

Análise da prática de esterilização de materiais em um hospital de grande porte: subsídios para uma gestão do cotidiano hospitalar

Material sterilization practice analysis in a large hospital: Subsidy To An Organization Practice Management

Giovanni Augusto Kalempa Panazzolo
Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG – Ponta Grossa – Brasil
Hospital Universitário Regional dos Campus Gerais – UEPG – Ponta Grossa – Brasil
giovanni.panazzolo@uepg.br

Yara Lúcia Mazziotti Bulgacov
Universidade Positivo – Curitiba – Brasil
Universidade Federal do Paraná – UFPR – Curitiba – Brasil
ybulgacov@gmail.com

Resumo

O presente trabalho objetivou caracterizar como se desenvolveram as práticas de esterilização na Central de Materiais de Esterilização em um Hospital filantrópico de Grande porte. Método: revisão bibliográfica, abordagem qualitativa, entrevista e análise discursiva das informações obtidas na entrevista. Originalidade/relevância: O trabalho está inserido na Teoria das Práticas, e a análise dos dados foi orientada pelos conceitos sensibilizadores propostos por Nicolini (2012). Sua relevância é compreender a prática de esterilização de materiais em um hospital de grande porte, a partir das práticas consolidadas, das rotinas e das normativas que norteiam o trabalho no local. Resultados: A revisão bibliográfica indicou uma lacuna na utilização da abordagem das práticas para a compreensão das mudanças em organizações hospitalares. O método qualitativo orientou a abordagem empírica onde foi utilizado entrevistas com os atores envolvidos nas práticas de esterilização de materiais hospitalares, bem como anotações de campo, pelo pesquisador. Contribuições teórico-metodológicas: a reflexão obtida a partir desses resultados foi que capacitações, treinamentos, estrutura física, a resolução da Anvisa foram importantes, contudo, o que se destacou foi a aprendizagem na prática, no dia a dia, nas interações com suas rupturas e contradições o que efetivamente contribuiu para as mudanças.

Palavras-chave: Teoria das Práticas, esterilização de materiais hospitalares, mudança organizacional.

Abstract

The research sought to approximate the field of health and the administrative field from the theory of practices. The objective was to characterize how sterilization practices were developed at the Sterilization Material Center in a large philanthropic hospital. The literature review indicated a gap in the use of the practices approach to understanding changes in hospital organizations. The qualitative method guided the empirical approach

where the interviews with the actors involved in the sterilization practices of hospital materials, as well as field notes, were used by the researcher. The data analysis was guided by the sensitizing concepts proposed by Nicolini (2012). From the insertion of the ANVISA Resolution, it was observed that the norms implemented for material sterilization triggered behavioral changes over time, with a slow and gradual process of developing new performances, but not without their own ruptures and contradictions of the networks of social relations of the organizational everyday. The approach of theories of practice was sensitive to the apprehension of processes of cultural change. The reflection obtained from these results was that training, training, physical structure, Anvisa resolution were important, however, what stood out was the learning in practice, day to day, in the interactions with their ruptures and contradictions which effectively contributed to the changes.

Keywords: Theory of Practices, hospital materials sterilization, organizational change.

1. Introdução

O foco em práticas sociais está cada vez mais presente nos estudos organizacionais como alternativa a outras formas de teorização. (GHERARDI, 2006; GEIGER, 2009; ROUSE, 2001; SCHATZKI, 2001). Constata-se, assim, um afastamento da racionalidade científica, enquanto modelo de produção de conhecimento que não dá conta da complexidade do mundo real. Por conseguinte, a busca é por uma “racionalidade prática” e assim, fazer justiça a complexidade organizacional (SANDBERG; TSOUKAS, 2011).

Toma-se como objeto de análise a prática de esterilização de materiais em um hospital filantrópico de grande porte, prática compreendida como estratégica. Boas práticas de gestão da esterilização de materiais está diretamente vinculada a promoção de saúde, missão essencial de um hospital.

Entende-se a prática da esterilização de materiais como estratégica em um hospital considerando estar diretamente vinculada a promoção da saúde. Neste caso o serviço de esterilização está diretamente ligada à administração, visto que o Hospital necessita de boas práticas de gestão da esterilização para promoção da saúde. A Gestão Hospitalar, dá subsídios para a compreensão do processo de mudança que pode ser efetivado e fixado nas rotinas, conforme aponta Souza e Carvalho (2015).

No diálogo com as teorias da prática e a realidade hospitalar, observar, entrevistar e analisar envolveu o pesquisador em compreender como as práticas de esterilização foram se desenvolvendo a partir da Resolução da Anvisa, de 15 março de 2012, na Central de Materiais de Esterilização em um Hospital filantrópico de Grande porte. Do ponto de vista metodológico, foi escolhida a abordagem de Nicolini (2012) que propõe um conjunto de elementos sensibilizadores para descrever as práticas. Além, disso propõe uma forma de análise das práticas pelo método de *zoom in* e *zoom out*, que sugere um olhar próximo, detalhado em um olhar afastado, que pretende identificar a rede contextual das práticas.

Este artigo está dividido em quatro partes além dessa introdução. A segunda parte refere-se à revisão teórica apresenta a revisão da literatura, mostrando os principais conceitos de práticas, central de materiais e esterilização classe II. A terceira informa sobre o percurso da metodologia que foi empregada nessa pesquisa. Já a quarta parte traz os resultados e debates que a pesquisa proporcionou. Por fim, as considerações finais estão na quinta parte do artigo.

1.1 Teorias da Prática

Com a introdução de novas legislações, faz-se necessário um olhar específico no cotidiano das organizações. Focando as práticas organizacionais e assumindo que ela é contextual, histórica e situada, busca-se explicar a construção da prática a partir de interações sociais. Assim, verifica-se que legislações passam a ser legítimas quando são aceitas e transformadas em ações praticadas pela comunidade.

Grande parte das ações e interações não são baseadas em acordos compartilhados, mas constitui-se em torno de um conjunto de pressupostos tácitos que não são completamente explicados ou explicáveis, uma vez que são absorvidos tacitamente. Desse modo, a ação social está estritamente ligada a uma condição moral reconhecida pelos atores como correta, legítima e adequada para um contexto específico (BISPO; GODOY, 2012; GHERARDI, 2006, 2012).

Importa dar destaque que o aprendizado não se dá somente pela ação, transmissão e mediação do saber, mas sim pela inscrição dos sujeitos no mundo e sua interação particular e coletiva, aí a importância do olhar nas práticas cotidianas. Não basta somente observar a realidade, mas se tornar ator e estabelecer a diferenciação entre estar inscrito na realidade e ser parte dela (GHERARDI; NICOLINI; ODELLA, 1998; BISPO; GODOY, 2012; GHERARDI, 2001, 2006, 2012).

Além disso, Nicolini (2012) argumenta que a prática representa um rompimento radical com maneiras anteriores de conceber e analisar aspectos organizacionais. O pesquisador parte do pressuposto de que a prática precisa ser analisada, rompendo com a ideia de que os fenômenos mentais são exclusivos para entender as práticas e focando uma maior complexidade, como na articulação entre as atividades mentais e a produção material, bem como constituindo-se dos fazeres e dizeres dos praticantes interconectados.

Nicolini (2012) não compreende as práticas como exclusivas trocas simbólicas, mas como um processo, que é estabelecido pela construção de rotinas que envolvem também trocas simbólicas. Outro aspecto interessante da teoria das práticas sob o viés de Nicolini (2012) refere-se ao seu afastamento em relação ao funcionalismo teórico e aproximação com a racionalidade prática.

Para Nicolini (2012), autor-base para essa pesquisa, na medida em que o mundo atual é feito de práticas, a teoria só pode ser concebida como uma forma de prática (NICOLINI, 2012). Em outras palavras, grande parte das resoluções e normativas internas empresariais não sofre um processo de reflexão, mas apenas de interiorização. Assim uma justificativa para a abordagem das práticas nesse trabalho pressupõe a importância da reflexão como transformadora das ações rumo a uma maior implicação a teleoafetiva em relação aos objetivos organizacionais. Tal reflexão pode conduzir a ações mais focadas, coerentes e com maior enfoque na qualidade.

1.1.1 Práticas em ambiente hospitalar

A teoria da prática está associada às diversas formas de conhecimento, sendo um conceito historicamente construído; se as rupturas ocorrem, novas formas de comportamento podem tomar o lugar das antigas, ou mesmo maneiras antigas podem ser restauradas dentro de um ambiente social; assim, a definição é dinâmica e produz sentidos para os diferentes agentes envolvidos. Mas, e quanto este ambiente é o hospital? Rocha et al. (2014) consideram que a análise da prática hospitalar está associada ao ambiente organizacional da instituição. Assim, o que ocorre dentro deste espaço pode estar ligado tanto com a legislação quanto com as tradições e costumes particulares de cada agente envolvido.

Assim, os autores admitem que existe uma cultura organizacional hospitalar brasileira e, tal construção é histórica e social. Para eles, “[...] as organizações são compreendidas como micro sociedades e estão inseridas num contexto social e interagem com ele, influenciando-o e dele recebendo influências” (ROCHA et al., 2014, p. 309). Percebe-se que o ambiente hospitalar também se enquadra nessa definição, já que as crenças partilhadas por membros do grupo podem ajudar na formação dos valores organizacionais da empresa, da mesma forma que tais valores podem contrariar os ideais da instituição. Nesse último caso, é necessário trabalhar para que haja consonância entre valores particulares e os organizacionais institucionalizados. Tais valores interiorizados podem facilitar o controle das ações, a coordenação das atividades, a direção e as tomadas de decisão.

Rocha et al. (2014) consideram que o comportamento organizacional hospitalar é parte da cultura e dos valores impostos pela empresa para seus colaboradores. Nesse sentido, há uma escala hierárquica de cargos que fiscalizam as ações de cada agente mediante a legislação específica de cada área em variável realidade espacial. No Brasil, por exemplo, o comportamento organizacional é regido por um Código de Ética que não deve estar em desacordo com as normativas nacionais.

Ademais, Rocha et al. (2014) consideram que as relações de trabalho nesse modelo administrativo acabam por gerar mais conflitos, pois o hospital é um espaço com diferentes categorias profissionais. Quando sobrepostos e colocados em interação dentro dessa estrutura hierárquica e centralizada, tais papéis podem se chocar ideologicamente, fazendo com que mudanças sejam mais lentas e penosas (Rocha et al., 2014).

A gestão estratégica hospitalar é vista com seriedade significativa, pois também abrange o tratamento e o atendimento quantitativo e qualitativo do paciente. “Hospitais que apresentaram uma maior taxa de adoção de práticas estratégicas possuíam maior taxa de ocupação, internações por leito e certificado de acreditação. A não adoção da gestão estratégica traz uma limitação de capacidade competitiva” (BRITO et al., 2017, p. 9). Eles chegam à conclusão que o hospital pode abranger um modelo de gestão estratégica contingencialista, o que significa alinhar os comportamentos de acordo com as normativas. Como isso não ocorre com facilidade, cabe olhar as particularidades de cada cenário, o que é fundamental nessa pesquisa.

1.2 Central de materiais de esterilização

A central de materiais e esterilização (CME) destaca-se no contexto da organização hospitalar de forma bastante peculiar, por se caracterizar por uma unidade de apoio técnico a todos os serviços, assistenciais e de diagnóstico (SILVA, 2011). O Ministério da Saúde (1987) define a CME como o conjunto de elementos destinado a recepção, expurgo, preparo, esterilização, guarda e distribuição de materiais para as unidades de estabelecimento de saúde.

A Resolução da diretoria Colegiada, RDC 15, de 15 de março de 2012, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a qual regulamenta os requisitos de boas práticas para os serviços de saúde, define o CME como uma unidade funcional destinada ao processamento de produtos para saúde dos serviços em saúde. Essa legislação organiza as CME em Classe I ou Classe II. O CME Classe I é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação não complexa, passíveis de processamento. O CME Classe II é aquele que realiza o processamento de produtos para a saúde não-críticos, semicríticos e críticos de conformação complexa e não complexa, passíveis de processamento.

O CME deve contar com capacidade técnica e operacional necessária (infraestrutura, recursos humanos e materiais) para a operacionalização do serviço, de acordo com a demanda de todos tipos de produtos para saúde processados e a sua

classificação (SILVA, 2011). A estrutura física deve promover fluxo de uma única direção dos materiais, de modo a ter uma área de esterilização, de desinfecção, de monitoria e distribuição de esterilizados. Tais espaços ainda podem contar com espaços sujos também, como a recepção. Em relação aos profissionais habilitados para a função, vale lembrar da necessidade de nível superior com dedicação constante e exclusiva para a classe II. Aliás, esse profissional deve trabalhar exclusivamente na unidade.

A CME sofreu durante a história diversas rupturas de seus modelos de trabalho, sendo uma unidade de constante evolução, na medida em que os equipamentos e as atividades hospitalares evoluem, a complexidade das ferramentas e artefatos que são utilizados para o cuidado também mudam, necessitando assim regras para sua limpeza, esterilização enfim seu reprocessamento de forma segura.

2. Método

O estudo aconteceu na central de materiais de esterilização de um hospital de propriedade particular, filantrópico de grande porte. Este é referência para os atendimentos de alta complexidade nas especialidades de neurologia, cardiologia e vascular, atendendo a população de 28 municípios, de três regionais de saúde. Possui uma estrutura de 156 leitos, sendo 20 leitos de Unidade de Tratamento Intensivo, e o centro cirúrgico é composto por 6 Salas Cirúrgicas. A estratégia desta pesquisa decorreu da proposta teórico-metodológica de Nicolini (2012), um pacote de teoria e métodos coerente com a ontologia plana das práticas sociais. Propõe um conjunto de conceitos sensibilizadores que permitem uma aproximação das mais diversas dimensões que compõem a complexidade do cotidiano. Propõe dois movimentos analíticos para compreensão das redes de práticas; método *zoom in* e *zoom out*, que sugere um olhar próximo, detalhado em um olhar afastado na tentativa de alcançar a rede contextual das práticas.

A ideia de um pacote de teoria e métodos enfatiza que, para o estudo das práticas, é preciso empregar uma abordagem coerente entre as quais os pressupostos ontológicos (o pressuposto básico sobre como o mundo é e as escolhas metodológicas trabalham em conjunto) (BISPO; SOARES; CAVALCANTE, 2014). Assim, no espaço escolhido, foi necessário verificar como os cursos de ações são mantidos, interrompidos, transformados pelos ditos e feitos dos participantes.

2.1 Procedimentos

Os procedimentos de coleta e análise são essenciais para que o processo de pesquisa tenha efetividade e alcance os objetivos definidos. Assim, segue as especificidades da coleta de dados.

2.1.1 Procedimentos de Coleta de Dados

Para facilitar a abordagem, o autor utiliza um quadro, conforme segue quadro representativo dos procedimentos de coleta de dados em sua relação com os conceitos sensibilizadores:

Quadro 1 – Conceitos sensibilizadores

Aspectos para análise	Ação	Questões Norteadoras
Dizendo e fazendo	Observação	O que as pessoas estão dizendo e fazendo? O que tentam fazer enquanto falam? Em que sequencias temporais se dão os padrões de dizer e fazer? Quais são seus efeitos? Etc.

Ordem Interacional	Observação	Que tipo de interação é realizada por determinada prática? Como se difere de outras práticas semelhantes realizadas no mesmo lugar? Quais interesses coletivos são sustentados e perpetuados por esta prática?
Cronometragem	Observação/ Entrevista	Quais padrões de dizer e fazer e seu fluxo de tempo? Quais consequências/efeitos temporais provocam? O ritmo temporal é produzido pela prática? Qual é a relação entre diferentes temporalidades produzidas na cena em ação por diferentes práticas? Etc.
Corporeidade	Observação	Como a prática é realizada através do corpo? Como o corpo é configurado pela prática? Etc.
Artefatos e Ferramentas	Observação/ Entrevista	Quais artefatos são usados na prática? Como esses artefatos contribuem para a realização da prática? Como são usados? As ferramentas estão de fato alinhadas com a prática ou há conflitos e tensões entre elas? Qual o trabalho visível e invisível os artefatos desempenham? Quais conexões os artefatos estabelecem com outras práticas? Qual o tipo de preocupação eles transmitem para a prática? Etc.
Interesses práticos	Entrevista	Quais interesses práticos orientam o trabalho dos profissionais? O que veem como seu principal objeto de atividade? O que importa para eles? Com o que se preocupam? Qual sua preocupação prática quando vão trabalhar? Qual sua preocupação sobre a prática? O que eles enxergam como principal objeto da atividade? Para onde direcionam seus esforços? Etc.
Tensão entre criatividade e normatividade	Entrevista	Como os profissionais tornam-se responsáveis pela prática? Que recursos discursivos sustentam sua maneira de agir? Como ocorrem as disputas entre o certo e o errado? Etc.
Legitimação e Aprendizagem	Observação/ Entrevista	Como se dá a socialização dos novos membros? Quais histórias são usadas? Os praticantes usam a prática para se identificarem como comunidade? Qual a diferença entre entrantes e membros que saem da comunidade? Etc.

Fonte: Adaptado de Nicolini (2013)

2.3 Categorias Analíticas

As categorias analíticas expressam particularidades conceituais que podem ser averiguadas na análise dos dados. Dessa forma, sua significância é ímpar para caracterização e reflexão de resultados.

2.3.1 Organização

Neste trabalho, a organização será compreendida como uma rede interconectada de práticas sociais voltadas telofetivamente para os objetivos organizacionais.

2.3.2 Prática

Prática é constituída por diferentes elementos, como artefatos, mente, corpo, discursos e ações. As práticas são resultado de interações entre sujeitos e estruturas sociais, por meio da negociação e da trajetória diária de vida. Portanto, a prática é vista como um fenômeno social de natureza dinâmica, que trabalha mediante tensões e contradições, ações e artefatos, cujas extensões ajustam-se ou estendem aos limites das organizações (RECKWITZ, 2001).

O pesquisador teve acesso ao cotidiano organizacional enquanto podendo acompanhar as rotinas/ desempenho, problemas, conflitos, etc., observando e registrando

dimensões do cotidiano com o olhar sensível produto da apropriação das dimensões de análise proposta por Nicolini (2012) e expostas acima. Após observação e registro dos dados, foram realizadas as entrevistas onde se privilegiou a narrativa dos praticantes, método que enriquece os estudos organizacionais (GODOI, BANDEIRA-DE-MELLO, SILVA, 2006). Além, as narrativas criam um canal de comunicação para ouvir e compreender a visão das pessoas que lidam com o dia a dia das organizações, e de certa forma, contribuir para a melhor compreensão da vida organizacional contemporânea.

O diálogo com Nicolini (2012) para a análise dos dados foi significativo, pois nessa interação percebe-se o aspecto interpretativo do *zoom in* e *zoom out*, o que permitem que os dizeres e os fazeres fossem emergindo e delineando a cartografia das práticas organizacionais.

2.4 Etapas da pesquisa

Inicialmente, os dados foram coletados via observação e registro em relatório. Durante uma semana, haverá contato com as rotinas para verificar se a resolução está sendo seguida e quais as particularidades envolvidas em sua aplicação, tais como problemas, conflitos, alinhamentos, dentre outras. Após a observação e registro dos dados, foi feita a entrevista com cada um dos colaboradores. As perguntas contempladas foram as seguintes:

Como você chegou a trabalhar nesse setor? Como é o relacionamento do setor com os outros serviços do hospital? Conhece a RDC 15 de 15 de março de 2012? O que acha importante do seu trabalho para a instituição? Na sequência, o material obtido foi ouvido, transcrito e analisado qualitativamente. Após esse exercício, as falas foram analisadas e articuladas com os registros da observação. Assim, foi possível verificar se o fazer e o dizer estão aparelhados com a prática estabelecida pela normativa ou se destoam dela.

A história enriquece os estudos organizacionais, através de um método que privilegia a história do tempo presente, por meio da narrativa ou a história oral dos sujeitos sociais. A História Oral é uma maneira de criar um canal de comunicação para ouvir e compreender a visão das pessoas que lidam com o dia a dia das organizações, e de certa forma, contribuir para a melhor compreensão da vida organizacional contemporânea.

No tratamento e análise dos dados, busca-se trabalhar a partir da qualidade das informações obtidas na fonte oral, verificando se o quadro geral comportamental é favorável à resolução ou contrária. Nessa perspectiva, a observação deve partir também para uma interação, de modo que as mudanças nas práticas possam ser executadas. Entretanto, o autor considera que ainda sem interação direta, a observação pode ser válida para compreender processos mentais e sociais, o que aproxima esse viés da antropologia (NICOLINI, 2012).

Portanto, a observação verificou se as mudanças práticas ocorrem, mas a intervenção não deve estar aliada a este momento, pois implicaria em “forçar” uma prática ao colaborador pela necessidade de atender as normativas da resolução. Assim como na Antropologia, o pesquisador observa a realidade estudada sem fazer alarde ou querer impor sua opinião, o que foi realizado na realidade hospitalar. O diálogo com Nicolini (2012) para a análise dos dados é significativo, pois nessa interação percebe-se o aspecto interpretativo do *zoom in* e *zoom out*. Conceitos já verificados anteriormente.

3. Resultados

Os dados obtidos foram analisados e organizados em três cenários que demonstram as mudanças no tempo. Cada cenário – no seu respectivo tempo-apontou as mudanças nas ações, dos instrumentos de trabalho, no ambiente, bem como as tensões

entre reprodução e inovação das ações. O primeiro cenário foi caracterizado por uma mudança gradativa no tempo de realização do trabalho,

E1: Meu nome é L. G. B., tenho 25 anos, estou no hospital há 2 anos e 3 meses e iniciei na Central de Materiais em agosto de 2015. Desde então estou neste setor e uma das dificuldades que encontrei já no início foi com a equipe que estava lá, primeiro pela aceitação, de uma nova enfermeira, E outra dificuldade foi em relação ao Centro Cirúrgico, foi a primeira, assim, você não chegar e você não vai mandar, né, e você vai fazer o que a gente pedir; então foi a primeira, e outra dificuldade por não saber como era o processo daquele setor, porque a gente não aprende tudo na faculdade, aprende tudo na prática; uma da falha da graduação de Enfermagem é sobre a Central de Materiais que é só uma pincelada e a prática é totalmente diferente.

Entrevistador: Quem que eram as pessoas que trabalhavam com você quando você começou? A equipe era composta pelo quê?

E1: Por técnicos de enfermagem.

Entrevistador: E como é que funcionava isso?

E1: Então, a parte da hotelaria é como é hoje. Era uma briga de poder, de mesa, de espaço, e aí conversando com a irmã e a direção a gente conseguiu uma sala própria para ela confeccionar os nossos *laps* para o Centro Cirúrgico, Hemodinâmica e pro resto do hospital.

E1 revela que teve grande dificuldade com a aceitação das demais profissionais, por ter menor faixa etária e experiência ainda reduzida na central de materiais. Essa informação é importante porque demonstra haver contato recente com o espaço, assim como com o pessoal que trabalha no local em período predominantemente maior.

O segundo cenário de prática é trazido por uma entrevista em conjunto, com duas irmãs que realizavam o processo de esterilização em Hospital. Após compreender os aspectos biográficos e iniciais do cenário de prática de E1, cabe verificar de que formas E2 e E3 consideram suas práticas. Assim, torna-se possível averiguar semelhanças e diferenças, rupturas e permanências entre cada cenário. No que se refere à biografia e ao cenário inicial, E2 e E3 trazem dados sobre suas trajetórias no Hospital e iniciam a entrevista relatando como praticavam as técnicas de esterilização no passado.

E2: O material era lavado em água quente sempre né? Primeiro tirava o sangue ou qualquer resíduo que tivesse, toda a vida assim. Como que a gente era treinado, era passado de uma pessoa pra outra, quem estava lá sabia um pouquinho mais e ia passando pros outros e normalmente não tinha pessoal específico né?

E3: E entravam em campo e iam pra cirurgia.

Entrevistador: E isso acontecia no próprio Centro Cirúrgico?

E2: Sim, tudo no Centro Cirúrgico. Não tinha uma sala especial pra lavar o material, tinha um balcãozinho e na mesma pia que lavava as mãos, na mesma pia lavava o instrumental.

Em nenhum momento E2 e E3 comentam a respeito de dificuldades de relacionamento, o que significa que essa dificuldade pode não ter ocorrido ou não era importante para elas. Assim, o cenário inicial apontado por ambas se destacava por maior precariedade na efetivação das práticas.

Entrevistador: E que que era a pressão externa assim pra evoluir, era a Vigilância Sanitária? O que que era que fazia evoluir? Era dinheiro? O que que era?

E2: Eram orientações da Vigilância Sanitária.

E3: E os cursos que nós começamos a fazer.

Entrevistador: E agora, com essa última mudança recente de 2012, como que foi? Saber que tudo tinha que ser mudado?

E2: Então, daí que nós tínhamos assim, duas centrais, centro cirúrgico que abastecia o Centro Cirúrgico e o térreo que abastecia o restante do hospital e um

bom tempo a gente falava que tinha que fazer uma central só, tanto é que já fazia um bom tempo que a gente tinha um espaço mais ou menos previsto, mas não tínhamos recurso pra isso. Então foi bem, bem demorado, bem difícil, até que nós conseguimos produtos da Receita Federal e nós conseguimos vender aqueles produtos.

O terceiro cenário foi caracterizado por elementos que mesclam as duas práticas anteriores.

E4: Sou enfermeira há quase quatro anos no hospital. Inicialmente trabalhava na assistência; após, assumi o núcleo de segurança ao paciente, e há 3 meses assumi a coordenação da CME.

Entrevistador: Quando você assumiu a Central de Materiais existia alguma ligação anterior com esse serviço? Você possuía alguma visão prévia desse setor?

E4: Eu possuía um pouco de contato anterior, pois cobri as férias da E1 algumas vezes e também pela questão da segurança do paciente, controle de infecção que eu ajudo na CCIH [Comissão Interna de Controle de Infecção Hospitalar], ainda ajudo nos processos que antecediam as visitas da vigilância sanitária. Eu conhecia alguma coisa, mas não tão a fundo, no relacionamento direto com a equipe. Meu relacionamento era mais com a enfermeira. Equipe, processos de trabalho e rotinas eu não tinha tanto conhecimento.

Por fim, quanto ao aspecto da legitimação e aprendizagem, enfoca a necessidade de capacitação e aponta a necessidade de continuidade do processo de aprendizagem, o que dá maior legitimidade para o trabalho.

Entrevistador: Você conhece a RDC 15, de 15 de março de 2012?

E4: Conheço. Foi o primeiro documento que li quando entrei no setor, pois ela que rege todo o funcionamento da CME, ela que especifica como devemos estar trabalhando para se adequar na lei.

Entrevistador: Conseguir detalhar melhor o que faz parte desta lei?

E4: É toda a questão de práticas e rotinas, desde como se classificam as CME, como elas devem funcionar, como deve ser sua estrutura, quais são os parâmetros de temperaturas, de armários, processos de trabalho que devem acontecer, o que você vai fazer com cada artigo dependendo se ele é crítico, não crítico, ou semicríticos, os processos de limpeza e esterilização que temos e todo controle que devemos ter para garantir que o material está estéril.

Entrevistador: Essa lei, por si só, ela acontece, ou tem que ser feito algo para que as recomendações que estejam nela aconteçam?

E4: Muito [do fato de que] estamos cumprindo a lei se deve pela fiscalização, porque se não existisse a fiscalização ela provavelmente em muitos itens não seria cumprida.

O conhecimento da Resolução é afirmado pela entrevistada a partir da documentação escrita, de modo que se aproxima de sua realidade de trabalho. Esse dado também confirma que não houve treinamento para incorporação das práticas da Resolução, visto que a leitura foi feita a partir do interesse particular da entrevistada em informar-se das novas normativas.

4. Discussão

Em suma, se destaca na fala de E1 a questão da sociabilidade, expressa na dificuldade de aceitação pela equipe em relação à novata, idade e experiência, condições que performam a prática. O espaço é visto como limitador das atividades e do reconhecimento. Outro ponto que E1 destaca como dificuldade significativa foi o contato inicial com o Centro Cirúrgico. Isso porque as mesmas profissionais que proporcionaram dificuldades de socialização no ambiente da Central de Materiais também exigiam que a entrevistada permanecesse no Centro Cirúrgico sem se expressar. Suas opções de trabalho estavam restritas ao cumprimento inquestionável de ordens advindas das outras

colaboradoras. Além disso, E1 apontou que a teoria apreendida em ambiente acadêmico é diferenciada da prática em espaço cirúrgico. Assim, percebe-se que a aprendizagem na prática se manifesta na fala da entrevistada (E1) quando se contrapõe ao tipo de conhecimento acadêmico – o que gera tensão e não aceitação. Porém, no processo de trabalho, sua aprendizagem leva à alteração de rotinas e ao conhecimento “real” do cotidiano.

Em observação e entrevista, E1 menciona o ganho de conhecimento para aprimorar o dizer e o fazer a partir das normativas da RDC, ritmo temporal gradativamente mais eficiente e ganho de confiabilidade no trabalho, principalmente a partir de melhorias no espaço e na tecnologia do local. No que tange à corporeidade, a entrevistada cita alguns processos mecânicos, tais como o uso da termodesinfetadora e a confecção dos *laps*, que são kits cirúrgicos que devem ser esterilizados antes do uso.

O corpo passou a ser configurado pela prática mediante a experiência, que proporcionou maior eficiência ao trabalho. Quanto aos artefatos e ferramentas, percebe-se que a primeira entrevistada demonstra certa instabilidade quando menciona o jogo de poder na central de materiais. A organização e a prática passam a ser estabelecidas mediante uma adaptação da RDC, e não o seguimento de todas as suas cláusulas. As ferramentas encontram-se, portanto, parcialmente alinhadas às práticas. A capacitação também demonstra a necessidade de melhoramento do trabalho, visto que é escassa. Ainda há conexões entre as práticas e as teorias, apoiadas pelos artefatos e ferramentas, mas eles transmitem preocupação de que é necessário ainda haver aprimoramento coletivo das atividades.

A Resolução RDC 15-2012, nesta pesquisa, é vista como uma importante ferramenta de percepção das práticas, um artefato mediador de transformação da prática. Os discursos que se articulam a ela estão inseridos na reflexão a respeito da inscrição dessa ferramenta nas rotinas. As falas que se seguem estão vinculadas à Resolução enquanto ferramenta das práticas das entrevistadas.

Entrevistador: E como que existe, por exemplo, legislações, e qual legislação que você tenta se adaptar, e como que era as legislações antigamente, o que que você viu disso?

E1: Então, antigamente não tinha legislação da Central de Materiais, então a primeira legislação pelo menos, [desde] que eu já cheguei na Central, era a RDC 15/2012, né?

Entrevistador: E já era adequada toda a Central pra essa legislação?

E1: A maioria era, a maioria já estava adequada, nós já tínhamos a termodesinfetadora mas ela não estava sendo utilizada.

As adequações à Resolução são colocadas, pela entrevistada, como existentes e praticadas, tanto no que tange aos materiais quanto à estrutura arquitetônica do local. Na visão de Rocha et al. (2014), a utilização da Resolução enquanto ferramenta de prática é essencial para a promoção de um trabalho de qualidade pela equipe de enfermagem. Isso significa que essa ferramenta aponta o que é correto e incorreto nas práticas, normatizando-as. Assim, o discurso de incorporação da Resolução é fundamental para a entrevistada demonstrar que domina os conhecimentos atuais.

Quanto aos interesses práticos, E1 demonstra conhecer seu objeto da atividade, visto que reconhece o interesse prático de uma esterilização efetiva e qualitativa. Para ela, o que importa é a realização do trabalho e sua preocupação é manifesta perante o grupo, de modo a sentir-se incomodada com a ausência do mesmo interesse nos outros. Verifica-se que o direcionamento dos seus esforços está no aprimoramento do trabalho, assim como em uma posição de maior influência para efetivar o que aprendeu. Quanto às tensões entre criatividade e normatividade, E1 evidencia preocupação em suprir as carências da formação da graduação e ressalta a necessidade de capacitação. Com maior treinamento, há menor possibilidade de tomar atitudes errôneas ou fora das

normativas. Por fim, E1 argumenta que seu processo de socialização foi conflituoso, mas que utiliza as práticas apreendidas para ensinar membros novos da equipe. Assim, não há mais evidência clara entre veteranos e novatos, nem mesmo as mesmas disputas de poder.

Esses dados iniciais podem ser diretamente articulados com o conceito de prática expresso por Nicolini (2012). O autor enfatiza que as práticas podem gerar tensões e contradições nos ambientes em que decorrem, pois cada sujeito possui personalidades diferentes que, juntas, proporcionam diferentes contextos de ação.

Ambas concordam quando E2 relata o processo de esterilização dos materiais com uso de água quente. Também reiteram que não havia sala separada para lavagem do material e que todo procedimento ocorria no Centro Cirúrgico. O fato de o material estar “brilhando” era indício de que a limpeza havia surtido efeito. As entrevistadas não precisam o período em que isso ocorreu, mas foi anterior às normativas e regulamentações, visto que as exigências das resoluções não permitem a ação de meramente lavar o material, ou mesmo medir a tipologia de limpeza pelo seu aspecto visual.

Para E2 e E3, a necessidade de adequação vem, inicialmente, da Vigilância Sanitária. Em seguida, o conhecimento foi sendo adquirido a partir de cursos realizados de forma independente. Muitos desses eventos aconteciam fora da cidade, o que exigiu mobilização. Por fim, destacam que as orientações trazidas eram importantes para que as práticas fossem alteradas.

Elas não chegam a mencionar a Resolução, mas citam apenas uma mudança de 2012. Apontam dificuldades em adaptarem-se a essa nova configuração de realidade, principalmente por questões estruturais, o que teve de ser angariado através da venda de artigos doados pela Receita Federal.

Para Silva (2011), o processo de mudança na esterilização proporcionou resistência em algumas instituições por diferentes fatores. Um deles é o costume com as práticas anteriores. Outro motivo foi a falta de estrutura para que todos os aspectos da Resolução fossem incorporados. Com essas dificuldades, os períodos de interiorização das práticas foram alterados para cada grupo, instituição ou sujeito.

O tempo demonstra que o fazer e o dizer estão em acordo, visto que as entrevistadas não se importam se as práticas citadas estão nas normatizações atuais ou não. A temporalidade se demonstra na permanência de práticas já ineficazes. O ritmo temporal produzido pela prática é relativamente rápido, mas simples. Busca-se a esterilização mediante fervura da água e não há especificidade de mudanças, na alteração das temporalidades e chegada da RDC. Em observação, percebeu-se que há saudosismo nas práticas e pouca alteração das rotinas, no trabalho na central de materiais.

A corporeidade é demonstrada na observação a partir da gesticulação das práticas faladas. Enquanto descreviam o cenário vivido, as enfermeiras gesticulavam formas de realização do trabalho, de modo a confirmar a configuração corporal das práticas que aplicavam. Quanto aos artefatos e ferramentas, não há menção específica que relate o uso de tecnologias atuais ou processos que incorporem novas rotinas. A realização das práticas é proporcionada pelo espaço rústico, como pouca mobilidade e pouco suporte humano. Não há diferenças entre o que é dito e o que é feito, pois elas mencionam que a lavagem do material era feita no centro cirúrgico, de forma precária e rápida.

Quando tratam da RDC, mencionam apenas as mudanças prediais, ressaltando várias vezes a dificuldade de inserção no processo. Assim, não há menção sobre capacitação, o que interfere nas conexões das práticas. Aliás, os interesses práticos que orientam o trabalho estão ligados aos benefícios do procedimento e melhoria do paciente. Assim, o principal objeto da atividade é a realização do procedimento, processo

largamente destacado. Portanto, as enfermeiras confirmam que se preocupam em efetuar os procedimentos para que a esterilização seja satisfatória.

Mesmo assim, demonstram que não há clareza no entendimento da RDC, já que não a mencionam diretamente, ou mesmo sua prática. Sobre a tensão entre criatividade e normatividade, as entrevistadas declaram que houve treinamento, apesar de não frisarem suas especificidades ou citarem as formas de aprendizagem e incorporação da RDC nas suas práticas. Por fim, também não há menção sobre a chegada de novos membros ao local, visto que somente elas trabalhavam no local, no turno mencionado.

Por mais que as práticas do segundo cenário estivessem distantes da norma e até apresentassem risco para pacientes em cirurgias, ambas concordavam que o aspecto brilhante era o mais importante, assim como a lavagem exaustiva do material. Esse conhecimento pode ser utilizado para compreender que o aspecto de aproximação afetiva das entrevistadas fez com que suas práticas fossem legitimadas e tidas como corretas, para elas. Como o conhecimento sobre a esterilização eficaz era escasso, a crença era de que a mera lavagem instrumental fosse suficiente. Assim, a implicação teleoafetiva suprime a norma e passa a justificar um tipo de verdade.

Inicialmente, E4 contou ser enfermeira há quatro anos, com apenas três meses de coordenação do CME – tempo relativamente curto, mas importante para compreender sua visão do espaço e das práticas ali exercidas. Sua visão é mediada pela aquisição de conhecimento, conceito sensibilizador de importância ímpar. Esse conceito sensibilizador não se estrutura necessariamente pela aprendizagem de conhecimento técnico, mas pela aquisição do saber em si.

Porém, sua fala deixa vago o tipo de conhecimento envolvido, pois ela apenas cita “conhecer alguma coisa”. Mesmo assim, Nicolini (2012) ressalta a importância do conhecimento na ação prática e nas alterações decorridas na rotina. Assim, o conhecimento externado pela E1 demonstra sua intenção de exaltar seu conhecimento anterior da Central de Materiais, ainda que não especifique suas particularidades.

Nessa incorporação de saberes, E4 estabeleceu uma racionalidade prática articulada a dimensões teleoafetivas, principalmente por conta do relacionamento profissional que estabeleceu com a enfermeira. Essa curta biografia também apresenta a necessidade de colocação profissional especializada no local, visto que a entrevistada se encontra no local há pouco tempo e já assumiu a coordenação.

O tempo é apresentada de forma breve, mas contextualizada. E4 menciona experiência relativamente curta no campo, apesar de afirmar ter apreendido rapidamente as funções relativas às central de materiais. Assim como E2 e E3, sua expressão corporal é de gesticulação e pressa, de modo que se percebe a intenção de retornar ao trabalho. Sua postura é de liderança e há dinamismo na compreensão das diferentes temporalidades. No que diz respeito à corporeidade, ainda se verifica atenção na realização das atividades e rigor metodológico para adequação à RDC. Assim, o corpo configurado para a prática é o corpo preparado para as ações que o trabalho exige.

Quanto aos artefatos, verifica-se que a entrevistada se utiliza dos conhecimentos da RDC e busca capacitação para aprimorar seu trabalho. Os conhecimentos desenvolvidos contribuem para realização das práticas, na medida em que se observa tais medidas sendo aplicadas. O trabalho visível é reconhecido e o invisível também é momento de preocupação, visto que nem sempre o processo de esterilização é perpassado na lógica do processo cirúrgico. Assim, as ferramentas e seu uso transmitem uma prática segura, estruturada e com enfoque em base teórica e legislativa.

Quanto aos interesses práticos, E4 menciona a segurança do paciente e o controle de infecções, além de anteceder as orientações para visitas da vigilância sanitária. Por mais que seu relacionamento seja local, ela relata que sua preocupação era manter o ambiente limpo e normatizado segundo a ANVISA. Quanto às tensões entre criatividade e normatividade, sua fala expressa responsabilidade pela prática, com um discurso teórico

pautado na obediência à RDC e com eficácia na construção do certo a partir das orientações prescritas para o local.

Na explicação, E4 reitera que a RDC 15/2012 é importante por incorporar as rotinas e práticas ideais, além de mencionar a estrutura e os processos de trabalho que devem nortear o cotidiano de trabalho. Por fim, a participante salienta que é a fiscalização que faz com que a Resolução seja obedecida, pois em caso contrário, diversos aspectos não seriam consolidados.

Para Ferreira et al. (2017), o processo de avaliação da Central de Materiais pode ser externo ou interno. A fiscalização é exercida pela Vigilância Sanitária, ou mesmo dos próprios colaboradores, dentro de um processo de conscientização da ação. No caso relatado por E4 percebe-se que a Resolução ainda não foi interiorizada, pois a fiscalização necessita estar presente para que os colaboradores exerçam suas funções regulamentadas pela legislação. Assim, percebe-se que a prática ainda não está interiorizada e necessita ser aprimorada.

Portanto, o dizer e o fazer são efetivados pelo tempo relacionada à experiência adquirida, à corporeidade na eficácia da atividade e no ganho de tempo, nos artefatos utilizados, sejam mentais ou físicos (tecnológicos), nos interesses pelo trabalho e pela importância social nele envolvida, na tensão que mantém as rotinas, ao mesmo tempo que busca especificação dos comportamentos e, por fim, na aprendizagem e legitimação das ações, por meio da capacitação e exercício profissional. Nas análises, verifica-se que E1 e E4 estão mais próximas das práticas estipuladas pela RDC, assim como buscam maior capacitação para o trabalho.

5. Considerações finais

A partir da análise das práticas foi possível perceber que os conceitos sensibilizadores são fundamentais para analisar, compreender e refletir a respeito do comportamento nas organizações. Teoricamente, o campo é vasto e necessita ser ampliado para que os resultados obtidos sejam ainda mais satisfatórios.

O processo de *zoom in* possibilitou a compreensão de que as mudanças ocorrem mediante tensões, contradições, conflitos e necessidades. As personalidades diferenciadas foram percebidas em cada discurso, o que demonstra uma visão peculiar, mas focada na necessidade de que as mudanças devem ser visíveis aos pacientes. Outro ponto de fundamental importância nos discursos das enfermeiras é a mudança de comportamento após inserção na prática laboral. Todas evidenciaram pouco conhecimento da área, o que leva a uma prática construída na rotina diária e nem sempre próxima da ideal.

Em todos os casos, percebeu-se que houve mudanças significativas a partir da inserção da Resolução da ANVISA, dado que demonstra que diversas ações práticas foram estabelecidas para legitimar a norma. Dentre essas mudanças, cita-se a alteração do modo de esterilização, o relacionamento com colegas e materiais, a capacitação e a chegada de equipamentos tecnológicos de mais fácil e eficiente manejo. A reflexão obtida a partir desse resultado é que capacitações, treinamentos, estrutura física, trabalho em equipe e mudança nas práticas são fundamentais para que o cenário seja efetivamente alterado.

Assim, foi possível verificar que as práticas de esterilização podem ser alteradas, mas de forma lenta, gradativa e conflituosa, seja a partir da Resolução 15 da Diretoria Colegiada Anvisa de 15 de março de 2012 ou de qualquer resolução que modifique as estruturas de trabalho. Assim, a pesquisa demonstra concordância em relação ao discurso veiculado por Nicolini (2012), visto que o autor considera a teoria das práticas como campo de constante reflexão.

Além disso, destaca-se a importância da prática no cotidiano, ainda que haja contradições e tensões no ambiente de trabalho. Os saberes desenvolvidos na prática são significativos e necessitam ser valorizados, e mediados pelo gestor, cuja sensibilidade deve estar voltada para compreender tais ações e mobilizar recursos para aprimoramento do trabalho.

Sobre o dizer e o fazer, verifica-se que os discursos se encontram fora de alinhamento de modo que, enquanto algumas afirmam que a capacitação altera as práticas, outras destacam que aprenderam na ação laboral e não por contato teórico. Tal ponto leva a questionar se a capacitação está alcançando seus objetivos ou se precisa ser repensada. De qualquer forma, as participantes analisam que as alterações nas práticas foram positivas, até porque evitou-se que infecções pudessem acontecer nos procedimentos cirúrgicos adotados no interior da Unidade.

Por fim, a relação com outros setores ainda parece distante da ideal e precisa ser melhor articulada dentro do hospital. Enfrentar essas diferenças exige estratégias como a conversa, o isolamento de cada função e a necessidade de aprender sobre outras áreas, assim como a conscientização do papel de cada um no setor.

A pesquisa contribui para o campo ao demonstrar que ações locais podem influenciar a ação laboral, ainda que de forma intermitente. Além disso, a disciplinarização não conduz a um aparelhamento das atitudes, mas leva a compreender as motivações dos desvios ou retornos a práticas anteriores.

Referências

ÁVILA, G. G. F. **Elementos da cultura de um hospital universitário: repercussões no comportamento organizacional**. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande, Porto Alegre, 2006.

BISPO, M. de S.; GODOY, A. S. **A etnometodologia enquanto caminho teórico-metodológico para a investigação da aprendizagem nas organizações**. Brasília: Athos, 2012.

BISPO, M. S.; SOARES, L. C.; CAVALCANTE, E. D. C. Panorama dos Estudos Sobre “Prática” no Brasil: uma análise da produção. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 38., 2014, **Anais...** Curitiba: UFPR, 2014, p. 48-68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construção e instalação de serviços de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 307, de 14 de novembro de 2002**. Altera a Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002 que dispõe o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Brasília: Diário Oficial da União, 18 nov. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 15, de 15 de março de 2012**. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0015_15_03_2012.html
Acesso em: 05 abr. 2023.

BRITO, L. A. L. et al. Práticas de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, p. 307-315, 2017.

FERREIRA, A. M. et al. Avaliação dos serviços: Instrumento de avaliação de centros de material e esterilização. **Revista Prevenção de Infecção e Saúde**, Ribeirão Preto, v. 3., n. 3, p. 1-8, 2017.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008. Tradução de Roberto Machado.

GEIGER, D. Revisiting the concept of practice: toward an argumentative understanding of practicing. **Management Learning**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 129-144, 2009.

GHERARDI, S. **How to conduct a practice-based study**: problems and methods. Cheltenham: Edward Elgar, 2012.

GHERARDI, S. Introduction: the critical power of the "practice lens". **Management Learning**, London, v. 41, n. 3, p. 102-115, 2009.

GHERARDI, S. **Organizational knowledge**: the texture of workplace learning. Oxford: Blackwell Publishing, 2006.

GHERARDI, S. Practice-based theorizing on learning and knowing in organizations. **Organization**, v. 7, n. 2, p. 211-223, 2001.

GHERARDI, S.; NICOLINI, D.; ODELLA, F. **Toward a social understanding of how people learn in organizations**: the notion of situated curriculum. London: Management Learning, 1998.

GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. da. **Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais**: paradigmas, estratégias e métodos. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.

NICOLINI, D. **Practice theory, work, and organization**: an introduction. London: Oxford University Press, 2012.

RECKWITZ, A. Multikulturalismustheorien und der Kulturbegriff. **Journal für Soziologie**, Berliner, v. 11, n. 2, p. 179-200, 2001.

ROCHA, F. L. R et al. A cultura organizacional de um hospital público brasileiro. **REE-USP**, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 308-314, 2014.

ROUSE, J. Two concepts of practices. In: SCHATZKI, T. R.; CETINA, K. K.; SAVIGNY, E. V. (Org.). **The practice turn in contemporary theory**. New York: Universal Journal, 2001. p. 189-198.

SANDBERG, J. E.; TSOUKAS, H. Grasping the logic of practice: theorizing through practical rationality. **Academy of Management Review**, New York, v. 36, n. 2, p. 338-360, 2011.

SCHATZKI, T. R. A primer on practices. In: HIGGS, J. (Org.). **Practice-based education**. Rotterdam: Sense Publishers, 2012. p. 13-26.

SCHATZKI, T. R. Introduction: practice theory. In: SCHATZKI, T. R.; CETINA, K. K.; SAVIGNY, E. V. (Org.). **The practice turn in contemporary theory**. New York: Universal Journal, 2001. p. 1-14.

SCHATZKI, T. R. Materiality and social life. **Nature and Culture**, Amsterdam, v. 5, n. 2, p. 123-149, 2010.

SILVA, A. A organização do centro de materiais esterilização. In: GRASILIANO K. U.; SILVA, A.; PSALTIKIDIS, E. M. (Org.). **Enfermagem em centro de materiais e esterilização**. Barueri: Manole, 2011. p. 32-61

SOUZA, V. P.; CARVALHO, R. B. Gestão do conhecimento no âmbito da administração hospitalar: proposta de modelo conceitual integrativo para gestão do corpo clínico. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 97-115, 2015.

VALMORBIDA, S. M.; ENSSLIN, L. Construção de conhecimento sobre avaliação de desempenho para gestão organizacional: uma investigação nas pesquisas científicas internacionais. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, Curitiba, v. 13, n. 28, p. 12-33, 2016.