

Enferm Bras 2022;21(4):442-61

doi: [10.33233/eb.v21i4.5112](https://doi.org/10.33233/eb.v21i4.5112)

ARTIGO ORIGINAL

Objetivando subjetividades nos agenciamentos da enfermagem na gestão do centro cirúrgico: estudo observacional

Ricardo Oliveira Meneses*, Nathalia Roberta Azevedo Dias**, Silvia Teresa Carvalho de Araújo***, Cintia Silva Fassarella**, Cecília Maria Izidoro Pinto***, Nébia Maria Almeida de Figueiredo****

*Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia (IFRJ), **Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), ***Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), ****Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Recebido em 23 de fevereiro de 2022; Aceito em 19 de Julho de 2022.

Correspondência: Ricardo de Oliveira Meneses, Rua Boulevard 28 de Setembro, 157 Vila Isabel 20551-030 Rio de Janeiro RJ

Ricardo de Oliveira Meneses: ricardo.meneses@ifrjedu.br
Nathalia Roberta Azevedo Dias: nattazevedo@hotmail.com
Silvia Teresa Carvalho de Araújo: stcaraujo@gmail.com
Cintia Silva Fassarella: cintiafassarella@gmail.com
Cecília Maria Izidoro Pinto: cecilia.izidoro@gmail.com
Nébia Maria Almeida de Figueiredo: nebia43@gmail.com

Resumo

Objetivo: Rastrear os agenciamentos político-organizacionais a que são submetidos a equipe de enfermagem durante seu processo de trabalho no espaço do centro cirúrgico. **Métodos:** Estudo descritivo, observacional quanti-qualitativo, utilizando-se das pistas 2, 3 e 5 da cartografia. O centro cirúrgico de um hospital universitário foi o cenário da coleta de dados de junho a setembro de 2021 pelos diários de campo. Observaram-se 32 intervenções cirúrgicas com 89 membros da equipe de enfermagem de um universo de 161. **Resultados:** Na sala de operações, 97,67% são técnicos de enfermagem com uma média de três membros por cirurgia. A urologia foi a especialidade mais frequente e a maioria ocorreu em período diurno. O tempo em sala de operações foi de 4h25'56"em média. Os agenciamentos capturados nas observações destacaram que a equipe

médica é imperativa aos fluxos gerados, além da falta e falha como elementos molares-moleculares da instituição e da equipe. *Conclusão:* Gerir é um território/ato de enfermagem no centro cirúrgico durante ocorrências, falhas, desorganizações e faltas, mas atitudinalmente determinante para efetivação de ações molares do que está planejado dentro da organização político-institucional, considerando que o gerir de dentro das salas é do técnico de enfermagem e o de fora é do enfermeiro.

Palavras-chave: Filosofia em Enfermagem; centro cirúrgico hospitalar; salas cirúrgicas; administração hospitalar; administração e planejamento em saúde.

Abstract

Aiming subjectivities in nursing agencies in the management of the surgical center: an observational study

Objective: To track the political-organizational arrangements to which the nursing team is subjected during their work process in the space of the surgical center. *Methods:* Descriptive, observational, quanti-qualitative study, using tracks 2, 3 and 5 of the cartography. The surgical center of a university hospital was the setting for data collection from June to September 2021 through field diaries. There were 32 surgical interventions with 89 members of the nursing team out of a universe of 161. *Results:* In the operating room, 97.67% are nursing technicians with an average of three members per surgery. Urology was the most frequent specialty and most occurred during the day. The time in the operating room was 4h25'56" on average. The assemblages captured in the observations highlighted that the medical team is imperative to the flows generated, in addition to the lack and failure as molar-molecular elements of the institution and the team. *Conclusion:* Managing is a territory/nursing act in the surgical center during occurrences, failures, disorganizations and absences, but attitudinally determinant for the effectiveness of molar actions of what is planned within the political-institutional organization, considering that managing from within the rooms is the nursing technician and the outside is the nurse.

Keywords: Philosophy, Nursing; hospital surgery department; operating rooms; hospital administration; health administration and planning.

Resumen

Apuntando las subjetividades en las agencias de enfermería en la gestión del centro quirúrgico: un estudio observacional

Objetivo: Rastrear los arreglos político-organizativos a los que se somete el equipo de enfermería durante su proceso de trabajo en el espacio del centro quirúrgico. *Métodos:* Estudio descriptivo, observacional, cuanti-cualitativo, utilizando los carriles 2, 3 y 5 de la

cartografía. El centro quirúrgico de un hospital universitario fue escenario de recolección de datos de junio a septiembre de 2021 a través de diarios de campo. Hubo 32 intervenciones quirúrgicas con 89 integrantes del equipo de enfermería de un universo de 161. *Resultados:* En quirófano, el 97,67% son técnicos de enfermería con un promedio de tres integrantes por cirugía. La urología fue la especialidad más frecuente y la mayor parte ocurrió durante el día. El tiempo en quirófano fue de 4h25'56" de media. Los ensamblajes captados en las observaciones destacaron que el equipo médico es imperativo a los flujos generados, además de la carencia y falla como elementos molares-moleculares de la institución y del equipo. *Conclusión:* Gestionar es un territorio/acto de enfermería en el centro quirúrgico durante las ocurrencias, fallas, desorganizaciones y ausencias, pero actitudinalmente determinante para la efectividad de las acciones molares de lo planificado dentro de la organización político-institucional, considerando que la gestión desde las salas es el técnico de enfermería y el exterior es el enfermero.

Palabras-clave: Filosofía en Enfermería; servicio de cirugía en hospital; quirófanos; administración hospitalaria; administración y planificación en salud.

Introdução

Pensar no centro cirúrgico na perspectiva de um espaço molar-molecular indutor de subjetividades político-organizacionais é um desafio e faz uma diferença singular no discurso da gestão que está instituída, abalizada cientificamente e que vivenciamos.

Ao trazer a discussão para esse contexto, o espaço do centro cirúrgico não traz características apenas de um território geográfico já reconhecido, mas como um lugar político-organizacional que imprime o sentido dos jogos dos intérpretes sociais atuantes em suas relações de poder e organização pelos seus objetos fixos e fluxos que estão implícitos nos devires da equipe interdisciplinar que está neste local [1,2].

O centro cirúrgico está constituído por salas de operações, sendo a base do processo de gerir este espaço por enfermeiros, demandando uma variedade de situações da atenção pelas dinâmicas particulares do planejamento do cuidado perioperatório que envolve diretamente a equipe de enfermagem, responsável pelo plano de previsão e provisão de todos os recursos, em especial os humanos, de materiais, de processos e de qualidade [3].

Para isso, criam-se fluxos determinados por ações e atos são realizados nos agenciamentos produzidos durante a gestão deste lugar que são capazes de produzir riscos tanto no plano racional e, principalmente no plano subjetivo marcando o modelo dos gestos dos corpos que são geridos dentro do centro cirúrgico.

Essa forma ou arquétipo de ações e atos não estão claros, além de como o corpo se comporta fazendo-os em relação aos outros ao seguir as orientações do que está no protocolo orientador, a cirurgia, de forma que esta administração em saúde é construída historicamente por Taylor, Fayrol, Donabedian, dentre outros autores que marcam os agenciamentos molares e moleculares da gestão em centro cirúrgico, ainda que dissonantes da gestão do cuidado [4-6].

Quando se reproduz aos agenciamentos, fundamenta-se ao dicionário de Deleuze [7] onde retrata que este processo se organiza em dois eixos, o primeiro comportando o agenciamento de conteúdo e o segundo de expressão, sendo o de conteúdo aquele que o corpo produz desejos (devires), imbuído em atos, paixões, mistura de corpos reagindo sobre os outros e traz a origem molecular das ações [7].

E, ao descrever o segundo eixo, de expressão, trata-se do agenciamento coletivo que concerne aos atos enunciados, transformações incorpóreas atribuídas dos corpos e tem ao mesmo tempo lados territoriais, ou molares, como também de desterritorialização que impelem o próprio agenciamento [7:20].

A ordem molar na dimensão filosófica corresponde às estratificações que delimitam coisas, objetos, sujeitos, representações, gestos, linguagem corporal, signos e sistemas de referência que foram construídos historicamente [8].

A ordem molecular, contrária ao que está posto, é a referente aos fluxos, os devires, as transmissões de fases, as intensidades, atravessando os níveis operados pelas diferentes condições de agenciamentos, considerando-se transversal e indissolúvel as bases molares, envolvendo as leis, ordens, poder, gestão e subjetividades [8].

Desta forma, a enfermagem de centro cirúrgico cria e vive as condições para que aconteça todo esse contexto de forma rizomática, sem se dar conta de que gerir esse espaço é fundamental, pois é nele que as relações humanas acontecem e que dão fluxo aos processos de trabalho no entorno das cirurgias. O modelo pensamento em rizoma está caracterizado onde não há começo e fim por terem interferências molares e moleculares na produção da gestão do centro cirúrgico na sua relação com os agenciados.

Atualmente, não se vivencia um modelo instituído de organograma de gestão em centro cirúrgico que considere o enfermeiro e seus técnicos de enfermagem, como intérpretes ou articuladores centrais, que digerem saberes e fazeres para o cuidado dos clientes, resolvem problemas de todas as ordens e criando fluxos para o estabelecimento do saber biomédico imperativo ao ambiente de centro cirúrgico, de forma a considerar estes aspectos filosóficos [9,10].

O modelo de gestão em centro cirúrgico está hierarquizado no poder médico que contextualiza o ambiente, destinando-se ao diagnóstico e aos tratamentos perioperatórios, como também pelas relações institucionais que centralizam as ações de saúde na figura deste profissional [11].

E nesse sentido perpassa-se pelo âmbito de todo corpo social de enfermagem, que ao exercer suas atividades assistenciais e administrativas, agencia os conflitos de múltiplas ordens no desafio da interlocução do serviço das especialidades cirúrgicas, que disputam seus territórios de poder no domínio do estado de saúde dos clientes, como também pelos demais profissionais e funcionários veiculados a gestão.

Considera-se essa subjetividade implícita no gerir, além dos mecanismos de poder, que o centro cirúrgico na vivência deste espaço nos “dóceis corpos”, descrito na obra de Macedo [12] ancorado em Foucault, não reagem como sujeitos políticos, históricos e fundamentais a todo fluxo deste território [12,14].

Gerir esse espaço transoperatório é reconsiderar a todo instante a desordem entre os princípios técnicos que orientam a prática profissional com os problemas dos planejamentos cirúrgicos nas mais diversas especialidades e serviços atrelados ao pessoal, aos clientes, ao ambiente, materiais, considerando a organização e suas políticas [2,14].

Com esses aspectos, considera-se que o objeto deste estudo são os agenciamentos dos corpos de desejo no espaço de gestão do centro cirúrgico.

Destaca-se a cartografia como forma de capturas de subjetividades em conceitos e no método. Sendo assim, através dos indexadores do DeCS – Descritores em Ciências da Saúde e MeSH – *Medical Subject Headings* nos portais e bases de dados BVS – Biblioteca Virtual de Saúde; Pubmed; Scopus; WOS; Embase; Cinahl; ASSIA *Applied Social Sciences Index & Abstracts* (ASSIA); ERIC; Sociological Abstracts; Portal CAPES de Periódicos e em busca manual, foram encontradas 36 conexões em 2021.

A partir de 2009 as conexões na enfermagem com subjetividades e cartografia se dividiram nas seguintes áreas: 19,44% das produções tratam sobre o método cartográfico (7); 25% sobre saúde mental (9); 25% tratam da área hospitalar, doença biológica ou mesmo da saúde dos usuários (9); 16,66% a cartografia no ensino (6) e 13,88% em saúde pública (5), não havendo nenhuma conexão com gestão em centro cirúrgico.

Ao considerar o tema, o estudo propicia a compreensão destes fenômenos que não foram investigados até o presente momento sob esta ótica, o que torna original, quando se rastreiam os problemas e fenômenos que se escondem e desafiam na identificação dos “signos”. Entendendo signo como sensação, afeto, nova perspectiva,

uma exclusividade ao qual o sujeito participa como “diferença” dentro do contexto instituído [2].

Portanto, os desafios para a equipe de enfermagem, além das especificações técnicas, devem ser vivenciados em sala de cirurgia, pois o cenário de maneira literária, não leva em conta o número ou a qualificação das ações e atos que são colocadas em prática em sala de operações de modo que envolva elementos éticos, técnicos, criativos, relacionais e afetivos nas relações institucionais e de poder que estão inseridas nas maneiras que profissionais ordenam seu dia a dia [15,16].

Sendo assim, traçou-se a seguinte questão de pesquisa: que elementos constitutivos do agenciamento são destacados nas ações e atos de gerir o centro cirúrgico do que possa fazer a diferença do que está instituído?

Para atender essa questão traçou-se o seguinte objetivo: rastrear os agenciamentos político-organizacionais a que são submetidos a equipe de enfermagem durante seu processo de trabalho no espaço do centro cirúrgico.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa descritiva, observacional das ações e os atos da equipe de enfermagem do centro cirúrgico com abordagem quanti-qualitativa, utilizando-se das pistas 2, 3 e 5 da cartografia como método de pesquisa [17].

Na atenção cartográfica adota-se um diário de campo que é a base para o registro de forma antropológica do rastreamento, podendo associar os dados quantitativos com dados qualitativos obtidos simultaneamente que são embutidos, de forma a dar contorno e forma ao território (espaço) explorado, no qual os dados qualitativos são utilizados para explicar resultados quantitativos ou vice-versa [17].

O estudo desenvolveu-se no centro cirúrgico de um hospital universitário de alta complexidade da rede pública do Estado do Rio de Janeiro no período de coleta de dados do dia 29 de junho de 2021 até 15 de setembro de 2021.

Neste ambiente atendem-se pacientes adultos e pediátricos, com várias especialidades cirúrgicas intervindo nos usuários de forma eletiva e em caráter de urgência, atendendo 41 especialidades médicas em 23 especialidades cirúrgicas, sendo elas: cirurgias para arritmias, bucomaxilofacial, cardíaca, cabeça e pescoço, CTAC – Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais, clínica da dor, dermatológica, gastrológica, geral, ginecológica, cirurgias da mão, neurológica, obstétrica, oftalmológica, ortopédica, otorrinolaringológica, pediátrica, plástica, pneumológica, proctológica, torácica, vascular e urologia. Além disso, possui equipamentos e pessoal treinado para realização de cirurgias por vídeo e por cirurgia robótica.

O Centro Cirúrgico constitui-se de 20 salas operatórias, estando em funcionamento atualmente com 15, dentre demais espaços administrativos e de infraestrutura ao serviço.

A produtividade cirúrgica no período de janeiro a dezembro de 2021 apresentou média de 920 cirurgias por mês, sendo 87,65% eletivas e 12,35% de urgências internas, ocorrendo majoritariamente diurnas de segunda a sexta-feira, com algumas no período dos sábados.

Os recursos dependem exclusivamente do Estado do Rio de Janeiro e projetos atrelados, subsidiando um ambiente de treinamento, ensino e pesquisa em saúde nas especializações e complexidades reportadas.

O universo de profissionais atrelados a gestão de enfermagem em centro cirúrgico contou com quadro de 161 profissionais de enfermagem, sendo 34 enfermeiros, entre concursados, contratados, além de 11 residentes do programa de centro cirúrgico e centro de material participantes do plano de supervisão das salas de cirurgia.

Constituíram 127 profissionais de enfermagem de nível técnico distribuídos como circulantes e instrumentadores, além de 17 funcionários de equipe de apoio, como os responsáveis pelo controle de Órteses, Próteses e Materiais Especiais (OPME), equipamentos de vídeo e de anestesia.

Para coleta de dados utilizou-se um diário de informações observacionais que rastreou as ações, através de observações aleatórias de todo o processo, registrando-se as seguintes variáveis categóricas: data; hora, tempo em sala de cirurgia; cenário; situações agenciadoras na gestão em centro cirúrgico; os atores sociais envolvidos; as atividades ancoradas nos princípios afetivos e técnicos pela percepção e a descrição narrativa dos fatos associando as impressões dos atos e atitudes identificados.

Os dados foram produzidos a partir da análise de conteúdo [18], adotada em abordagens qualitativas, com a sintetização das ações e atitudes e sob a estatística descritiva simples através do programa Excel na versão 2013.

A amostra obtida foi em 32 intervenções cirúrgicas cuja cessão dos dados observacionais se deu pela repetição dos fenômenos e atenção às especialidades, conforme característica da cartografia. Observaram-se 89 membros da equipe de enfermagem em 24 dias de imersão em sala de cirurgia, incluindo os profissionais de enfermagem que atuaram nas cirurgias como os circulantes, instrumentadores cirúrgicos e enfermeiros, após ciência dos termos éticos e dos objetivos da pesquisa.

Excluíram-se os profissionais de demais categorias, profissionais de enfermagem com tempo menor que seis meses de atuação, visando atender ao objeto

do estudo, além daqueles que não desejaram participar da pesquisa de acordo com a resolução 510 de 2016 que trata sobre a pesquisa com seres humanos.

Utilizou-se um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que foi explicado presencialmente a equipe um mês antes da coleta de dados.

Em análise dos comportamentos dos participantes concebeu-se o risco 1, caracterizado como leve, relacionado a modificações comportamentais e as relações políticas institucionais, visto que os processos de planejamento e trabalho estão apresentados no estudo.

Esta pesquisa não apresentou em ônus para o hospital, nem financiamento externo para produção dos dados, sendo de inteira responsabilidade a sua produção e execução do pesquisador responsável.

Como limitação do estudo, os dados do estudo demonstram a realidade de um centro cirúrgico de um hospital público universitário, e sua abordagem não prevê generalização dos dados.

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição com o número do parecer: 4.681.775 e CAE 45812621.6.0000.5282, aprovado em 31 de maio de 2021 e constitui-se dos dados parciais da tese de doutoramento.

Resultados

As 32 intervenções cirúrgicas foram ordenadas por tempo observacional em sala de cirurgia de acordo com a seguinte especialidade por ordem decrescente: na Urologia nos procedimentos tradicionais, por vídeo e robóticos com 27 horas; na Cirurgia plástica 23 horas e 40 minutos; Cirurgia torácica tradicional e por vídeo com 18 horas; Cirurgia proctológica tradicional, por vídeo e robótico perfizer 14 horas; Neurocirurgia com 12 horas e 30 minutos; Bucomaxilo com 9 horas e 30 minutos; Ginecologia com 8 horas e 30 minutos; Ortopedia e ortopédica de mão com 8 horas e 30 minutos; Cirurgia geral tradicional, por vídeo e robótico foram 7 horas; Cirurgia cardíaca com 5 horas e Cabeça e pescoço foi 1 hora representando as especialidades atendidas no hospital.

A especialidade mais frequente a urologia em 21,87% das observações, sendo que 96,87 % ocorreram no período diurno e 3,13% evoluíram para o período noturno, iniciando-se às 8h em acordo com a programação exclusivamente eletiva do hospital.

O total de horas dos dados observacionais em sala de cirurgia, onde se capturaram as subjetividades de gestão somaram-se 8510 minutos. A média aritmética de horas por procedimento foi de 4 horas e 25 minutos e 56 segundos, havendo igualdade na moda e mediana com 4 horas, com um outlier de 11 horas de tempo de sala de cirurgia.

O número médio equipe de enfermagem em sala de cirurgia foi de 3 membros em 19 observações, 2 membros em 9 procedimentos, 1 membro em dois procedimentos, e apenas dois procedimentos apresentaram-se fora da média com 4 e 5 membros respectivamente. Dos 89 membros da equipe de enfermagem observados nos 32 procedimentos, 97,67% constituíram-se de técnicos de enfermagem e 2,33% foram enfermeiros, considerando a presença durante todo o procedimento cirúrgico, avaliando que enfermeiros gerem de fora da sala de operações (Tabela I).

Por dentro desses dados que são mais fixos, os fluxos foram sintetizados de acordo com sua frequência nas situações agenciadoras.

Tabela I - Situações agenciadoras em 32 procedimentos realizados no período de junho a setembro de 2021

Números de capturas	Situações capturadas de subjetividades	Fi	%
1	A equipe médica demandando ações e atitudes para enfermagem;	32	100
2	A desorganização da própria equipe de enfermagem refletindo ao ambiente (materiais, impressos e demais atividades transoperatórias);	31	96,87
3	Falha de testagem ou certificação de equipamentos ou produtos para saúde prévios a cirurgia (mesas, eletrocautério, material de vídeo e instrumentais);	11	34,37
4	Falta de infraestrutura e de recursos materiais (falta de vácuo, oxigênio, sala pequena, falta de equipamentos);	8	25
5	Reprodutibilidade da falta de planejamento institucional quanto as atividades perioperatórias em sala;	8	25
6	A equipe médica não certificou de parâmetros clínicos e de segurança fundamentais para cirurgia (ex: sangue, CTI, identificação, lateralidade);	7	21,87
7	Falha na comunicação entre a equipe interdisciplinar e intersetorial;	7	21,87
8	Entrosamento da equipe de enfermagem;	3	9,37
9	Falta de humanização da equipe multidisciplinar;	3	9,37
10	Organização da equipe de enfermagem;	2	6,25
11	Desarticulação de serviços de apoio como serviço do Centro de material e esterilização, raio x e outros com o centro cirúrgico ou com a equipe interdisciplinar.	2	6,25

Fonte: Autores, 2022

As capturas geradas apresentam a falta, inclusive do poder gestor em sala de cirurgia e as falhas que concentram nas situações agenciadoras nos fluxos capturados, inclusive dos serviços relacionados à manutenção da cirurgia.

A equipe médica foi determinante para todos os fluxos produzidos pela equipe de enfermagem em sala de cirurgia, após o start dela de forma tardia a ao planejamento dentro e fora da sala de operações.

A respeito da falta de entrosamento da equipe enfermagem com equipe interdisciplinar como item agenciador das situações ocorreu em 90,63%.

A falta de planejamento, previsão e provisão de recursos materiais é algo que impacta nas ações técnicas de enfermagem e ocorreu em 100% das cirurgias, no entanto, atitudinalmente há uma reflexão na questão da movimentação interna em sala, o que determina como circulantes de sala na função institucional, se movimentem mais em sala, além dos demais fluxos necessários nos procedimentos cirúrgicos.

A média de movimentos da equipe de enfermagem para busca de materiais, ou mesmo para resolução de algum problema foi igual entre a média, mediana e moda com 3 saídas, tendo apresentado 2 outliers, em um procedimento ninguém saiu da sala e, em outro procedimento com 7 saídas por conta das falhas e faltas, não ficando claro que equipe de pessoal administrativa se encontrava para resolução do problemas dentro da sala de cirurgia, ainda que sua função seja imprescindível aos fluxos de cirurgia, pois estão gerindo fora da sala também.

Contudo, todas intervenções cirúrgicas só tiveram resolutividade de questões ou problemas apresentados em sala de cirurgia pela equipe de técnicos de enfermagem hegemonicamente, já que presencialmente os enfermeiros e demais membros ligados à sua gestão ficavam de fora da sala de cirurgia, considerando a permanência em sala operações em 2,33%.

Discussão

As situações agenciadoras dos fluxos de sala de cirurgia estão cheias de subjetividades pelas faltas de vários elementos, inclusive do poder gestor e fora do espaço do centro cirúrgico, ainda que os dados objetivos possam incidir na falha institucional em reconhecimento no gerir o centro cirúrgico.

Esse reconhecimento atento tem como características reconduzir o cartógrafo ao objeto para seus contornos singulares para imagens do passado conservadas na memória do que é a gestão em centro cirúrgico e do que ocorre no reconhecimento automático em que ela é lançada para ação futura servindo de intercessão entre a percepção e a memória [19].

Os corpos maquínicos que lidam com a falta e falha de gestão nos agenciamentos objetivados no cotidiano são destacados nas ações individuais e coletivas de forças do poder molar que não provoca nenhum tremor molecular sobre o que é enfrentado, sendo analisados em duas categorias.

Sobre o corpo maquínico que lida com a falta de gestão: agenciamentos objetivados

Aqui de acordo com as subjetividades nas vivências capturadas são portadoras de reflexões que começam a se aproximar dentro das objetividades e subjetividades que em meio ao rastreamento dos modos de ações gestoras da enfermagem no CC encontram as seguintes situações: “planejamento da enfermagem no CC”; “desafios e estratégias de enfermagem nas atividades gerenciais”; “comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde”; “falta de previsão e provisão de recursos materiais e humanos” e “ações agenciadoras e agenciadas de gestão em centro cirúrgico como análise de conteúdo para menção desses vieses temáticos.

Os corpos maquínicos que fazem de tudo, apesar de estar escondidos nestas relações do que tem o real sentido de não reagirem naquilo que é molar-molecular e executam docilizados o que se percebe na natureza de todos [12].

Apesar dos profissionais que atuam no CC, como os médicos cirurgiões, os anestesistas e outros, estarem ligados a atividades em sala de cirurgia, os técnicos de enfermagem são considerados os profissionais responsáveis pela organização do ambiente, primando pelo preparo, limpeza, segurança e controle das imprevisões, primando pelo zelo dos equipamentos que compõe o setor, além dos cuidados especiais com os clientes [20].

Isto remonta a questões de Nightingale que sempre alcançou que o ambiente adequado favorece a cura, se a enfermeira estiver atenta a isso, estando a enfermagem de centro cirúrgico, especialmente os técnicos em sala de cirurgia, atrelada a esta preocupação fundamental [21].

Na situação de todas as faltas destacadas nas ações agenciadoras remete o pensar o humano-molar e molecular na cartografia dos próprios desejos que se encaixam [8] quando percebemos que a submissão dos profissionais de enfermagem do centro cirúrgico simplesmente não se dá conta de tantos problemas sem reagir [8].

Todo procedimento cirúrgico requer do técnico de enfermagem conhecimentos técnicos e minuciosos. Para isso, o técnico dispõe de um checklist que tem como finalidade a diminuição de eventuais problemas durante o procedimento cirúrgico. O mapeamento de competências pode auxiliar na elaboração de novas estratégias e no aperfeiçoamento do trabalho da equipe [22].

Destacou-se, nos resultados, que haviam reflexos no planejamento do porte cirúrgico tendo em vista a extensibilidade de horas na sala de cirurgia, com os tempos que associados a isto, como o tempo de anestesia, de cirurgia em si, considerando-se que a equipe de enfermagem está dedicada às cirurgias em média 4 horas, 25 minutos e 56 segundos.

Em uma dissertação de mestrado que mensurou o tempo em sala de cirurgia, turnover (preparo da sala e giro), tempo de limpeza como demais indicadores, em uma realidade universitária, foi aproximado, em comparação com outra realidade retratada, o cálculo de 213,31 minutos em 3.468 cirurgias realizadas no período de outubro de 2018 a setembro de 2019, produziu 3h e 55 min de média, configurando proximidade amostral obtida neste estudo sob observação direta [23].

O que não se expõe neste estudo, é o imperativo molar como elemento posto, pois desconsidera toda imprevisibilidade e mapeamento de atitudes e ações do que se produz em sala de cirurgia, pois vai muito além do que concebemos na teoria, e ainda o autor desconsidera a subjetividade destes sujeitos em gerir no “micro espaço” ou nesse contexto micromolecular, a sala de cirurgia, toda equipe que trabalha nele.

Neste contexto, podemos clarear com a contribuição de um estudo no contexto universitário [24] que destaca que independente da relação do porte cirúrgico, há uma condição da extensibilidade do tempo pelo fato do hospital ser de ensino. Segundo os autores, há um desvio padrão, que tem por base a média e escore dos resultados, utilizando uma média geral de 5% indicada no rule of thumb, que abrange as variáveis categorias, que tem grande influência nas respostas calculadas [24].

Coerente com o passional e social, os profissionais de enfermagem estão em alguns espaços, por falta de poder, se acomodando, embora façam de tudo que é para fazer pela imersão das subjetividades a partir dos dados observacionais que devem ser considerados na gestão, como: a equipe médica determinante 100% das ocorrências observacionais; a desorganização da própria equipe de enfermagem refletindo ao ambiente em 96,87 % e a falha de testagem ou certificação de equipamentos ou produtos para saúde prévios a cirurgia em 34,37%.

Associado a isto a curva de aprendizagem ou learning curve (LC) alinhada para performance e aumento da produtividade, especialmente em centro cirúrgico, pois abriga tecnologias variadas necessitando de melhor coligação de aprendizados entre cirurgiões e anestesistas, pois isto também amplia os tempos de sala utilizados [25].

Ao refletir em mudar este quadro de situações percebidas com sentido, ancora-se a filosofia Deleuziana quando nos sugere que é tornar sociável uma paixão quando considera-se aqueles que gostam do que fazem sem que eles pensem conscientemente no que é impelido molarmente e os sentidos corporais da equipe de enfermagem em sala de cirurgia nasce desse molar macro que se ramifica na grande identidade da gestão de faltas e falhas permitindo reações individuais que resultam em um reflexo coletivo desta problemática em nível molecular em processos microfacistas [8].

Sobre o corpo maquínico e as falhas na gestão: os agenciamentos objetivados

A falta e as falhas podem perturbar o ambiente de produção, sendo um deles o esquecimento após interrupções e interlocuções em sala de cirurgia, erros humanos e as próprias questões relacionadas ao planejamento.

As ações relativas ao cuidado perioperatório envolvem diferentes processos e intervenções que visam à realização de procedimentos complexos, envolvendo equipe interdisciplinar e disponibilidade adequada de recursos físicos e materiais. Ambos itens, ao mostrar-se deficientes, acarretam dificuldades no manejo gerencial do enfermeiro e fogem de princípios técnicos que nos atemos aos teóricos [9,10].

O compromisso da equipe de saúde perioperatória está em assumir a promoção de qualidade na assistência prestada e na garantia de uma cirurgia segura, a gestão institucional deve promover iniciativas a fim de estabelecer uma cultura de segurança no âmbito da organização [25].

O movimento de busca aos recursos é sempre imperativo ao comando do cirurgião que reage de forma tardia ao que é necessário em sua intervenção, dificultando muitas vezes todo o processo dentro da sala de operações. Para estas questões nas instituições de saúde, deve-se pensar em cultura de segurança como um conjunto de valores, percepções e atitudes individuais e de equipe determinadas pelo compromisso, pela competência e pelo estilo no que se refere às questões que envolvem a segurança do paciente e devem ser valores que a equipe trabalhe [24,26].

O corpo que falha pela gestão associa fatores como a falha de si mesmo, a falha do outro, a falha institucional havendo ações reflexas e que alimentam o que cada um traz de conhecimento, compromisso, omissão, desrespeito e (in) diferença no fazer que é alusivo à força molar de gestão que se multiplica em muitas atitudes mostrando-se em sala, em 97,67 % na falha de provimento e organização desse território pela maioria das atitudes dos técnicos de enfermagem, repetição e impedimento de enfermeiros atuarem em maior parte, dentro das salas de cirurgia [2].

Mesmo com universo expressivo de enfermeiros na escala, eles têm suas atribuições organizadas em administrar fluxos que saem da cirurgia e vão para os corredores na prerrogativa de serem elos do gerir fora e os técnicos do gerir dentro de sala enquanto a equipe médica fluidifica nos tempos alongados pelo contexto universitário como peculiar a demais realidades [9,10].

Nesse gerir de fora, como também fora do corpo dos pacientes, concebe-se a função desse enfermeiro coordenador ou líder de enfermagem pelo desenvolvimento das suas atividades básicas em meio a administração e gestão, promovendo uma melhor organização dos trabalhos em equipe com maior qualidade, assertividade, zelo pela segurança de todos, da equipe e dos clientes [19].

Reconhecer que as falhas não fazem parte das ações de enfermagem, mas sim como preocupações, ou mesmo falta de imaginação e ideias para resolução em meio a expressão e criação para resolver problemas. Mesmo assim, é preciso considerar através dos sintomas e os signos que a gestão não vai bem como uma doença institucional ao mergulhar nas mudanças éticas, ideológicas, econômicas, políticas e com imersão da enfermagem.

Há 35 anos, a partir de Alvin Toffler, destaca-se necessidade sobre as mudanças na administração a partir da análise em saúde sob perspectiva empresarial, associando os hospitais como empresas que produzem produtos com rápidas mudanças e com a ignorância dos fatores políticos, sociais, culturais, como estratégia real de sobrevivência, considerando a enfermagem em interface disso [27,28].

O gestor deve identificar essas estratégias obsoletas e emendá-las. A autoridade formal do Molar administrativo imprime crenças básicas do que vai dar certo não assumindo uma linguagem humana que pode dar conta que a enfermagem, mesmo com as falhas, é componente molecular para os acontecimentos agenciados durante todos procedimentos. Seus agenciamentos são estratégias escondidas de conteúdo e sua permissão ainda são silenciadas e criam táticas de sobrevivência em seus planejamentos solitários pelos inúmeros movimentos dispensados para compensar os erros.

No plano institucional o planejamento estratégico é falho, pois no plano Deleuzeano ele é construído de repetição, erros e a reprodutibilidade institucional (Molar). O erro é uma imagem do pensamento onde não se dá ao sentido do que está projetado na trama e ele apenas se configura quando está vendido a verdade das conjecturas do senso comum e percebido pela luz das ideias [2]. Como ação técnica não dá conta disso o erro torna-se uma repetição rotineira, que só é entendida como “negativa” pelas imagens históricas dogmáticas e transcendentais kantianas que instaura o racionalismo continental nos princípios sociais construídos [2].

Dentro da objetivação, do espaço e das situações, pontua-se uma necessidade de aumentar o número de enfermeiros no CC, para que eles possam supervisionar as atividades dentro da sala de cirurgia, pois estes como líderes da equipe de enfermagem, nem sempre conseguem atuar na supervisão dos técnicos e daí justifica-se a sala de cirurgia ser território de gestão deste espaço pelos técnicos de enfermagem [9].

De acordo com as Diretrizes Nacionais de Enfermeiros de CC, CME e RA, a circulação de técnicos dentro da SO para o atendimento da equipe cirúrgica e de anestesia durante todo o ato cirúrgico, é privativa da equipe de enfermagem, e deve ser realizada pelo profissional técnico de enfermagem, sob o direto comando do enfermeiro

supervisor que deve ser alocado de acordo com a complexidade da cirurgia e de acordo com os sítios funcionais previstos na resolução COFEN 543 de 2016 [29].

As ações do profissional da área de saúde têm correlação com o conhecimento técnico científico e pressuposto fundamental na promoção da segurança do paciente e a prevenção de eventos adversos. A gestão de riscos e de avaliação das inovações tecnológicas, e os resultados esperados visam à promoção da excelência da arte do cuidar do paciente submetido a procedimento cirúrgico.

Como categoria histórica do molar que remete uma experiência de fora, termo usado por Blanchot, Foucault e Deleuze [30], em uma cartografia leve, significando mudança de paradigma, pois representa a preocupação da realidade para dar conta de detalhes minuciosos na enfatização do ato de criação e o fato próprio da narrativa (gestão do centro cirúrgico). Estar “fora” da linguagem com a despersonalização do sujeito e conseqüente surgimento da linguagem do “ser gestor” em criação de diferentes estratégias de vida com o mundo, coloca o pensamento em relação direta em transcendência do metafísico. É do plano de imanência [30].

Em outras palavras, Deleuze nos diz que transcendental, ou ainda sua criação, atribuída como empirismo transcendental, como reportado anteriormente, faz oposição a tudo que constitui um mundo em que sujeitos e objetos sejam pares inseparáveis a nos dar a conhecer o real. E nisso fusiona-se o que tem de subjetivo com objetivo no plano de imanência em atribuir sentidos do que foi capturado no gerir o centro cirúrgico e as salas de cirurgia [30].

Pousar nestas acepções, não se descontrói que administrar é uma palavra molar no que temos de ação e está lograda nos enfermeiros e técnicos, de forma rizomática do que lemos ou percebemos dentro de uma normalidade aparente nesse modelo biomédico.

A verificação do agendamento de cirurgias em mapa diário e a orientação da montagem das salas de cirurgia, bem como, a notificação de ocorrências adversas ao paciente e/ou intercorrências administrativas, e, a realização de propostas de soluções, também são funções exercidas pelo enfermeiro coordenador em suas práticas gerenciais, ainda que estas questões estejam presentes nas atitudes da equipe de enfermagem no enfrentamento cotidiano [31].

Na observação dessas práticas em sala, não há uma “organização didática” porque são dinâmicas, ainda que sigam os tempos operatórios que se subdividem distintamente e os demais tempos dispensados para cirurgia. Trata-se da desorganização ocorrente em 96,87% da equipe nos processos de trabalho que não estão bem definidos e a falha da instituição no planejamento operatório que causam reflexos diretos construindo uma desordem do espaço (CC), no sentido de fluxos, em

meio às inúmeras ações da equipe que corrompem em uma relação dialética e dialógica [32].

Apesar da constante evolução tecnológica, todas as atividades do ambiente cirúrgico exigem estado permanente de alerta, uma vez que intervenções realizadas de modo inadequado podem comprometer a prática assistencial e a segurança do paciente submetido aos procedimentos cirúrgicos. Vale ressaltar que a importância e preocupação com o ambiente físico e os recursos materiais e tecnológicos devem ser atreladas à humanização, a fim de oferecer assistência de qualidade, com segurança e dignidade, ainda que este processo seja conflitante ao estresse e discórdia [19,31].

Do mesmo modo devemos pensar que a teorização feita parece não dar conta do ser gestor e ser trabalhador com suas subjetividades engasgadas porque precisam-se compreender mais elementos como um gigante de alma que não vemos.

A falha na comunicação e entrosamento é outra força molecular. Ainda que paradoxal como foco prioritário aos profissionais de saúde para garantir a melhoria contínua da qualidade e da segurança cirúrgica. Uma comunicação deficiente resulta em danos irreversíveis ao paciente e compromete a qualidade do atendimento, bem como a geração de eventos adversos com prejuízo do resultado final do cuidado e da assistência [33].

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar é considerado essencial, pois a interação afetiva da equipe de trabalho em benefício do paciente cirúrgico pode prevenir uma quantidade considerável de complicações e riscos que ameaçam a vida, visando à realização de cirurgias seguras [10].

Perceber que os elos de comunicação que estão elencados nos atores de fora das salas (os enfermeiros e seus braços de apoio) e nos interpretes de dentro que nutrem a cirurgia (os técnicos de enfermagem) em meio das mãos e bocas dos cirurgiões emitem demandas. Isto requer desafio e ruptura dessa trama consolidada por razão a várias causas, que dentre o controle de imprevistos, o controle do ambiente, conflitos, hierarquização e outros promovem rupturas nos rizomas de ações e criam outras atitudes, escondidas pela ordenação do ambiente complexo e aparentemente ordenado no espaço controlado do centro cirúrgico.

E parte disso, podemos designar a partir da obra de Nietzsche, Crepúsculo dos ídolos, onde o desconforto dentre um caos que vivemos estão demarcados pelo desafio do ídolo de fora que pensamos ser, seja pela relação humana não sintonizada, já que consideramos a categoria médica como pronta e acabada, diferente do que o autor fala em linhas gerais, e se tem os impulsos, provenientes das mais variadas ordens, seja por instinto, aspiração, afeto, nos coloca de forma interacional a responder, o que seria sentido original para tal pulso, seria a vida [34].

Assim, os entroncamentos desse processo, ancorado no recorte de um estudo de revisão e na relação filosófica, aparecem como na vida, e ainda que haja a relação molar da comunicação institucional, o checklist de cirurgia segura, as barreiras de comunicação serão apresentadas sempre nas relações humanas, pois as políticas organizacionais hierarquizadas não controlam a vida como um todo, e errar é humano e o sistema é de produtividade cirúrgica [22,34,35].

Conclusão

O modelo organizacional do centro cirúrgico está centrado na equipe médica e balizado pela relação de poder da instituição de forma hierárquica, sendo fator fluidificador ao aumento de fluxos de gestão neste espaço.

Gerir é um território/ato de enfermagem no centro cirúrgico dentro do que foi rastreado nas ocorrências, falhas, desorganizações e faltas, mas atitudinalmente determinante para efetivação de ações molares do que está planejado dentro da organização político-institucional, considerando que o gerir de dentro das salas é do técnico de enfermagem e o gerir de fora delas é do enfermeiro.

As objetividades de gestão como recursos humanos, materiais, comunicação, cultura o planejamento operatório e os elementos do ambiente e técnicos aparecem na pungência da equipe de enfermagem que percebe o molar imperativo nos agenciamentos político organizacionais dos aparatos tecnológicos e do comando refletindo na sede de saber, porque docilizados na relação de poder instituída, agem reagindo ou reproduzindo no envolvimento com esse espaço.

O tempo de produtividade de um hospital universitário e os fluxos capturados não podem ser considerados parâmetros de análise generalizável, porém estas relações molares e moleculares são indissolúveis no que se construiu-se em gestão historicamente, sendo imprescindível reconhecer a força gestora de enfermagem dentro desse espaço hierárquico como elemento ainda não descrito em teorias de gestão para centro cirúrgico na essencialidade e centralidade para um imperativo molecular que pode ser molar.

Conflito de interesse

Declaramos que não há conflito de interesse na pesquisa

Financiamento

Não recebemos financiamento

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Meneses RO, Figueiredo NMA; *Coleta de dados:* Meneses RO, Dias NRA; *Análise e interpretação dos dados:* Meneses RO, Dias NRA, Figueiredo NMA; *Análise estatística:* Meneses RO, Dias NRA; *Redação do manuscrito:* Meneses RO; *Revisão crítica do manuscrito quanto ao*

conteúdo intelectual importante: Meneses RO, Dias NRA, Araújo STC, Fassarella CS, Pinto CMI, Figueiredo NMA

Referências

1. Silva ELP, Conserva M de S, Wanderley MB. Reflections on place, territory and public policies. *Braz J Develop* [Internet]. 2022; [cited 2022 July 12];8(1):2490–502. Available from: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/42481>
2. Deleuze G. *Diferença e repetição*. 3 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 2021.
3. Martins KN, Bueno AA, Mazoni SR, Machado VB, Evangelista RA, Bolina AF. Management process in surgicenters from the perspective of nurses. *Acta Paul Enferm* 2021;34:eAPE00753. doi: 10.37689/acta-ape/2021AO00753
4. Bervig T, Miorelli MJ, Baldissera AC, Da Rocha P, Martins Moser AM. A presença das teorias administrativas na enfermagem nos dias atuais. *APESmo* [Internet]. 2020 [cited 2022 July 12];5:e26334. Available from: <https://unoesc.emnuvens.com.br/apeusmo/article/view/26334>
5. Mororó DDS, Enders BC, Lira ALC, Silva CM, Menezes RMP. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paul Enferm* 2017;30(3):323–32. doi: 10.1590/1982-0194201700043
6. Fontenele Júnior AA, Freire MTJ, Carneiro MSM. Avaliação da gestão hospitalar: contribuições do processo de acreditação na na visão de gestores. *ReTEP* [Internet] 2018 [cited 2022 Apr 20];10(4):21-26. Available from: <http://www.coren-ce.org.br/wp-content/uploads/2020/01/Avaliação-da-gestão-hospitalar-contribuições-do-processo-de-acreditação-na-visão-de-gestores.pdf>
7. Santos ZA. *Entre máquinas: a produção maquínica de Deleuze e Guattari. Trágica: Estudos de Filosofia da Imanência* [Internet]. 2021 [cited 2022 July 12];14(2). Available from: <https://revistas.ufrj.br/index.php/tragica/article/view/37053>
8. Deleuze G. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. vol.1. Rio de Janeiro: ed. 34; 2000.
9. Gutierrez LS, Santos JLG, Peiter CC, Menegon FHA, Sebold LF, Erdmann AL. Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Rev Bras Enferm* 2018;71(suppl6):2775–82. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0449
10. Gutierrez LS, Santos JLG, Barbosa SFF, Maia ARC, Koerich C, Gonçalves N. Adherence to the objectives of the Safe Surgery Saves Lives Initiative: perspective of nurses. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2019 [cited 2022 Jul 12];27. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/155712>
11. Trajano MDFC, Gontijo DT, Da Silva MW, Aquino JM, Leite EMM. Interpersonal relationships in the surgical unit from the perspective of nursing workers: an exploratory study. *Online Braz J Nurs* 2017;16(2):159. doi: 10.17665/1676-4285.20175530
12. Macedo PHVD. *Corpos dóceis: os mecanismos invisíveis evidenciados por Michel Foucault* [Internet]. Maringá: Uniedusul; 2020 [cited 2022 Feb. 21]. Available from:

- <https://www.uniedusul.com.br/publicacao/corpos-doceis-os-mecanismos-invisiveis-evidenciados-por-michel-foucault/>
13. Silva GF. A passagem do poder disciplinar para a biopolítica em Foucault: Breves notas. *Intuitio* 2021;14(1):e39554. doi: 10.15448/1983-4012.2021.1.39554
 14. Henrique D, Silveira C, Passarinho L, Oliveira PTR. Subjectivity and space: analysis with michel Foucault. *Pesqui Prát Psicossociais* [Internet]. 2021 [cited 2022 July 12];16(1):1–16. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1809-89082021000100010&lng=pt&nrm=iso&tlng=en
 15. Madrid BP, Kotekewis K, Glanzner CH. Nursing work in the surgical ward and psychosocial risks related to management modes. *Rev Gaúcha Enferm* 2020; e20190447. doi: 10.1590/1983-1447.2020.20190447
 16. Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização. *Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde*. 8 ed. São Paulo, SP: Sobecc; 2021.
 17. Passos E, Kastrup V, Tedesco S. *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina; 2009.
 18. Lima FO, Alonço M, Ritter OMS. Content analysis as a methodology in Qualis-CAPES A1 journals in Science Education. *RSD* 2021;10(3):e43110313378. doi: 10.33448/rsd-v10i3.13378
 19. Bergson H. *Ensaio sobre os dados imediatos da consciência*. São Paulo: Edipro; 2020.
 20. Ramos DR, Japiassu RB, Abi Rached CD. A gestão da enfermagem e a implantação das metas de segurança do paciente em uma unidade de emergência pública. *REAS* 2021;13(6):e7333. doi: 10.25248/reas.e7333.2021
 21. Peres MAA, Aperibense PGG, Dios-Aguado MM, Gómez-Cantarino S, Queirós PJP. The Florence Nightingale's nursing theoretical model: a transmission of knowledge. *Rev Gaúcha Enferm* 2021;42(spe). doi: 10.1590/1983-1447.2021.20200228
 22. Souza ENC, Hortelan MSS, Almeida MDL, Souza TC, Justino ET, Faller JW. Mapping the skills of nursing technicians in a public hospital. *Rev Adm Saúde* 2020;20(81). doi: 10.23973/ras.81.224
 23. Vanni J. Mensuração do tempo dos processos relacionados à rotina cirúrgica de um hospital de ensino. *Unesp* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 12]. Available from: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/192456>
 24. Fassarella CS, Camerini FG, Henrique DM, Almeida LF, Figueiredo MCB. Evaluation of patient safety culture: comparative study in university hospitals. *Rev Esc Enf* 2018;52(0). doi: 10.1590/S1980-220X2017033803379
 25. Doll D, Kauf P, Wieferrich K, Schiffer R, Luedi MM. Implications of perioperative team setups for operating room management decisions. *Anesth Analg* 2017;124(1):262-9. doi: 10.1213/ANE.0000000000001672

26. Hendges M, Soares NV, Rodrigues FCP, Bittencourt VLL. Checklist cirúrgico e sua importância na segurança do paciente. *Vivências* 2020;16(31):245-52. doi: 10.31512/vivencias.v16i31.132
27. Soares SSS. *Gestão de Serviços de Enfermagem 2* [Internet]. 1º ed. Atena; 2021 [cited 2022 Feb 21]. Available from: <https://www.atenaeditora.com.br/post-ebook/4009>
28. Islas O, Arribas A, Gutiérrez F. La contribución de Alvin Toffler al imaginario teórico y conceptual de la comunicación. *Revista Latina de Comunicación Social* 2018;(73):648-61. doi: 10.4185/RLCS-2018-1274
29. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN 543/2017. Estabelece, na forma desta Resolução e de seus anexos I e II (que poderão ser consultados no endereço eletrônico: www.cofen.gov.br), os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. [Internet]. Brasília: COFEN; 2017 [cited 2022 Feb 21]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html
30. Levy TS. *A experiência do fora: Blanchot, Foucault e Deleuze*. Rio de Janeiro: José Olympio; 2011.
31. Lemos GDC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro* 2018;8. doi: 10.19175/recom.v8i0.2600
32. Ribeiro V, Cândido VC. Contribuições de Edgar Morin para uma educação transdisciplinar em saúde. *Poliética Rev Ética Filos Polít* 2021;9(2):265–87. doi: 10.23925/politica.v9i2.56851
33. Leal LA, Henriques SH, Castro FFS, Soares MI, Bragança C, Silva BR. Construction of the matrix of individual nursing competences in surgical units. *Rev Bras Enferm* 2020;73(6). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0584
34. Nietzsche F. *Crepúsculo dos ídolos: ou como filosofar com o martelo*. São Paulo: EDIPRO; 2020.
35. Cardoso ALB, Barroso LPS, Barroso IS. Assistência de enfermagem na segurança do paciente cirúrgico: revisão sistemática. *RPI* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jul 12];1(02):38–57. Available from: <https://www.revistas.editoraenterprising.net/index.php/rpi/article/view/295>



Este artigo de acesso aberto é distribuído nos termos da Licença de Atribuição Creative Commons (CC BY 4.0), que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o trabalho original seja devidamente citado.