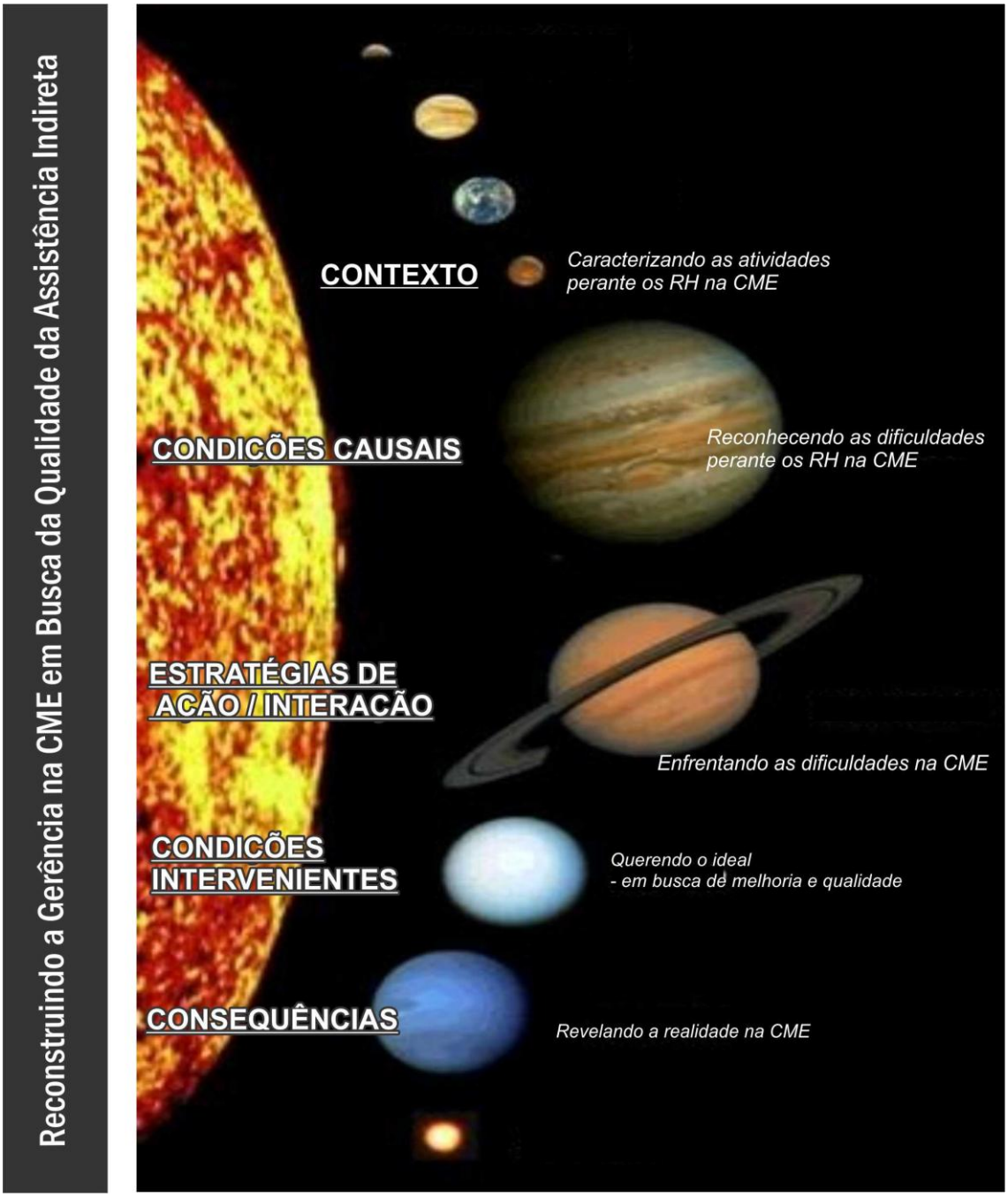

FIGURA14. **FENÔMENO CENTRAL**: ***Reconstruindo a Gerência na CME em busca da qualidade da assistência indireta***.
Fonte: Ciência e Cultura na Escola (*website:* http://ciencia-cultura.com/). [Imagem: Sistema Solar. Criação: Fatima Marques; Arte final: Jorge Pimenta].

4.1.1.1 O Contexto. *Caracterização das atividades em face dos recursos humanos na CME*.

Para Strauss e Corbin (2008), as condições contextuais remetem a conjuntos específicos de condições (padrões de condições) que se cruzam dimensionalmente, neste momento e local, para criar o conjunto de circunstâncias ou problemas aos quais as pessoas respondem. Assim, ao agrupar condições clássicas referentes a problemas com recursos humanos na CME, ao longo das dimensões existentes no setor, foram identificados padrões ou conjuntos de condições remetidas a um contexto, o gerencial. Vale ressaltar que o contexto, para os autores supracitados, tem sua fonte nas condições causais.

O *contexto*, então, para esta pesquisa, diz respeito à descrição das atividades realizadas nas CME, retratando a **rotina prática** gerencial, exercida pelos Enfermeiros em seu cotidiano, direcionada aos recursos humanos.

A aproximação com os Enfermeiros permitiu que fizéssemos apontamentos das atividades por eles realizadas, com a reapresentação dos desenlaces vividos por problemas diversos. Para Pezzi (2008), o fazer das enfermeiras ainda retrata a prática gerencial destas, constituindo-se o trabalho num processo repetitivo: supervisão de pessoas e suas atividades, confecção de escalas (mês e turnos de trabalho), recepção e treinamento de pessoas, identificação de erros, implementação de rotinas e avaliação dos resultados das atividades implementadas. Assim, a categoria "*caracterizando o trabalho na CME a partir da gerência*" traz componentes importantes que demarcam o trabalho gerencial produzido pelos Enfermeiros após a ressignificação dada por eles.

Componentes estes que surgiram da compreensão tácita destes profissionais que realizaram a gerência a partir da sua(s) prática(s).

Tendo a percepção da demanda e do que é seu hospital como ponto de partida, o Enfermeiro classifica a gerência da CME como "*bem problemática e difícil*". Essa classificação é dada com o pensar no que é, no que significa essa gerência que ele mesmo exerce. Vendo a situação complicada, o Enfermeiro tem a gerência como, basicamente, a administração de pessoas, de recursos e de conflitos, unindo pessoas e recursos. Assim, ele se vê como o grande administrador que deve ser capaz de suprir todo o hospital, comandando a produção dos artigos médico-hospitalares.

A subcategoria "*Gerenciando na CME*" traz componentes como a participação ativa dos Enfermeiros nas atividades, o que denota plena aproximação deste Enfermeiro com a prática, a fim de tornar esta prática uma propriedade dentro de sua realidade. É a participação ativa no processo de trabalho da CME.

Kurcgant (2005) aponta que, de uma forma ampla, no processo de trabalho gerencial do Enfermeiro, seus objetos de trabalho compreendem a organização do trabalho e a dos recursos humanos. Assim, utiliza-se de instrumentos operacionais técnicos que fazem com que o processo se dê de forma sistematizada. No tocante à organização do trabalho, vale-se de ferramentas administrativas diretamente ligadas ao gerenciamento de recursos humanos para execução das tarefas, como o planejamento, o dimensionamento de pessoal, o recrutamento e a seleção de pessoal, a educação continuada, a supervisão, a avaliação de desempenho das pessoas e do trabalho (das atividades implementadas).

Esses instrumentos operacionais técnicos, considerados ferramentas, são componentes de um saber administrativo que é aplicado pelos Enfermeiros, muitas vezes, sem ser formalmente denominados. Com base nas ressignificações dadas pelos Enfermeiros, tem-se o retrato de uma prática intuitiva, guiada por uma adaptação de comportamento baseado e organizado em significados atribuídos às suas realidades, muito parecidas no contexto gerencial.

Esses significados comprometem, então, os símbolos – aqueles desenvolvidos socialmente, em meio a um grupo determinado, pela interação do sujeito com o grupo; ou seja, do Enfermeiro com os seus colaboradores e com sua instituição de saúde.

Daí, surge o comportamento, explicando a forma reprodutiva de agir, até o momento dos Enfermeiros.

A inovação surge da percepção tanto da força que esse setor tem para o funcionamento do hospital quanto de sua importância para a assistência com qualidade. Essa consciência leva a mudanças de comportamento, de atitudes e condutas. Os códigos conceituais contidos na subcategoria "*gerenciando para CME*" – dando importância ao trabalho na CME e reconhecendo o valor do trabalho na CME – aparecem como uma ressignificação, onde o valor tão esperado advindo das unidades consumidoras não surge em uma perspectiva satisfatória. Sendo assim, o reconhecimento vem da própria gerência da CME diretamente para sua equipe, por quem zela entendendo a importância do trabalho de qualidade produzido para toda a instituição.

Tal mudança de comportamento é recorrente em atitudes e condutas dos próprios Enfermeiros gerentes e retrata muito claramente a inovação questionada, o início de uma nova consciência, a amostra de uma consciência antiga, guardada e que hoje se torna atitude, realidade, uma nova prática. É nesse contexto que se dá o processo gerencial norteado exclusivamente pelo Enfermeiro, imbuído de significados revistos de compartilhamento, cumplicidade, inspiração e dificuldades a serem superadas.

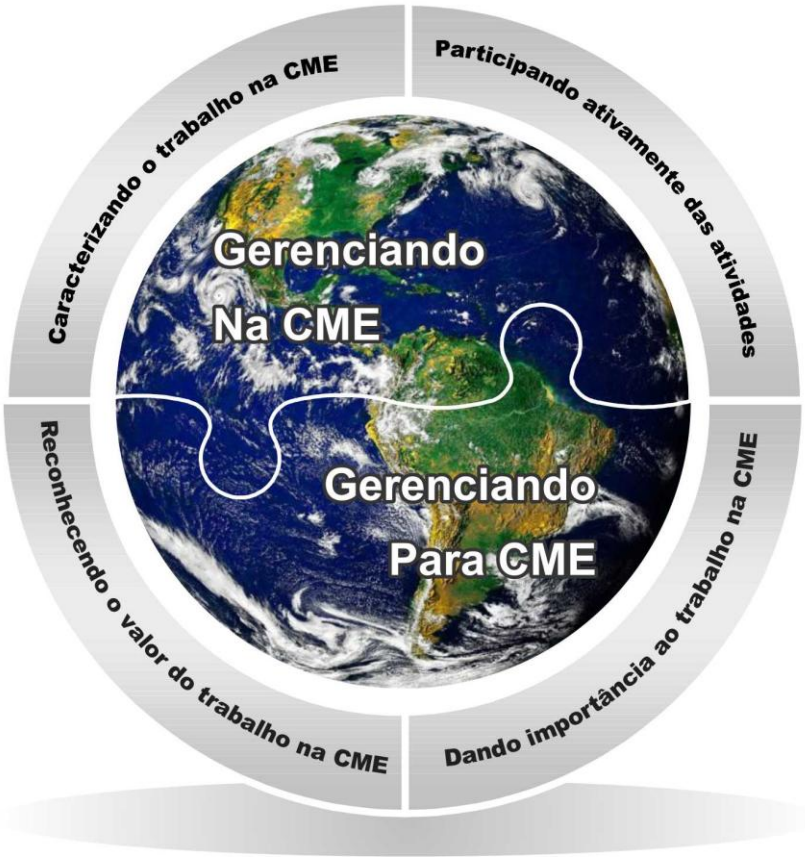

Figura 15. **O CONTEXTO – *Caracterizando as atividades perante os recursos humanos na CME.***
Fonte: *WALLDESK.COM (link: http://www.walldesk.com.br/papel-de-parede/wallpapers-planeta-terra-20.asp?f=9818).* [Foto: *Planeta Terra.* Criação: Fatima Marques; Arte final: Jorge Pimenta].

4.1.1.2 A condição causal. *Encontrando dificuldades na CME – reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos.*

Condições, de uma forma geral, são conjuntos de fatos ou acontecimentos que criam situações, questões e problemas pertencentes a um fenômeno e, até certo ponto, explicam por que e como pessoas ou grupos respondem de determinada maneira.

As *condições causais* são descritas por Strauss e Corbin (2008) como representativas de conjuntos de fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos. Essas condições sempre surgem de contingências (fatores de tempo, local, cultura, regras, crenças, regulamentos) e também como mundos sociais, organizações e instituições, aos quais devem responder com uma forma de ação/interação.

A *condição causal*, neste estudo, está caracterizada por problemas apontados pelos Enfermeiros com relação aos recursos humanos e pela dificuldade que eles têm em lidar com estes últimos. Tais dificuldades, contando com as ressignificações, estão associadas à aquisição de insumos estritamente necessários à assistência indireta, mas, principalmente, “insumos humanos”, como se encontra no jargão economicista, indispensáveis a qualquer atividade que se pense em executar, em um local de trabalho. “Insumos” capazes de pensar e agir somente podem ser humanos; e quando os problemas são apontados e direcionados a eles, faz-se necessária uma atitude imediata.

Os fatos constantes, que se repetem nos setores de trabalho dos hospitais estudados, remetem aos problemas de pessoal e às limitações de cada CME presentes no contexto hospitalar. Esses problemas influenciam diretamente o fenômeno, pois fazem com que as enfermeiras repensem seus atos, norteando suas práticas, além de retratar uma realidade que tipifica um processo reprodutivo, tanto das ações deliberadas pelo corpo diretor quanto das atividades executadas pelo corpo operacional da CME. Tal realidade tem sido descrita desde 1985.

Ainda com as ressignificações, todas as falas estão circunstanciadas pela problemática de pessoal, com aumento gradativo da demanda e redução progressiva de seu número: *reconhecendo a existência de dificuldades; lidando com a limitação dos funcionários – problemas de saúde e perfil; trabalhando com pessoal em número insuficiente;* e *trabalhando com sobrecarga de atividades.*

A permanência de problemas resume a causa de tantas dificuldades: equívocos constantes e vivência de estresse. Assim, é impossível passar um dia sem conflitos.

Dada a realidade problemática, e por já a conhecerem, os Enfermeiros agem de acordo com suas realidades, já esperando, então, o resultado. Saber que toda a argumentação realizada para minimizar a problemática não é suficiente faz do Enfermeiro um exímio articulador de estratégias, pois os resultados positivos de uma prática com qualidade são esperados, apesar da condição de pessoal insuficiente. Pelos problemas identificados, aliados ao objetivo da CME, espera-se que as enfermeiras delineiem suas condutas. É quase uma exibição de

autossuficiência para resolver questões que deveriam ser compartilhadas com o corpo diretor da instituição.

Para Pezzi (2008), a falta de pessoal e sua condição instável, a falta de formação específica na área e a filosofia de pessoal, na CME, até então, mostram claramente a realidade das enfermeiras, na questão de recursos humanos disponíveis.

É conhecida, pelo Enfermeiro, a dificuldade da própria instituição em manter seu foco na CME, principalmente no quesito seleção e recrutamento de pessoal. Assim, o profissional que estiver à disposição da chefia de Enfermagem, ou até mesmo não sendo da área de Enfermagem, é o que vai estar livre para ser treinado e aceito na CME, independentemente de sua formação profissional, suas habilidades e competências. A permanência de tal pessoa é validada mediante suas habilidades para o desenvolvimento das ações, no dia a dia, quando são adequadas, as suas próprias condições para atender às atividades existentes e as passíveis de ocorrer. Muitas vezes, essa prática gera sobrecarga para esse funcionário, pois atividades repetidas geram lesões e tendem a isolamento profissional, causando desgaste físico e emocional. Assim, inicia-se o ciclo de adoecimentos, na CME. Reforça-se, aí, a simbologia do profissional que vai para uma CME: adoecido, já cansado da prestação de assistência direta e em período pré-aposentadoria.

Outras vezes, é nítida a penalização desse funcionário, pois trabalha há anos, na instituição, e, após certa idade, “ninguém mais o quer”. Por qual motivo ocorreria esse não querer? Por que teria condições de atuar, na CME, abarcando

todo o conjunto de riscos contidos no setor, e não mais de atuar na assistência direta e, ou, em outros setores? A assistência indireta desenvolvida na CME, também, tem seus percalços, já classificados como árduos. Poderia se pensar em uma prática de recuperação e, ou, readaptação desses funcionários lotados no setor de procedência. Falta uma política de recursos humanos que dê conta de acolher e lidar com os profissionais com dignidade, em todas as suas etapas de vida, avaliando inclusive os momentos de limitações.

Pezzi (2008) argumenta que o trabalho, na CME, é muito apegado às rotinas e motivado por significados atribuídos a essa prática. O envolvimento dos Enfermeiros e de suas equipes congrega o olhar único para um horizonte onde se busca a qualidade. Tem-se a ressignificação de um trabalho solitário agregado, além do que já se sabe sobre as questões de valor, dedicação pessoal e profissional, compartilhamento, conhecimento técnico e de relações humanas e gerência, além do compromisso firmado com a saúde dos seres humanos.

Além disso, percebemos um olhar acolhedor do próprio Enfermeiro gerente, abrigando e dando atribuições e importância, também, ao funcionário já quase esquecido por todos. Nessa hora, o ser humano é visto como um ser único na natureza e, por ser único, tem seu significado atrelado à nossa cultura, fazendo o ciclo reprodutor do processo de recrutamento e seleção de pessoal na CME.

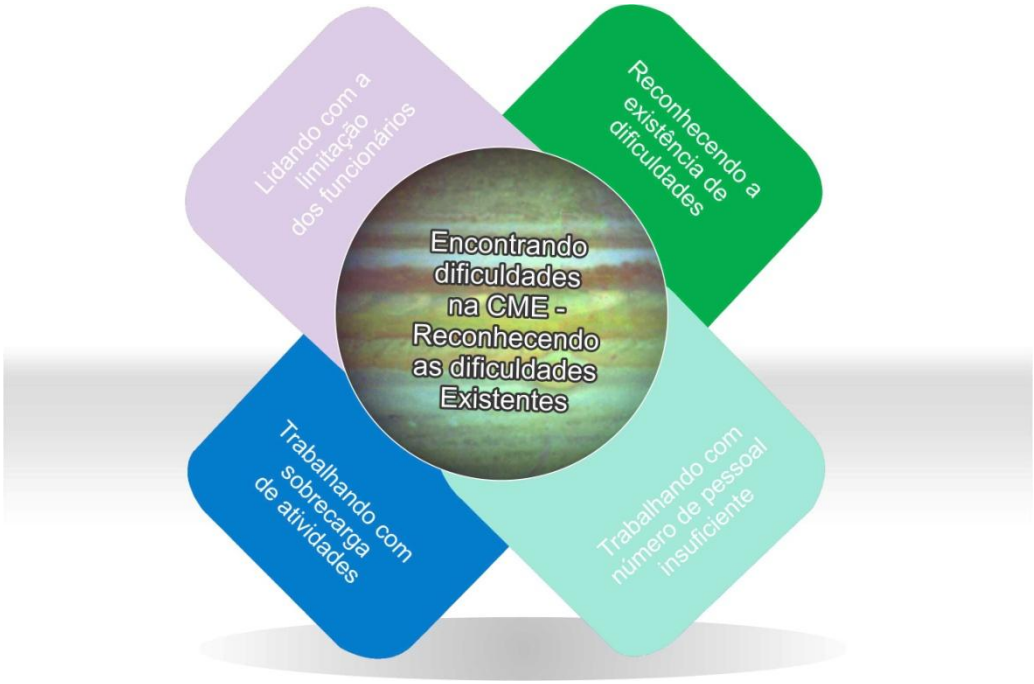

Figura 16. **A CONDIÇÃO CAUSAL.** *Reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos na CME.*
Fonte: *Nine Planets* (*website:* http://nineplanets.org/jupiter.html*)*. [Foto: *Júpiter*. Criação: Fatima Marques; Arte final: Jorge Pimenta].

4.1.1.3 A estratégia de ação/interação. *Enfrentando as dificuldades encontradas em busca da qualidade.*

Para Strauss e Corbin (2008), ações / interações estratégicas são atos propositais ou deliberados, praticados para resolver um problema e, ao fazê-lo, moldar os fenômenos de alguma forma.

Enfrentando as dificuldades encontradas trata das **estratégias** de ação / interação apontadas e executadas para resolução ou minimização de problemas. Refere-se a como o Enfermeiro faz, em face dos recursos humanos, para lidar com as dificuldades encontradas, superando-as ou minimizando-as, de forma a manter o trabalho na CME **com qualidade.** As ações / interações deste estudo estão

caracterizadas pelo agir diante das dificuldades pontuadas, representando o que os Enfermeiros fazem ou dizem.

Faz-se mister abordar a condição de enfrentamento declarada pelos Enfermeiros. Surge aí uma importante ressignificação, uma vez que nem sempre as dificuldades são superadas, pois elas irão existir pelo tempo em que a política de recursos humanos das instituições não contemplar atenção necessária aos colaboradores da CME, nos quesitos aposentadoria, remanejamento, (re)adoecimentos, falta de critérios dignos para alocar profissionais nos setores compatíveis com perfil e competências, etc. Assim, nem sempre as dificuldades são superadas, pois elas retornam. Podemos dizer que dificuldades e problemas são parte dominante na rotina gerencial dos Enfermeiros da CME.

> "Vive-se a "tirania" da urgência, e os Enfermeiros se tornam profissionais ávidos por resolver problemas não para solucionar questões evitando riscos, mas para fazer valer o atendimento à clientela na hora em que surge a dificuldade, tornando os problemas cíclicos e repetitivos, assim como é a rotina da CME."
>
> (Nota de reflexão).

Pezzi (2010) relata que há a implementação e a manutenção de rotinas próprias, na CME, previamente trabalhadas estrategicamente, tendendo à ordem social e ao funcionamento adequado do setor. Ainda assim, algumas questões não conseguem ser vencidas ou sanadas.

O termo – ação / interação – é importante, pois inclui questões como discussões de experiências, erros e acertos que ocorrem em situações isoladas ou em grupos, no caso da CME. A subcategoria "**Prevendo os problemas**", está formada a partir de três códigos conceituais: *trabalhando a saúde do pessoal, não*

desistindo de solicitar pessoal e *orientando seu pessoal*. Essas ações se desenvolveram com o tempo de prática de cada Enfermeiro, à medida que cada um definia ou dava significados às situações vivenciadas.

Mantendo as significações surgidas na dissertação de mestrado de Pezzi (2008), geralmente, as situações eram iniciadas por um conflito de técnicas específicas, gerado por uma inabilidade ou dificuldade de um profissional para desenvolvê-la. A partir daí, o Enfermeiro que acompanhava o profissional, lançando mão de conhecimentos técnicos e específicos em CME, criou um facilitador (um código de ação, por exemplo), que viabilizou a confecção da técnica sem ferir seu princípio científico. Ou, então, percebia habilidades desse profissional que não eram condizentes com as atividades destinadas a ele, num determinado período, remanejando-o e substituindo-o por outro profissional melhor habilitado para aquela atividade. Assim, através de observações, implementações, erros e acertos, os Enfermeiros conduzem sua prática.

> "Há que se assinalar a sensibilidade do Enfermeiro, ao se permitir conhecer sua realidade técnica e de pessoal, cada uma em profundidade, a partir da interação com os meios, e captar sua essência (da realidade)".
>
> (Nota de reflexão)

Logo, a ação e o comportamento do profissional vêm a ser uma resposta não somente aos objetos claros e técnicos, vistos no dia a dia de trabalho, mas também à interpretação desses objetos por ele mesmo e por seus pares de trabalho, dentro de um contexto, inseridos em uma cultura de reprodução processual.

Seguimos o pressuposto do *Interacionismo Simbólico*, citado por Coulon (1995), quando argumenta que os símbolos fazem parte de um conjunto complexo de ações, diante do qual o indivíduo define o seu papel dentro de um grupo. Assim, o grupo não determina o que os Enfermeiros fazem, mas a interação entre eles é que gera e determina o que será feito e como. Os símbolos são, pois, desenvolvidos através da interação do grupo da CME.

Os códigos conceituais *trabalhando a saúde do pessoal*, *não desistindo de solicitar pessoal* e *orientando seu pessoal* representam o caminho de ação dos Enfermeiros, quando, assim fundamentados, podem usar estratégias que façam com que o trabalho continue fluindo e com qualidade, além de mostrar perseverança em solicitar pessoal mesmo sabendo da resposta negativa ou insuficiente.

> "Interessante observar que, mesmo solitariamente, os Enfermeiros, a cada vez, mais vislumbram caminhos que nem eles imaginam transpor."
> (Nota de reflexão).

Para que isso seja aplicado, é necessário um atento olhar diário, por parte dos Enfermeiros gerentes e supervisores, às atividades individuais e em conjunto. A avaliação é implementada continuamente, mesmo sem se perceber, pois o produto final, que é o artigo adequadamente processado, deflagra qualquer tipo de erro possível. E essa avaliação, ainda que não seja realizada na CME, pode ser apontada pelos outros setores que utilizam diretamente o artigo reprocessado. Em caso de falhas no processo, o artigo retorna à CME, já com o erro evidenciado, para ser reprocessado. Daí, a importância da avaliação já ser realizada em

conjunto, diretamente com o grupo, com todo o grupo tomando ciência das situações, para prevenir futuros erros e desgaste. A presença do Enfermeiro, em todos os momentos, é imprescindível, sendo ele o intermediário do cuidado indireto, uma vez que se encontra no cerne das mudanças da CME.

Trabalhar de acordo com os limites do pessoal, orientar o pessoal, adicionar parcerias e centralizar responsabilidades no Enfermeiro são,de certa forma, compreender o papel de cada colaborador que atua na CME. Assim, a categoria que responde pelos códigos acima descritos vem a ser "*Encarando os problemas*", uma vez que não estão definitivamente superados. Mais uma ressignificação a respeito do trabalho surge para os Enfermeiros.

O fato de o Enfermeiro estar praticando, compartilhando a prática técnica junto do grupo, pode ser destacado também como estratégia de acompanhamento do trabalho, na CME. Quando se tem servidores remanejados atuando na Central, aumenta-se o risco de ocorrência de erros, pois esses profissionais não estão a par da respectiva rotina. Assim, pode-se centralizar o trabalho no Enfermeiro supervisor.

Podemos apontar algumas estratégias de ação, implementadas pelos Enfermeiros por meio de alguns códigos preliminares, já descritos: fazendo a escolha do profissional para atuar na CME; trabalhando com pessoal mais novo (em idade) na lavação; precisando de uma pessoa que seja ágil; não tendo pessoas ágeis e com força; pensando em não poder colocar alguém para pegar peso; tendo um Enfermeiro por jornada de trabalho; precisando de uma pessoa que tenha força; trabalhando com meninas na lavação; distribuindo as pessoas

conforme as limitações; capacitando as pessoas para trabalhar na CME; capacitando por rodízio de pessoal; percebendo o funcionário como portador de alguma doença e não como inútil; não podendo escalar, no domingo, quem não sabe mexer na autoclave; não podendo escalar, no domingo, quem não sabe fazer caixas cirúrgicas; fazendo uma escala diferente para funcionária que não pode fazer movimentos repetitivos; tentando escalar o funcionário com deficiência para tarefas que requeiram o mínimo de esforço; escalando a funcionária das sete às dez horas, em determinado lugar, das dez a tal horário, em outro, das treze às dezesseis, em outro, e das dezesseis às dezenove, em outro.

Percebemos que, para que tudo isso ocorra, há a necessidade da presença do profissional Enfermeiro, sempre e constantemente, no setor, em quantidade suficiente e qualidade profissional adequada. A questão do déficit de pessoal assola, também, a categoria de Enfermeiro (nível superior), não se limitando somente aos segmentos de nível médio e auxiliar. Muitas CME contam com apenas um Enfermeiro, que desenvolve atividades gerenciais concomitantemente com a inserção direta no processo de trabalho prático, o que torna mais cansativo o trabalho a ser realizado, com excesso de responsabilidades. Adicionar parcerias denota a impossibilidade de lidar com toda a complexidade que envolve o trabalho da CME de forma solitária. É preciso compartilhar as ações para se tomar a decisão mais adequada com vistas à qualidade.

"Delegar é uma função clara em nossa profissão,
mas percebo dificuldade em agregar parcerias, pois
nem todos os profissionais de nossa área conhecem sobre CME
para que o Enfermeiro possa esperar algo."
(Nota de reflexão)

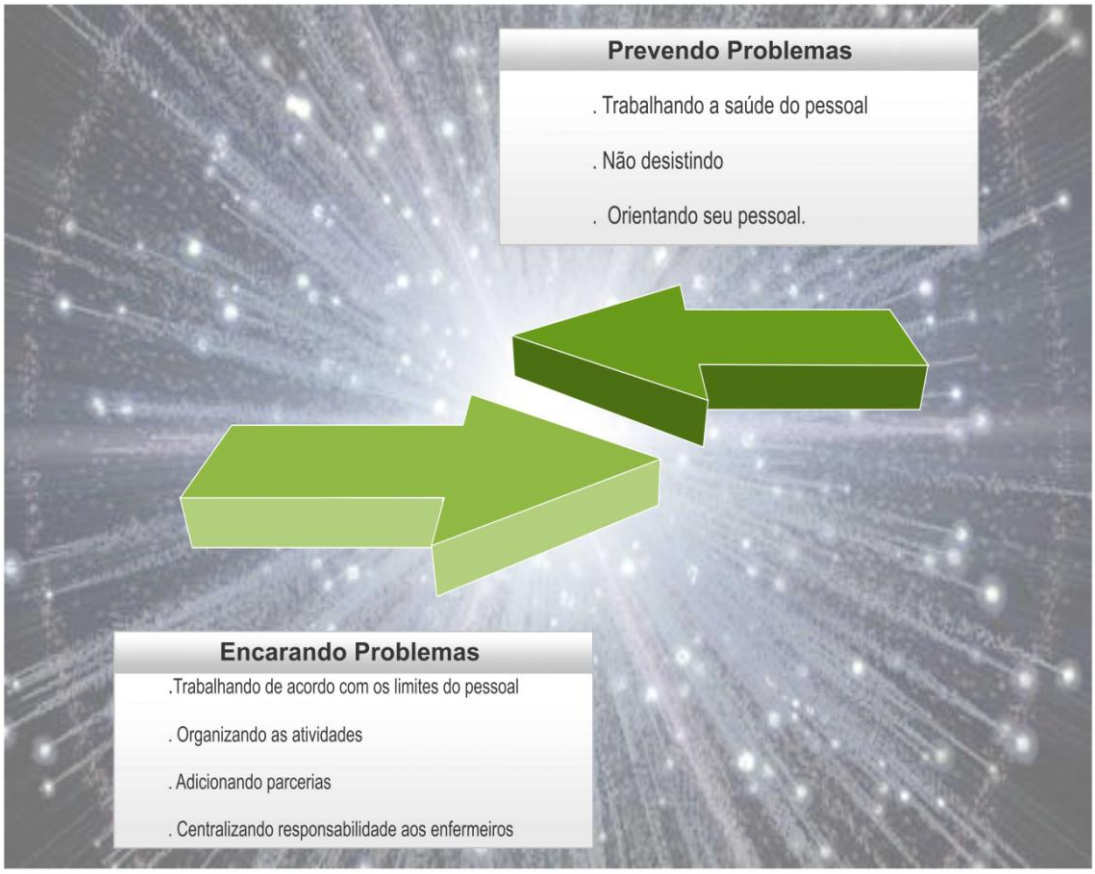

Figura17. **AS ESTRATÉGIAS DE AÇÃO / INTERAÇÃO.** ***Enfrentando as dificuldades encontradas em busca da qualidade*****.**
Fonte: CULTURAMIX.COM (*Website:* http://www.culturamix.com/). [Foto: *BIG BANG*. Criação: Fatima Marques; Arte final: Jorge Pimenta].

4.1.1.4 As condições intervenientes. *Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade.*

As *condições intervenientes* dizem respeito ao apontamento, feito por Enfermeiros, sobre **como deve ser a estrutura** de uma CME e **como idealizam** o local onde trabalham, no que tange aos recursos **humanos e à instituição**, **como um todo dependente da CME. O ambiente interfere na assistência indireta.**

As *condições intervenientes* são aquelas que, dentro de um fenômeno em estudo, simbolizam fatores que facilitam, dificultam ou restringem as estratégias de ação / interação, bem como as condições causais e o contexto. Assim, segundo Strauss e Corbin (2008), mitigam ou alteram o impacto das condições causais no fenômeno.

Nesta pesquisa, as *condições intervenientes* são apresentadas pela estrutura ideal, indo além do equilíbrio entre os fatores humanos e ambientais na CME. Existe, aqui, uma ressignificação cujos componentes denotam novo significado, perpassando a legitimidade do trabalho produzido pela CME para a clientela.

Como mostram os componentes e seus códigos – **idealizando a estrutura, idealizando recursos humanos, tendo reconhecimento pelo trabalho** e **necessitando de autonomia –**, recursos humanos e estrutura física, e complementam, porém não são “autossuficientes” para produção de qualidade, no trabalho. É preciso autonomia e reconhecimento para uma produção segura e eficaz. O reconhecimento motiva e permite vislumbrar horizontes que só podem ser alcançados por quem faz, produz. E produção com qualidade se faz por conhecimento dado, buscado e aplicado. Profissionais sem motivação não buscam; às vezes, mal recebem o conhecimento – a depender de “quem” o passa, transmite. Assim, como aplicá-lo? E autonomia, só tem quem conhece.

Reforça-se, aqui, que a autonomia é uma forma de segregar a CME dos demais setores assistenciais. Assim, todo conhecimento e prática aplicados na CME são reconhecidamente diferenciados e caracterizam e validam a assistência

indireta. Identificar tal assistência indireta é dar identidade à CME, é obter reconhecimento pelo que se faz e não pelo que deixam de fazer.

Idealizar internamente a CME significa adequar questões referentes à infraestrutura e adaptá-las aos recursos humanos, que devem se apresentar em dimensionamento e perfil adequados. Assim, a gerência se estabeleceria próxima ao ideal. O fato é que passam os tempos, as gestões institucionais são substituídas, porém, ainda não há uma política que contemple tal adequação. Exige-se qualidade, pontualidade, produção, sem condições adequadas para que tal se alcance.

Idealizar externamente à CME significa a espera pelo reconhecimento do trabalho produzido que, em parte, existe, dada a condição logística presencial da CME para a ocorrência da assistência à clientela. E também significa a busca pela autonomia.

Muitas vezes, a CME, para quem a vê “de fora”, retrata um campo de plena autonomia, pois somente profissionais da categoria de Enfermagem atuam nela. Porém, nem sempre os profissionais que lá estão, melhor dizendo, que estão gerenciando, conhecem-na em suas questões técnico-científicas. Assim sendo, não para ser redundante e sim contundente, autonomia, só tem quem conhece. Fica a questão de se a autonomia é dada ou conquistada. O fato é que a autonomia é reconhecida como uma característica interna da CME, pois o Enfermeiro pode tomar decisões que movem internamente a equipe da CME.

Saber de tudo isso que foi descrito – da verdade (da CME ideal) e da realidade (da CME real) – e não ter o apoio dos dirigentes das instituições de saúde e dos próprios colegas, usuários dos artigos produzidos na CME, entristecem o profissional e desmotivam-no para atuar nesse setor. O apontamento recorrente sobre a desvalorização desse setor, tão importante para o hospital, ainda é motivo de desconforto e tristeza para o profissional que ali atua.

Precisa-se, então, através do conhecimento da verdade aliado ao sonho de ter a CME ideal implantada em cada Enfermeiro gerente, para se transformar essa realidade, gerar força e produzir conceitos que traduzam valores reais a serem atribuídos ao que a CME faz. É preciso perseverança suficiente para provocar mudanças, a partir de pequenas atitudes (PEZZI, 2008).

Figura 18. **CONDIÇÕES INTERVENIENTES. *Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade.***
Fonte: *Vistas Del Sistema Solar* (*Website:* http://www.solarviews.com/span/homepage.htm).
[Imagem: *Planeta Urano*. Criação: Fatima Marques; Arte final: Jorge Pimenta].

4.1.1.5 As consequências: *Revelando a realidade na CME*

Neste estudo, como componente paradigmático último, temos a revelação da realidade apresentada como *consequência* do entendimento dos Enfermeiros gerentes. Tal revelação foi associada à certeza do possível resultado positivo da prática aplicada.

Para Strauss e Corbin (2008), sempre que houver ação / interação, ou que sua falta for assumida em resposta a uma questão ou a um problema, ou para administrar ou manter uma determinada situação, há limites de consequências, algumas das quais podem ser pretendidas ou não. Portanto, delinear essas consequências é também explicar como elas alteram a situação e afetam o fenômeno em questão, garantindo-nos explicações mais completas.

Retrata-se, aqui, a prática do Enfermeiro em realidade vivenciada, com aplicação da teoria ideal à prática real. Perceber como o Enfermeiro entende a gerência de recursos humanos na CME faz clara a explicação de toda a sua prática.

Componentes como "*Entendendo questões na CME*" abarcam códigos relacionados à história da Enfermagem, dimensionando as questões de história da saúde. O contato dos profissionais de Enfermagem com os artigos médico-hospitalares, durante os séculos de atuação, conferiu propriedade acerca de sua manipulação, seus cuidados e seu emprego para a promoção da assistência e da saúde. Nesse contexto, a CME está diretamente envolvida, uma vez que "cuida" dos artigos por meio dos profissionais de Enfermagem.

Ainda assim, a história da CME vem evoluindo de acordo com o bojo tecnológico que envolve as técnicas cirúrgicas e assistenciais, ultimamente imprescindíveis para recuperação da clientela. Ressalta-se, como principal usuário dos serviços da CME, os centros cirúrgicos, responsáveis por 70% da produção diretiva das CMEs, contemplando desde compressas de gaze, vestimentas de proteção para cirurgias até caixas cirúrgicas, todos imprescindíveis ao ato cirúrgico.

Ressalte-se que essas práticas, tanto cirúrgicas como clínicas, se configuram na assistência direta à clientela, conforme mencionado anteriormente. De fato, profissionais que atuam na CME não têm contato direto com a clientela, configurando seu trabalho como assistência indireta, pois é produzido em prol da primeira mencionada. Quase sempre, o contato com o cliente é soberano, quando se fala em reconhecimento da prática ou mesmo em demanda imediata. Tal situação leva a crer que qualificação profissional e perfil devem ser preponderantes a quem participa da assistência direta.

A escolha dos profissionais que trabalham em CME não é feita por capacidade e perfil para atuação no setor e sim por inabilidade e dificuldades em prestar seus serviços na assistência direta à clientela, ocasionando a presença, na CME, de profissionais sem preparo para execução de técnicas de grande responsabilidade, como as voltadas para o processamento de artigos médico-hospitalares.

Tal prática é vivenciada na formação profissional de nível médio e também superior. A abordagem teórico-prática é voltada para questões diretas relativas à assistência, ao atendimento em massa, ao trabalho nas clínicas. Muitas vezes, questões voltadas para o conhecimento em CME são abordadas em âmbito de

pós-graduação, para profissionais de nível superior; para os de nível médio, em cursos de atualização, pouco ofertados dada a pequena demanda.

Tal prática fragiliza o contexto de atuação em CME, pois muitos profissionais não optam pela CME e sim são lá alocados para produção que, muitas vezes, é realizada como reprodução processual. O sentimento de frustração foi relatado pelos Enfermeiros, gerentes e supervisores.

"A frustração surge como algo que entristece os Enfermeiros
e, por vezes, embarga a fala..."
(Nota de reflexão)

Classificar o cuidado prestado pelos funcionários na CME, distantes do contato direto com a clientela, faz dessa prática um desafio para os profissionais técnicos de Enfermagem e muito mais para os Enfermeiros gerentes.

Há o reconhecimento de que o cuidado direto ao cliente é o principal chamado da Enfermagem, sendo a CME participante indireta dele. Na verdade, o cuidado é prestado diretamente ao cliente, porém, para que o cuidado aconteça, é necessária a presença de componentes que determinam tal. É uma questão que vai além de definições e imposições institucionais. O cuidado é prestado exclusivamente ao ser humano, e para que ele aconteça, necessita-se de suporte, apoio, situação de que a CME participa ativamente.

Na atividade pertinente à CME, há que ocorrer a organização do trabalho realizada, exclusivamente, pela gerência do Enfermeiro. É um desafio, hoje, aplicar as ferramentas administrativas (planejamento, dimensionamento de pessoal, recrutamento e seleção de pessoal, educação continuada, supervisão, avaliação de

desempenho e das pessoas, além do trabalho) nas reais condições. Consciência política, ética e conhecimento científico são itens necessários ao manifesto da gerência.

Contudo, com vistas à qualidade, ocorre a prática intuitiva dos Enfermeiros, guiada por adaptação de comportamento, baseada e organizada em significados, o que sustenta sua reprodução processual.

As *consequências*, então, expressam o termo paradigmático final, e são retratadas na certeza do possível resultado positivo da prática aplicada.

O resultado da prática aplicada pelas Enfermeiras permanece em constante avaliação, fornecida esta pela busca da harmonia interna do seu setor e, principalmente, pelos setores usuários dos produtos da CME.

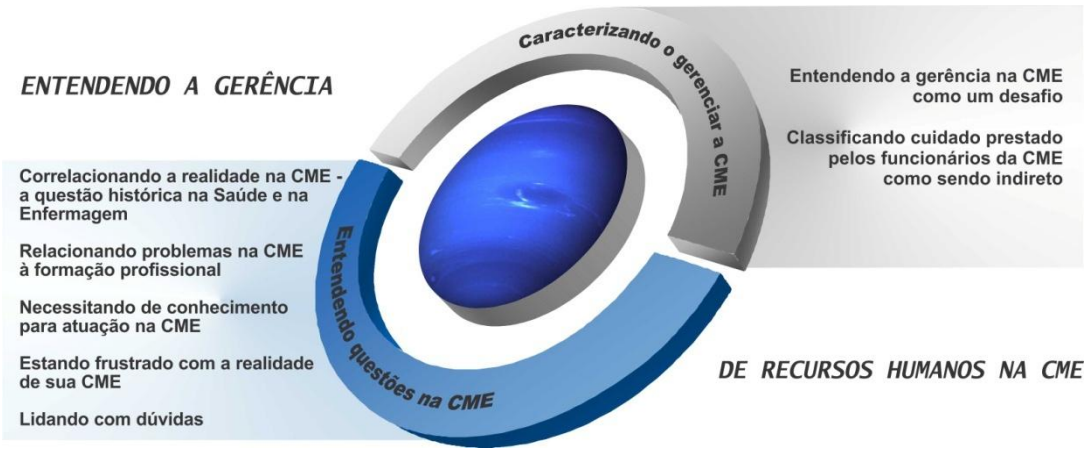

Figura 19. **AS CONSEQUÊNCIAS: *revelando a realidade na CME.***
Fonte: IPLAY (*website:* http://www.iplay.com.br/). [Imagem: *Planeta Netuno*. Criação: Fatima Marques; Arte final: Jorge Pimenta].

5 CONVERSANDO COM OS AUTORES À LUZ DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Neste capítulo, após revelação da matriz teórica referente ao gerenciamento de recursos humanos em CME, apresentamos os dados consubstanciados pelos pilares do *Interacionismo Simbólico*, utilizado por muitos pesquisadores como abordagem para o estudo de vida e para ação humana em grupo.

Assim, desenvolve-se aqui um posicionamento, a partir de discussão, traçado por diálogo entre a autora da tese e os autores teóricos cujas obras guardam pertinência com os assuntos tratados na pesquisa.

Conforme explicitado anteriormente, na pretensão de validar o modeloteórico de gerenciamento de recursos humanos em CME, foi preciso elucidar como se dá a relação entre *sujeito*, *ação*, *significado* e *interação social* para os Enfermeiros gerentes de CME. Essas relações foram retratadas por construções e reconstruções a partir do significado da prática gerencial no processo de trabalho, dadas as ações executadas pelos Enfermeiros, surgidas dos processos interpretativos de suas realidades. Para iniciarmos a discussão, é preciso que nos reportemos aos conceitos gerenciais.

Concordando com Kurcgant (2005), no processo de trabalho gerencial do Enfermeiro, os objetos de trabalho são a organização do trabalho e os recursos humanos de Enfermagem. Para a execução desse processo, é utilizado um

conjunto de instrumentos técnicos próprios da gerência, ou seja, o planejamento, o dimensionamento de pessoal, o recrutamento e a seleção de pessoal, a educação continuada e, ou, permanente, a supervisão, a avaliação de desempenho e outros. Tudo o que um Enfermeiro gerente de CME pretende aplicar e de que deve participar.

Ainda para a mesma autora, a gerência de Enfermagem, tomada enquanto processo de trabalho, pode ser apreendida por dois grandes modelos: o primeiro, com foco no indivíduo e nas organizações – modelo racional; e o segundo, centrado na abordagem das práticas sociais e sua historicidade – o modelo histórico-social (KURCGANT, 2005).

Ao tentarmos classificar, caracterizar a gerência realizada pelos enfermeiros de CME, percebemos uma transposição lenta de um modelo para o outro, digo do modelo racional para o histórico-social, que se define como

> Gerência voltada não só para organização e controle dos processos de trabalho, mas também para apreensão e satisfação das necessidades de saúde da população, o que requer tomar em consideração a democratização das instituições de saúde e a ampliação da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de cuidado. (KURCGANT, 2005, p.9).

Certamente, o modelo que atenderia, hoje,à realidade das CME inseridas em uma gestão institucional seria o último modelo supracitado. Justifica-se, pois, inicialmente, o enfoque dado pela Teoria Geral da Administração, segundo a qual o gerenciamento avança para a flexibilidade, a produção voltada para a demanda e conduzida pela demanda, variada, diversificada e pronta para suprir o consumo

que determina a produção. Essa é a prática intuitiva, com tentativa de aplicação plena pelos Enfermeiros de CME.

Mas o que percebemos é ainda uma tentativa de manutenção da prática racional, instituída pelos gestores institucionais, pautada pela esperança de resultados, que devem ser cegamente definidos, previstos, analisados e avaliados, na premissa de que as organizações existem e se justificam para atingir objetivos e de que os processos podem ser antecipadamente, analisados e controlados, conferindo a tal prática a capacidade de eliminar riscos e incertezas (FELLI, 2002). Devemos lembrar que o processo de tratamento dos artigos médico-hospitalares é realizado por profissionais não qualificados para as ações de esterilização e em número insuficiente para atuação. E esperam-se, ainda, resultados que devem ser alcançados através das pessoas, numa interação humana constante.

Como racional, se temos uma prática intuitiva? De certo, o racional seria a vertente ideal para a gerência da CME, uma vez que é visto como reprodutivo, de baixa complexidade e que pode ser feito por profissionais sem formação específica.

> "Não foi bem isso que pudemos observar, embora esse fosse o desejável a alcançar. De fato, estamos em outra realidade, em transição. Talvez, por isso, soframos tanto! Aí, afirmamos a prática intuitiva, da arte de fazer acontecer com a presença ilustre das dificuldades diárias; da arte de pensar, fazer, agir, em meio às dificuldades; e, por último, ainda obter resultados positivos, com qualidade."
>
> (Nota de reflexão)

Eis a transformação, iniciada na racionalidade perpassando, ainda, a flexibilidade (denotada pela real intenção, que é a geração do lucro; e não nos esqueçamos de que a CME gera mais despesas do que lucro), indo na direção da

articulação e da integração, o que possibilita a transformação do processo de trabalho. Segundo Kurcgant (2005), a gerência, dessa forma, configura-se como ferramenta do processo de cuidar, podendo ser apreendida como um processo de trabalho específico decomposto em seus elementos constituintes.

Assim, segue a CME funcionando, e a sua gerência sendo executada por Enfermeiros e gestores institucionais, no bojo de transformações da Enfermagem, entendida como prática social para atendimento às dimensões humanas em busca da qualidade.

No exercício da prática social, o desempenho da Enfermagem gerencial deve ter seu papel socialmente estruturado para atender às necessidades de saúde populacionais. Para Almeida *et al*. (1994), no exercício desse papel, pautadas pela articulação e integração, quatro dimensões são inerentes à atividade gerencial: técnica, política, comunicativa e de desenvolvimento da cidadania.

A *dimensão técnica* trata de aspectos mais gerais e instrumentais de trabalho, como as ferramentas administrativas: supervisão, planejamento, coordenação, no que tange a recursos humanos, físicos e materiais.

A *dimensão política* trata da articulação do trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender. Estão presentes as determinações político-ideológicas e econômicas.

A *dimensão comunicativa* diz respeito ao caráter de negociação presente no lidar com as relações de trabalho na equipe.

A *dimensão de desenvolvimento* da cidadania trata de tomar a gerência como uma atividade que contém uma e está contida numa perspectiva de emancipação dos sujeitos sociais, quer sejam os representantes das equipes de trabalho, quer sejam os usuários do serviço de saúde.

Faz se necessário destacar que a organização do trabalho não é apenas uma escolha individual ou institucional, pois está determinada por condicionantes históricos e suas mediações, tais como políticas sociais e de saúde, os modelos assistenciais, as condições de trabalho e outros. (KURCGANT, 2005).

Inicialmente, observemos o pressuposto do *Interacionismo Simbólico*, ditado por Coulon (1995), quando se refere a que os símbolos fazem parte de um conjunto complexo de ações, diante do qual o indivíduo define o seu papel dentro de um grupo. Assim, o grupo não determina o que os Enfermeiros fazem, mas a interação entre eles (Enfermeiros, colaboradores e gestores institucionais) é que gera e determina o que e como será feito. Os símbolos são, pois, desenvolvidos através da interação do grupo interno da CME e com o externo a ela. Para Mead (1962), um gesto compartilhado é um símbolo significante, fazendo surgir, na CME, uma “sociedade” fechada, de conceitos próprios, de processos reproduzidos e caracterizada pelo trabalho pautado por produtividade que busca a qualidade, apesar de todas as dificuldades.

Surge, então, a necessidade da criação de estratégias que deem conta da dinâmica de trabalho, dada a demanda surgida a cada dia. Estratégias estas que dão conta não dos problemas de pessoal que assolam a CME, mas que minimizam o desgaste dos profissionais que ali atuam. Reproduz se uma prática situacional, realizada mediante cada problema, a partir do levantamento destes realizado pelos

Enfermeiros gerentes / supervisores. Percebemos, então, o quanto os significados são importantes para a organização do seu trabalho, passíveis muitas vezes de ressignificações. As ressignificações surgem como uma condição necessária à adaptação dos profissionais à sua realidade.

Assim, surge a prática gerada por significações e ressignificações criadas pelos Enfermeiros gerentes / supervisores de CME. A partir das experiências pessoais vivenciadas por eles, aliadas à política institucional, o Enfermeiro entende seus limites e, a todo tempo, cria e recria alternativas de atuação. Ele percebe que está sozinho para a tomada de decisões, que tem autonomia perante sua equipe, mas torna-se refém da política institucional vigente. Assim argumentamos em razão dos obstáculos pessoais confessados perante a impossibilidade de agir nas questões relativas ao *recrutamento e à seleção de pessoal, às dificuldades de fazer planejamento estratégico e aos embates na criação de uma política de RH* que dê conta da problemática existente. Poderíamos escrever sobre outros pontos do gerenciamento de pessoas na CME, como a relação estrutural e humana, porém optamos por evidenciar o ponto nevrálgico, dada a intensidade significada para as questões acima destacadas.

> O objetivo básico do setor de RH é retificar sua política com as estratégias de organização. A valorização do capital humano passou a ser uma prioridade dentro das organizações visto que agregando valor às pessoas, elas se sentirão motivadas, valorizadas e dessa forma, contribuirão para o alcance da missão institucional. (NISHIO; FRANCO, 2011, p.99).

Muitas vezes, o setor de RH faz inferências quanto à CME, porém não exerce interferências. As decisões de pessoal ficam a cargo da chefia geral de

Enfermagem, que nem sempre está disposta a perceber as necessidades do setor, dada a presença de problemas na assistência direta.

Há uma preocupação em realocar funcionários, e aí, nem sempre se avalia perfil e competências de quem vai estrear na CME. Não se vê, ainda nos dias de hoje, a CME como um cenário indireto na assistência que tem implicações severas no cenário direto da assistência humana. Não se trata somente dos termos “direto” ou “indireto”, mas sim de exposições “humanas”. Vê-se, sim, a CME como um setor importante para a instituição quando algo grave acontece relacionado à falha técnica, que repercute gritantemente na assistência direta. Não temos, ainda, uma prática preventiva e sim imediatista e “curativista”. Não se avaliam as condições recorrentes nos entornos e contornos da assistência indireta. Neste sentido, Possari (2010) reforça:

> A inadequação numérica e qualitativa dos recursos humanos de enfermagem lesa a clientela no seu direito de assistência à saúde livre de riscos. Essa inadequação, também, pode comprometer legalmente a instituição, pelas falhas ocorridas na assistência. (POSSARI, 2010, p.194).

Concordamos com Tajra (2010), ao argumentar que, para promover a mudança, uma das alternativas é que os gestores da saúde constituam um pensar estratégico, ou seja, a ênfase para nortear as decisões deve ultrapassar os limites e as fronteiras da própria organização. Interessante é que os Enfermeiros de CME são sabedores deste pensar estratégico como item importante para mudança, porém se queixam da impossibilidade de expor e aplicar tal pensamento.

Assim é que, em muitos momentos, fatos históricos e rotineiros não devem ser referenciais, pois tendem a provocar a reprodução das ações que desviam a

CME do foco ideal. O Enfermeiro se vê preso a referências internas para solucionar questões urgentes, sempre. O pensamento de curto prazo é preponderante, imediatista, como nossa cultura. É preciso perceber que os resultados duradouros e eficazes vêm em longo prazo. Muitos percebem a lógica, porém não conseguem aplicá-la, dado o pensamento institucional. Falta, então, a autonomia apontada como fundamental para o "fazer" do Enfermeiro gerente, para tomar suas decisões podendo instituí-las. Isto define o comportamento dos gerentes da CME e como eles tentam organizar sua prática.

O ponto de partida do comportamento, para Blumer (1969), está no fato de que a interação é simbólica e, por ser humana, implica a abordagem dos significados. Essa argumentação nos remete a pensar na necessidade de se estudar tanto a emergência do significado quanto a sua inserção no contexto da interação social, que fora discutido na aplicação do *Modelo Paradigmático*, nos subitens "*condições causais e contextuais*".

Já sabemos que os **significados** se referem ao aspecto subjetivo da experiência humana. Reapresentando-os, para Stryker e Stathan (1985, p.320), significados "são aspectos subjetivos da experiência humana que devem ser examinados, porque os significados que as pessoas atribuem às coisas, afinal, organizam seu comportamento." E por ressignificarem, a todo momento, sua própria prática gerencial, os Enfermeiros também a reorganizam a partir da autointeração (coma apreensão dos conceitos instituídos) e da interação social.

A **ação humana** é vista como um resultado da autointeração; é construída através das indicações que o Enfermeiro faz a si e da interpretação do que indica para agir. Ele, então, identifica que quer estabelecer uma meta, mapeia uma linha

de comportamento através da linguagem, observa e interpreta as ações dos outros (colaboradores e gestores institucionais), dimensiona a sua situação, avalia sua conduta e elabora o que fazer.

Logo, a **sociedade** é definida pelos interacionistas como constituída de indivíduos que interagem uns com os outros, quando as atividades dos membros ocorrem como resposta de um ao outro, ou em relação ao outro.

Em suma, a interação vem como elemento fundamental para a formação de comportamentos, proporcionando, então, ao indivíduo, a criação de significados, o que define suas ações.

Assim se desenvolve a gerência, realizada exclusivamente por Enfermeiros, de fato e de direito, pois estão no cerne das relações instituídas pelas Unidades (direções) e instituintes dentro da CME.

Muitas vezes, o "eu" [10] dos Enfermeiros deseja manifestações contundentes, enquanto o "mim"[11] pondera perdas e ganhos com as decisões tomadas no cenário amplo da CME. Assim, o Enfermeiro gerente conta com o "self"[12] para interagir, pois, como na citação, o "self" não responde apenas aos outros, mas a si mesmo. Desse modo, o enfermeiro ganha aptidão para tomar decisões e obter condições para agir diante das situações, sejam elas emergentes ou não, pois assume o papel do outro, definindo a realidade e a situação, dando-se, assim, a ação social formada com base nas situações em que ocorre, o cenário da CME e a gerência.

---

[10] Reação do indivíduo às atitudes dos outros, sendo a espontaneidade e a impulsividade suas principais características. (DUPAS *et al*., 1997, p.223).

[11] Considerado como a série de atitudes organizadas adotadas pelo indivíduo, determinando a conduta na medida e que é de caráter autoconsciente. (*Idem*, *ibidem*, p.223).

[12] Representa um processo social no interior do indivíduo que envolve dois momentos distintos, porém complementares – o *eu* e o *mim*. (MEAD, 1962, p. 194).

Em seu primeiro contato com a CME, o Enfermeiro conhece o processo de trabalho e apreende conceitos e componentes importantes para o desenvolvimento de tal processo. Assim, surge sua identidade de profissional atuante na CME. Inicialmente, apresenta-se como Enfermeiro gerente tomado pelo “mim” e forma o “self” para agir, entendendo a teia de relações que envolvem interna e externamente a CME. Posteriormente, ele interpreta o que ocorre e simboliza a situação. Identifica problemas e cria alternativas produzindo as ações. Através da interação, cria suas próprias ações e age para a sociedade, seu grupo, seu propósito, imbuído do significado que a CME tem para eles.

Vimos a gerência inserida num processo constante de aprendizagem, a propósito do qual, na figura abaixo, esclarecemos que o planejamento, tão apontado como necessário às mudanças na CME, perpassa a questão também do “replanejar” – replanejar a cada ressignificação feita.

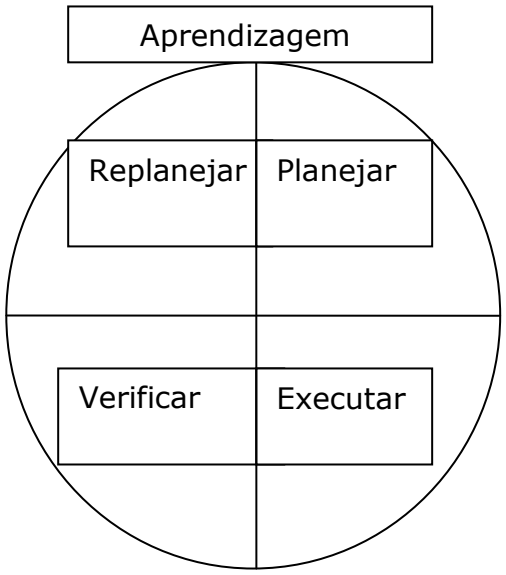

Figura 20. **PROCESSO CONTÍNUO DE APRENDIZAGEM**. (TAJRA, 2010).

No caso, o Enfermeiro tem como referência que as decisões tomadas pelos gestores institucionais são fator determinante do seu fazer. Assim, toda instituição se baseia em valores, crenças e princípios ditados pelo modelo curativista, implicando o pensar estratégico definido pelo enfermeiro. Declara-se, então, o fazer reproduzido, imposto aos Enfermeiros de CME no que tange ao gerenciamento de recursos humanos. E a urgência instala se como uma constante, na rotina prática da CME.

Pensar em planejar significa, para esses Enfermeiros bem como para todos os gestores, promover mudanças. Para Tajra (2010), o planejamento é uma das alternativas que as organizações possuem para promover as mudanças estruturais, tecnológicas, de infraestrutura e qualquer outra mudança que se faça necessária. E a atividade de planejamento está relacionada a uma gestão participativa, que envolve todos os colaboradores de uma instituição. Ainda para o autor, participar é um dos princípios do planejamento. E, como sabemos, nem sempre os Enfermeiros de CME são chamados a participar das atividades que envolvem decisões importantes em uma instituição.

Ainda assim, o planejamento é uma forma de minimizar os erros, mas não garante sua eliminação.

Como proposta, fica aqui a ideia de que algumas questões deveriam ser normatizadas, como a provisão de recursos, principalmente humanos. Adotando-se normativas para aquisição de recursos, os Enfermeiros teriam possibilidade de aliar competências e mão de obra qualificada e quantitativamente adequada, dada a responsabilidade das ações de Enfermagem desenvolvidas na CME. Possari (2010) alerta:

> Agregar mão de obra desqualificada a um serviço de alta complexidade, como o CME, que envolve diversos segmentos da estrutura hospitalar, pode implicar em descrédito nas ações de enfermagem em geral, além de danos ao cliente que busca pela assistência à saúde. (POSSARI, 2010, p.194).

Fazendo análise e utilizando o comparativo de tempo, evidenciamos, através do entendimento de Silva (1998), a evolução e a complexidade das técnicas referentes ao processamento de artigos odonto-médico-hospitalares.

> Com a realização de procedimentos cirúrgicos invasivos cada vez mais delicados e sofisticados, o processamento dos artigos se torna uma atividade complexa, diferente das executadas no passado, que embora fossem artesanais, uma vez aprendidas não ofereciam maiores dificuldades. (SILVA, 1998, p.63).

Tal registro é do ano de 1998, 13 anos atrás, para ainda hoje observarmos o tratamento que é dado à CME pelos profissionais em sua maioria não pertencentes a ela. Esta observação traz à tona a construção do processo de trabalho formatado pelos Enfermeiros, que desempenham suas atividades gerenciais.

É esta observação que provoca a constituição da gerência de RH feita pelos Enfermeiros, criando fluxos continuamente construídos e reconstruídos por meio de processos elaborados a partir das definições e ordens dos gestores institucionais, proporcionando interpretações acerca da realidade que definem a prática gerencial.

> O ser humano age em relação às coisas, com base nos significados que elas têm para ele; o significado dessas coisas é derivado, ou seja, surge da interação social que se estabelece com outras pessoas; estes significados são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pelo sujeito ao tratar as coisas e situações que ele se encontra. (BLUMER, 1969, p.2).

6 VALIDANDO A MATRIZ TEÓRICA

Neste capítulo, descrevemos o processo de validação da matriz teórica que, para Strauss e Corbin (2008), é uma forma de determinar como a abstração de ajusta aos dados brutos e também determina se algo importante foi omitido do esquema teórico. Assim sendo, com a validação não se pretende testar o sentido quantitativo dos dados nem testar os achados, mas sim comparar o esquema teórico construído com os dados, de forma a reconhecer a história que está sendo contada.

Enfim, a teoria substantiva foi validada mediante comparação com os dados brutos por meio da apresentação destes aos informantes.

Na ocasião, a validação foi realizada em momento formal, quando os participantes foram comunicados do procedimento,deste aceitando participar, como sendo etapa necessária à construção da Tese.

Participaram, então, dessa validação três Enfermeiros: um gerente de CME, um supervisor de atividades em CME, e um residente de Enfermagem, iniciante na CME. No primeiro momento, foi lido o documento de apresentação, deste constando todas as etapas da validação (Apêndice D) – primeiramente, a leitura das orientações iniciais para o processo de validação; posteriormente, foi realizada a caracterização dos sujeitos, sendo, por último, solicitada a contribuição do sujeito participante, de acordo com o item 3, do Apêndice D.

Para tal, foram apresentados aos participantes os diagramas (V. Figuras 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19, no capítulo 4) e solicitada a sua compreensão, seguindo-se as perguntas contidas no Apêndice D.

Por fim, foi-lhes solicitado posicionamento acerca do Esquema Teórico. Todos os documentos foram apresentados em figuras, e esse momento foi gravado em MP4, com autorização assinada pelos participantes.

Em todos os momentos, vivenciamos nossa história de afetos e desafetos com a CME. Fomos, inclusive, interrompidos por equipes da manutenção hospitalar para resolução de uma questão estrutural predial importante. Caso não fosse resolvida a questão, o processo de trabalho daquela CME seria obrigatoriamente paralisado pelo Enfermeiro gerente. Naquela hora, toda a atenção no sentido de cobrança foi designada ao gerente que, de forma ética, resolveu a situação. Nem por isso deixamos de validar o esquema teórico; muito pelo contrário, motivamo-nos mais ainda, pois estávamos falando de questões gerenciais que envolviam todo o processo de trabalho realizado por aquele Enfermeiro e sua equipe.

Todos os diagramas foram afirmados pela abstração de seus conceitos com veemência, salvo o diagrama 4, que tratava da categoria "*Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade*". Sobre esse diagrama (v. Figura 11), uma única consideração fora apontada: a autonomia pertencia, também, à subcategoria "*idealizando internamente a CME*", com a justificativa, dada pelos Enfermeiros,de que tal é condição *sine qua non* para uma atuação do gerente na CME. Essa autonomia, inclusive, diferencia a CME de outros setores de assistência à saúde, no que tange à participação dos Enfermeiros, pois ali atuam, como gerentes, somente Enfermeiros, dependendo deles, então, a assistência indireta ao cliente.

Quanto às imagens, indagados se estavam condizentes com a representação das categorias, relataram concordar plenamente, pois todas as considerações escritas acerca de cada fenômeno partiam de um movimento centralizado, denotando movimento do Enfermeiro para a CME e da CME para a instituição. E todos, ao fim, entenderam que todo movimento se dava em relação à preocupação do Enfermeiro em busca da qualidade.

A imagem do fenômeno central, com alvo na qualidade, foi interpretada como foco figurativo bem designado. Todo o processo de trabalho do Enfermeiro se volta para a qualidade da assistência indireta, que muitos realizam sem o denominar, ao executar claramente todas as categorias apontadas.

A ideia de foco central, de interdependência entre as categorias e o movimento centralizado envolvendo a representatividade do Enfermeiro para a CME e da CME para a instituição hospitalar fez surgir o esquema teórico apresentado sob forma de desenho do Sistema Solar e seus planetas. Neste, o Sol representa toda a dependência que dele têm os planetas como condição *sine qua non* para sua existência. Analogicamente, a CME está para o hospital assim como o Sol para os planetas, pois os alimenta, respectivamente, em fonte de vida humana e de assistência à clientela.

E para finalizarmos, acordamos que o Enfermeiro é parte integrante e grande motivador de cada categoria construída; analogicamente, nos reportamos aos planetas como fundamentais à composição do universo.

Assim, encerramos a etapa de validação com agradecimentos e registro de esperança por constituição de CME melhores, fundamentadas na prática dos

Enfermeiros e no que eles podem oferecer de melhor, seguindo preceitos ético-políticos de profissionalidade e seriedade.

Figura 21. **REPRESENTATIVIDADE FINAL DO FENÔMENO CENTRAL. *Reconstruindo a gerência na CME em busca da qualidade da assistência indireta.***
Fonte: NASA (*Jet Propulsion Laboratory website:* http.photojournal.jpl.nasa.gov). (Criação: Fatima Marques; Arte final: Jorge Pimenta).

ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES...

Enfim, apontaremos aqui as questões pertinentes à finalização desta tese, não como um fim exato, muito menos como verdade absoluta acerca da realidade gerencial da CME, mas como frases últimas deste trabalho.

Nossa principal proposta foi validar o fenômeno central. Assim sendo, partimos da Teoria Substantiva, já construída em estudo anterior, para aqui ser ressignificada e validada por Enfermeiros outros (atuantes em CME diferentes das estudadas durante a pesquisa geradora da Dissertação de Mestrado), aumentando nossa "amostragem teórica". Pensamos, assim, conferir fidedignidade aos dados e resultados, no que tange ao gerenciamento de recursos humanos em CME.

Na pretensão de validar tal modelo teórico de gerenciamento de recursos humanos em CME, tentamos elucidar como se dá a relação entre *sujeito*, *ação*, *significado* e *interações sociais*, para os Enfermeiros.

Podemos dizer que essas relações foram retratadas por construções e, ou, reconstruções do significado da prática gerencial a partir do processo de trabalho, dadas as ações executadas, surgidas dos processos interpretativos e de suas realidades, considerando conceitos éticos e político-institucionais vigentes com foco na qualidade da assistência indireta à clientela, o que consubstanciou a tese *Reconstruindo a gerência na Central de Material e Esterilização em busca da qualidade da assistência indireta*.

Conforme os objetivos explicitados na seção introdutória desta tese, podemos dizer que os alcançamos, por etapas, em três momentos distintos, como apresentamos ao longo deste texto. Vimos que o significado da prática gerencial dos Enfermeiros voltada para os recursos humanos permanece associado a uma condição intuitiva, guiada por uma adaptação de comportamento baseado e organizado em significados de compartilhamento e busca de conhecimentos, cumplicidade nas ações e de inspiração própria. Esta prática é formatada pelos Enfermeiros de CME. Muitas vezes, quando tomam atitudes próprias, imbuídas de autonomia, são impedidos e ficam frustrados. Dessa forma, eles se percebem integrantes de uma estrutura organizacional que, muitas vezes, não está preparada para valorizar os atos de autonomia, a flexibilidade, o planejamento estratégico, a qualidade de vida no trabalho, a participação ativa dos gerentes setoriais e a inovação.

O presente estado de maturidade desses Enfermeiros, ao conhecerem suas realidades, permite-lhes deter “estatutos” parecidos com os de outras realidades. Assim, de forma instituída, exercem a reprodução processual da gerência de seus grupos de trabalho, instituídas de acordo com as ordens políticas vigentes, preponderantes sobre a sonhada inovação.

Deflagramos os limites e o conflito como agentes soberanos e motivadores para a resolução dos problemas encontrados, tais como o estresse, como um aspecto negativo que preocupa o Enfermeiro, e a questão dos problemas causados pelo absenteísmo, pelo dimensionamento inadequado pessoal, além do perfil divergente de pessoal para atuar na CME. Percebemos, também, as questões de tempo como um fator que deveria otimizar o trabalho gerencial na CME. Desta

forma, as ferramentas para o gerenciamento não conseguem ser aplicadas. Aí, tem-se uma questão forte de cultura no trabalho, onde o Enfermeiro, conhecendo ou não a causa, precisa gerenciar o estresse, os problemas e o tempo.

Mediante a realidade descrita, o encorajamento para atuação do Enfermeiro surge com a conscientização do significado do papel importante que a CME exerce para a instituição. A busca pela qualidade traz aos Enfermeiros uma prática coerente com a realidade, em lutas ante muitos desafios.

Desafios estes citados em três momentos: desafios do passado, desafios do presente e desafios do futuro. Vejamos um a um.

Constituintes de desafios do passado, segundo Sekiou *et al*. (2001), temos a estrutura, a produtividade, o sistema, a estratégia, a cultura e a inovação. Falando de desafios do presente, temos a excelência, a qualidade total, a gestão cultural, a comunicação interna e a flexibilidade. Ainda para os autores, os desafios do futuro se pautam pela posição estratégica de RH, pelo desenvolvimento das novas modalidades de comportamentos, a aceleração da criação de práticas eficazes de gerenciamento de RH, o acolhimento e a cooperação com outras organizações e culturas, o encorajamento da cultura da liberdade, de abertura e iniciativa, e a aplicação das dimensões “comunicação e formação”.

Pensamos que o Enfermeiro de CME esteja realmente tentando encarar os “desafios do presente com vistas ao futuro”; porém, é levado, ainda, a entender os desafios do passado, quando tenta, até então sem perceber, aplicar o legado que o classifica, os tais desafios do passado que ainda são presentes.

É preciso analisar nossa prática partindo de método comum, talvez traçado neste estudo, para que possamos desenvolver competências técnicas fundamentais à prática da CME, sendo ele referenciado por uma linguagem própria que caracterize a CME. Tal linguagem própria deve ser iniciada em período de formação acadêmica, para que os Enfermeiros se formem com propriedade acerca de suas possibilidades de atuação, sendo a CME uma delas.

Vemos que a mudança de comportamento necessária à transformação de um corpo de trabalho é dependente não somente da construção de uma educação contínua norteada pelo Enfermeiro, mas, principalmente, de uma reeducação transformadora, aliada a uma reflexão ética e política, incorporadas à percepção do profissional quanto ao papel que a CME tem para o hospital.

Assim é que, validado o modelo teórico de gerenciamento de RH, entendemos que o processo de gerenciamento de recursos humanos é dinâmico, embasado na construção e na reconstrução contínua das relações entre sujeito e ambiente, com vistas ao alcance da qualidade da assistência indireta ao oferecer condições para assistência direta à clientela.

Contudo, verificamos uma tentativa de mudança de paradigma por parte dos Enfermeiros, o que conduz a uma mudança de comportamento, principalmente, a partir do pensamento, pois conduz à reeducação. Agrega valores e percepções que formam uma determinada visão da realidade.

Hoje em dia, o potencial humano é cada vez mais reconhecido como um trunfo especial para a instituição, devendo, então, seus profissionais ser respeitados como verdadeiros condutores e formadores de uma realidade.

Com a certeza viva de que os Enfermeiros compõem a história da CME com contribuições importantes para o legado da Enfermagem, encerramos nossas considerações citando Alcântara (2005, p.207):

> Transcender em nosso pensamento significa ir além, ultrapassar limites, ousar, criar, inovar, renovar e evoluir com ética. Então, a interação entre quem cuida e quem é cuidado está na própria ética do cuidado. Sem ética não se transcende. Sem transcendência não há meta competência (além da competência convencional). A ética é a viga mestra do cuidar. É ela que gera o equilíbrio dos valores fundamentais da vida humana.

Por último, os enfermeiros gerentes de CME transcendem, a todo tempo, quando tentam ir além, ultrapassar os limites próprios e institucionais, quando tentam criar, inovar, ousar... Em prol da qualidade, utilizando-se da ética pessoal e profissional, em nome da assistência indireta ao cliente.

Pezzi (2008) relata que esse corpo de sentidos e com sentidos deve ser, estar e querer ser motivado. Portanto, mais uma vez, podemos perceber que esse significado de atuar na CME é um fenômeno interno, subjetivo. Faz parte do âmago do ser humano. Precisamos estar atentos e despertar para esse lado da vida, ou seja, para a parte boa e íntegra de nossa vida cotidiana. É um verdadeiro despertar interior, inclusive no trabalho.

Escrevem Strauss e Corbin (2008, p.127):

> Se alguém estuda somente estrutura, descobre porque, mas não como certos fatos ocorrem. Se estuda apenas processo, entende como as pessoas agem/interagem, mas não o por quê. É necessário estudar estrutura e processo para capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos.

Pensamos ser essa estrutura, a que se referem os autores citados**,** aquela em que estão inseridos os sujeitos de nossa pesquisa. Tivemos a oportunidade de iniciar um estudo que relacionou processo e estrutura e que nos oportunizou entender a dinâmica de trabalho na CME.

Enfim, vemos a disposição dos Enfermeiros de CME para transformar esse tão nobre setor por meio da visão da realidade, da relação de intuição, aliadas ao conhecimento e à experiência, à aplicação de ações como estratégias metodológicas; como consequência, o funcionamento da CME. Assim, os Enfermeiros alcançam resultados positivos, encarando a prática em CME como uma tendência contemporânea de enfoque sistêmico e estratégico da assistência à saúde, seja ela direta ou indireta.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Leila M. **Cuidando de quem cuida: a harmonia no ambiente de trabalho** – o caso de um hospital militar. 1999. 112f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)— Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro: S.n., 1999.

_____**. A enfermagem militar operativa gerenciando o cuidado em situações de guerra.** 2005. 288f. Tese (Doutorado em Enfermagem) —Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: S.n, 2005.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; FORTUNA, Cenira Magali; PEREIRA, Maria José B.; *et al.* Gerência na rede básica de serviços de saúde: processo de trabalho. Encontro de Enfermagem do Nordeste, 10. 1994. Salvador– BA. **Anais.** Salvador: Associação Brasileira de Enfermagem - BA, 1994.

ANTUNES, Arthur V.; TREVISAN, Maria Auxiliadora. Gerenciamento de qualidade: utilização no serviço de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.2, p.35-44, jan.2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 14724**: Informação e documentação. Trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 6 p.

BARTOLOMEI, Sílvia R. T.; LACERDA, Rúbia A. Trabalho do enfermeiro no Centro de Material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.40, n.3, p.412-417, 2006.

BAZILLI, Chirley *et al.* **Interacionismo Simbólico e a Teoria dos Papéis**. Uma aproximação para a Psicologia Social. [Rentería, E; Duarte, JC; Franciscatti, KVS; Andrade, LA; Rala, LA]. São Paulo: EDUC, 1998.

BELANCIERI, M.F. **Enfermagem: estresse e repercussões psicossomáticas.** São Paulo: EDUSC, 2005.

BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. **O treinamento do enfermeiro recém-admitido: visão do treinando e do treinador**. 1995. 85f. Dissertação (Mestrado em

Enfermagem)—Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo (SP): 1995.

BLUMER, Herbert. ***Symbolic Interactionism: perspective and method***. Berkeley (CA-USA): University of Califórnia, 1969.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Hospital Federal Cardoso Fontes** (Hospital Geral de Jacarepaguá). Brasília: DATASUS, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3304552295423>.

_____. _____. _____.**Hospital Federal de Bonsucesso**. Brasília: DATASUS, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3304552269880>.

_____. _____. _____. **Hospital das Clínicas de Goiânia**. Brasília: DATASUS, 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=5208702338424>.

_____. _____. ***MS Informa*** [Boletim eletrônico]. Brasília, ano II, n.6, jun. 2009.

_____. _____. **Glossário do Ministério da Saúde.** Projeto de terminologia em Saúde. Brasília, DF: MS, 2004. (Série F. Comunicação e educação em Saúde).

_____. _____.. Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002. Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 nov.2002.

_____._____. **Processamentos de artigos e superfícies em estabelecimentos de saúde.** 2. ed. Brasília: MS, 1994.

_____. _____. Coordenação de Assistência Médica e Hospitalar. **Normas de administração e controle do hospital**. Brasília: MS: Secretaria de Assistência Médica, 1974.

BRONZATTI, Jeane Aparecida Gonzalez. **O trabalho de enfermagem na unidade Central de Material: uma abordagem ergonômica***.* 2002. 109f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo, S.n., 2002.

CASSIANI, Sílvia Helena B.; CALIRI, Maria Helena L.; PELÁ, Nilza Teresa R. Teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.4, n. 3, p. 75-88, dez. 1996.

CHARMAZ, Kathy. **A construção da teoria fundamentada.** Guia prático para análise qualitativa. Tradução: Joice Elias Costa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas.** O novo papel dos recursos humanos nas organizações. 2.ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução nº 189, de 25 de março de 1996. Estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem em instituições de saúde. In: Conselho Regional de Enfermagem. **Documentos básicos de Enfermagem**: enfermeiros, técnicos e auxiliares. São Paulo, 1996, p.177-80.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, n. 201, 16/10/96

COULON, Alain. **A Escola de Chicago**. Tradução Tomás R. Bueno. São Paulo: Papirus, 1995. 135 p.

CRUZ, Enêde A.; SOARES, Enedina. O conhecimento produzido em Central de Material e Esterilização: um estudo retrospectivo. **Revista Baiana de Enfermagem.** Salvador, v.17, n.3, p.95-107, set/dez 2002.

DUPAS, Giselle; OLIVEIRA, Irma de; COSTA, Terêsa N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.31, n.2, p. 219-26, ago. 1997.

FELLI, Vanda Elisa A. A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem. 2002. 125f. Tese (Livre Docência)—Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo: S.n., 2002.

FULY, Patrícia S. C. **Ressignificando o gerenciamento da qualidade e a valorização do cuidado profissional:** implantação e implementação da sistematização da assistência de enfermagem. 2009. 248f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: S.n., 2009.

GAIDZINSK, Raquel Rapone. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática.** 1994. 259f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem. São Paulo (SP), 1994. 259p.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas,1994.

GLASER, B. ***Basics of grounded theory analysis****: emergence versus forcing.*Mill Valley CA: Sociology Press, 1992.

GOLDENBERG, Miriam. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

HAGUETTE, Teresa Maria F. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 1992.

KURCGANT, Paulina (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem***.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LEIFERT, R.M.C. Auxiliares de esterilização. [cartas]. **Revista SOBECC**. São Paulo, v. 2, n. 4, p. 26, 1997.

LIMA, Maria Auxiliadora da C.; CASSIANI, Sílvia Helena B. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.23-30, jan. 2000.

MARTINS, Vaneila M. F. *et al*. Forças impulsoras e restritivas para trabalho em equipe em um Centro de Material e esterilização Hospital-Escola. [Bouttelet, DM; Tipple, AFV; Bezerra, ALQ; Leite, JL; Ribeiro, LCM]. **Revista da Escola de Enfermagem da** USP. São Paulo, v.45,n. 5, p.1183-1190, 2011.

MARTINS, Vaneila M. F. **Forças impulsoras e restritivas para o trabalho no Centro de Material e Esterilização de um Hospital-Escola.** 2009. 163f.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem. Goiânia (GO): S.n., 2009.

MASSAROLO, M.C.K.; FERNANDES, M.F.P. Ética e gerenciamento em enfermagem. *In:* KURCGANT, Paulina (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

MEAD, George H. ***Mind, Self and Society from the standpoint of a social behaviorist*.** Chicago (Ill.-USA): University of Chicago Press, 1962. 401 p.

MILIONI, Benedito Antônio. Integrando o levantamento de necessidades com a avaliação e validação do treinamento. In: BOOG, Gustavo G. (Coord.). **Manual de treinamento e desenvolvimento:** um guia de operações manual oficial da ABTD. São Paulo: Makron, 2001, p.9-27.

MOREIRA, Patrícia Luciana; DUPAS, Giselle. Significado de saúde e de doença na percepção da criança. **Revista Latino-Americana de Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.757-762, nov./dez. 2003.

MOURA, Maria Lúcia P. de A. **Gerenciamento da Central de Material e Esterilização para enfermeiros**. São Paulo: Senac,1996.

NISHIO, Elizabeth A; FRANCO, Maria Teresa G. **Modelo de Gestão em enfermagem.** Qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

PEREIRA, L. L.; LEITE, M. M. J. Recrutamento e seleção de pessoal de Enfermagem. *In*: KURCGANT, P. (Org.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. Cap. 8, p. 97-105.

PEZZI, Maria da Conceição S.; LEITE, Joséte L. Investigação em Central de Material e Esterilização utilizando a Teoria Fundamentada em Dados. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v.63, n.3, p. 391-396, maio-jun. 2010.

PEZZI, Maria da Conceição S. **Primando pela qualidade através do significado** – o trabalho da enfermeira de CME em face dos recursos humanos. 2008. 208p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: S.n., 2008.

PINTER, M. G.; GABRIELONI, M. C. Central de material e esterilização. In: FERNANDES, A. T.; FERNANDES, M. O.; RIBEIRO, N. (Ed.). **Infecção hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo: Atheneu, 2000, 1041p.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T.; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POSSARI, João Francisco. **CME: planejamento e gestão**. 4. ed. São Paulo: Iátria, 2010.

_____. **CME: planejamento e gestão**. São Paulo: Iátria, 2003.

PROCHNOW, Adelina G. **O processo o exercício da gerência do Enfermeiro:** culturas e perspectivas interpretativas. 2004. 171f. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: S.n., 2004.

SALES, S. M. M. Central de material esterilizado. In: OLIVEIRA, Adriana Cristina; ALBUQUERQUE, Claudio P.; ROCHA, Lúcia Cristina M. **Infecções hospitalares**: abordagem, prevenção e controle. Rio de Janeiro: Medsi, 1998, p. 65-74.

SEKIOU, Lakhdar *et al*. **Gestão dos recursos humanos**. Tradução: Ana André. Lisboa (PT): Instituto Piaget, 2001.

SILVA, Arlete. Organização do trabalho na Unidade Centro de Material. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.32, n.2, p.169-78, ago. 1998.

_____. **Trabalhador de enfermagem na unidade Central de Material e os acidentes de trabalho**. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem)—Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. São Paulo: S.n, 1997.

SILVA, Maria Virgínia Godoy da. **A equipe de Enfermagem do centro de material:** um grupo esquecido. 1995. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)—Universidade Federal do Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: S.n.,1995.

SILVA, Vanda Elisa Felli; MASSAROLLO, Maria Cristina Kumatsu Braga. A qualidade de vida e a saúde do trabalhador de enfermagem. **O Mundo da Saúde,** São Paulo, v. 22, n. 5, p.283-286, set./out.1998.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO (SOBECC). **Práticas Recomendadas SOBECC**. 5.ed. São Paulo, 2009.

_____. **Práticas Recomendadas SOBECC**. 4.ed. São Paulo, 2007.

_____. **Práticas Recomendadas SOBECC**. 3.ed. São Paulo, 2005.

_____. **Práticas Recomendadas SOBECC**. São Paulo, 2001.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa qualitativa.** Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada. 2 ed. Tradução: Luciane de Oliveira Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2008. (Série: Métodos de Pesquisa).

_____. ***Bases de la Investigación Cualitativa****. Técnicas y Procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada*. Traducción: Eva Zimmerman. Antioquia (CO): Editorial Universidad de Antioquia, 2002.

_____. ***Basics of qualitative research.*** *Grounded Theory procedures and techniques*. Newbury Park (CA-USA): Sage Publications,1990.

STRYKER, Sheldon; STATHAM, Anne. *Symbolic Interaction and Role Theory*. In: LINDZEY, G.; ARONSON, E. (Ed.). ***Handbook of Social Psychology***.3rd ed. New York: Random House, 1985. V. I, p. 344-348.

TAUBE, Samanta A. M.; ZAGONEL, Ivete P. S.; MÉIER, Marineli J. O marco conceitual ao trabalho de enfermagem na central de material e esterilização. **Cogitare Enfermagem.** Curitiba, v.10, n.2, p. 76-83, mai.-ago. 2005.

TAJRA, Sanmya F. **Gestão estratégica na saúde.** Reflexões e práticas para uma administração voltada para a excelência. São Paulo: Iátria, 2010.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

TOMASI, Neusi Garcia; YAMAMOTO, Rita Miako. **Metodologia da Pesquisa em Saúde.** Fundamentos Essenciais. Curitiba (PR): Autores Paranaenses, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Sistema de Bibliotecas e Informação. **Manual para elaboração e normalização de dissertações e teses.** [Organizado por Elaine Baptista de Matos Paula *et al.*]. 3. ed. rev., atual. E ampl. Rio de Janeiro :SiBI, 2004. 102 p. (Série Manuais de Procedimentos, 5).

SÍTIOS NA INTERNET

CIÊNCIA E CULTURA NA ESCOLA.
http://ciencia-cultura.com/

CULTURAMIX.COM
http://www.culturamix.com/

IPLAY
http://www.iplay.com.br/

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
http://cnes.datasus.gov.br/

NASA (*Jet Propulsion Laboratory*).
http.photojournal.jpl.nasa.gov

NINE PLANETS
http://nineplanets.org/
http://nineplanets.org/jupiter.html

SABER WEB
http://saberweb.com.br/

VISTAS DEL SISTEMA SOLAR
http://www.solarviews.com/span/homepage.htm

WALLDESK.COM (Planeta Terra)
http://www.walldesk.com.br/papel-de-parede/wallpapers-planeta-terra-20.asp?f=9818

Apêndices e Anexos

APÊNDICES

Apêndice A. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Apêndice B. CARTA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Apêndice C. INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Apêndice D. ROTEIRO PARA VALIDAÇÃO

Apêndice E. CARTA À UFRJ REF. FINANCIAMENTO DA PESQUISA

Apêndice F. CRONOGRAMA

Apêndice G. REGISTROS DA PRIMEIRA ETAPA: *CODIFICAÇÃO ABERTA*

Apêndice H. REGISTROS DA SEGUNDA ETAPA: *CODIFICAÇÃO AXIAL*

APÊNDICE *A*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2011.

Prezado(a) Senhor(a),

Eu, Maria da Conceição Samu Pezzi, Enfermeira, estou desenvolvendo minha tese de doutorado que versa sobre a temática GERÊNCIA em Central de Material e Esterilização, sob orientação da Profª Drª Joséte Luzia Leite, e solicito a sua participação na qualidade do sujeito investigado. Esse estudo visa a *como gerenciar Recursos Humanos em Central de Material e Esterilização*, a partir do profissional e suas atividades realizadas, para a criação e validação de um modelo de gerenciamento. Os objetivos propostos são: caracterizar o significado atribuído pelos enfermeiros de CME a partir da apresentação dos diagramas teóricos (categorias e subcategorias) oriundos de minha dissertação de mestrado; discutir os achados em face das implicações para a Enfermagem, à luz do Interacionismo Simbólico; validar o modelo teórico (fenômeno central) considerando as possíveis ressignificações dos Enfermeiros de CME acerca do gerenciamento de recursos humanos.

A condução da pesquisa foi planejada de modo a não causar prejuízos aos participantes, não havendo despesas para o seu transporte, já que a coleta dos dados será realizada em seu local de trabalho, em horário de expediente e previamente agendada.

Sua participação não implica despesa de qualquer natureza, e será assegurada sua liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento ou deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga algum prejuízo. É assegurada, ainda, a não identificação dos sujeitos que participarão da pesquisa, sendo mantido o caráter de confidencialidade das informações obtidas. Acreditamos que o máximo de desconforto para o desenvolvimento dessa pesquisa é o tempo despendido para responder às duas questões contidas na entrevista.

Informo que o projeto foi elaborado tendo em vista o que preconiza a Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos, resguardando, portanto, a responsabilidade ética do pesquisador. Desta forma, presumimos que, considerando a natureza, a característica e os objetivos propostos, não identificamos riscos à sua participação.

A condução das entrevistas será feita por mim, Maria da Conceição Samu Pezzi. As duas entrevistas necessárias para a pesquisa contêm **duas perguntas abertas relativas à sua prática na gestão do CME.**

A realização das entrevistas obedecerá à seguinte ordem:

- O contato entre pesquisador e sujeito/voluntário, pode se dar em dois momentos distintos: o primeiro,por meio de abordagem entre pesquisador e sujeito para realização da entrevista (conforme acima descrito); e o segundo momento, para validação dos resultados encontrados – “Fenômeno Central”. O segundo contato, se necessário, será realizado após agendamento prévio.

- As respostas emergidas terão caráter sigiloso: em nenhum momento haverá exposição do nome do entrevistado (sujeito/voluntário);
- As informações colhidas por meio de entrevista (serão gravadas e transcritas) só serão utilizadas para atender aos fins da presente pesquisa após serem lidas e analisadas pela pesquisadora. Os registros serão utilizados durante a pesquisa e arquivados até que seja feita sua divulgação.
- Não haverá nenhum risco ou prejuízo para aqueles que participarem ou que, em um dado momento, optarem por se desligar do estudo, uma vez que a participação é voluntária;
- Qualquer dúvida ou informação relativa à pesquisa poderá ser sanada pelos participantes no momento da entrevista, ou por contato telefônico ou email,conforme registrados neste termo;
- Como benefícios decorrentes da realização do estudo e relacionados à sua participação, prevemos o desenvolvimento de um modelo gerencial que atenda especificamente a Central de Material e Esterilização, que possibilite a melhoria das condições de trabalho nesse local e, consequentemente, o oferecimento de qualidade no atendimento aos clientes.

Tendo tomado conhecimento das características do processo de participação, e caso esteja de acordo, solicito a aposição de sua assinatura na parte inferior deste documento (e em todas as folhas), assim como eu, pesquisadora, também assinarei.

Em caso de dúvidas sobre seus direitos como participante nessa pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Humana, do Hospital das Clinicas, da Universidade Federal de Goiás, pelos telefones (62) 3269-8338 / 3269-8426, e com o Comitê de Ética em Pesquisa, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, pelos telefones (21)2293-8999, ramal 112. Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Maria da Conceição Samu Pezzi, no telefone (21) 81816032.

Atenciosamente

Maria da Conceição SamuPezzi

Eu, _____,
concordo voluntariamente em participar da pesquisa destinada à elaboração desta tese de doutorado que versa sobre a temática GERÊNCIA em Central de Material e Esterilização, de autoria da doutoranda Maria da Conceição Samu Pezzi, sob orientação da Profª Drª Joséte Luzia Leite, na condição de sujeito entrevistado.

Estou ciente de que os dados deste estudo serão coletados por entrevistas entre pesquisadora e entrevistado. Estas serão respondidas por mim e analisadas pela pesquisadora após minha autorização mediante a assinatura em laudas, que serão utilizados para atender aos fins da pesquisa. Estou ciente também que minha participação é anônima, ou seja, em nenhum momento meu nome será exposto, e que tenho total liberdade para interromper minha participação, em qualquer momento, sem acarretar prejuízo de ordem financeira, social, moral ou profissional.

Estou a par de que a pesquisadora, cujo e-mail e telefone de contato se encontram abaixo, está a à minha disposição para sanar qualquer tipo de dúvida e fornecer mais informações sobre este estudo, caso seja de meu interesse.

_____

Participante

Maria da Conceição Samu Pezzi
Pesquisadora
81816032 - mcpezzi@uol.com.br

Joséte Luzia Leite
Orientadora
joluzia@gmail.com

APÊNDICE *B*

CARTA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Rio de Janeiro, ____ de _____ de2010.

Ilmo (a). Sr (a)
(Destinatário)_____

Diretor (a) da renomada Instituição de Saúde _____

Ilmo (a) . Sr. (a)
(Destinatário)_____

Coordenador(a) /gerente da Central de Material e Esterilização
_____

Venho pelo presente, na qualidade de doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, desenvolvendo a pesquisa com a temática GERÊNCIA em Central de Material e Esterilização, sob orientação da Profª. Drª Joséte Luzia Leite, solicitar a autorização para desenvolver a pesquisa intitulada "Construindo formas de gerenciar Recursos Humanos – a prática da enfermeira na Central de Material e Esterilização", nessa conceituada instituição.

Este trabalho (em anexo) visa a estabelecer como gerenciar Recursos Humanos em Central de Material e Esterilização, a partir do profissional enfermeiro e suas atividades realizadas.

Cumpre-se ressaltar que será concedido a cada sujeito desta pesquisa um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como forma de garantir o anonimato de todos que se dispuserem a participar deste estudo. *A exposição nominal da instituição ficará a critério da Comissão de Ética ou correspondente.*

Apresento, desde já, meus sinceros agradecimentos pela colaboração.

Atenciosamente,

_____
Enfermeira Maria da Conceição Samu Pezzi
(Doutoranda)

_____
Enfermeira Profª Drª Joséte Luzia Leite
(Orientadora)

APÊNDICE C

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS:

Primeiro momento (questionamentos):

- O que significa para você a gerência de recursos humanos na CME;
- Como você entende a gerência de recursos humanos na CME;

Segundo momento (discussão):

- Solicitar que exprima sua compreensão a respeito dos fenômenos emergidos no estudo de mestrado, tecendo considerações sobre o modelo teórico representativo.

APÊNDICE *D*

ROTEIRO PARA VALIDAÇÃO

1-Orientações iniciais para o processo de validação:

A TFD é um campo que contribui para o desenvolvimento de construtos teóricos que explicam um determinado fenômeno num contexto social que é desvelado por meio de um processo de coleta e análise de dados sistematicamente conduzidos. O resultado desse processo é uma teoria que emerge das relações estabelecidas entre os conceitos descobertos. Nesse estudo acerca da prática dos enfermeiros em face dos recursos humanos, foi essa expressa por conceitos organizados em categorias, subcategorias e seus respectivos componente, dinamicamente interligados em um fenômeno nomeado: **Reconstruindo a gerência de recursos humanos na Central de Material e Esterilização em busca da qualidade da assistência indireta**.

De maneira geral, as teorias são modelos conceituais, explicativos que permitem acumular e organizar descobertas resultantes das investigações. Consistem em conceitos e relações. Os conceitos, ou as principais ideias expressas por uma teoria, podem existir num continuum, partindo do concreto para o abstrato. Quanto mais abstrato for o conceito, maior será a amplitude das suas definições. As teorias são conjuntos sistemáticos de ideias que explicam o que está acontecendo em uma realidade. Respondem ao "como" e ajudam a interpretar e a compreender os fenômenos, e prevêem ou apontam o que pode acontecer no futuro. (FULY, 2009)

Na TFD a teoria (substantiva) é delimitada a partir de elementos que compõe o chamado **Modelo Paradigmático**: ***contexto*** (onde o fenômeno ocorre); ***condições causais*** (são eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de um fenômeno); ***condições intervenientes*** (são ações que alteram o impacto das condições causais: podem facilitar ou dificultar); ***estratégias de ação/interação*** (são respostas das pessoas ou grupos aos acontecimentos); e ***consequência*** (são os resultados das ações). E como resultado da interação desses cinco elementos tem se o ***fenômeno central***.

2-Caracterização dos sujeitos:

2.1 Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

2.2 Atuação na Enfermagem: _____ (em anos)

2.3 Atuação em CME: _____(em anos)

2.4 Ocupa qual cargo:

( ) gerente de CME ( ) supervisor de CME

2.4.1 Tempo no cargo: _____ (dias, meses, anos)

2.5 Maior titulação: _____

3- Contribuições do participante

Para validação da matriz teórica elaborada, desejo que você olhe para a figura do globo e para os elementos expressos pelas categorias, como contexto, condições causais, condições intervenientes, estratégias e consequências, e avalie se esse diagrama e seu conjunto representam **o significado atribuído à prática gerencial do enfermeiro de CME em face (acerca) dos recursos humanos**.

As sugestões poderão ser inseridas na própria figura ou em comentários descritivos.

O que precisa avaliar?

1. A figura revela a integração das categorias?
2. A teoria explicita o significado da prática gerencial do enfermeiro com relação aos recursos humanos?
3. As categorias estão bem nomeadas? Os conceitos (categorias) são abstratos? Têm poder de generalização para CME?
4. O fenômeno ***Reconstruindo a gerência de recursos humanos na CME em busca da qualidade da assistência indireta*** revela a complexidade da questão da gerência de recursos humanos em associação às suas categorias?
5. As categorias se inserem realmente como componentes do modelo paradigmático?
6. De modo resumido, a matriz teórica elaborada na investigação indicou a possibilidade de desenvolvimento de novas atenções para a gestão de recursos humanos.

7. A complexidade de todas as interações que envolvem o processo de gerenciamento de recursos humanos pelos enfermeiros de CME é apontada em uma figura que representa um sistema universal conhecido por todos, onde todas as linhas que o circundam conectam-se; ou seja, todas as categorias convergem para um novo olhar sobre o gerenciamento de recursos humanos em CME em busca da qualidade?

Muito obrigada pelas contribuições!

APÊNDICE *E*

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Escola de Enfermagem Anna Nery
Coordenação Geral de Pós-Graduação e Pesquisa

Informo, para devidos fins, que o projeto de pesquisa intitulado "Construindo formas de gerenciar recursos humanos - a prática da Enfermeira na Central de Material e Esterilização", desenvolvido por Maria da Conceição Samu Pezzi e orientado por Profª Drª Joséte L. Leite, não recebe financiamento e é desenvolvido com ônus das pesquisadoras.

Atenciosamente,

Maria da Conceição Samu Pezzi
Doutoranda
8181.6032 - mcpezzi@uol.com.br

Profª Drª Joséte Luzia Leite
Orientadora
joluzia@gmail.com

APÊNDICE *F*

CRONOGRAMA

Ante-Projeto: **Reconstruindo formas de gerenciar recursos humanos – *a prática do enfermeiro na Central de Material e Esterilização.***

Autora: Maria da Conceição Samu Pezzi

DATA **ATIVIDADES**	**Março a junho 2009**	**Julho a dezembro 2009**	**Abril - maio 2010**	**Junho a dezembro 2010**	**Janeiro a junho 2011**	**Julho a dezembro 2011**
REVISÃO DE LITERATURA	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
ELABORAÇÃO DO PROJETO	**X**	**X**				
ENTREGA DO PROJETO		**X**				
DEFESA DO PROJETO		**X**				
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (INST)			**X**			
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAEEAN			**X**			
COLETA DE DADOS				**X**		
ANÁLISE DOS DADOS				**X**	**X**	**X**
EXAME DE QUALIFICAÇÃO				**X**		
ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO FINAL					**X**	**X**
DEFESA de TESE						**X**

APÊNDICE G

REGISTROS DA PRIMEIRA ETAPA
– CODIFICAÇÃOABERTA–

ENFERMEIRO I

Significado da gerência de recursos humanos na CME(pergunta 1)

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Bom, é... Historicamente, a gente vê que a CME é um setor, onde não eu...Mas quando não gerenciava a CME, pensava que a escolha do profissional para ir para essa CME era geralmente o funcionário que está saindo da assistência ou está com algum problema de saúde ou está próximo de se aposentar.	Entendendo a CME historicamente; Fazendo a escolha do profissional para atuar na CME; Escolhendo o profissional para CME Criterizando o profissional para atuar em CME: estando perto de aposentar ou com problema de saúde.
É, enfim, é aquele profissional que, infelizmente, o pessoal diz assim: ”ah! Ele já está em final de carreira...”; então, quer dizer, quebra a motivação desse funcionário.	Quebrando a motivação do funcionário; Indo para CME por estar em final de carreira.
E eu, quando cheguei à Central de Material, há uns 6 meses atrás, uma das coisas que eu via muito é que eles tinham conflitos constantes , diários e diariamente, que eles se sentiam desmotivados e desrespeitados. E, muitas vezes, uma fala deles que eu pegava e achava interessante [*era*]: ‘lavadores de ferros”. E na verdade, eu comecei a perceber isso e dizia: “vocês não são lavadores de ferros, vocês são mão de obra especializada.	Chegando à CME há seis meses; Percebendo conflitos diários; Percebendo conflitos constantes; Vendo os funcionários desmotivados; Vendo os funcionários desrespeitados; Ouvindo a fala dos funcionários; Percebendo os funcionários como mão de obra especializada.
Tanto é dessa forma que, assim, se eu pegar qualquer um dos meus funcionários da enfermagem e eles precisarem descer, ir até a assistência, dar um banho no leito, fazer um curativo, cuidar do paciente a beira do leito...	Tendo os funcionários aptos a prestar cuidado direto à beira do leito.
Até porque eu entendo que esse seria o chamado principal do cuidado, o cuidar, não é?! A enfermagem existe para cuidar, e para cuidar, a gente entende que tem que estar à beira do leito.	Entendendo o cuidado como chamado principal da enfermagem; Entendendo a existência da enfermagem.
Eles ficam um pouquinho assim... como se faltasse a identificação do ser enfermagem, do ser enfermeiro, à medida que eles estão a beira do leito, na assistência.	Percebendo a falta de identidade do funcionário da CME; Percebendo afastamento do cuidado direto.
É como se eles não estivessem nesse cuidado. Mas eles estão nesse cuidado, ainda que indiretamente.	Percebendo a equipe fora do cuidado direto; Percebendo os funcionários no cuidado indireto ao cliente.

Enfermeiro I. Significado da gerência de recursos humanos na CME(pergunta 1) [continua]

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Então, quando eu cheguei, há seis meses atrás, eu vi que precisava não só melhorar a qualidade do trabalho, mas melhorar a autoestima do funcionário que já estava alocado aqui.	Chegando à CME há seis meses; Vendo que precisava melhorar a qualidade do trabalho; Vendo que precisava melhorar a autoestima do funcionário já alocado na CME.
Se ele [*o funcionário*] já tinha alguma doença, não significa que ele tinha recebido um certificado de inútil; ele poderia fazer aqui muito bem; mas, como em qualquer outro local, ele deveria ser treinado.	Percebendo o funcionário com alguma doença não como inútil; Fazendo o profissional trabalhar bem, sendo treinado.
A gente, para entrar na enfermagem, ou fez uma faculdade ou fez um [*curso*] técnico. Agora, quando a gente sai de um nível superior, de uma faculdade, ninguém ensinou a gente como trabalhar numa CME, e a gente lembra a questão histórica da CME, o que ela á para o centro cirúrgico.	Ingressando na enfermagem com curso técnico; Ingressando na enfermagem com faculdade; Saindo da faculdade sem saber trabalhar na CME; Lembrando da questão histórica da CME ; Atrelando a CME ao Centro Cirúrgico (CC).
Na verdade, nosso principal cliente é o centro cirúrgico, mas não é só.	Tendo o CC como principal cliente; Não vendo o CC como único cliente.
A cada vez mais, a central de material se fixa, se passa como um setor altamente necessário para o hospital como um todo. Não é só o Centro cirúrgico, é também o maior cliente, mas não é só.	Vendo a CM cada vez mais fixa; Vendo a CM como um setor altamente necessário para o hospital como um todo; Não vendo o CC como único cliente.
Para isso, precisa ter investimento não só de recursos humanos, mas também de materiais e equipamentos. Infraestrutura, num geral.	Precisando de investimentos de recursos humanos; Precisando de equipamentos; Precisando de materiais; Necessitando de infraestrutura.
Eu, justamente por essa questão de mandar funcionários para cá, alguns adoentados, outros perto de aposentar...E já não podem ficar na assistência por estar cansados, às vezes até têm tempo, mas sempre têm alguma coisa pendente... Na verdade, quando eu cheguei aqui, tinham 20 funcionários para aposentar.	Recebendo funcionários na CME adoentados; Recebendo funcionários na CME perto de aposentar; Recebendo funcionários na CME já cansados da assistência; Tendo 20 funcionários para aposentar.
É... Mas, assim, tenho cerca de 90 funcionários ativos. Já tive um absenteísmo maior, mas, assim, procurando valorização desse funcionário...	Tendo 90 funcionários ativos; Tendo absenteísmo maior que agora; Procurando a valorização do funcionário na CME.
O que a gente fez quando chegou aqui?! Nós adicionamos parceria no sentido de estarmos esterilizando fora; então, o nível de estresse deles era muito grande, saíam, iam para rua, para três e quatro hospitais, isso pela manhã; ficavam à tarde, madrugada, com materiais caríssimos pela rua, estressados, em comunidades de risco.	Adicionando parceria para esterilizar fora do hospital; Vendo o nível de estresse grande dos funcionários; Lidando com o nível alto de estresse dos funcionários.
Chegavam aqui muito angustiados, e eu tinha uma questão não só de atender à demanda do hospital como a de trabalhar a motivação interna dos funcionários.	Lidando com a angústia dos funcionários; Tendo que atender à demanda do hospital; Tendo que trabalhar a motivação interna dos funcionários.
Então, nessa parceria, temos o pessoal do projeto vida, trabalhando *shiatsu*, alongamentos, dinâmicas de grupo, festinhas...Você viu ali: eu tentei botar uma mesa, uma flor... Para que eles se sentissem queridos e valorizados.	Fazendo parceria com projeto vida; Trabalhando *shiatsu*, alongamento e dinâmicas de grupo; Colocando uma mesinha, uma flor; Tentando fazer os funcionários queridos e valorizados.

Enfermeiro I. Significado da gerência de recursos humanos na CME(pergunta 1). [continua]

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Eu falo para eles: vocês não sabem o que vocês são.É muito difícil para eles.	Falando para eles que não sabem o que são; Entendendo o quanto é difícil para eles (a questão do valor).
Não tenho enfermeiros em quantidade suficiente; não tenho enfermeiros!	Não tendo enfermeiros em quantidade suficiente; Não tendo enfermeiros.
Houve uma época que aqui tinha uma enfermeira diarista e não tinha enfermeiro à noite. Isso, na época da Enfermeira fulana de tal. A fulana foi diretora da Divisão de Enfermagem. Ela foi uma das pessoas que pelejou bastante para conseguir enfermeiro plantonista 12 x 60; e isso aconteceu atualmente na minha gestão, pelo crescimento da CME.	Tendo uma enfermeira diarista em uma época; Não tendo enfermeiro à noite; Conseguindo, na atual gestão, enfermeiros 12 x 60 para escala; Vendo a luta da colega anterior para conseguir pessoal.
Nós temos um projeto, a gente solicitando... Porque eu vejo subáreas na CM – área de lavação, área de preparo, área de distribuição, que precisa de monitoramento de perto, pela própria enfermeira, não só pelo técnico, mas pela enfermeira.	Tendo um projeto para pedir pessoal; Solicitando mais pessoal; Vendo subáreas na CME; Vendo necessidade de monitoramento de perto pela enfermeira; Vendo a necessidade de monitoramento não só pelo técnico.
Eu tenho pedido à direção enfermeiro em cada um desses subsetores...	Pedindo enfermeiro à Direção para cada subsetor.
Vamos dizer assim: para somar esforços, de 2ª a 6ª feira, que é a maior demanda, a gente colocou 2 tipos de jornada de trabalho, que é 12 x 36...Eu tenho um enfermeiro atualmente – até [*em*] um dos plantões está faltando um, porque aposentou – mas, assim, trabalha um grupo 12 x 36, não trabalha final de semana nem feriado, e 12 x 60 que é outra jornada de trabalho... Então, por jornada, eu tenho um enfermeiro.	Somando esforços de 2ª à 6ª feira; Vendo maior demanda de 2ª à 6ª feira; Colocando dois tipos de jornada de trabalho; Tendo falta de um enfermeiro por aposentadoria; Tendo um enfermeiro por jornada de trabalho.
Eu tenho uma solicitação de nove enfermeiros para fazer, tipo, 12 x 60, por jornada, ocupando cada uma dessas áreas que a gente julga essenciais.	Solicitando nove enfermeiros; Ocupando as áreas que julga essenciais com enfermeiro.
O trabalho do pessoal passa a ter qualidade quando eles percebem a importância do trabalho deles.	Vendo importância do trabalho do pessoal; Percebendo qualidade no trabalho quando o funcionário dá importância ao próprio trabalho.
A gente tem até tido uma preocupação porque, com a questão da obra, alguns serviços ficaram descentralizados, e a gente entende que a descentralização, ela enfraquece o objetivo da Central como um todo.Então o que é a nossa intenção?	Tendo preocupação com a obra; Descentralizando serviços por causa da obra; Entendendo a descentralização como enfraquecimento doobjetivo da CME.
Teve momento que a gente tirou uma visita a todos os setores...Ainda não conheci todos...Mas aqueles mais, é... A odonto, o laboratório, a maternidade, para eu ver como é que está, e a gente está centralizando e trazendo.	Visitando todos os setores do hospital; Não conseguindo conhecer todos os setores do hospital; Vendo como centralizar e trazer o serviço para CME.

Enfermeiro I. Significado da gerência de recursos humanos na CME(pergunta 1). [continua]

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Mas a verdade é que a nossa demanda é muito grande, muito mesmo. Nem a direção...Talvez a direção não tivesse a noção do trabalho que a gente faz aqui.	Percebendo a grande demanda da CME; Entendendo que a Direção não dimensiona a demanda da CME.
A gente pode perceber isso, porque nós tínhamos, diariamente, pela manhã,três hospitais que mandávamos materiais e, à noite, três hospitais. E esses não davam conta desse material.	Percebendo a demanda da CME; Tendo que mandar o material para esterilizar em três hospitais, pela manhã, e três hospitais, à noite; Não dando conta da esterilização,nos lugares em que era feita fora.
Aqui é uma emergência aberta, e eu não paro. É movimento ininterrupto, então... Hemorio chegou a nos ajudar, em alguns momentos, mas a CME deles é uma CME diferenciada.	Tendo uma emergência aberta; Não parando de trabalhar; Tendo movimento ininterrupto; Tendo ajuda do HEMORIO; Entendendo a CME do HEMORIO como diferenciada.
Fundão também chegou a nos ajudar, mas também é diferenciada. Em todos esses hospitais, a CME tem um papel diferenciado.	Tendo ajuda do FUNDÃO; Entendendo a CME do FUNDÃO como diferenciada.
O HGB [*Hospital Geral de Bonsucesso*] tem uma emergência aberta. A gente tem em torno de 50 cirurgias/dia; isso, na movimentação cirúrgica, fora a emergência.	Tendo o HGB uma emergência aberta; Tendo movimentação de 50 cirurgias/dia.
A gente é referência em trabalho hepático, de uma série de coisas. Tenho problemas; até por essa questão do trabalho ininterrupto, a gente perde muito material.	Sendo referência para trabalho hepático; Tendo problemas por trabalho ininterrupto; Perdendo material.
Há desgaste de materiais. Então, quando eu cheguei aqui, em dezembro, nós tínhamos grande quantidade de materiais que tinham que ir para reparo, recondicionados. A gente fez esse levantamento. Alguns, realmente... Outros foram para recondicionamento, mas a gente entendeu também que o recondicionamento não era o ideal, porque faz reparo e, daqui a pouco, ia ter problemas.	Tendo grande quantidade de materiais; Tendo que enviar materiais para reparo; Fazendo levantamento de materiais; Entendendo que o recondicionamento não era ideal; Prevendo problemas com reparo de material.
Fizemos uma solicitação; estamos aguardando licitação para chegar esses materiais, que demora, não é rápido. Enquanto isso, a gente fica: eu preciso disso, eu digo, não tenho. É desgastante, mas necessário.	Fazendo solicitação de material; Aguardando licitação de materiais; Dizendo não por não ter materiais; Reconhecendo desgastante o trabalho, porém necessário.
O dimensionamento de pessoal que tenho não é suficiente.	Tendo dimensionamento de pessoal insuficiente.

Como entende a gerência de recursos humanos em CME? (pergunta 2)

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Estou gostando muito da gerência aqui. Eu tenho algumas outras especializações – em clínica, em maternidade mesmo; e por último, tinha resolvido fazer uma pós em enfermagem do trabalho, justamente porque algumas coisas me intrigam muito.	Gostando da gerência na CME; Tendo outras especializações; Tendo feito pós em enfermagem do trabalho.
E recém saída da pós [*graduação*], receber uma proposta para gerenciar uma CME foi um desafio e é um desafio, onde eu recebi a seguinte proposta: "eu acho que você tem o perfil para estar lá, mas entendo também que, se tiver sucesso, o sucesso é teu, e se tiver derrota, a derrota também é tua".	Recebendo proposta para gerenciar a CME; Vendo a proposta de gerenciar CME um desafio; Tendo derrotas e sucessos na gerência da CME.
Então, assim, é um setor que é gerenciado por enfermagem.	Vendo a CME como um setor gerenciado pela enfermagem.
A gente... Perto de nós, não tem o profissional médico que, historicamente, tem o poder da saúde, entre aspas; mas, de certa forma, eu acho que o enfermeiro aqui tem sim condições de fazer coisas grandiosas, até por que a gente, na enfermaria, a gente vê como é que funciona esse material lá na ponta, e de repente, aqui, a gente vê esse desafio, porque a gente pode, com essa visão, trabalhar de alguma forma, otimizando isso.	Não tendo o profissional médico por perto ; Vendo, historicamente, o médico como o poder da saúde; Vendo o enfermeiro como em condições de fazer coisas grandiosas na CME; Vendo como o material funciona na enfermaria; Otimizando o trabalho na CME para atender a enfermaria; Vendo na CME um desafio para atender.
Porém, reconheço as grandes dificuldades que a gente enfrenta, justamente porque falta, para nós, na vida acadêmica, um investimento no enfermeiro. Enfermeiro – faz quatro anos ou sei lá, mais anos até – ele não vê a parte da própria gerência e, em CME, ele vê muito pouco ou nada, tá?! Então, essa é a dificuldade.	Reconhecendo as grandes dificuldades na CME atreladas à vida acadêmica; Tendo falta de investimento no enfermeiro para CME; Não vendo, o enfermeiro, a parte da gerência.
Eu, aqui, não tenho o que falar, não. Tem algumas dificuldades; mas, assim, eu tenho sentido, tanto da direção médica quanto da de enfermagem um fortalecimento, e sem demagogia, pois eu falaria.	Não tendo o que falar da CME; Reconhecendo a existência de dificuldades; Tendo fortalecimento da chefia para atuar.
Pelo que eu peguei isso aqui, se a gente já conseguir caminhar dois, três passos, eu entendo que a gente não faz nada sozinho.	Vendo como pegou a CME; Conseguindo caminhar na CME; Entendendo que não se faz nada só.
Se eles [*corpo de direção*] não me fortalecem, eu não consigo.	Entendendo o fortalecimento por parte da direção; Não caminhando sozinha.
E quando me falaram assim: "você faz o sucesso", eu disse, também faço a derrota, mas não se faz isso sozinha.	Fazendo o sucesso; Fazendo a derrota; Não fazendo nada sozinha.
Para a gente caminhar, a gente precisa de parceria, ainda mais num serviço público.	Caminhando com parceria; Vendo o serviço público.
Não adianta você fazer seu trabalho, se aliou acolá, você vai impactar. A gente não cuida do doente sozinho.	Impactando o seu trabalho; Não cuidando do doente sozinha.

ENFERMEIRO II

Significado da gerência de recursos humanos na CME(pergunta 1)

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
A gerência é – eupenso assim,né?– queé você administrar pessoas, administrar recursos, administrar conflitos. Você é um administrador.	Pensando no que é gerência na CME; Entendendo gerência como administração de pessoas; Entendendo gerência como administração de recursos; Entendendo gerência como administração de conflitos; Sendo o gerente o administrador.
Na CME tem várias coisas que às vezes te... Várias coisas que você tem que administrar no dia a dia.	Tendo várias coisas na CME que têm que ser administradas.
É aquele funcionário que não pode fazer determinada coisa porque tem um problema aqui, um problema ali, tem problema de coluna, tem problema no ombro e não pode pegar peso; e assim, ele [*o funcionário*] não está mentindo para você; é um problema realmente comprovado.	Tendo um funcionário que não pode fazer determinada coisa por ter problema; Tendo um funcionário que não pode fazer determinada coisa por ter problema de coluna e de ombro; Tendo um funcionário que não pode pegar peso; Tendo funcionário com problema comprovado.
Você sabe que a pessoa está ali e tem que dar conta de um serviço, e que você precisa de uma pessoa que tenha força, que seja ágil e não tem, muitas vezes, não tem. Por exemplo, num hospital de ortopedia, você precisa de uma pessoa que tenha força para pegar o material pesado, uma caixa pesada; e quando você olha para o lado, você tem uma senhorinha, mesmo para caixas pesadíssimas.	Sabendo que a pessoa está ali para dar conta do serviço; Precisando de uma pessoa que tenha força; Precisando de uma pessoa que seja ágil; Não tendo pessoas ágeis e com força;
No meu caso, não tem caixa pesada como de ortopedia, mas tem coisas pesadas, e você tem que colocar as pessoas para fazer isso; e por mais que você pense: eu não posso fazer isso, eu não posso colocar uma pessoa para fazer aquilo, ai meu Deus do Céu!!!!!! – eu sei que ela tem uma limitação, mas ela está ali... É horrível, isso.	Não tendo caixa de ortopedia; Tendo que colocar as pessoas para pegar peso; Pensando em não poder colocar alguém para pegar peso; Reconhecendo a limitação física dos funcionários; Sentindo-se mal com isso.
Você sabe que tem um trabalho para cumprir, uma meta para atingir e você tem que dar conta do mapa cirúrgico, dar conta de 25 cirurgias no mapa; aí, você tem um plantão com três, quatro pessoas – que eu já passei por isso – para dar conta disso tudo.	Sabendo que tem um trabalho para cumprir; Sabendo que tem uma meta para atingir; Tendo que dar conta do mapa cirúrgico; Tendo que dar conta de 25 cirurgias por dia; Tendo um plantão comtrês, quatro pessoas; Tendo que dar conta de tudo isso.
Depois que o contrato sair, vai ser pior ainda. Assim, os federais entraram para substituir os contratos, né!? Mas, mesmo assim, não dá conta, não resolve, sabe?! Eu fico vendo, assim, meus plantões; eu conto nos dedos as pessoas [*com*] que eu posso contar, que têm saúde para contar [*com elas*].	Prevendo a saída do pessoal contratado; Não dando conta do trabalho com o pessoal que existe; Contando nos dedos quem tem saúde, para contar com essas pessoas;

Enfermeiro II. Significado da gerência de recursos humanos na CME (pergunta 1) [continua]

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
[...] um tá de férias, outro tá de folga, um falta... Fiquei com três pessoas... Puxa, eu não vou ficar aqui sentada, carimbando e vendo o pessoal trabalhando, dando duro, sem o mínimo retorno. Vê, também, que a pessoa está dando o máximo de si... É complicado.	Estando componentes da equipe de férias, folga ou faltando; Não ficando sentada carimbando e vendo pessoal trabalhando; Percebendo que os funcionários estão dando o máximo de si; Vendo a situação como complicada.
Eles [*os funcionários*] agem de boa vontade, tenho uma boa equipe. Eles são velhinhos, têm problemas, mas são pessoas que chegam junto; sabem da importância do que fazem.	Vendo os funcionários agirem de boa vontade; Tendo uma boa equipe; Reconhecendo que a equipe chega junto.
Os contratos já saíram. Vai ficar ninguém. À noite, todos os plantões estão completos, um tem oito, outro tem sete. De manhã tem dois plantões com quatro, 12 x 60, outro tem cinco, mas tem dois 12 x 36. O dia tem menos que a noite, é o inverso; sem falar que, final de semana, 12 x 36 não faz; é plantão com quatro pessoas. Sorte que sábado e domingo é menos movimentado, mas tem emergência aberta.	Lidando com a saída dos contratados; Tendo os plantões noturnos completos; Tendo mais plantonistas noturnos que diurnos; Tendo menos movimento no final de semana; Trabalhando com emergência aberta.
Tenho média de 50 funcionários. Não participei do processo de seleção. Alguns contratados estão voltando, sendo chamados, mas eu não participo do processo seletivo. Não fui convocada a participar; quem faz isso é a coordenadora do bloco cirúrgico, do Centro Cirúrgico.	Tendo média de 50 funcionários; Não participando do processo seletivo; Tendo retorno de alguns contratados; Não sendo convocada a participar do processo seletivo.
A CME é subordinada ao bloco cirúrgico. Eu não tenho autonomia. Sou enfermeira líder, mas não sou chefe, sou manhista.	Subordinando a CME ao bloco cirúrgico; Não tendo autonomia; Reconhecendo-se como enfermeira líder, manhista e não chefe.
Fico referência para eles [os funcionários]. A chefia não conhece a CME. Estamos para inaugurar a CME, tivemos treinamento, ontem. Treinamento é para o uso do equipamento e não de técnicas. Foi pedido pessoal, mas até agora não chegou ninguém.	Sendo referência para a equipe; Não conhecendo, a chefia, sobre a CME; Tendo treinamento para uso do equipamento; Não tendo treinamento técnico; Sendo solicitado pessoal; Não recebendo pessoal.
De enfermeiro, tem eu e mais outro. O que faz a CME daqui ficar de pé é o compromisso profissional, com todas as dificuldades... É sempre assim.	Tendo duas enfermeiras na CME; Fazendo a CME funcionar pelo compromisso profissional; Reconhecendo que as dificuldades na CME se repetem.

Como entende a gerencia de recursos humanos em CME **(pergunta 2)**

DADOS BRUTOS (Entrevista)	**CÓDIGOS PRELIMINARES**
A CME deveria ser separada do Centro Cirúrgico, teria que ter mais autonomia; eu não tenho acesso à chefia de enfermagem, direto, acesso à direção.	Devendo a CME ser separado do CC; Devendo a CME ter mais autonomia; Não tendo acesso à chefia e à direção.

Enfermeiro II. Como entende a gerencia de recursos humanos em CME (pergunta 2). [continua].

O que eu tenho de informação da direção... [os] informes todos vêm pela coordenação. Eu não participo de reunião de enfermagem, de direção.	Recebendo informes pela coordenação; Não participando de reuniões de direção/ enfermagem.
Aqui tem câmara técnica, quem vai à reunião é a chefia. Ela vai defender o que,se ela não está lá dentro?! Tem que conhecer para poder defender. Teria que ter isso, uma chefia separada do Centro Cirúrgico. Assim, você pode brigar por equipamentos, por funcionários, defender o que acredita, pois, muitas vezes, no que eu penso, ela não pensa.	Sendo a chefia a participar da câmara técnica; Não estando a chefia da CME presente; Tendo que conhecer para poder defender; Precisando de uma chefia de CME separada da chefia de CC; Não pensando de acordo com a chefia.
Há um tempo atrás, tinha uma enfermeira aqui que pensava assim, corria atrás; ela [*a chefia*] não aceitava que fosse assim, batia muito de frente; mas aí, por questões políticas, tiraram ela.	Tendo uma enfermeira que corria atrás pela CME há tempo atrás; Reconhecendo a influência das questões políticas.
Então, os próprios funcionários pensam assim, eles sempre me falaram... Quando a gente veio para cá, falaram que iam desvincular a gente do Centro Cirúrgico ; a gente não sabe se vai, se não vai. Dos hospitais federais, é o único que mantém a chefia assim. É muita coisa para uma pessoa só. Não dá, é impossível. Acaba que o Centro Cirúrgico fica prioritário.	Vendo os próprios funcionários pensarem em necessidade de a CME se desvincular do CC; Vendo a necessidade de desvincular a CME do CC; Não sabendo do futuro da CME; Vendo muita coisa para uma chefia só; Percebendo o CC como prioridade sobre a CME.
A impressão que me dá é que o Centro Cirúrgicoé mais importante que a CME. Agora, tem mudado a visão porque a CME está sendo muito visada por causa dessa obra. Uma obra de anos, de lutas, e agora, ela tá sendo muito visada. Há interesses próprios.	Percebendo o CC como prioridade CME; Percebendo interesses políticos; Percebendo a CME muito visada; Sendo a obra da CME uma necessidade de anos e lutas.
Como é que se mostra o custo na CME? A gente vai começar a fazer biológico diário na CME nova. Não temos Bowie e Dick. O biológico é de 2ª a 6ª feira, porque só quem faz o teste é o enfermeiro. Se eu passar mal...	Questionando custos na CME; Fazendo teste biológico de 2ª à 6ª feira; Centralizando o teste biológico no enfermeiro; Não trabalhando com teste Bowie e Dick; Não sabendo da rotina se o enfermeiro passa mal.

ENFERMEIRO III

Significado da gerência de recursos humanos na CME(pergunta 1)

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
A gerência de recursos humanos aqui é um desafio. Como outros podem ter falado, o pessoal que vem para cá não é preparado. Ele [*o pessoal*] é em número insuficiente e ele tem limitações.	Vendo a gerência da CME como um desafio; Concordando com outros profissionais que trabalham em CME; Tendo pessoal não preparado; Tendo pessoal em número insuficiente; Tendo pessoal com limitações.

ENFERMEIRO III. *Significado de gerência de recursos humanos na CME* (pergunta 1). [continua]

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Então, desafio seria a palavra certa aqui porque a gente tem vontade de fazer o melhor serviço possível tanto por currículo como por questão moral, mas é... Essas limitações, essa mentalidade [*de*] que o CME é, tipo, um depósito de gente que vai se aposentar ou então os problemáticos, dificulta, no caso da gerência.	Vendo a gerência da CME como um desafio; Vendo vontade de fazer o melhor possível; Vendo o que pensam da CME como um dificultador para gerência; Vendo a mentalidade dos outros sobre a CME ser um depósito de gente que vai aposentar.
Quando você quer completar os serviços que estão, é... Com problemas com os setores em si, como meu caso, lá, a lavação, aqui, na desinfecção, você recebe um quantitativo e você distribui conforme a limitação; então, uma não pode pegar peso, outra não pode ficar exposta a produto químico, e aí você vai fazendo sua estratégia.	Querendo completar os serviços que estão com problemas; Recebendo quantitativo de pessoas; Distribuindo as pessoas conforme as limitações; Não podendo pegar peso; Não podendo ficar exposta a produto químico; Fazendo sua estratégia.
O meu pessoal, aqui, por exemplo: se você olha aqui, na lavação, tenho pessoal mais novo [*de idade*], mas são meninas; então, vai chegar, mais tarde, caixas de ortopedia, neuro...Então, tem uma norma internacional que preza que as caixas tenham no máximo dez quilos.	Classificando seu pessoal; Trabalhando com pessoal mais novo [de idade] na lavação; Trabalhando com meninas, na lavação; Trabalhando com caixas pesadas.
As caixas... Aqui tem uma menina que faz um estudo aqui... Pesou, e a caixa mais pesada aqui tem 20 kg, o dobro, então... E não tem carrinho, não tem suporte.	Tendo caixas de 20 kg para trabalhar; Trabalhando sem carrinho para carregamento de caixas.
Então, a pessoa, às vezes, pega numa posição errada... Eu até falo: olha, querida, o cara botou a caixa ali; desmonta a caixa, pega as peças aos poucos que [*é*] para você não se sobrecarregar. Mas fica difícil, entendeu?!	Pegando a caixa em posição errada; Orientando manipulação da caixa cirúrgica; Evitando sobrecarga de peso nos funcionários.

Como entende a gerência de recursos humanos em CME **(pergunta 2)**

DADOS BRUTOS (Entrevista)	**CÓDIGOS PRELIMINARES**
O ideal, como contribuição sua, eu não tinha cogitado, até pela falta de vivência mesmo.	Dando contribuições do ideal para CME.
Primeiro de tudo, eu teria que ter mais gente comigo. Eu sou o único responsável e o único diarista, então, gerenciar o material do Centro Cirúrgico e do prédio em si não funciona direito.	Tendo que ter mais gente para trabalhar; Sendo o único responsável pela CME; Gerenciando sozinho a CME.
Eu teria que ter a seleção de pessoal... Vamos lá... Vou te mandar alguém.Legal! “Oi, eu sou fulano.” Você tem experiência em CME? “Não!” Você já instrumentou? “Já! Eu tenho formação em instrumentação.” Ótimo: já é 50 %, 60% e tá ótimo. Porque a rotina, a gente passa; o diarista, no caso, poderia passar etc.; e aí, a pessoa pega.	Tendo que fazer a seleção de pessoal; Tendo que ter mais gente para trabalhar. Tendo que fazer seleção de pessoal; Recebendo pessoas sem experiência em CME; Querendo pessoas com curso de instrumentação; Passando rotinas para o pessoal.

ENFERMEIRO III. Como entende a gerência de recursos humanos em CME (pergunta 2). [continua].

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Mas a pessoa tinha que ter uma formação em instrumental cirúrgico. A pessoa tinha que ser hígida, que é para poder fazer rodízio, que é para não sobrecarregar; de preferência, homens, com todo respeito às mulheres e tal, porque o setor exige isso. É, teria que ter mais gente.	Tendo que ter pessoas hígidas; Tendo que ter pessoas para fazer rodízio de escala; Evitando sobrecarga de trabalho da equipe; Preferindo homens pela exigência de carregar peso; Tendo que ter mais gente.
O ideal, aqui... Uma vez, até minha equipe veio com um rascunho de quantitativo de pessoal. Nós achamos: "aqui tem que ter tantas pessoas; vê isso com a chefia se é possível." Eles vieram com o número de pessoal abaixo até do que eu calculei.	Recebendo rascunho de quantitativo de pessoal da equipe; Sabendo do ideal; Vendo com a chefia a possibilidade de receber pessoal.
Porque, por exemplo, aqui, na lavação, o ideal seria quatro pessoas; tem plantão que tem duas; à noite, às vezes, fica uma.	Tendo o ideal de quatro pessoas para trabalhar na lavação; Tendo uma ou duas pessoas na lavação, à noite.
Então, você até quer fazer o negócio: área limpa, área suja, não passa, evita... Mas é aquilo: chega um ponto que você não tem o que fazer. Então, seria quatro na lavagem, dois no ferro, que é o preparo de instrumental.	
Geralmente, fica uma pessoa especializada e, final de semana, não tem ninguém especializado.	Tendo uma pessoa especializada; Tendo umapessoa especializada durante a semana;
A gente procura pegar, durante a semana, esse especializado e uma ou duas pessoas do plantão. Uma fica no ferro aprendendo para, no final de semana, quando não tiver esse diferenciado especializado, essa pessoas fica mais ali.	Aprendendo sobre os ferros para o final de semana; Considerando o preparo menos problemático. Querendo seguir corretamente as áreas na cme; Não tendo o que fazer para manter fluxo correto; Tendo que ter quatro na lavagem, duas no ferro e duas no instrumental.
Duas pessoas no autoclave... Só tem uma porque o autoclave é aquilo, é pesado... "Vou almoçar", "fica aí", "eu [*estou com um*] problema", etc. Duas pessoas na distribuição; às vezes, tenho uma,porque o material sai do autoclave, controle... Duas ou três no preparo, considerando a parte menos problemática, porque o preparo se resume no preparo do material em si, mas é importante que a pessoa também tenha noção de instrumento.	Tendo que saber sobre o material.
É... Distribuição, preparo, autoclave e desinfecção química com ácido por acético. A pessoa não pode ter restrição, então, não pode ter sensibilidade ao ácido peracético. Tem que prestar atenção no que está fazendo. Parecem coisas bobas, e é só molhar, é olhar para ver se tem resíduo, embalar direito, identificar direito.	Fazendo desinfecção química com ácido peracético; Não podendo ter pessoas com restrição e sensibilidade ao ácido peracético; Parecendo fazer coisas bobas; Tendo que verificar presença de resíduos, identificação e embalagem corretamente.
Manda para o setor errado. [...] Então, aí vem e [*diz*:]"ah, sumiu". Como não tem o diarista, às vezes, eu tenho que passar nos setores, de andar em andar. Como eu já fui residente aqui, eu tenho facilidade de entrar nos setores, o que nem todo mundo tem.	Tendo que passar de setor em setor; Tendo facilidade de entrar nos setores por ter sido residente.

Enfermeiro III. Como entende a gerência de recursos humanos em CME (pergunta 2). [continua].

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Seria um quantitativo maior do que eu tenho...E pessoas assim... Com todo respeito a quem já está saindo, mas [*precisamos de*] pessoas interessadas.	Necessitando de um quantitativo maior de pessoas; Necessitando de pessoas interessadas.
Porque as pessoas mais antigas têm uma mentalidade de estarem fazendo um favor por estarem aqui. Eu já trabalhei 30 anos, já fiz muito e agora quero me aposentar.	Reconhecendo que as pessoas antigas têm mentalidade de fazendo favor por trabalhar na CME.
Os equívocos são muito frequentes, mas muito mesmo. Devido a essa minha facilidade, eu falo bem com a chefe do centro cirúrgico. Ela até pega leve comigo por saber da minha dificuldade.	Trabalhando com equívocos frequentes; Sabendo, o centro cirúrgico, das dificuldades da CME.
Vou botar um aviso que é para fazer um ralo de pia mesmo. Vou botar um aviso; vai levar tempo até todos saberem, pois são três plantões dia e três plantões noite, até todos tomarem conhecimento.	Colocando aviso para comunicar mudanças de rotina; Aguardando tempo para todos os plantões saberem as informações.
Assim a gente funciona, é comunicação. Além de não ter, não tem senso crítico. Argumentaram: tem materiais que são estranhos.Também, não sei tudo o que é esterilizado, mas a gente pergunta: é isso mesmo que você quer? Se derreter, você se responsabiliza? Mas parece que a pessoa pega e faz o que está ali, sem saber o que é. A responsabilidade em si é do circulante, de conferir o material e saber o que está mandando. O maqueiro leva a peça e, claro, não tem responsabilidade. Nós não temos treinamento que dê conta de vasta gama de materiais aqui. A gente vai fazendo e aprendendo e ainda chega material consignado. Então, falei, olha, foi um erro de todos. Fotografei a peça, coloquei à mostra e falei: não façam essa peça.	Tendo que funcionar com comunicação; Funcionando sem senso crítico dos funcionários; Lidando com os argumentos dos funcionários; Não conhecendo tudo o que é esterilizado; Responsabilizando os circulantes pela conferência de material; Lidando com a falta de treinamento do grupo; Reconhecendo a falta de treinamento para dar conta da gama de materiais; Aprendendo a preparar material no dia a dia; Mostrando o erro de todos; Mostrando peça fotografada como estratégia de conhecimento da mesma; Pedindo a um médico explicações sobre as peças; Lidando com a ausência de médicos para treinamento.
Pedi a um médico que viesse [*e*] explicasse sobre a peça, mas ele não veio. Então, a gente aprende sozinho, trabalha sozinho. Tenho um enfermeiro por plantão. O ideal seria dois: se um falta, o outro tá aqui, um fica no controle do material, verificar... Gerência, distribuição. Ideias e vontade, a gente tem, mas nem tudo a gente consegue.	Trabalhando e aprendendo sozinho; Trabalhando com um enfermeiro por plantão; Identificando o ideal para trabalhar com número de pessoal; Ficando um enfermeiro no controle de material; Gerenciando a distribuição de materiais; Tendo ideias e vontade para trabalhar; Reconhecendo os limites de atuação.
Eu tenho um rascunho POP [*Procedimento Operacional Padrão*], mas ainda to no setor de lavação. O pessoal cobra, mas eu sou sozinho. Vou entrar de férias, e vou tentar adiantar o máximo.	Tendo um rascunho de POP para o setor de lavação; Recebendo cobrança do pessoal; Tentando trabalhar nas férias para adiantar o serviço.
Contamos muito com o improviso. De manhã tenho meia de 10 a 12 profissionais. A noite tenho em média seis a oito, com uma licenciada. Tenho um plantão com três técnicos mais uma enfermeira. Apesar de terem oito, dois de licença médica, uma de licença maternidade e uma de férias. E não há reposição de pessoal.	Contando com o improviso; Trabalhando com escala insuficiente; Trabalhando sem reposição de pessoal.

Enfermeiro III. Como entende a gerência de recursos humanos em CME (pergunta 2). [continua].

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
É priorizar o que for vital; equipamento e ortopedia e neuro, e deixar o resto pro outro dia; se tiver cancelamento de cirurgia, eu tenho como justificar. Com três plantonistas, não dá. Aí, falam que funcionava com três plantonistas. Eu digo: até com um funciona; mas, então, esquece conceitos de esterilização, qualidade de trabalho.	Priorizando o que for vital; Justificando cancelamento de cirurgia por déficit de pessoal; Não conseguindo trabalhar com três profissionais; Esquecendo conceitos de esterilização e qualidade de trabalho ao trabalhar com um profissional.
Tem AOSH [*auxiliar operacional de serviços hospitalares*]; geralmente, ficam na manipulação de maquinário, ou pela vivência fazem tudo.	Trabalhando com AOSH no maquinário; Tendo o AOSHaprendido pela vivência.
A chefia tenta me ajudar, na medida do possível. Se querem os resultados, têm que dar base. Não dá para trabalhar só no empirismo.	Tendo a possível ajuda da chefia; Reconhecendo resultados a partir de suporte da chefia; Tendo que ter base para trabalhar; Não trabalhando com empirismo;
Essa central é nova, mas cheia de problemas.	Tendo uma central nova, mas cheia de problemas.

ENFERMEIRO IV

Significado da gerência de recursos humanos na CME (pergunta 1)

DADOS BRUTOS (entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Para mim, maior desafio no CME, pelo menos no serviço público, é o gerenciamento de recursos humanos.	Entendendo o gerenciamento de recursos humanos em CME como o maior desafio, pelo menos no serviço público.
Eu tenho um quadro de funcionários até satisfatório; entretanto, o maior número de funcionários no CME tem problemas de saúde, extremamente graves, [*em razão do*] que não podem atuar em nenhum outro lugar do hospital e aí,vêm para o CME e, chega aqui,têm várias restrições, não pode ficar em determinando lugar, não pode fazer isso, não pode fazer aquilo... têmsuas limitações.	Tendo um quadro de funcionários até satisfatório; Tendo um maior número de funcionários no CME com problemas de saúde extremamente graves; Tendo funcionários na CME que não podem atuar em outro lugar do hospital; Recebendo funcionários para CME com várias restrições; Recebendo funcionários para CME com limitações.
[...] ou então, extremos de idade, mais de 40 anos, 50 anos, né?! Que, também,tem aí os problemas próprios da idade, problemas de saúde, problemas de visão, principalmente.	Tendo funcionários com extremos de idade, mais de 40, 50 anos; Entendendo os problemas dos funcionários como sendo próprios da idade, problemas de saúde e de visão principalmente.
Então, é... Aí, sobrecarrega aqueles que estão bem, num estado de saúde melhor.	Sobrecarregando de trabalho os funcionários em bom estado de saúde.
É... Então, você distribui esses funcionários...E fora o número de licenças que eles tiveram, licenças prolongadas...	Distribuindo os funcionários, contando com o número de licenças prolongadas que tiveram.
Atualmente, a gente está com déficit de mais de dez funcionários que saíram do CME, fora os que se encontram de licença médica sem previsão de retorno.	Estando atualmente com déficit de mais de dez funcionários que saíram da CME; Lidando com o déficit de funcionários por conta de licença médica sem previsão de retorno.

Enfermeiro IV. Significado da gerência de recursos humanos na CME (pergunta 1). [continua].

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Eu tenho uma enfermeira com problemas psiquiátricos, de licença; eu tenho um técnico de enfermagem com problemas psiquiátricos, também, que, provavelmente, vai aposentar por incapacidade mesmo; e fora os que foram transferidos por problemas psicológicos.	Tendo enfermeira de licença com problemas psiquiátricos; Tendo técnico de enfermagem com problemas psiquiátricos; Prevendo aposentadoria do técnico de enfermagem por incapacidade.
Também, tem dois que foram transferidas para outro setor, sem permuta	Lidando com a transferência de dois funcionários sem permuta;
É. Outra [*funcionária*] que foi para clínica; enfim, o quadro de funcionários é extremamente dificultoso para o gerenciamento de recursos humanos.	Concluindo que o quadro de funcionários é extremamente dificultoso para o gerenciamento de recursos humanos.
E tem outro problema, também, que é: os funcionários sabem bem claro quais são os seus direitos; então, eles cobram bastante os direitos deles, mas deixam a desejar...E a falta de métodos de... Não é punição, mas [*trata-se*] de uma cobrança efetiva desse setor.	Identificando que os funcionários sabem, de forma clara, quais são os direitos, que cobram bastante, que, porém, deixam a desejar; Evidenciando a falta de métodos e de cobrança efetiva para o bom funcionamento do setor.
Você acaba não tendo como fazer com que algum funcionário cumpra aquelas atividades que deveriam ser realizadas no ambiente dele.	Não tendo como fazer com que algum funcionário cumpra as atividades que deveriam ser realizadas.
É interessante que eu tenho um quadro de funcionários pela CLT [*Consolidação das Leis do Trabalho*], pela Universidade, pela Prefeitura e pelo Estado e bolsistas.	Vendo como interessante ter um quadro de funcionários CLT, Universidade, Prefeitura, Estado e bolsistas.
Os da CLT, eles fazem as coisas porque têm medo de serrem mandados embora e etc...	Vendo os funcionários CLT fazerem as atividades por medo de serem mandados embora.
Mas, como teve uma política de passar a mão na cabeça de todos, independente do vínculo, até esses acham que nunca vão ser punidos e ficam levando as coisas assim...	Vendo a política antiga de “passar a mão na cabeça” dos funcionários, independente do vínculo; Achando que nunca serão punidos e que “ficam levando as coisas assim...”.
No mês passado, tive que mandar um funcionário embora, porque ele chegava às nove horas da noite. Eu chamava para conversar, e ele continuava chegando atrasado, então... Ou ele queria mesmo fazer isso para ser mandado embora ou, realmente, não estava nem aí para cumprir sua obrigação.	Mandando um funcionário embora, por que este chegava às nove horas da noite; Chamando o funcionário para conversar.
Agora, com funcionário da universidade, também tem aqueles compromissados, que cumprem responsabilidades, são bons, pontuais, envolvidos com o serviço, e tem aquele que vem aqui simplesmente para cumprir horário, né?!	Tendo funcionários da Universidade comprometidos; Tendo funcionários da Universidade que cumprem responsabilidades; Tendo funcionários da Universidade bons, pontuais e envolvidos com o serviço; Tendo funcionários da Universidade que vêm aqui simplesmente para cumprir horário.
Então, a gente vê funcionários que, às três horas da manhã, vai embora para casa, dormir em casa; funcionário que, dez horas da noite, pega a bolsinha e vaise embora para casa porque está passando mal, e vai embora, simplesmente vai embora.	Vendo funcionários que vão embora às três da manhã; Vendo funcionários que vão embora dormir em casa; Tendo funcionário que vai embora às dez horas da noite por estar passando mal.

Enfermeiro IV. Significado da gerência de recursos humanos na CME (pergunta 1) [continua].

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Eu não tenho enfermeiro à noite, só durante o dia, de segunda à segunda; mas, à noite, tem uma enfermeira que cobre o terceiro andar; então, essa enfermeira não entende de CME, vem aqui, fala "oi" e volta, né?! Porque ela tem que cobrir hemodinâmica, clínica tropical, ortopedia, centro cirúrgico, CME e a diálise peritoneal. Então, realmente, nem [*se*] pode exigir nada dela, porque ela não dá conta de fazer tudo. Aí – né? – diante disso, é um desafio você fazer com que os funcionários...	Não tendo enfermeiro à noite; Tendo enfermeiro só durante o dia; Tendo uma enfermeira que não entende de CME cobrindo o terceiro andar; Tendo uma enfermeira que cobre outros setores além da CME durante a noite; Tendo uma enfermeira que não pode ser exigida por não dar conta de fazer tudo; Vendo como desafio fazer com que os funcionários...
Aí, como uma gestão anterior, a segunda gestão antes de mim tinha uma política de "passar a mão" no funcionário – "ah coitadinho... não sei o que..." – e quando nós entramos e exigimos um pouco mais, a gente percebe um baque de frente com funcionário, falam que sou muito intransigente, né?! Apesar de ter concessões, assim, premiações: para quem vem nas reuniões fora do horário eu dou folga, dou folga de aniversário, que nem tem direito, mas como incentivo... Mas acabam vendo como se fosse uma obrigação minha. Então, aquilo que é uma concessão se torna uma obrigação.	Vendo a gestão anterior com a política de passar a mão na cabeça; Lidando com o baque relacionadoao funcionário por exigir um pouco mais; Vendo a fala dos funcionários como acusação de intransigente; Fazendo concessões e dando premiações para quem vai às reuniões; Dando folga de aniversário como incentivo ao funcionário; Vendo que os funcionários entendem as concessões como obrigação da chefia.
Eu estou com uma funcionária que está com um laudo médico que tudo o que você põe para ela fazer, ela não faz, não consegue. Essa funcionária, aqui, por exemplo; aí, você fala para ela: Ah! Então, tá... Você não pode fazer movimentos repetitivos; então, você vê uma escala diferente: das sete às dez horas, fica em determinado lugar, das dez a tal horário, ela está em outro, das treze às dezesseis, em outro; e das dezesseis às dezenove, ela está em outro. Isso, com a assinatura dela e com a assinatura do enfermeiro, para conferir o que ela está fazendo. Para conferir, realmente, o que está acontecendo, porque a gente fala para ela: olha, você está em determinada escala, e ela fala que, apesar de estar lá no papel, ela não faz essa escala.	Tendo uma funcionária com laudo médico, que não consegue fazer o que deve; Fazendo uma escala diferente para funcionária que não pode fazer problemas repetitivos; Escalando a funcionária, das sete às dez horas, em determinado lugar; das dez a tal horário, em outro; das treze às dezesseis, em outro; e das dezesseis às dezenove, em outro; Tendo as assinaturas da funcionária e do enfermeiro para conferir o trabalho da funcionária; Conferindo o trabalho da funcionária que, mesmo escalada, não cumpre a escala.
Então, acaba deixando a gente em uma situação muito difícil, ela tem laudo médico e tudo... Mas tem que seguir. Não pode ficar no expurgo, porque a luva aperta a mão. Ela não pode pegar peso... Então, assim... São coisas que a gente fala, assim: eu não estou vendo, eu não acredito. Você fala assim: gente, o que se faz numa situação dessas? É funcionário público, não pode mandar embora. Que arma você tem para fazer que um funcionário desses trabalhe? Você vê ele enrolando o serviço, muito lento para fazer as coisas, sai do plantão para marcar exames; e ainda reclamam que estão trabalhando muito.	Vendo-se em uma situação muito difícil; Não podendo ficar no expurgo porque a luva aperta a mão; Não podendo pegar peso; Não acreditando no que vê; Perguntando-se o que fazer em uma situação; Não podendo mandar embora um funcionário por ele ser funcionário público; Questionando-se como fazer para um funcionário desses trabalhar; Vendo o funcionário enrolar o serviço, sendo lento para fazer as coisas; Estando o funcionário a reclamar por estar trabalhando muito.

Enfermeiro IV. Significado da gerência de recursos humanos na CME (pergunta 1). [continua].

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Os APIS tiveram uma boa resposta para nós, pois tivemos um déficit muito grande. Eles não são liberados como os funcionários.	Sendo os APIS uma boa resposta para nós; Não sendo os APIS liberados como os outros funcionários.
Nós fizemos algumas restrições aqui, algumas exigências, para poder receber esses plantões.	Fazendo algumas restriçõese, ou, exigências para receberem plantões;
Diante disso, funcionários que faltavam três, quatro vezes no mês estão perfeitos, trabalhando com uma dinâmica totalmente diferente; e agora, tem essa política do ponto eletrônico. E que, a meu ver, para nós gerentes, vai ser um alívio fazer um funcionário chegar aqui na hora. Bate ponto, lá em baixo, mas, para chegar aqui, demora séculos. Tem muitas desculpas. Então, são coisas assim que tornam os recursos humanos um problema na CME.	Vendo funcionários que faltavam três, quatro vezes no mês trabalhar de forma perfeita, com dinâmica diferente; Tendo a política do ponto eletrônico; Sendo um alívio o funcionário chegar na hora; Tendo coisas que tornam os recursos humanos um problema na CME.

Como entende a gerência de recursos humanos em CME **(pergunta 2)**

DADOS BRUTOS (entrevista)	**CÓDIGOS PRELIMINARES**
[Demora na resposta; pensativa]. Acho que peco no conhecimento gerencial, funcional; acho que tenho pouco conhecimento na parte gerencial; como eu foco muito na parte de controle de infecção, na parte funcional e estrutural do CME, a parte de recursos humanos em si, eu acho que não tenho aprofundamento no assunto	Achando que peca no conhecimento gerencial e funcional; Achando que tem pouco conhecimento na parte gerencial; Focando muito na parte de controle de infecção, na parte funcional e estrutural do CME; Achando que não tem aprofundamento no assunto "recursos humanos em CME".
De estudar, de ver o assunto, de estudar estratégias de abordagem, então, acho que essa parte é meu ponto fraco gerencial, porque, no que tange a tomar decisões, condutas frente a liberar carga, não liberar carga, o que faz de teste o que não faz de teste, o que existe de tecnologia, quais os materiais precisa, esses coisas eu me fascino, eu corro atrás, mas [*para*] a parte gerencial eu sou meio limitada.	Achando que a parte de estudar estratégias de abordagem, de ver o assunto, de estudar são o ponto fraco gerencial; Vendo-se limitada quanto à parte gerencial; Tendo fascínio pela tecnologia, por materiais, por tomar decisões.
Então, por isso, eu deixo a desejar com essa parte gerencial de recursos humanos.	Deixando a desejar com a parte gerencial de recursos humanos.
É. Leio uma coisinha aqui, uma coisinha ali, mas se você me perguntar qual o teórico que eu uso... ih, não sei, não me pergunte.	Lendo uma coisinha aqui, uma coisinha ali; Não sabendo qual teórico usa.
Eu acho que seria interessante essa abordagem aqui, um curso específico para quem fica aqui. Um curso específico para quem fica aqui... Acho que teria mesmo que ter um curso para gerenciar essa parte de recursos humanos principalmente. Para mim, a falha está aí.	Vendo importância na abordagem de curso específico para CME; Achando que deve haver cursos para gerenciar recursos humanos em CME; Vendo falha na falta de cursos.
Eu tento fazer o melhor, tento planejar a escala, por exemplo; quando faço escala, vejo as deficiências do funcionário, tento escalar o mínimo possível no esforço, nos mesmos dias; faço balanço...	Tentando fazer o melhor; Tentando planejar escala; Vendo as deficiências dos funcionários; Tentando escalar o funcionário com deficiência com o mínimo de esforço; Fazendo balanço de atividades dos funcionários.

Enfermeiro IV. Como entende a gerência de recursos humanos em CME (pergunta 2). [continua].

DADOS BRUTOS (Entrevista)	CÓDIGOS PRELIMINARES
Na manhã, preciso de onze profissionais; à tarde, de doze, de segunda à sexta feira; à noite, preciso de quatro, de segunda à sexta; final de semana, de sete, durante o dia, e dois, durante a noite; domingo, de cinco, de dia, e dois, à noite.	Precisando de onze profissionais, pela manhã; Precisando de doze profissionais, à tarde, de segunda à sexta feira; Precisando de quatro profissionais, à noite, de segunda à sexta feira; Precisando de sete profissionais, durante o dia,no final de semana; Precisando de dois profissionais, durante a noite de final de semana; Precisando de cinco profissionais, de dia,no domingo, e dois, à noite.
Então, no domingo, como tenho quadro reduzido, não posso escalar quem não sabe fazer caixas cirúrgicas e nem mexer na autoclave.	Tendo quadro de pessoal reduzido, no domingo; Não podendo escalar, no domingo, quem não sabe fazer caixas cirúrgicas; Não podendo escalar, no domingo, quem não sabe mexer no autoclave.
Sei das necessidades: preciso fazer reformas, temos áreas sobrecarregadas, lotadas, temos dois expurgos que poderiam servir de um... Aumentar um e fazer redistribuição de áreas.	Sabendo das necessidades e que o setor precisa de reformas; Tendo áreas sobrecarregadas e lotadas; Tendo dois expurgos que poderiam servir de um,fazendo redistribuição de áreas.
Nosso funcionário não tem repousos, a gente luta com a diretoria para fazer o repouso; os homens não têm vestiário, utilizam o do Centro Cirúrgico e ficam constrangidos porque ouvem comentários desagradáveis.	Lutando com a diretoria pelo repouso dos funcionários; Ficando os homens constrangidos ao ouvir comentários desagradáveis no vestiário.
Temos uma copa minúscula que tem que dividir com a hemodinâmica.	Dividindo a copa minúscula com a hemodinâmica.
Então, tem muita coisa que tem que melhorar. Temos um computador... O controle de materiais é um caos, aqui na CME. Por mais que a gente tente controlar, se não tiver o envolvimento do funcionário, e não é comprometimento não, é envolvimento do funcionário. De você pegar esse material aqui e saber que essa caneta pertence à clínica tal; então, ela tem que entrar~~a~~ no expurgo, ser lavada, identificada, empacotada para determinada clínica, sair do setor de guarda e chegar ao setor tal para ser entregue ao consumidor, exatamente do jeito que ele pediu.	Tendo que melhorar muita coisa; Tendo um computador; Sendo o controle de materiais o caos na CME, mesmo tentando controlar; Precisando do envolvimento do funcionário, não só do comprometimento dele.
Então eu me frustro com isso. Não consigo fazer com que o funcionário se envolva.	Estando frustrada com o não envolvimento do funcionário; Não conseguindo fazer com que o funcionário se envolva.
O quão é importante uma bandeja para uso, na hora que a paciente precisa.	Sabendo quão importante é uma bandeja para quando o paciente precisa.
Então, isso tudo deixa a gente frustrada! Às vezes, eu penso: gente, o que eu fiz? Vou sair daqui sem deixar algo construído... É muito difícil conseguir o envolvimento da equipe... É um desafio.	Estando frustrada com tudo isso; Pensando no que fez; Pensando em que poderá sair da CME sem algo construído; Vendo como desafio conseguir o envolvimento das equipe.

APÊNDICE *H*

REGISTROS DA SEGUNDA ETAPA

— Codificação Axial—

Significado da gerência de recursos humanos na CME

Momento 1

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Vendo na CME um desafio para atender; Vendo a gerência na CME como um desafio; Vendo a proposta de gerenciar CME como um desafio; Precisando do envolvimento do funcionário, não só do comprometimento dele; Vendo como um desafio conseguir o envolvimento da equipe; Vendo-se em uma situação muito difícil; Vivendo situações que tornam os recursos humanos um problema na CME; Entendendo ogerenciamento de recursos humanos e CME como o maior desafio, pelo menos no serviço público.	Entendendo a gerência na CME como um **desafio.**
Entendendo a CME historicamente; Lembrando da questão histórica da CME; Vendo, historicamente, o médico com o poder da saúde; Vendo o enfermeiro como em condições de fazer coisas grandiosas na CME; Não tendo o profissional médico por perto; Vendo a CME como um setor gerenciado pela enfermagem; Entendendo a existência da enfermagem; Tendo o centro cirúrgico como principal cliente; Vendo o pensam da CME como um dificultador para gerência; Vendo a mentalidade dos outros sobre a CME ser um depósito de gente que vai aposentar.	Correlacionando a realidade na CME à questão histórica na Saúde e na Enfermagem.

Significado da gerência de recursos humanos na CME. Momento 1. [continua].

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Ingressando na enfermagem com curso técnico; Ingressando na enfermagem com curso superior; Reconhecendo as grandes dificuldades na CME atreladas à vida acadêmica; Saindo da faculdade sem saber trabalhar na CME; Tendo feito pós-graduação em enfermagem do trabalho; Tendo outras especializações; Vendo falha na falta de cursos em CME; Lendo uma coisinha aqui, uma coisinha ali...; Achando que tem pouco conhecimento na parte gerencial; Achando que peca no conhecimento gerencial e funcional; Achando que a parte de estudar estratégias de abordagem, de ver o assunto, de estudar são o ponto fraco gerencial; Deixando a desejar com a parte gerencial de recursos humanos.	Relacionando problemas na CME à formação profissional.
Tendo funcionários aptos a prestar cuidado direto à beira do leito; Entendendo o cuidado como chamado principal da enfermagem; Percebendo a equipe fora do cuidado direto; Percebendo os funcionários no cuidado indireto ao cliente; Percebendo afastamento do cuidado direto; Percebendo a falta de identidade do funcionário da CME; Sabendo quão importante é uma bandeja para quando o paciente precisa.	Classificando o **cuidado** prestado pelos funcionários da CME como sendo **indireto.**

Encontrando dificuldades na CME – reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos

Momento 2

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Reconhecendo a existência de dificuldades; Lidando com o baque relacionado ao funcionário por exigir um pouco mais; Sendo o controle de materiais o caos, na CME, mesmo tentando controlar; Concluindo que o quadro de funcionários é extremamente dificultoso para o gerenciamento de recursos humanos; Vendo que os funcionários entendem as concessões como obrigação da chefia; Identificando que os funcionários sabem, de forma clara, quais são os direitos, que cobram bastante e que, porém, deixam a desejar; Vendo a fala dos funcionários como avaliação de que é intransigente; Não conseguindo fazer com que o funcionário se envolva; **Evidenciando a falta de métodos e de cobrança efetiva para o bom funcionamento do setor;** Ficando os homens constrangidos ao ouvir comentários desagradáveis no vestiário; **Não tendo como fazer com que algum funcionário cumpra as atividades que deveriam ser realizadas;** **Não podendo mandar embora um funcionário por ele ser funcionário público;** Percebendo conflitos diários; Percebendo conflitos constantes; Trabalhando com equívocos frequentes; Conferindo o trabalho da funcionária que, mesmo assim, não cumpre a escala; Lidando com a angústia dos funcionários; Lidando com o nível alto de estresse de funcionários; Estando o funcionário a reclamar por estar trabalhando muito; Vendo os funcionários CLT fazerem as atividades, por medo de serem mandados embora; Vendo o nível de estresse grande do funcionário; Vendo os funcionários desmotivados; Vendo os funcionários desrespeitado; Quebrando a motivação do funcionário.	**Reconhecendo a existência de dificuldades**; Vivendo conflitos diários; Trabalhando com equívocos; Vivendo estresse dos funcionários.

Encontrando dificuldades na CME – reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos. Momento 2. [continua].

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Tendo um funcionário que não pode fazer determinada coisa por ter problema de coluna e de ombro; Entendendo os problemas dos funcionários como sendo próprios da idade, problemas de saúde e de visão principalmente; Não podendo pegar peso; Tendo a enfermeira e os técnicos de licença médica com problemas psiquiátricos; Tendo funcionários da Universidade que vêm aqui simplesmente para cumprir horário; Tendo funcionários na CME que não podem atuar em outro lugar do hospital; Tendo uma funcionária com laudo médico que não consegue fazer o que deve; Tendo funcionários com extremos de idade, mais de 40, 50 anos; Vendo as deficiências dos funcionários; Vendo o funcionário enrolar o serviço, sendo lento para fazer as coisas; Vendo funcionários que vão embora às três da manhã; Tendo uma enfermeira que não pode ser exigida por não dar conta de fazer tudo; Prevendo aposentadoria do técnico de enfermagem por incapacidade; Criterizando o profissional para atuar em CME: estando perto de aposentar ou com problema de saúde; Recebendo, para a CME, funcionários com várias restrições e limitações; Tendo o maior número de funcionários, no CME, com problemas de saúde extremamente graves; Indo para CME por estar em final de carreira; Tendo pessoal com limitações; Não podendo ficar exposta a produto químico; Reconhecendo a limitação dos funcionários; Não podendo ficar no expurgo, porque a luva aperta a mão; Tendo um funcionário que não pode fazer determinada coisa por ter problema; Recebendo, na CME, funcionários adoentados; Recebendo, na CME, funcionários já cansados da assistência; Tendo funcionário com problema comprovado; Não dando conta da esterilização com o pessoal que existe; Contando nos dedos quem tem saúde para contar com eles; Recebendo, na CME, funcionários perto de aposentar.	Lidando com a limitação dos funcionários – problemas de saúde e perfil; Tendo pessoal com limitações de saúde; Recebendo funcionários perto do período de aposentar; Recebendo pessoal já cansado da assistência.

Encontrando dificuldades na CME – reconhecendo as dificuldades perante os recursos humanos. Momento 2. [continua]

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Tendo pessoal em número insuficiente; Lidando com o déficit de funcionários por conta de licença médica sem previsão de retorno; Estando, atualmente, com mais de dez funcionários que saíram da CME; Tendo quadro de pessoal reduzido, no domingo; Tendo dimensionamento de pessoal insuficiente; Tendo um plantão com três, quatro pessoas; Tendo mais plantonistas noturnos que diurnos; Não tendo enfermeiros à noite; Tendo enfermeiro só durante o dia; Tendo áreas sobrecarregadas e lotadas; Tendo falta de um enfermeiro, por aposentadoria; Não tendo enfermeiros; Não tendo enfermeiros em quantidade suficiente; Tendo 20 funcionários para aposentar; Prevendo a saída do pessoal contratado; Tendo quatro, na lavagem, e dois, no ferro; Tendo uma ou duas pessoas na lavação; Mandando um funcionário embora, porque chegava às nove horas da noite; Tendo funcionário que vai embora às dez horas da noite por estar passando mal; Vendo funcionários que vão embora dormir em casa; Lidando com a transferência de dois funcionários, sem permuta.	Trabalhando com número de pessoal insuficiente; Tendo dimensionamento de pessoal insuficiente; Trabalhando com divisão inadequada por subsetores; Lidando com a perda de pessoal.
Sobrecarregando de trabalho os funcionários em bom estado de saúde; Não dando conta da esterilização,mesmo fazendo fora.	Trabalhando com sobrecarga de atividades.

Lidando com as dificuldades encontradas – estratégias de ação para resolução ou minimização de problemas

Momento 3

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Vendo como centralizar para trazer o serviço para a CME; Priorizando um enfermeiro por jornada de trabalho; Ocupando as áreas que julga essenciais com enfermeiro; Visitando todos os setores do hospital; Tentando planejar escala; Fazendo levantamento de materiais; Tendo que enviar materiais para reparo; Pedindo enfermeiro à Direção para alocar em cada subsetor; Solicitando nove enfermeiros; Visitando todos os setores do hospital; Fazendo algumas restrições e, ou, exigências para receberem plantões; Vendo maior demanda de 2ªà 6ª feira; Tendo a assinatura da funcionária e do enfermeiro para conferir o trabalho da funcionária.	Organizando as atividades – centralizando responsabilidades aos enfermeiros.
Vendo que precisava melhorara autoestima do funcionário já alocado na CME; Ouvindo a fala dos funcionários; Tendo um projeto para pedir pessoal; Fazendo parceria com o projeto vida; Trabalhando *shiatsu*, alongamento e dinâmicas de grupo; Colocando uma mesinha, uma flor; Falando a eles que não sabem o que são; Dando folga de aniversário como incentivo ao funcionário; Dando concessões e premiações para quem vai às reuniões.	Trabalhando a saúde do pessoal.
Fazendo sua estratégia; Pedindo mais gente; Recebendo mais gente; Continuando a receber gente com problema; Distribuindo os funcionários conforme possa contar com o número de licenças prolongadas que tiveram; Interpelando a pessoa; Recebendo pessoas com limitações.	Não desistindo de solicitar pessoal.

Lidando com as dificuldades encontradas – estratégias de ação para resolução ou minimização de problemas. Momento 3. [continua].

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Fazendo a escolha do profissional para atuar na CME; Trabalhando com pessoal mais novo [*de idade*] na lavação; Precisando de uma pessoa que seja ágil; Não tendo pessoas ágeis e com força; Pensando em não poder colocar alguém para pegar peso; Tendo um enfermeiro por jornada de trabalho; Precisando de uma pessoa que tenha força; Trabalhando com meninas, na lavação; Distribuindo as pessoas conforme as limitações; Capacitando as pessoas para trabalhar na CME; Capacitando, por rodízio de pessoal; Percebendo o funcionário com alguma doença e não como inútil; Não podendo escalar, no domingo, quem não sabe mexer no autoclave; Não podendo escalar, no domingo, quem não sabe fazer caixas cirúrgicas; Fazendo uma escala diferente para funcionária que não pode fazer movimentos repetitivos; Tentando escalar o funcionário com deficiência para tarefas a cumprir com o mínimo de esforço; Escalando a funcionária das sete às dez horas, em determinado lugar, das dez a tal horário, em outro, das treze às dezesseis, em outro, e das dezesseis às dezenove, em outro.	Trabalhando de acordo com os limites do pessoal.
Orientando a manipulação da caixa cirúrgica; Colocando aviso para comunicar mudanças; Passando rotinas para o pessoal; Tendo treinamento para uso do equipamento; Chamando o funcionário para conversar.	☻ Orientando seu pessoal.
Tendo fortalecimento da chefia para atuar; Tendo que passar de setor em setor; Tendo ajuda do Fundão; Adicionando parceria para esterilizar fora do hospital; Tendo ajuda do Hemorio; Tendo que mandar o material para esterilizar em três hospitais, pela manhã, e três hospitais, à noite; Descentralizando serviços por causa da obra; Não caminhando sozinha; Entendendo o fortalecimento da direção; Vendo como interessante ter um quadro de funcionários CLT, de Universidade, Prefeitura, Estado e bolsistas; Tendo uma enfermeira que cobre setores, além da CME, durante a noite; Tendo a política do ponto eletrônico.	☻ Adicionando parcerias.

Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade.

Momento 4.

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Prevendo problemas com reparo de material; Fazendo solicitação de material; Aguardando licitações de material; Necessitando de infraestrutura; Precisando de equipamentos; Precisando de materiais; Perdendo material; Tendo um computador; Dividindo a copa minúscula com a hemodinâmica; Tendo dois expurgos que poderiam servir de um fazendo redistribuição de áreas; Lutando com a diretoria pelo repouso dos funcionários; Sabendo das necessidades e que o setor precisa de reformas; Querendo seguir corretamente as áreas na CME.	Necessitando de estrutura para trabalhar.
Tendo que ter pessoas hígidas; Tendo que ter pessoas para fazer rodízio de escala; Evitando sobrecarga de trabalho da equipe; Preferindo homens pela exigência de carregar peso; Tendo que ter mais gente; Precisando de investimentos nos recursos humanos; Necessitando de pessoas interessadas; Querendo pessoas com curso de instrumentação; Tendo que ter mais gente para trabalhar; Recebendo pessoas sem experiência na CME; Necessitando de um quantitativo maior de pessoas; Precisando de quatro profissionais, à noite, de segunda à sexta feira; Precisando de dois profissionais, durante a noite,em final de semana; Precisando de sete profissionais, durante o dia,em final de semana; Precisando de cinco profissionais de dia, domingo, e dois, à noite; Precisando de doze profissionais, à tarde, de segunda à sexta-feira; Precisando de onze profissionais pela manhã.	Necessitando de pessoas.

Querendo o ideal – em busca de melhorias e qualidade. Momento 4. [continua].

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Devendo a CME ter mais autonomia; Não tendo acesso à chefia e à direção; Subordinando a CME ao bloco cirúrgico; Não tendo autonomia; Recebendo informes pela coordenação; Não participando de reuniões de direção e, ou, enfermagem; Tendo que fazer a seleção de pessoal; Reconhecendo a influência das questões políticas; Tendo que fazer seleção de pessoal.	Necessitando de autonomia.
Tendo vontade de fazer o melhor possível; Entendendo que o difícil para eles é a questão do valor; Percebendo os funcionários como mão de obra especializada; Tentando fazer os funcionários queridos e valorizados; Reconhecendo que a equipe “chega junto”; Sendo referência para trabalho hepático; Vendo a luta do colega anterior para conseguir pessoal; Fazendo o sucesso; Fazendo a derrota; Conseguindo caminhar na CME; Tendo uma boa equipe; Tendo um quadro de funcionários até satisfatório; Tendo funcionários de Universidade comprometidos e que cumprem responsabilidades; Vendo funcionários que faltavam três,quatro vezes no mês trabalhar de forma perfeita, com dinâmica diferente.	Valorizando o seu trabalho.
Sabendo que tem trabalho para cumprir; Tendo que melhorar muita coisa; Tendo que trabalhar a motivação interna dos funcionários; Tendo que dar conta de 25 cirurgias; Tendo que dar conta de tudo isso; Tendo que dar conta do mapa cirúrgico; Sabendo que tem meta para atingir; Tendo movimentação de 50 cirurgias por dia.	Elegendo metas, traçando objetivos(Ver: *Lidando com dificuldades*).
Vendo importância na abordagem de curso específico para CME; Achando que deve haver cursos para gerenciar recursos humanos em CME; Não sabendo qual teórico usa; Achando que não tem aprofundamento no assunto recursos humanos em CME.	Necessitando de conhecimento para atuação em CME.

Caracterizando as atividades perante os recursos humanos – contando o que fazem.

Momento 5.

CÓDIGOS PRELIMINARES	CÓDIGOS CONCEITUAIS
Classificando seu pessoal; Fazendo balanço de atividades dos funcionários; Entendendo a gerência como administração de pessoas; Entendendo a gerência como administração de recursos; Entendendo a gerência como administração de conflitos; Tendo várias coisas na CME que têm que ser administradas; Vendo a situação complicada; Sendo o grande administrador; Pensando no que é gerência; Tendo o seu hospital uma emergência aberta; Percebendo a demanda da CME; Achando a gerência da CME bem problemática e difícil; Percebendo a demanda da CME; Não vendo o centro cirúrgico como único cliente.	Caracterizando o trabalho na CME a partir da gerência.

ANEXOS

Anexo A. Aprovação do CEP do Hospital Federal de Bonsucesso, em 24 de junho de 2010. Documento: CEP/HFB nº 18/10

Anexo B. Aprovação do CEP do Hospital Geral de Jacarepaguá, em 04 de maio de 2010. Documento: CEP/HJ nº 02/10.

Anexo C. Aprovação do CEP do Hospital Federal do Andaraí, em 25 de agosto de 2010. Documento S/nº, CEP/HFA.

Anexo D. Aprovação do CEP do Hospital das Clínicas de Goiânia, em 07 de junho de 2010. Documento: protocolo CEP/HC/UFG nº 054/2011.

ANEXO A

Aprovação do CEP do Hospital Federal de Bonsucesso, em 24 de junho de 2010.
Documento: CEP/HFB nº 18/10.

ANEXO B

Aprovação do CEP do Hospital Geral de Jacarepaguá, em 04 de maio de 2010. Documento: CEP/HJ nº 02/10.

ANEXO C

Aprovação do CEP do Hospital Federal do Andaraí, em 25 de agosto de 2010. Documento S/nº, CEP/HFA.

ANEXO D

Aprovação do CEP do Hospital das Clínicas de Goiânia, em 07 de junho de 2010. Documento: protocolo CEP/HC/UFG nº 054/2011.