

"O QUE OS OLHOS NÃO VEEM O CORAÇÃO NÃO SENTE": RELAÇÕES DE PODER NEGLIGENCIADAS NA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO

"WHAT THE EYES DON'T SEE, THE HEART DOESN'T FEEL": NEGLECTED POWER RELATIONS IN THE STERILIZED MATERIAL CENTER

Artigo recebido em: 10/11/2025

Artigo aceito em: 9/2/2026

Alice Teixeira Caneschi*

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
caneschialice@gmail.com

Isabela S. Cancio Velloso*

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
isacancio@gmail.com

Adriana Cristina de Oliveira*

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4326208104063874>
Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4821-6068>
acoliveira@ufmg.br

Carolina Caram*

*Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5683828552286312>
Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6219-3301>

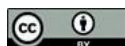
The authors declare that there is no conflict of interest

Resumo

No contexto das práticas de assistência em saúde a Central de Material Esterilizado, destaca-se como um setor responsável por prover o processamento seguro dos dispositivos médicos e garantir a prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. A equipe desse setor é composta basicamente por profissionais de enfermagem. Apesar de sua relevante função na atenção à saúde, as práticas profissionais desempenhadas nessa unidade são, muitas vezes, pouco reconhecidas pela equipe multiprofissional. O objetivo deste estudo foi analisar a configuração das práticas de enfermagem na Central de Material Esterilizado, a partir das relações de saber-poder que se constituem nesta unidade. Utilizou-se a abordagem de Michel Foucault para a compreensão das dinâmicas das relações, como estas se moldam por meio de uma forte interação entre o saber e o poder. Os dados foram coletados no período de março a maio de 2023, por meio de observação de campo e entrevista de roteiro semiestruturado com 18 profissionais de enfermagem de uma Central de Material Esterilizado de um hospital Brasileiro. Foi realizada análise de discurso que revelou uma

Abstract

In the context of healthcare practices, the Sterile Supply Department stands out as a sector responsible for providing safe processing of medical devices and ensuring the prevention of Healthcare-Associated Infections. The team in this sector is mainly composed of nursing professionals. Despite its important role in healthcare, the professional practices performed in this unit are often underrecognized by the multidisciplinary team. The objective of this study was to analyze the configuration of nursing practices in the Sterile Supply Department, based on the knowledge-power relationships that exist in this unit. Michel Foucault's approach was used to understand the dynamics of these relationships, as they are shaped by a strong interaction between knowledge and power. Data were collected from March to May 2023 through field observation and semi-structured interviews with 18 nursing professionals from a Sterile Supply Department in a Brazilian hospital. Discourse analysis was performed, revealing a robust network of power relations, with emphasis on the architectural design and the strong discipline that surrounds the practices developed at the unit.



robusta rede de relações de poder, com destaque para o dispositivo arquitetônico e a forte disciplinarização que envolve as práticas que se desenvolvem na unidade.

Palavras-chave: Relação de Poder. Prática Profissional. Central de Material e Esterilização. Hospital.

Keywords: *Power Relations. Professional Practice. Material and Sterilization Center. Hospital.*

1 INTRODUÇÃO

As práticas desenvolvidas pela equipe de enfermagem na central de material esterilizado (CME) se configuram como atividades indiretas no processo assistencial. As atividades nesse setor se constituem no fornecimento de dispositivos e instrumentais limpos e seguros para uso no paciente, nos mais distintos procedimentos realizados pela equipe multiprofissional de saúde. (Pezzi, 2011). A conformação das atividades voltadas para a assistência indireta aos pacientes, muitas vezes, remete à representação de um saber menor, menos qualificado. Historicamente, isso contribui para a alocação de profissionais adoecidos ou próximos da aposentadoria na CME (Florêncio; Carvalho; Barbosa, 2011).

No entanto, mudanças no contexto e nas práticas de saúde contemporâneas transformaram o perfil da CME. Avanços tecnológicos, maior complexidade dos instrumentais cirúrgicos e dispositivos médicos, além da qualificada gestão de custos do setor estão entre os fatores que transformaram o perfil dos profissionais atuantes nesse setor (Basu *et al.*, 2017; Fusco, Spiri, 2014). Cada vez mais, habilidades e conhecimentos sobre a manipulação de equipamentos e produtos químicos específicos vêm sendo exigidos, dentro de um processo de trabalho sistematizado e pouco flexível (Pezzi, 2011). Assim, observa-se a demanda por profissionais com conhecimentos técnicos próprios dos processos, que dominem as boas práticas de reprocessamento de produtos para saúde e de gestão e as tecnologias articuladas com os princípios da ciência, segurança e qualidade dos processos (Basu *et al.*, 2017; Fusco, Spiri, 2014).

A práxis ou prática refere-se ao fazer e reflete o processo de racionalização humana, que articula conhecimento/saber e a ação deliberada, motivada pela ideia e pela teoria, ou seja, articula teoria e prática, sendo evidenciada na compreensão da realidade e suas relações (Nietsche; Salbego; Lacerda, 2021). Para Foucault (2014), as práticas são fruto de relações de poder entre os indivíduos, em um jogo de forças entre poder e saber.

os quais estão intrinsicamente ligados. de maneira que toda forma de saber. produz poder e vice-versa (Foucault. 2014).

As relações de poder estabelecidas entre os atores sociais são articuladas por meio dos discursos e influenciadas pelas normas institucionais. Assim, a compreensão dessas relações possibilita uma análise da constituição dos saberes existentes e permite correlacionar seu aparecimento com comportamentos, decisões e práticas, situando o saber como fruto de um contexto histórico-social (Aleikseivz. 2016).

Dessa forma, a compreensão dos discursos e das relações de poder que controlam e regulam as práticas de enfermagem da CME pode subsidiar uma análise crítico-reflexiva dos processos de trabalho da equipe. Possibilita, ainda, lançar luz sobre as estruturas relacionais nas práticas cotidianas, bem como sobre os mecanismos de manutenção dessas estruturas (Rodrigues *et al.*, 2019). Sem a pretensão de produzir generalizações, o presente estudo tem a intenção de ser fonte de reflexão para questões relacionadas às práticas de enfermagem na CME, uma unidade cuja equipe é composta quase que exclusivamente por profissionais de enfermagem.

Ressalta-se que estudos que buscaram analisar as configurações das relações de poder no contexto da enfermagem tiveram como objeto relações entre enfermeiros e médicos e entre pacientes e a equipe de enfermagem, trazendo importantes reflexões sobre as práticas profissionais (Mattar e Silva *et al.*, 2020; Silva, 2017; Pérez Jr *et al.*, 2019; Silva; Arantes, 2017; Baptista *et al.*, 2017; Baptista *et al.*, 2018; Velloso *et al.*, 2012; Velloso *et al.*, 2010). No entanto, persiste a lacuna de conhecimento sobre essas práticas no contexto da CME.

Por outro lado, estudos que tiveram como cenário a CME focaram em processos de trabalho, indicadores de qualidade, validação dos processos de esterilização, riscos ocupacionais, biossegurança, satisfação dos trabalhadores, processos de gestão e liderança, dimensionamento de pessoal da enfermagem, carga de trabalho, invisibilidade do setor e carga de trabalho associado a problemas de saúde (Sousa Leite *et al.*, 2011; Ribeiro, Vianna, 2012; Anjos, Oliveira 2016; Baptista *et al.*, 2017; Sanchez *et al.*, 2018; Cavalcante, Barros, 2020; Rego *et al.*, 2020; Iskandar *et al.*, 2021; Moreira; Lima; Vetorazo, 2022). Mesmo os trabalhos sobre a liderança e a gestão de pessoas não abordam questões relacionais da equipe de enfermagem.

Assim, partindo-se do pressuposto de que as práticas são produzidas em razão de relações de poder e que essas práticas geram efeitos de poder, configurando todo um

campo de saber sobre a CME e os processos de trabalho nesse setor. o presente estudo pretende responder a seguinte questão de pesquisa: como se configuram as práticas de enfermagem da CME a partir das relações de saber-poder que se constituem nesta unidade?

1.1 Relações de poder-saber na perspectiva de Foucault

O filósofo francês Michel Foucault é reconhecido por ter uma visão inovadora sobre o contexto social. tendo como fundo de suas análises o poder e o conhecimento (Pinho. 2017). Foucault não elaborou nenhuma teoria sobre o poder. e, tampouco. seu foco de estudo eram as relações de poder. No entanto. para chegar aos modos de subjetivação dos sujeitos. que era seu intuito. o filósofo propõe uma análise do poder e dos seus mecanismos de controle sobre as práticas. Isso possibilitaria analisar como a realidade é produzida e como os sujeitos atuam uns sobre os outros (Ferreirinha; Raitz. 2010).

Para Foucault. o poder é uma prática social em constante transformação. que envolve complexas interações entre poder e saber (Antes; Jacondino. 2020; Pinho. 2017). Na perspectiva do filósofo. o poder circula entre as malhas sociais e está em todas as relações interpessoais. moldando as práticas e os comportamentos. por meio das verdades produzidas nos discursos que circulam (Aleikseivz. 2016). Todas as relações são relações de poder e controlam os saberes em cena (Foucault. 2014).

As relações de poder na sociedade são moldadas pela disciplina. ou poder disciplinar. que se impõe aos indivíduos (Foucault. 2014). Com a queda do poder monárquico e a ascensão do capitalismo. surge a sociedade disciplinar. Uma sociedade que necessitou repensar suas formas de punição. antes centrada no suplício dos corpos dos condenados e no espetáculo público da punição. passando a uma técnica centrada na vigilância do indivíduo de forma singular. silenciosa e quase imperceptível. A disciplina é uma técnica de poder que visa a adestrar os corpos. fabricar indivíduos. e seu objetivo é torná-los dóceis e úteis para a sociedade (Candiotto. 2012). O corpo dócil é aquele que pode ser utilizado. transformado e aperfeiçoado (Foucault. 2014).

O poder disciplinar é visivelmente identificado nas escolas. quartéis. prisões e hospitais. Por meio de normas e de uma arquitetura estrategicamente articulada. essas instituições criam um mecanismo de vigilância e punição que vão. aos poucos. e de forma

quase imperceptível. conformando as práticas e os sujeitos (Candiotto. 2012). Foucault considera o ambiente hospitalar um laboratório do poder que influencia os indivíduos a oscilarem entre atuar como sujeitos de seu trabalho e se tornarem prisioneiros da dinâmica organizacional do hospital. O autor argumenta que as relações de poder na sociedade são moldadas pela disciplina imposta aos indivíduos (Foucault. 2014).

A disciplina utiliza quatro mecanismos essenciais para a “disciplinarização” dos corpos: a arte das distribuições. o controle das atividades. a organização das gêneses e a composição das forças (Foucault. 2014). A arte das distribuições consiste na subdivisão quadricular do espaço. de forma que cada indivíduo esteja em um lugar e em todo lugar haja um indivíduo. o que possibilita a identificação imediata da sua localização e o controle dos corpos. O controle das atividades se refere ao controle dos horários (horário de entrada e saída do trabalho. por exemplo). além da organização do tempo das ações para a utilização exaustiva da articulação corpo-objeto. A organização das gêneses envolve a definição de trajetórias temporais. graduando a evolução do indivíduo. A composição das forças se refere ao agrupamento dos indivíduos mais treinados em um mesmo ambiente para formar um grupo produtivo a fim de aumentar a utilidade e eficiência do poder (Foucault. 2014). Diante disso. entende-se que a disciplina é uma técnica aplicada na produção do corpo ideal. do corpo dócil e útil. preparado para agir de forma a atender os interesses políticos de um determinado grupo social (Foucault. 2014).

É a partir disso que Foucault (2010) adentra à microfísica do poder. alegando que. nas relações cotidianas. estabelecidas entre os sujeitos das sociedades disciplinares. se forma uma rede em que o poder se mantém e se perpetua. A disciplinarização estabelece um campo de saber que. por sua vez. gera poder. O filósofo explica que o poder produz saber e não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber. nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder (Foucault. 2010. p. 30).

As relações de poder são a base para a manutenção das técnicas de disciplinarização. Na capilaridade das relações. em um jogo de forças. os indivíduos estão sempre envolvidos nas relações de saber e de poder. mantendo a estrutura disciplinar. O saber. para Foucault (2010). não é natural. algo dado. não é neutro. não está alheio às relações de poder. mas é construído historicamente e desvela a relação entre sistemas para a produção de conhecimento. O saber deve ser sempre considerado em uma relação

binária com o poder. O saber nada mais é que formações históricas constituídas por práticas formais de enunciados e visibilidades (Foucault. 2010).

No entanto, é importante considerarmos que o poder não é apenas repressivo. Ele é positivo, no sentido de que é também produtivo. Produz a realidade, os efeitos de saber e de verdade, através das práticas sociais que refletem a formação e transformação dos indivíduos em função de certas normas (Ferreirinha; Raitz. 2010). São exatamente esses efeitos do poder que Foucault preocupou em explicar, sendo que é por meio das práticas, do concretamente executado, planejado e falado, que podemos identificar esses efeitos. Aquilo que acontece de fato é o que, naquele momento, para aquele contexto, funciona como verdade. Dessa forma, não há uma verdade universal, que reine sobre determinado objeto ou contexto, mas são as relações de poder estabelecidas, que conduzirão as verdades instituídas por meio dos discursos que circulam em um determinado momento (Foucault. 2010).

Partindo desse entendimento, ao examinar os discursos construídos no contexto da CME, buscou-se compreender as relações de poder estabelecidas e os efeitos que exercem sobre as práticas. Não se busca, neste estudo, avaliar a adequação ou inadequação das práticas ao funcionamento da CME, mas compreender a dinâmica das relações de poder e refletir sobre suas repercussões e seus efeitos.

1.2 Materiais e métodos

Quanto ao desenho do estudo, trata-se de uma pesquisa qualitativa, desenvolvida por meio de um estudo de caso único, holístico. O estudo de caso é uma análise detalhada de uma situação específica. Amplamente utilizado em pesquisas qualitativas, nas ciências sociais e humanas, essa abordagem permite análise aprofundada dos processos e de suas inter-relações, destacando-se a multiplicidade das dimensões de um problema (Yin. 2016).

O estudo ocorreu na Central de Material Esterilizado (CME) de uma Santa Casa de Misericórdia (SCJF), situada em uma cidade do interior do Minas Gerais, Brasil. A CME deste estudo atende à resolução nacional brasileira que rege as CMEs – Resolução de Diretoria Colegiada nº 15 – no que se refere aos requisitos básicos para boas práticas em processamento de produtos para saúde (Brasil. 2012). O setor tem uma unidade central, neste estudo designada CME principal, que é localizada no 13º andar do Hospital

onde são realizados todos os processos, desde a recepção do material contaminado até a distribuição aos setores assistenciais. Também compõem a CME o setor de processamento têxtil e o setor de limpeza de materiais termossensíveis que são esterilizados fora do hospital, ambos localizados no andar térreo. Cada etapa do processo é executada por um funcionário diferente, alocado em sítios funcionais, havendo rodízio dos funcionários entre os sítios ao longo dos meses.

A equipe de técnicos e auxiliares de enfermagem é composta da seguinte forma: na CME principal, ficam alocados oito funcionários em cada plantão de 12 horas no turno diurno, e três funcionários no turno noturno. No processamento têxtil, há cinco técnicos e um auxiliar distribuídos por plantão no turno diurno e não há funcionamento no turno noturno. O setor de limpeza de termossensíveis funciona de segunda a sexta, das 07 às 16 horas, e conta com dois funcionários durante seu funcionamento. Toda a unidade é coordenada por uma enfermeira que trabalha em dias úteis, subordinada a uma enfermeira gerente, responsável pela gestão da CME e do Centro Cirúrgico. À noite, dois enfermeiros do centro cirúrgico prestam assistência indireta ao setor, em plantões alternados. De modo geral os funcionários são fixos em seus postos, havendo remanejamentos quando há férias e/ou ausências de funcionários. Os remanejamentos são organizados pela enfermeira coordenadora.

O tamanho da amostra não deve ser definido a priori em pesquisas qualitativas como defende Minayo (2017), e sim um ponto de delimitação para que o estudo se torne viável de execução. Contudo, considerando que a CME é um setor fechado com uma equipe bem delimitada e que nos deparamos com um quantitativo de funcionários que fosse viável de execução no período proposto para pesquisa, buscou-se a participação de todos os funcionários do setor que se configuram em um total de 25 funcionários. No curso da coleta de dados, excluíram-se quatro funcionários que se encontravam em gozo de férias no período e três funcionários por recusa, sendo dois enfermeiros (do centro cirúrgico que prestam assistência indireta ao setor) e um técnico de enfermagem.

Assim, a amostra do estudo foi composta por 18 profissionais de enfermagem da CME, sendo 15 técnicos de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e dois enfermeiros. Os dados foram coletados no período de março a maio de 2023, por meio de observação e entrevista com uso de roteiro semiestruturado.

A observação foi realizada durante o período de permanência do pesquisador em campo, sendo esse tempo determinado pela saturação teórica. A saturação teórica consiste

no limite de compreensão do objeto estudado, definido quando, após a interação entre o pesquisador e o campo de pesquisa, o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário por não apresentarem elementos novos (nascimento, *et al.*, 2018).

As entrevistas foram realizadas individualmente, na própria CME, respeitando-se a privacidade e a jornada de trabalho dos profissionais. Foram gravadas em dispositivo de mídia e transcritas na íntegra. Tiveram duração média de 20 a 30 minutos. Para validação dos dados, utilizou-se a verificação por respondentes. O arquivo com a transcrição de cada entrevista foi enviado por meio eletrônico, privado, a cada um dos participantes para leitura e indicação da adequabilidade do conteúdo em relação à sua entrevista. O roteiro semiestruturado foi composto pelas seguintes questões: Em qual setor você trabalhava antes de vir para CME?; Fale um pouco sobre sua rotina de trabalho na CME; O que você considera ser um bom técnico ou enfermeiro da CME?; O que você acha da estrutura física da CME?; O que você acha da organização das atividades?; O que você acha da forma de gestão da CME?; Como você avalia a comunicação e o fluxo de informações dentro da unidade e com as outras unidades que têm interface com a CME?; Fale sobre sua relação com os membros da equipe?; Fale sobre sua relação com os funcionários de outros setores?; Você sente que seu trabalho é reconhecido na instituição? Por quê?.

Para garantir o anonimato, os participantes foram identificados pela letra E (Entrevistado), seguido de algarismo arábico referente a sequência aleatória, obtida a partir de sorteio realizado pela pesquisadora.

Os dados foram submetidos à análise de discurso. As análises de discurso são realizadas em sua materialidade, ou seja, trabalha com as formações discursivas, compreendidas como aquilo que pode e não pode, deve e não deve ser dito. As formações discursivas são matrizes de sentidos, marcadas por uma regularidade de enunciados (Foucault, 2010). A operacionalização da análise seguiu as seguintes etapas: organização dos dados para levantamento de questões de trabalho; retorno ao corpus para evidenciar as marcas do discurso, segmentar, recortar e analisar; e, por fim, a escrita da análise (Souza, 2014).

2 DISCUSSÃO

2.1 Relações de poder constituídas no coração do hospital – a CME

A expressão “a CME é o coração do hospital” foi ouvida várias vezes ao longo da coleta de dados. Acreditamos que essa expressão ganhe significado nesse contexto pelo fato de a CME ser responsável por todo o fluxo de trabalho relacionado a higienização e esterilização dos Produtos para Saúde (PPS) de todo o hospital. Trata-se de um trabalho vital para o funcionamento do hospital, com impactos diretos na segurança e no cuidado dos pacientes. É comum o uso dessa analogia em publicações e em eventos científicos promovidos pela *Brazilian Association of Surgical Center Nurses. Anesthetic Recovery and Material and Sterilization Center (SOBECC)* e em eventos de segurança do paciente (Beordo, 2022; Miranda; Pinheiro; Silva, 2019; Moraes, 2007). Percebemos que essa analogia também está presente nos discursos dos entrevistados, na concepção da importância da CME.

CME é o coração do hospital. É coração porque, se a gente fechar a porta de uma CME, a gente para o hospital. Porque não vai ter instrumental, não vai ter material estéril, não vai ter roupa, não vai ter nada! (E1).

[...] as pessoas infelizmente ignoram o fato de que a CME é o coração do hospital. Porque a mentalidade das pessoas, 90% delas, acha que o correto e o principal numa área hospitalar é trabalhar com o paciente. Então, assim, eu acredito que é 90% mesmo que tem a cabeça mais fechada quanto a isso. Só que a CME é o coração do hospital. Sem a CME o paciente não consegue ser tratado. Tudo o que você vai fazer no paciente, no hospital, ele necessita de alguma coisa que a CME vai fornecer (E12).

O provérbio de origem popular abrange uma gama de analogias que retratam a função da CME no contexto hospitalar. Esse setor, embora seja vital para funcionamento de todas as unidades assistenciais do hospital, tem sua visibilidade comumente limitada e, por vezes, distorcida. Ao receber material contaminado e, por meio de uma cadeia de processos, limpar e esterilizar esse material, tornando-o viável e de uso seguro em outro paciente, a CME garante a continuidade do cuidado seguro. Esse processo pode ser associado ao que representa o coração no corpo humano em relação à purificação do sangue e à importância dele para o funcionamento do todo. Estudo de revisão apresenta o uso metafórico do coração para se referir ao papel da CME no hospital. O qual envolve

a responsabilidade pelo fornecimento de materiais para o funcionamento do hospital de forma geral. assim como o coração bombeia sangue para todo o corpo (Araújo *et al.*, 2023).

Anatomicamente, o coração é um órgão interno, localizado no tórax, atrás do esterno, de vital importância para funcionamento de todos os órgãos do corpo humano (Nobeschi, 2010). Sabemos que ele está lá, executando sua função e, por vezes, no automatismo da vida, não nos damos conta de que a saúde vai bem porque ele está realizando seu trabalho. Assim é a CME, um setor fechado, que presta serviço de apoio aos setores assistenciais, em uma relação de interdependência, que está localizado grande parte das vezes, em locais pouco visíveis do hospital e, não raro, lembrado apenas quando algo não vai bem no processo assistencial. A posição arquitetônica do setor na instituição reflete a sua posição velada.

A CME estudada, localiza-se no 13º andar da instituição, excetuando-se suas subdivisões (subsetor 1 e subsetor 2) que estão localizadas no térreo, em um local afastado e de pouca visibilidade. O acesso de profissionais externos ao setor se dá, exclusivamente, pelo elevador. Os funcionários da CME possuem chaves que possibilitam o acesso por meio de escadas que ligam os setores. Ao chegar no 13º andar, pelo elevador, primeiramente vemos o Centro de Terapia Intensivo (CTI) Cirúrgico e o CTI geral. No canto direito do hall de entrada, há vários armários de uso dos funcionários e um corredor, ao final do qual há um vidro isolando a sala da funcionária administrativa da CME. Virando-se à direita, encontra-se a CME. A primeira impressão que temos, ao chegar no 13º andar, é a de que não há nada ali, além dos dois CTIs e um corredor repleto de armários. Não há sinalização de acesso à unidade visível no hall de chegada. É necessário ter a intencionalidade de adentrar a CME para visualizar o setor. Assim também ocorre com os subsetores 1 e 2, localizados no térreo, na saída para o estacionamento de cargas e descargas (Notas de campo).

O subsetor 1, que não realiza atendimento direto a funcionários externos, é ainda mais oculto, como podemos perceber no relato do participante, ao se referir à estrutura física do setor:

É... aqui, assim, eu acho que poderia ser melhor. Acho que parece que aqui eles não ligam muito, porque é um lugar bem afastado. E, assim, a gente tem algumas coisas aqui, né?! Ar-condicionado que às vezes vaza, tem que ficar chamando pra arrumar (E8).

A localização da CME estudada corrobora com os estudos de Machado e Gelbcke (2009) e Silva (2017). em que eles apontam que a localização afastada e, muitas vezes, escondida da CME contribui para a invisibilidade desse setor no contexto hospitalar. Machado e Gelbcke (2009) ainda mencionam que parece haver um acordo tácito, a fim de esconder esse setor que remete ao expurgo e que realiza tarefas aparentemente simples e rotineiras.

Nessa perspectiva, Foucault (2006) chama a atenção para a instituição Hospital, uma instituição disciplinar, que é centro das práticas médicas. Trata-se de uma estrutura arquitetada para dar visibilidade às práticas assistenciais voltadas para a cura, sendo o médico a figura central desse cenário. Vale, ainda, ressaltar que a estrutura arquitetônica das instituições disciplinares, como é o caso dos hospitais, determina o que deve ser colocado à vista e o que deve ficar na penumbra (Foucault, 2006). O hospital é, na concepção de Foucault, um laboratório do poder disciplinar. Reestruturado no século XVIII como espaço de cura, o hospital passa de uma simples figura arquitetônica para se tornar um fato médico hospitalar que deve ser estudado (Foucault, 2001). Nesse contexto, a arquitetura é racionalizada de modo a aumentar a visibilidade da figura de cura que o médico representa, com foco nos setores assistenciais, jogando luz sobre esses setores e colocando sombra nos demais, em um jogo de luzes e sombras.

A visibilidade, contudo, é para Foucault uma armadilha, pois ela serve para aumentar a disciplinarização daqueles que estão no seu campo visível, tornando os indivíduos alvo de análise e de marcação do corpo, gerando conhecimento a seu respeito (Foucault, 2014). Assim, os olhos da vigilância e do poder, estão voltados para a cura, sobre a qual são projetadas luzes. Como o médico representa esse saber de cura e os saberes da medicina se colocam acima dos demais, em uma espécie de representatividade que cria, na instituição hospitalar, um campo de saber médico dominante, outros saberes são deixados à sobra. Ficam à sombra, de forma ainda mais expressiva, objetos que não são de forma muito clara e objetiva relacionadas ao cuidado direto ao paciente, como é o caso da CME.

Os saberes que estão em voga no hospital são voltados para as práticas médicas que, muitas vezes, ignoram os saberes relacionados à esterilização, além de a própria formação ser falha no sentido de dar luz aos conhecimentos inerentes à CME, como podemos observar nas falas abaixo:

As pessoas não entendem a CME! As pessoas não entendem a importância que tem. né!? Igual. por exemplo. a gente tem muita dificuldade. a gente enfrenta muita dificuldade se o doutor quer trazer material esterilizado de outro hospital... a gente tem que explicar no dia a dia do doutor: "Não pode! Não tem como! Tem que passar pelo nosso processo de esterilização. porque a gente tem garantia! Onde o senhor estava com esse material? No seu carro. no banco de trás. pegando sol?" (E2).

Então. a gente. enfermeiro. saía [da faculdade] sem noção nenhuma da existência de CME. né?! É uma grande falha que as faculdades tinham. né?! Hoje em dia. eu não sei se está na grade de todos. mas tem a questão de CME [na graduação] (E1).

A CME é um setor que demanda conhecimentos peculiares. com particularidades desconhecidas até mesmo para profissionais da enfermagem e da área da saúde. Para Sanchez *et al.* (2018). o trabalho da CME era conhecido por alguns profissionais da enfermagem atuantes no Centro Cirúrgico e em Unidade de Terapia Intensivas (UTIs). com reconhecimento da importância das práticas de PPS. No entanto. para profissionais de outros setores. era uma escuridão. o total desconhecimento do trabalho e da importância da CME (Sanchez *et al.*. 2018; Costa *et al.*. 2020). Enfermeiros sem formação especializada em processos de esterilização também têm lacunas de conhecimento para atuarem na CME. assim como profissionais médicos (Cioccarri *et al.*. 2022). Os saberes posicionam os indivíduos na relação de poder e na visibilidade ou não que expressam na instituição.

Esse contexto de desconhecimento das práticas da CME faz com que o trabalho realizado nesse setor seja pouco reconhecido e valorizado. Como mencionado pelos participantes quando questionados quanto ao reconhecimento do trabalho realizado na CME.

Então é uma pergunta meio complicada. porque... É. pode ser. sim. reconhecida. mas eu não sei. pra determinadas pessoas ((os próprios trabalhadores)) pode ser. não pra todo mundo. Mas algumas pessoas. pra quem conhece. aí é. (...) Ah. eu acho que não ((que o trabalho não é reconhecido pelo resto da instituição))... (E7).

Às vezes. a forma da pessoa se dirigir a você. a forma como a pessoa se dirige ao seu trabalho. algumas pessoas não têm até ética. no sentido de falar sobre alguém que trabalha na CME. Eu já. entre aspas. tive várias pessoas. não só que trabalham como técnicos. como pessoas leigas. que falaram. 'mas CME é só lavar vasilhas. CME é só embalar material'. Não entende a essência do trabalho que está por conta. por trás de tudo que é feito aqui dentro. entendeu? (E12).

A pouca divulgação do fazer e dos saberes da CME é um dos fatores que contribuem para a limitada visibilidade do setor e do fazer da enfermagem, categoria profissional responsável pelo gerenciamento e execução das atividades do setor (Sanchez *et al.*, 2018). O conhecimento está, na concepção de Foucault, diretamente relacionado à questão do poder. O saber e o poder se articulam de forma que o poder gera saber e, por sua vez, o saber é uma forma de poder (Foucault, 2008). Assim, o discurso médico, a historicidade da medicina, a posição arquitetônica que joga luz sobre as práticas médicas, são geradores e mantenedores de um discurso médico hegemônico dentro do hospital, reforçando a invisibilidade da CME na instituição, setor esse composto por profissionais da equipe de enfermagem.

A CME, por sua vez, não está, a princípio, em uma posição de detenção de poder na estrutura social, uma vez que está invisibilizada pela arquitetura, encoberta por um discurso de cientificidade desnecessária para o desenvolvimento de suas práticas, de desvalorização pelas características das atividades que executa e, até mesmo, por aqueles que deveriam conhecê-la. Há um sentido desqualificatório e, por vezes, pejorativo nas referências às práticas de trabalho da CME. Machado (2012) e Anjos e Oliveira (2016) alertam que a CME parece uma grande cozinha, com suas atividades de lavar, secar e guardar louças e que a destinação de profissionais adoecido e próximos da aposentadoria para esse setor desqualificam as práticas executadas pela enfermagem. Estudo de Xavier *et al.* (2022) demonstra que a maioria dos profissionais atuantes na CME de um hospital público no Brasil chegou ao setor por readaptação funcional, não tendo nenhuma experiência prévia.

Essa perspectiva também foi apontada pelos participantes do estudo, demonstrando o desconhecimento e a desvalorização dos profissionais a respeito do funcionamento do setor para a unidade hospitalar.

Às vezes, eles [funcionários de outros setores] perguntam o que a gente faz, se é só lavar bacia, em geral. Então, alguns não sabem muito sobre CME. [...] A gente tenta explicar resumidamente como funciona, mas a maioria não tem noção. Não tem noção (E13).

A CME é bem pouco reconhecida. Bem pouco, bem menos reconhecida mesmo. Tem gente que acha que a gente nem é da enfermagem. Olha, já teve gente de vir na porta e perguntar se a gente era da área da limpeza, [...] quando você tá conversando com alguém nos andares: 'Ah, eu sou da CME! Ah, eu não. Pra mim

não dá, jamais viria'. Então, a gente vê um desmerecimento na profissão. Você vê, sim, que as pessoas acham que não se enquadram dentro da enfermagem da CME. Eles acham que não tem a ver com o papel da enfermagem (E11).
Os discursos retratam como algumas profissões são invisibilizadas na sociedade.

Estudos apontam a invisibilidade da CME como fruto da desvalorização dos profissionais e do próprio setor, no qual profissionais considerados obsoletos e incapacitados para as áreas assistenciais são encaminhados para compor o setor da CME (Xavier *et al.*, 2022; Medeiros; Schneider; Glanzner, 2021). O demérito de algumas profissões, segundo Guimarães e Martins (2010), pode ser explicado por diversos fatores, como a falta de reconhecimento social, a baixa remuneração, a falta de estabilidade no emprego, a falta de benefícios e de condições de trabalho adequadas. Esses fatores podem contribuir para a desvalorização das profissões e para a percepção negativa que algumas pessoas têm sobre elas. Além disso, alguns setores da sociedade tendem a valorizar mais determinadas profissões em detrimento de outras, o que pode levar a uma hierarquização injusta e prejudicial de profissionais que atuam em áreas menos valorizadas. É importante lembrar que todas as profissões são importantes e devem ser valorizadas pelo seu papel na sociedade (Guimarães; Martins, 2010).

A enfermagem é uma profissão que enfrenta o desafio de mitigar a desvalorização. Apesar de sua indiscutível relevância e de ser essencial para o sistema de saúde, a profissão é frequentemente vista como “subordinada” à medicina e a outras profissões da saúde, principalmente no ambiente hospitalar. Isso pode levar a uma falta de respeito e de reconhecimento por parte dos pacientes e da sociedade em geral. Seu nascimento, atrelado a questões de caridade, executada por mulheres na Guerra da Criméia, implica em uma relação com o feminino e com o cuidado (Santos *et al.*, 2020).

A associação do cuidado à figura feminina pode ser explicada por uma série de fatores históricos, culturais e sociais que moldaram as percepções de gênero ao longo do tempo. Durante muito tempo, as mulheres foram encarregadas dos cuidados com a família e com os filhos, enquanto os homens eram responsáveis pelo sustento financeiro da casa. Segundo Borges e Detoni, (2017), essa divisão de papéis de gênero foi reforçada por normas culturais, religiosas e políticas que perpetuaram a ideia de que as mulheres eram naturalmente mais propensas a cuidar, enquanto os homens a trabalhar fora de casa e ser o provedor da família. Essa associação entre cuidado e feminilidade acabou se tornando uma espécie de estereótipo de gênero que, embora esteja sendo desafiado nos dias de hoje,

ainda tem um impacto significativo na forma como as pessoas percebem e valorizam certas profissões e atividades (Borges; Detoni. 2017). Os participantes do estudo reconhecem que, por ser um setor de maioria de trabalhadoras mulheres (17 mulheres e 1 homem), o cotidiano assume certas particularidades.

A gente trabalha com várias mulheres! Tem as TPMs, as prés e pós. Tem dias que a gente está com mais conversa, menos conversa, mas a gente se entende muito (E12).

(...) tem é muita mulher e mulher sempre dá um estresse. Outro dia, cheguei lá. TINHA uma que chorou no banheiro! Gente, aconteceu! Chamei as duas pra conversar. Isso já aconteceu várias vezes! Isso é uma característica da mulher mesmo, é um setor com muita mulher, é um setor que trabalha falando, conversando contando a vida. Então, quando você vê, às vezes, dá um estresse (...) (E2).

As falas dos participantes corroboram a ideia da mulher estereotipada como um ser estressado por natureza e falante. Para Detoni e Nardi (2012, p. 66), “as relações de gênero são constituintes dos modos e dos processos de subjetivação [...] a subjetividade como uma produção da experiência de si, em um determinado contexto sócio-histórico”.

Nessa perspectiva, Foucault (2014) chama a atenção para os modos de subjetivação impostos pelas instituições disciplinares. Isso implica inserir a instituição hospital no contexto sócio-histórico de produção de invisibilidades na CME, responsável pela produção, manutenção e ressignificação dos discursos que desmerecem o trabalho realizado no processamento PPS. Isso se dá tanto pela peculiaridade que envolve o processo de lavar e esterilizar o material, como pelo fato de o trabalho ser realizado por profissionais de uma profissão essencialmente feminina.

Assim, podemos retomar a analogia da CME como o coração do hospital ao analisarmos a constituição da equipe de enfermagem. O coração é reconhecido como símbolo de amor, de benevolência e de feminilidade, o que nos leva ao dito popular “o que os olhos não veem o coração não sente”. Se pensarmos que os “olhos” da instituição estão voltados para as práticas médicas, “o coração” – que é a CME – não sente o reconhecimento do seu trabalho, como apontado nas falas seguintes:

Mas o desafio que eu vejo que vai ser, eu brinco falando assim: ‘eu vou morrer e ainda vai estar assim...’ é a gente conseguir colocar o reconhecimento da CME mais dentro de quem lida na assistência, entendeu? (E1).

(...) Ah. eu acho que não ((que o trabalho não é reconhecido pelo resto da instituição))! Acho que tem gente. tem pessoas que (...) não dá o devido valor que deveria dar pra CME. entendeu?! Não reconhece o serviço mesmo! (...) Às vezes. ((percebo a falta de reconhecimento)) no conversar com a pessoa. Você percebe. entendeu? Quando você fala assim: 'ah. eu sou da CME'. aí você percebe. A gente percebe na hora (E7).

O reconhecimento pelo trabalho executado é importante para a formação identitária do sujeito que o posiciona em relação à sociedade e contribui para sua autoimagem e autoconfiança. sendo primordial para a saúde e o prazer no trabalho. Dessa forma. há uma relação entre a falta de reconhecimento no trabalho e os processos de sofrimento e adoecimento de trabalhadores (Bendassolli. 2012). Destaca-se que a desvalorização é fonte de sofrimento mental para os profissionais que atuam na CME e que a melhor compreensão do processo de trabalho e resultados entregues para o bem do cuidado ao paciente são estratégias que poderiam reverter tal sentimento (Medeiros; Schneider; Glanzner. 2021).

Por outro lado. Foucault (2014) aponta a resistência como mecanismo de enfrentamento ao poder. o que nos leva a acreditar que quando as relações assimétricas de poder causam algum desconforto para o sujeito. ele lança mão de resistências. Uma condição precípua de existência da relação de poder é a liberdade do sujeito em apresentar resistência. Sem possibilidade de resistência. não se trata de relação de poder. mas sim de dominação. No entanto. Foucault entende que todas as relações são relações de poder e. por esse motivo. passíveis de manifestações de resistência. A noção de resistência aparece na obra Vigiar e Punir como contraponto ao poder. uma forma de não submissão aos designios da relação de poder (Stenico. 2015).

Nesse sentido. percebemos a vontade de mudança de setor como uma resistência ao poder instituído. como se pode observar nas falas que se seguem.

Então. eu tenho muita gente que pede pra sair (da CME). (...) eu tenho muito pedido de saída de lá (da CME) (...) (E2).

Quando eu cheguei aqui. eram outras pessoas. A maioria saiu. A maioria não. todo mundo. Quando eu entrei aqui. todo mundo que estava comigo do dia. elas saíram. (...) às vezes foi ((para)) outro setor. outras pediram conta. enfim... (...) Ah. tem ((muita rotatividade no setor)). Agora deu uma parada. mas tem (E3).

A partir das falas analisadas. é possível perceber que a vontade de sair do setor se constitui em uma alternativa viável encontrada pelos trabalhadores para se esquivar das

amarras do poder disciplinar que paira sobre eles. É possível que os trabalhadores não apresentem concepção racionalizada sobre os saberes e práticas que constituem suas relações e que fazem da CME um setor de visibilidade limitada. No entanto, é notável como o dispositivo arquitetônico, a centralidade do trabalho médico no contexto hospitalar e a valorização da assistência direta ao paciente colocam a CME em segundo plano na organização hospitalar.

3 CONCLUSÃO

A análise dos dados revelou um robusto dispositivo de poder na CME, à luz da teoria foucaultiana, o dispositivo arquitetônico. O dispositivo arquitetônico guarda relação com a historicidade da origem das práticas de reprocessamento de material. Assim, atrelada ao Centro Cirúrgico, a CME, escondida no contexto da instituição hospitalar, pode parecer sob um olhar mais desatento, ter uma função secundária e de menor visibilidade.

Esse dispositivo arquitetônico marca as relações entre os funcionários da instituição, com efeitos diversos vivenciados pelos funcionários da CME marcados pela sensação de invisibilidade e de isolamento. Para os demais funcionários, bem como para os médicos cirurgiões, esse dispositivo leva a atitudes de indiferença e de uma falta de reconhecimento do trabalho e do conhecimento dos profissionais que atuam na CME. Essa localização arquitetônica que “esconde” a CME não é algo normatizado, mas implicado nas relações de poder a nível prático. Daí a necessidade de se pensar a instituição hospitalar como importante na manutenção dessas relações de poder, uma vez que se espera, nesses ambientes, práticas de trabalho horizontalizadas.

No entanto, é essencial considerar as limitações inerentes à metodologia de estudo de caso utilizada, tornando as conclusões específicas à CME da instituição analisada e não passíveis de generalização para outros contextos.

REFERÊNCIAS

- Aleikseivz. R. A. (2016). *Espaço e poder na reflexão de Foucault: dos dispositivos à governamentalidade*. [Master's thesis. Universidade Federal do Paraná]. Acervo Digital da UFPR. <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/45700>
- Anjos. M. A. M., Oliveira. J. C. (2016). As percepções dos profissionais de enfermagem da central de material e esterilização: uma reflexão sobre a cultura organizacional. *Revista ACRED*. 6(11). 1-9. <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/14326>
- Antes. G., Jacondino. E. N. (2020). O Pós-Estruturalismo e o debate sobre a fabricação dos sujeitos: a genealogia de Michel Foucault. *Alamedas*. 8(1). 99–114. <http://dx.doi.org/10.48075/ra.v8i1.23981>
- Araújo. L. C. S., Portugal. W. M., Silva. E. W., Silva. R. L. B. A., Pereira. V. G., da Silva. A. C. R., Lucena. J. R. J., Sarmiento. T. P., Valença. C. S. A. de A., Ramalho. C. L. de S., & Neves. G. B. C. (2023). O impacto dos centros de material e esterilização na segurança e qualidade dos serviços de saúde. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 5(4). 42–57. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n4p42-57>
- Baptista. M. K. S., Santos. R. M., Costa. L. M. C., Macêdo. A. C., & Costa R. L. M. (2018). O poder na relação enfermeiro-paciente: revisão integrativa. *Revista Bioética*. 26(4). 556-566. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018264274>
- Baptista. M. K. S., Santos. R. M., Duarte. S. J. H., Comassetto. I., & Trezza. M. C. S. F. (2017). O paciente e as relações de poder-saber cuidar dos profissionais de enfermagem. *Escola Anna Nery*. 21(4). e20170064. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0064>
- Basu. D., Bag. S. C., Das. A., & Razario J. D. (2017). The importance of paper records and their preservation period in a Central Sterile Supply Department: An experience from a oncology center in eastern India. *Journal of Infection and Public Health*. 10(5). 685–7. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2016.10.004>
- Bendassolli. P. F. (2012). Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. *Psicologia em estudo*. 17(1). 37-46. <https://www.scielo.br/j/pe/a/yPXV5GCcFNTfX7sMRNTMBXh/abstract/?lang=pt>
- Beordo. J. R. (2022). Atuação da enfermagem no centro de material e esterilização: processo de desinfecção do material para cirurgia robótica. *Global Academic Nursing Journal*. 3(1). e233-e233. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200233>
- Borges. T. M. B., Detoni. P. P. (2017). Trajectories of feminization in hospital work. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. 20(2). 143-157. <https://doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v20i2p143-157>
- Brasil. Ministério da Saúde. RDC n. 15. de 15/03/2012. Dispõe sobre requisitos de boas práticas para o processamento de produtos para saúde e dá outras providências. Brasília. 2012.

- Candiotto. C. (2012). Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência. *Psicologia e Sociedade*. 24(spe). 18-24. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822012000400004>
- Castro. C. M. (1978). *A prática da pesquisa*. McGrawHill do Brasil.
- Cavalcante. F. M. L.. Barros. L. M. (2020). O trabalho do enfermeiro no centro de material e esterilização: uma revisão integrativa. *Revista da SOBECC*. 25(3). 171-178. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000030007>.
- Cioccarri. M. L.. Lima. S. B. S.. Betat. M. G.. Fogaça Neto. V. M.. Holkem. G. A. L.. Lourenço. A. B.. & Santos. K. P. P. (2022). Desafios do enfermeiro no gerenciamento em centro de material e esterilização: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 15(3). 1-10. <https://doi.org/10.25248/reas.e9802.2022>
- Costa. R.. Montenegro. H. R. A.. Silva. R. N.. Almeida Filho. A. J. (2020). Papel dos trabalhadores de enfermagem no centro de material e esterilização: revisão integrativa. *Escola Anna Nery*. 24(3). 2-13. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0316>
- Detoni. P. P.. Nardi. H. C. (2012). Proteção social básica e relações de gênero. *Revista Gênero*. 13(1). 61-73. <https://doi.org/10.22409/rg.v13i1.543>
- Ferreirinha. I. M. N.. Raitz. T. R. (2010). As relações de poder em Michel Foucault: reflexões teóricas. *Revista de Administração Pública*. 44(2). 367-383. <https://doi.org/10.1590/S0034-76122010000200008>
- Florêncio. A. C. U. S.. Carvalho. R.. Barbosa. G. S. (2011). O impacto do trabalho do centro materiais na qualidade da assistência. *Revista SOBECC*. 16(1). 31-39. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/196>
- Foucault. M. (2006). *O Nascimento do Hospital IN A Microfísica do Poder*. (22ª Ed). Graal.
- Foucault. M. (2008). *A arqueologia do saber*. (7ª Ed). Forense Universitária.
- Foucault. M. (2010). *A ordem do discurso*. São Paulo: Editora Loyola.
- Foucault. M. (2014). *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. (42º Ed). Vozes.
- Fusco. S. F. B.. Spiri. W. C. (2014). Análise dos indicadores de qualidade de centros de material e esterilização de hospitais públicos acreditados. *Texto Contexto Enfermagem*. 23(2). 426-33. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014001570013>
- Guimarães. F. A. L.. Martins. M. C. F. (2010). Valores e prazer-sofrimento no trabalho: um estudo com profissionais de nível superior. *Estudos de Psicologia*. 27(2). 133-145.
- Iskandar. J. A. I.. Mureka. A. L. P.. Haus C. M.. Melo. F. A. R. P.. & Motter. A. A. (2021). Riscos biomecânicos e ocupacionais em uma central de materiais e esterilização. *Revista Pesquisa em Fisioterapia*. 11(2). 287-297. <https://doi.org/10.17267/2238-2704rpf.v11i2.3503>

- Leite, E. S., Silva, E. N., Santos, J. (2011). Educação continuada na central de material e esterilização: significados e dificuldades enfrentadas pela enfermagem. *Revista SOBECC*. 16(4). 31-39. <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/210>
- Machado, R. R. (2009). *O trabalho no Centro de Material e Esterilização: invisibilidade e valor social*. [Tese de Doutorado]. Universidade Federal de Santa Catarina.
- Machado, R. R., Gelbcke, F. L. Que brumas impedem a visibilização do Centro de Material e Esterilização? *Texto & Contexto - Enfermagem*. 18(2). 347-354. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200019>
- Mattar e Silva, T. W., Velloso, I. S. C., Araújo, M. T., & Fernandes, A. R. K. (2020). Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(1). e20180629. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0629>
- Medeiros, N. M., Schneider, D. S. D. S., & Glanzner, C. H. (2021). Central Sterile Services Department: psychosocial risks related to the prescribed organization of nursing work. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 42. e20200433. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200433>
- Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 5(7). 1-12. <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
- Miranda, A. R., Pinheiro, M. G., & Silva, E. R. (2019). O processo de trabalho no centro de material e esterilização: percepção da equipe de enfermagem. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*. 9(27). 33-45.
- Moraes, A. CME – “O Coração do Hospital”: Uma investigação ergonômica em centrais de materiais esterilizados nas unidades públicas. (2007). [Tese de Doutorado. PUC-Rio]. Artes & Design PUC-Rio.
- Moreira, V. A. F., Lima, R. L., Vetorazo, J. V. P. (2022). Atuação do enfermeiro na prevenção de infecção na central de material e esterilização: uma revisão narrativa. *Revista Eletrônica Acervo Enfermagem*. 20. e11162-e11162. <https://doi.org/10.25248/REAEnf.e11162.2022>
- Nascimento, L. C. N., Souza, T. V., Oliveira, I. C. S., Moraes, J. R. M. M., Aguiar, R. C. B., & Silva, L. F. (2018). Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71(1). 228-233. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
- Nietsche, E. A., Salbego, C., Lacerda, M. R. (2021). Práxis e desenvolvimento tecnológico na enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. 11. 1. <https://doi.org/10.5902/2179769267313>
- Nobeschi, L. (2010). *Introdução ao estudo da Anatomia Humana*. Instituto de Imagem em Saúde. CIMAS.

- Pérez Jr. E. F., Davi. H. M. S. L., Gallash. C. H. (2019). O poder em Foucault e precarização do trabalho em enfermagem/El poder en Foucault y precarización del trabajo de enfermería. *Enfermagem Uerj*. 27. 1-6. 2019. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38527>
- Pezzi. M. C. S. (2011). *Reconstruindo formas de gerenciar recursos humanos: a prática do enfermeiro na central de material e esterilização*. [Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio de Janeiro].
- Pinho. F. A. S. (2017). SL28 Foucault e a caixa de ferramentas: modos de pensar sobre a cidade. modos de agir na cidade. *Anais ENANPUR*. 17(1). 1-6.
- Rego. G. M. V., Rolim. I. L. T. P., D'Eça Junior. A., Sardinha. A. H. L., Lopes. G. S. G., Coutinho N. P. S. (2020). Qualidade de vida no trabalho numa central de materiais e esterilização. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 73(2). e20180792. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0792>
- Ribeiro. R. P., Vianna. L. A. C. (2012). Uso dos equipamentos de proteção individual entre trabalhadores das centrais de material e esterilização. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 11. 199-203. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v11i5.17076>
- Rodrigues. W. P., Martins. F. L., Carvalho. F. L. O., Costa D. M., Fraga. F. V., Paris. L. R., P., Guidi Junior. L. R., Bueno. D. M. P., & David. M. L. (2019). A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. *Revista Saúde em Foco*. 11. 382-395. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/03/031_A-IMPORT%C3%82NCIA-DO-ENFERMEIRO-GESTOR.pdf
- Sanchez. M. L., Silveira. R. S., Figueiredo. P. F., Mancia. J. R., Schwonke. C. R. G. B., & Gonçalves. N. G. C. (2018). Estratégias que contribuem para a visibilidade do trabalho do enfermeiro na central de material e esterilização. *Texto e Contexto - Enfermagem*. 27(1). 2-9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018006530015>
- Santos. T. A., Suto. C. S. S., Santos. J. S., Souza. E. A., Góes. M. M. C. S. R., & Melo. C. M. M. (2020). Condições de trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem em hospitais públicos. *Revista Mineira de Enfermagem*. 24. e1339.
- Silva. I. S., Arantes. C. I. S. (2017). Relações de poder na equipe de saúde da família: foco na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(3). 580-587. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2015-0171>
- Silva. M. B. (2017). A invisibilidade do trabalho de enfermagem no Centro de Material e Esterilização. s. n., 152 f.
- Siqueira. V. (2020). *Poder disciplinar – Michel Foucault*. Colunas Tortas. Seção Michel Foucault. <https://colunastortas.com.br/poder-disciplinar-michel-foucault/>.
- SOBECC – (2017). *Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico. Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização*. 7ª ed. Revista e atual SOBECC.
- SOUZA. S. A. F. *Análise de discurso: procedimentos metodológicos*. Manaus: Instituto Censur. 2014.

- Stenico. C. A. (2015). *Poder e resistência: pensando a política e a ética em Michel Foucault*. 2015. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de São Paulo.
- Velloso. I. S. C.. Araujo. M. T.. & Alves. M. (2012). Práticas de poder no serviço de atendimento móvel de urgência de Belo Horizonte. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 33(4). 126-132. 2012. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400016>
- Velloso. I. S. C.. Ceci. C.. Alves. M. (2010). Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 31(2). 388-391. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000200026>
- Xavier. R. S.. Vigário. P. D. S.. Faria. A. C. D.. Dusek. P. M.. & Lopes. A. J. (2022). The Perception of Nursing Professionals Working in a Central Sterile Supplies Department regarding Health Conditions, Workload, Ergonomic Risks, and Functional Readaptation. *Advances In Preventive Medicine*. 2022. 1023728. <https://doi.org/10.1155/2022/1023728>
- Yin. R. (2016). *Pesquisa qualitativa do início ao fim*. Penso.

Contribuição dos autores

Todos os autores contribuíram igualmente para o desenvolvimento deste artigo.

Disponibilidade dos dados

Todos os conjuntos de dados relevantes para as conclusões deste estudo estão totalmente disponíveis no artigo.

Como citar este artigo (APA)

Caneschi, A. T., Velloso, I. S. C., Oliveira, A. C. de, & Caram, C. (2026). "O QUE OS OLHOS NÃO VEEM O CORAÇÃO NÃO SENTE": RELAÇÕES DE PODER NEGLIGENCIADAS NA CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADO. *Veredas Do Direito*, 23, e5290. <https://doi.org/10.18623/rvd.v23.5290>