

GESTÃO DE EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITALARES EM CENTRO CIRÚRGICO: DESAFIOS E APRENDIZADOS DA COORDENAÇÃO DE ENFERMAGEM

MANAGEMENT OF MEDICAL AND HOSPITAL EQUIPMENT IN THE SURGICAL CENTER: CHALLENGES AND LESSONS LEARNED BY THE NURSING COORDINATION TEAM

Cristiane Meirice Marques da Silva¹

Andréia Araújo de França²

Josefa Carolina Matos Pereira³

Ana Klara Oliveira Laurentino⁴

Blaudyna Werena Oliveira Viana⁵

Gabrielle Dias Guedes de Souza⁶

Lua Karine de Sousa Pereira⁷

Vania Nazare da Costa Silva⁸

Adrielly Alves Lourêdo⁹

Angélica Teresa Nascimento de Medeiros¹⁰

Resumo: Objetivo: analisar os desafios relacionados à gestão de equipamentos médico-hospitalares em

- 1 Mestranda do Programa de Pós-graduação de Gestão e Inovação em Saúde.
- 2 Mestranda do Programa de Pós-graduação em Gestão e Inivacao em Saúde.
- 3 Pós-graduanda de Especialização em Terapia Intensiva pela UFRN.
- 4 Enfermeira, especialista em Enfermagem Oncológica pela Faculdade Holística.
- 5 Enfermeira Especialista em Saúde da Família, FIP.
- 6 Enfermeira Mestre em Saúde da Família pela RENASF/UFRN.
- 7 Mestre em Ensino na Saúde, UFRN
- 8 Doutoranda do Programa de Pós-graduação de Gestão e Inovação em Saúde.
- 9 Enfermeira. Especialista em saúde mental e auditoria em enfermagem
- 10 Doutorado em Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, UFRN.



um centro cirúrgico e sistematizar aprendizados capazes de fortalecer a gestão tecnológica e a segurança assistencial, discutindo suas interfaces com a interdisciplinaridade e as relações de gênero no trabalho em saúde. Método: relato de experiência fundamentado na proposta de sistematização de Oscar Jara Holliday. A experiência decorreu da atuação da autora, durante cinco anos, na coordenação do centro cirúrgico de um hospital público regional do interior do Rio Grande do Norte. O percurso analítico contemplou o ponto de partida, as perguntas iniciais, a recuperação do processo vivido, a reflexão de fundo e os pontos de chegada. Resultados: foram identificadas dificuldades relativas à disponibilidade, manutenção, controle, rastreabilidade e acompanhamento do retorno dos equipamentos, além de fragilidades na comunicação entre a coordenação assistencial e os setores responsáveis pela gestão tecnológica. A indisponibilidade de dispositivos essenciais provocava remanejamentos entre salas, busca de equipamentos em outros setores e alterações na dinâmica planejada. A experiência indicou como prioridades a atualização do inventário, a classificação por criticidade, o planejamento das manutenções, a definição de fluxos de comunicação, o monitoramento do tempo de indisponibilidade e a adoção de indicadores gerenciais. Conclusão: a gestão dos equipamentos integra a gestão do cuidado e requer articulação institucional. A coordenação de enfermagem desempenha papel estratégico na interlocução entre assistência, manutenção, patrimônio, engenharia clínica e gestão. A reflexão ressalta a integração de saberes, a valorização da liderança da enfermagem e o compartilhamento de responsabilidades, sem atribuir à experiência evidências de desigualdade de gênero não investigadas.

Palavras-chave: Centro cirúrgico; Gestão em enfermagem; Equipamentos médico-hospitalares; Relações de gênero; Interdisciplinaridade.

Abstract: Objective: to analyze challenges related to medical equipment management in an operating room and systematize lessons that can strengthen technology management and patient safety, discussing their interfaces with interdisciplinarity and gender relations in health work. Method: an experience report based on Oscar Jara Holliday's systematization framework. The experience arose

from the author's five-year role as coordinator of the operating room of a regional public hospital in the countryside of Rio Grande do Norte, Brazil. The analytical path comprised the starting point, initial questions, reconstruction of the experience, in-depth reflection, and conclusions. Results: difficulties concerned equipment availability, maintenance, control, traceability, and monitoring of return after repair, along with weaknesses in communication between clinical coordination and technology-management departments. The unavailability of essential devices required transfers between operating rooms, requests to other departments, and changes to planned workflows. Priorities included updating the inventory, classifying devices by criticality, planning maintenance, defining communication flows, monitoring downtime, and adopting management indicators. Conclusion: equipment management is part of care management and requires institutional coordination. Nursing coordination has a strategic role in connecting clinical practice with maintenance, asset management, clinical engineering, and institutional management. The reflection highlights integrated knowledge, recognition of nursing leadership, and shared responsibilities, without treating gender inequalities that were not investigated as findings of the experience.

Keywords: Operating room; Nursing management; Medical equipment; Gender relations; Interdisciplinarity.

Introdução

O centro cirúrgico é um ambiente assistencial de elevada complexidade, no qual a integração entre profissionais, processos e tecnologias precisa ocorrer de forma coordenada. A continuidade dos procedimentos e a segurança dos pacientes dependem, entre outros fatores, da disponibilidade de equipamentos adequados e em condições seguras de funcionamento. Nesse cenário, falhas, atrasos na manutenção ou ausência de informações sobre os dispositivos podem repercutir no planejamento das salas e no desempenho da equipe (Fachola, 2021; Meneses et al., 2023).



A incorporação crescente de tecnologias aos serviços de saúde tornou necessário acompanhar todo o ciclo de vida dos equipamentos: levantamento de necessidades, aquisição, recebimento, uso, manutenção, calibração, rastreabilidade, avaliação de desempenho e substituição. Esse gerenciamento não se limita ao patrimônio institucional. Trata-se de uma atividade estratégica, com efeitos sobre custos, sustentabilidade, qualidade assistencial e gerenciamento de riscos (Lopes, 2024).

Na assistência cirúrgica, essa relação é particularmente sensível. Monitores multiparamétricos, aparelhos de anestesia, bisturis elétricos, aspiradores, focos cirúrgicos e bombas de infusão precisam estar disponíveis no momento previsto e apresentar desempenho compatível com sua finalidade. Quando um recurso essencial não está acessível, podem ocorrer atrasos, cancelamentos, remanejamentos e exposição a riscos evitáveis (Fachola, 2021; Rocha et al., 2021).

A iniciativa Cirurgia Segura Salva Vidas reconhece a verificação dos equipamentos como componente da prevenção de incidentes. Antes do procedimento, a Lista de Verificação de Cirurgia Segura recomenda conferir a máquina de anestesia, o oxímetro de pulso e eventuais problemas relacionados aos equipamentos (World Health Organization, 2009). No Brasil, o Programa Nacional de Segurança do Paciente, a RDC nº 36 de 2013 e o Protocolo para Cirurgia Segura reforçam a gestão de riscos e a adoção de barreiras capazes de prevenir danos nos serviços de saúde (Brasil, 2013a; Brasil, 2013b; Brasil; Anvisa; Fiocruz, 2013).

O enfermeiro que coordena o centro cirúrgico participa do planejamento das atividades, supervisiona a equipe, acompanha as condições operacionais e articula respostas para situações que ameaçam a continuidade da assistência. Por sua proximidade com o processo de trabalho, esse profissional identifica precocemente falhas e necessidades tecnológicas. Contudo, a resolutividade de sua atuação depende da integração com manutenção, patrimônio, engenharia clínica e gestão institucional (Sobecc, 2021).

A gestão tecnológica também envolve relações entre saberes, profissões e instâncias de decisão. Neste artigo, a interdisciplinaridade é compreendida como a integração dos conhecimentos assistenciais, técnicos e administrativos para interpretar problemas e construir soluções compartilhadas. No plano

do trabalho, essa integração se concretiza por meio da colaboração interprofissional e intersetorial, com reconhecimento das competências e definição conjunta de responsabilidades. A proposta da Organização Mundial da Saúde sobre prática colaborativa oferece suporte a essa articulação (World Health Organization, 2010).

As relações de gênero acrescentam uma dimensão à análise da autoridade, da participação e do reconhecimento no trabalho em saúde. A Organização Mundial da Saúde identifica barreiras à liderança e à valorização das mulheres na força de trabalho desse setor (World Health Organization, 2019). Esse referencial permite problematizar as condições institucionais em que a coordenação de enfermagem exerce suas atribuições, sem presumir que tais barreiras tenham ocorrido no serviço relatado.

A experiência em um hospital público regional do interior do Rio Grande do Norte revelou desafios recorrentes relacionados à disponibilidade, manutenção, rastreabilidade e monitoramento dos equipamentos do centro cirúrgico. A sistematização dessa vivência possibilitou examinar não apenas ocorrências isoladas, mas também os processos organizacionais que as sustentavam. Assim, este artigo objetiva analisar os desafios da gestão de equipamentos médico-hospitalares em um centro cirúrgico e sistematizar aprendizados e proposições para o fortalecimento da gestão tecnológica e da segurança assistencial, discutindo suas interfaces com a interdisciplinaridade e as relações de gênero no trabalho em saúde.

Método

Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da atuação da autora na coordenação de um centro cirúrgico e orientado pela proposta de sistematização de experiências de Oscar Jara Holliday. Esse referencial compreende a sistematização como um processo de reconstrução ordenada e interpretação crítica da prática, capaz de explicitar sua lógica, seus condicionantes e os conhecimentos produzidos no percurso (Holliday, 2006).

A experiência ocorreu em um hospital público regional vinculado à Secretaria de Estado da Saúde Pública do Rio Grande do Norte, referência para municípios da Região do Seridó em cirurgias eletivas e de urgência. A instituição dispõe de pronto-socorro, unidade de terapia intensiva, unidades de internação e centro cirúrgico, além de manter atividades de ensino e pesquisa. Para preservar a instituição e os trabalhadores, não são apresentados dados que permitam sua identificação.

O centro cirúrgico possui quatro salas e atende diferentes especialidades, com realização de procedimentos ginecológicos, urológicos, videolaparoscópicos e bariátricos, entre outros. A equipe multiprofissional reúne cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem e profissionais de apoio. O período considerado correspondeu aos cinco anos de experiência da autora na coordenação do setor.

A análise seguiu os cinco tempos propostos por Holliday (2006): ponto de partida, constituído pela participação direta na experiência; perguntas iniciais, que delimitaram o objeto e o eixo de sistematização; recuperação do processo vivido, com reconstrução das situações relevantes; reflexão de fundo, destinada à interpretação crítica das relações identificadas; e pontos de chegada, que reuniram aprendizados e proposições.

Três perguntas orientaram o relato: quais dificuldades se destacaram na gestão dos equipamentos médico-hospitalares; como a coordenação de enfermagem atuou diante dessas situações; e quais aprendizados poderiam apoiar a gestão tecnológica e a segurança da assistência. O eixo analítico concentrou-se na disponibilidade dos equipamentos e em suas repercussões sobre a organização do trabalho, a continuidade do cuidado e a segurança do paciente.

A reflexão sobre interdisciplinaridade considerou a articulação entre os conhecimentos e as responsabilidades dos setores envolvidos. A perspectiva de gênero foi incorporada como lente teórica complementar para discutir reconhecimento profissional, liderança e distribuição de responsabilidades. Não houve coleta específica sobre identidade de gênero, composição da equipe, discriminação ou relações de poder; portanto, essa dimensão não constitui resultado empírico nem permite comparar experiências entre grupos de trabalhadores.

A reconstrução foi produzida a partir da memória reflexiva da prática profissional e da observação cotidiana das demandas relacionadas a disponibilidade, falhas técnicas, manutenção preventiva e corretiva, controle e comunicação intersetorial. Como o estudo não realizou intervenção com participantes nem utilizou prontuários ou dados pessoais, o relato foi organizado de modo a preservar pessoas e instituição, observando os princípios de confidencialidade e responsabilidade na apresentação da experiência.

Resultados

Disponibilidade e reorganização do trabalho

A rotina evidenciou que a presença física de um equipamento no hospital não garantia sua disponibilidade para o procedimento programado. Era necessário considerar localização, condição de funcionamento, compatibilidade com a cirurgia e possibilidade de uso no horário previsto. A insuficiência ou falha de dispositivos essenciais exigia respostas rápidas da coordenação.

Entre as estratégias imediatas estavam o remanejamento de equipamentos entre salas e a solicitação temporária a outros setores. Essas medidas permitiam manter parte das atividades, porém alteravam a programação original e geravam efeito em cadeia: a solução adotada para uma sala poderia reduzir a capacidade de outra, exigir novas negociações e ampliar o tempo dedicado à reorganização do serviço.

O impacto não se restringia ao dispositivo defeituoso. A ocorrência mobilizava profissionais, modificava fluxos, aumentava a necessidade de comunicação e podia retardar o início dos procedimentos. Assim, um problema inicialmente técnico adquiria dimensão assistencial e organizacional.

Controle, rastreabilidade e manutenção

A experiência mostrou fragilidades no controle do parque tecnológico. A ausência de inventário permanentemente atualizado dificultava conhecer, de maneira rápida, a quantidade, a localização e a condição operacional dos equipamentos. Também não havia acompanhamento



consolidado do histórico de falhas, das manutenções realizadas e da previsão de retorno dos dispositivos encaminhados para reparo.

Sem informações integradas, decisões importantes eram frequentemente tomadas a partir da demanda imediata. A abertura de uma solicitação de manutenção nem sempre assegurava retorno oportuno sobre andamento, prazo de resolução ou disponibilidade de equipamento substituto. Esse intervalo de informação dificultava o planejamento do mapa cirúrgico e a comunicação com a equipe.

A atuação cotidiana assumia, portanto, caráter predominantemente reativo: identificava-se a falha, buscava-se uma solução imediata e reorganizava-se o trabalho. Embora indispensável diante das urgências, essa forma de resposta não permitia reconhecer padrões, antecipar períodos críticos nem subsidiar decisões de aquisição e substituição.

Comunicação e articulação intersetorial

A solução dos problemas dependia de comunicação capaz de converter a necessidade assistencial em demanda técnica claramente registrada, acompanhada e resolvida. O centro cirúrgico conhecia a repercussão da indisponibilidade sobre o cuidado; a manutenção detinha o conhecimento técnico; o patrimônio e a gestão institucional respondiam por dimensões administrativas e decisórias. A fragmentação dessas informações reduzia a eficiência das respostas.

A coordenação de enfermagem ocupava posição estratégica por acompanhar simultaneamente o planejamento das salas, as condições da equipe e as necessidades dos pacientes. Essa posição favorecia a identificação precoce de riscos e a tradução dos problemas assistenciais para os demais setores. Entretanto, a sustentabilidade das soluções exigia fluxos institucionais e responsabilidades compartilhadas, não podendo depender apenas da iniciativa individual do coordenador.

Aprendizados e prioridades de melhoria

A análise da experiência permitiu organizar medidas consideradas prioritárias para substituir respostas isoladas por um processo contínuo de gestão tecnológica. Essas medidas são apresentadas no Quadro 1.

Eixo	Medida prioritária	Contribuição esperada
Inventário	Manter cadastro atualizado, identificação individual e localização de cada equipamento.	Ampliar a rastreabilidade e oferecer visão real do parque tecnológico.
Criticidade	Classificar os equipamentos segundo impacto assistencial e necessidade de contingência.	Priorizar recursos essenciais e orientar decisões em situações de indisponibilidade.
Manutenção	Definir cronograma preventivo e registrar solicitações, reparos e prazos da manutenção corretiva.	Reduzir falhas inesperadas e acompanhar o tempo fora de operação.
Comunicação	Padronizar o fluxo de notificação, devolutiva e encerramento das demandas.	Melhorar a coordenação entre assistência, manutenção e gestão.
Indicadores	Monitorar disponibilidade, número de falhas, recorrência, tempo de reparo e cancelamentos associados.	Subsidiar planejamento, aquisição, substituição e avaliação de desempenho.
Governança	Integrar coordenação assistencial, patrimônio, manutenção, engenharia clínica e direção.	Compartilhar responsabilidades e institucionalizar decisões sobre tecnologia.

Quadro 1 – Prioridades para a gestão dos equipamentos no centro cirúrgico. Fonte: elaboração da autora com base na experiência sistematizada.

Discussão

Os achados mostram que a gestão de equipamentos é inseparável da organização do trabalho cirúrgico. A literatura descreve o centro cirúrgico como unidade cuja produtividade e segurança dependem da articulação entre estrutura, equipe, materiais e tempo de sala. Por isso, a indisponibilidade tecnológica não constitui apenas ocorrência operacional; ela interfere no uso das salas, na carga de trabalho e na continuidade da assistência (Fachola, 2021; Moraes et al., 2022).

A frequência de remanejamentos observada na experiência evidencia a diferença entre dispor



de um bem patrimonial e contar efetivamente com um recurso assistencial. Para que o equipamento esteja disponível, é preciso que seja localizado, funcional, compatível com a demanda e liberado após os controles necessários. Essa perspectiva amplia o olhar da gestão: o indicador relevante não é apenas a quantidade de itens cadastrados, mas sua capacidade real de apoiar os procedimentos programados.

A manutenção preventiva assume importância nesse contexto porque permite reduzir interrupções evitáveis e planejar a retirada temporária dos equipamentos. A manutenção corretiva continua necessária, mas seu acompanhamento deve incluir tempo de resposta, recorrência de falhas e impacto sobre o serviço. A ausência desses dados favorece decisões baseadas em percepção e dificulta justificar aquisição, substituição ou contratação de suporte técnico.

Outro resultado central refere-se à comunicação. As informações relevantes encontram-se distribuídas entre setores com atribuições distintas. Quando não existe fluxo definido, a coordenação assistencial pode desconhecer a etapa do reparo, enquanto o setor técnico pode não dimensionar a urgência clínica da demanda. A integração reduz essa assimetria e permite pactuar prioridades com base em criticidade e risco, em vez de depender exclusivamente da ordem de solicitação.

O papel do enfermeiro coordenador deve ser compreendido nessa rede de responsabilidades. Os papéis gerenciais do enfermeiro no centro cirúrgico incluem planejamento, supervisão, tomada de decisão e resolução de problemas que afetam o fluxo diário (Meneses et al., 2023). Sua contribuição específica está na leitura das repercussões assistenciais e na capacidade de articular os atores envolvidos. Isso não significa transferir ao enfermeiro todas as atribuições técnicas ou patrimoniais, mas reconhecer sua participação na governança tecnológica.

A gestão adequada dos equipamentos também integra as estratégias de segurança do paciente. A Lista de Verificação de Cirurgia Segura transforma a conferência de dispositivos essenciais em barreira antes do início do procedimento (World Health Organization, 2009). Contudo, a checagem à beira da cirurgia não substitui uma política institucional de inventário, manutenção, contingência e monitoramento. Ela funciona melhor quando apoiada por processos prévios capazes de garantir recursos confiáveis.

Além da segurança, os aprendizados alcançam a sustentabilidade. Uso inadequado, manutenção tardia e substituição sem avaliação do ciclo de vida podem aumentar desperdícios e custos. Por outro lado, informações sobre desempenho e indisponibilidade favorecem decisões mais racionais sobre reparo, remanejamento, aquisição e desincorporação (Lopes, 2024). A proposta de mecanismos digitais de rastreabilidade e controle surge, assim, como possibilidade de integrar dados dispersos e produzir indicadores úteis à gestão.

A interdisciplinaridade contribui para interpretar a gestão dos equipamentos porque uma falha exige conhecimentos que ultrapassam as competências de um único setor. A enfermagem identifica as repercussões sobre o cuidado; a engenharia clínica e a manutenção avaliam condições técnicas; o patrimônio acompanha os bens; e a direção delibera sobre recursos. A presença desses atores, por si só, não assegura integração. Na experiência relatada, a necessidade de reunir informações dispersas indica a pertinência de espaços de decisão conjunta, sustentados por registros acessíveis e critérios assistenciais compartilhados.

Essa leitura distingue a integração de saberes, própria da perspectiva interdisciplinar, da colaboração entre profissionais e setores que a viabiliza no cotidiano. Para este serviço, a prática colaborativa pode orientar reuniões de análise de falhas, planejamento da manutenção e definição de contingências, com objetivos comuns e atribuições explícitas (World Health Organization, 2010). Tais medidas são proposições derivadas da reflexão, e não intervenções implementadas ou avaliadas neste relato.

A perspectiva de gênero permite discutir como o reconhecimento da liderança se relaciona à divisão do trabalho. O relatório da Organização Mundial da Saúde descreve desigualdades de gênero na participação em posições decisórias e na valorização do trabalho em saúde (World Health Organization, 2019). Sua aplicação a este relato é interpretativa: convida a examinar quem participa das decisões tecnológicas, quais conhecimentos recebem legitimidade e como são distribuídas as tarefas de articulação. Não permite afirmar que a indisponibilidade dos equipamentos decorreu de discriminação ou que a autora vivenciou barreiras de gênero.

Na situação narrada, remanejar equipamentos, acompanhar reparos e negociar respostas constitui trabalho gerencial necessário à continuidade do cuidado. A reflexão proposta é que essas atividades tenham tempo, recursos e reconhecimento institucional, evitando sua atribuição automática à disponibilidade pessoal de quem coordena. A discussão de gênero não associa às mulheres uma capacidade natural de cuidar ou negociar: questiona expectativas que podem normalizar responsabilidades pouco visíveis e recomenda condições equitativas de participação na gestão.

Reconhecer a liderança da enfermagem, nessa perspectiva, requer incluir a coordenação nas decisões sobre aquisição, manutenção e substituição, com respaldo para registrar riscos e solicitar respostas. A governança compartilhada aproxima interdisciplinaridade e equidade ao estabelecer espaços de escuta, critérios transparentes e responsabilidades pactuadas. A experiência sustenta a necessidade de articulação institucional; a análise de possíveis assimetrias de gênero demanda investigação específica, com participação dos trabalhadores e atenção ao contexto do serviço.

A principal limitação deste relato é a inexistência de sistema informatizado e de indicadores consolidados no período analisado. Por essa razão, não foi possível quantificar falhas, tempo de indisponibilidade, custos, atrasos ou cancelamentos associados aos equipamentos. Além disso, o texto representa uma experiência situada e interpretada pela profissional que a vivenciou. Ainda assim, a explicitação do contexto e do percurso analítico permite que outros serviços reconheçam problemas semelhantes e avaliem a aplicabilidade das proposições em suas realidades. Também não foram produzidos dados específicos sobre gênero ou distribuição de poder entre as categorias profissionais. A abordagem dessas questões corresponde a uma reflexão teórica, e não à identificação de desigualdades no cenário estudado.

Conclusão

A sistematização demonstrou que os desafios relacionados aos equipamentos do centro cirúrgico ultrapassam a ocorrência de defeitos isolados. Eles envolvem disponibilidade real, rastreabilidade,

planejamento das manutenções, circulação de informações e definição de responsabilidades institucionais. Quando esses elementos são frágeis, o serviço recorre a remanejamentos e soluções imediatas que preservam parte da assistência, mas aumentam a instabilidade do processo de trabalho.

Os principais aprendizados apontam para a implantação de inventário atualizado, classificação por criticidade, cronograma preventivo, acompanhamento das manutenções corretivas, fluxo padronizado de comunicação, estratégias de contingência e indicadores de desempenho. Essas ações podem apoiar decisões baseadas nas necessidades do serviço e aproximar a gestão assistencial da gestão tecnológica.

O enfermeiro coordenador exerce função estratégica ao reconhecer riscos, organizar respostas e articular os setores envolvidos. Entretanto, resultados sustentáveis dependem de política institucional compartilhada. Gerenciar equipamentos no centro cirúrgico significa também gerenciar cuidado, riscos, recursos e segurança. Estudos futuros poderão avaliar a implantação de ferramenta digital de rastreabilidade e mensurar seus efeitos sobre disponibilidade, tempo de reparo, cancelamentos e eficiência operacional.

A interdisciplinaridade oferece uma perspectiva para integrar conhecimentos e sustentar decisões compartilhadas. A discussão de gênero amplia a reflexão sobre valorização da liderança da enfermagem e condições equitativas de participação, respeitando a ausência de dados específicos sobre desigualdades no serviço. Assim, as proposições articulam segurança assistencial, reconhecimento profissional e corresponsabilidade institucional.

Referências

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.



BRASIL; AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Protocolo para cirurgia segura. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

FACHOLA, Kamila da Silva Rola. Gestão do centro cirúrgico: impacto sobre a ociosidade, receita e segurança do paciente. 2021. 98 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, 2021.

FALCÃO, Milena Pereira; NASCIMENTO, Renata Lopes do; SILVA, Taís Lins Severo da. O enfermeiro como líder: responsabilidades, desafios e estratégias para uma gestão eficiente no centro cirúrgico. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2024.

HOLLIDAY, Oscar Jara. Para sistematizar experiências. Tradução de Maria Viviana V. Resende. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2006. 128 p. (Série Monitoramento e Avaliação, 2).

LOPES, S. G. Enfermagem perioperatória: custos, desperdício e manutenção da sustentabilidade das organizações de saúde. Revista SOBECC, v. 29, 2024. DOI: <https://doi.org/10.5327/Z1414-44252024291013>.

MENESES, Ricardo de Oliveira et al. Papéis gerenciais em centro cirúrgico do enfermeiro no fluxo cotidiano: um estudo transversal. Contribuciones a las Ciencias Sociales, v. 16, n. 6, p. 3447–3467, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/822>. Acesso em: 25 jul. 2026.

MORAIS, L. N. et al. Gestão e produtividade no centro cirúrgico com ênfase no giro de sala operatória. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Ciências da Saúde – Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2022.

ROCHA, Ruth Cardoso et al. Cultura de segurança do paciente em centros cirúrgicos: perspectivas da enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 55, e03774, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020034003774>.

SOBECC – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO,

RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. Práticas recomendadas SOBECC: centro cirúrgico, recuperação anestésica e centro de material e esterilização. São Paulo: SOBECC, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>. Acesso em: 7 out. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Delivered by women, led by men: a gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: World Health Organization, 2019. (Human Resources for Health Observer Series, n. 24). Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515467>. Acesso em: 7 out. 2026.