



LENICE DUTRA DE SOUSA

**A CLÍNICA COMO INSTRUMENTO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
PRODUÇÃO DE CUIDADOS**

**RIO GRANDE
2013**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
A CLÍNICA COMO INSTRUMENTO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
PRODUÇÃO DE CUIDADOS

LENICE DUTRA DE SOUSA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de pesquisa O Trabalho da Enfermagem/Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho

RIO GRANDE
2013

S729c Sousa, Lenice Dutra de

A clínica como instrumento do trabalho do enfermeiro na
produção de cuidados / Lenice Dutra de Sousa. – 2013.
130 f. : il. tab.

Orientador: Wilson Danilo Lunardi Filho

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande, Escola
de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Rio
Grande, 2013.

1. Enfermagem. 2. Trabalho. 3. Competência clínica. 4.
Habilidade clínica. 5. Pesquisa em enfermagem de prática clínica. 6.
Saúde. I. Título. II. Lunardi Filho, Wilson Danilo

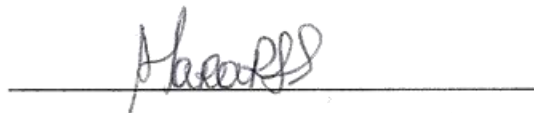
CDU: 616-083:614

Catálogo na fonte: Bibliotecária Maria da Conceição Hohmann CRB 10/745

LENICE DUTRA DE SOUSA

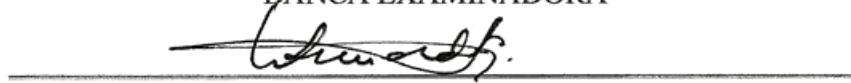
**A CLÍNICA COMO INSTRUMENTO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA
PRODUÇÃO DE CUIDADOS**

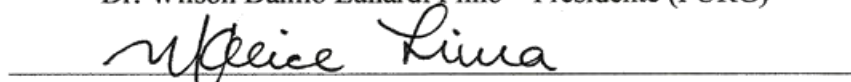
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Doutor em Enfermagem** e aprovada na sua versão final em 27 de março de 2013, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

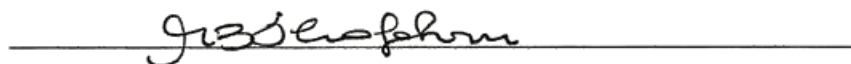

Dra. Mara Regina Santos da Silva

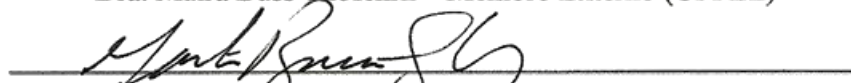
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem FURG

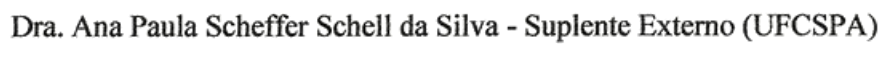
BANCA EXAMINADORA

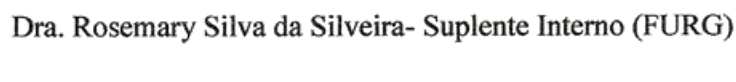

Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho – Presidente (FURG)


Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima – Membro Externo (UFRGS)


Dra. Maira Buss Thofehn – Membro Externo (UFPEL)


Dra. Marta Regina Cezar Vaz – Membro Interno (FURG)


Dra. Ana Paula Scheffer Schell da Silva - Suplente Externo (UFCSPA)


Dra. Rosemary Silva da Silveira- Suplente Interno (FURG)

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais

Rosana Dutra de Sousa e Eliezer Tadeu Dias de Sousa
pela confiança depositada em mim desde sempre;
pelos valores construídos desde a infância;
pelo incentivo e liberdade de buscar meus próprios caminhos e,
pelo amor dedicado em toda minha vida.

Às demais pessoas que compartilharam comigo do meu caminho acadêmico: amigos, familiares, colegas, estudantes e, quem mais esteve ao meu lado nesse momento, *meu profundo agradecimento*.

Não seria justo dar nomes a essas pessoas, pois àquelas a quem eu agradeço sabem que o faço de coração e, ao nomear, poderia deixar alguém que fez parte especial nesse meu caminho. Para essas pessoas eu deixo minha gratidão e creio que cada uma delas pode reconhecer sua participação nessa trajetória.

Obrigada pelos conhecimentos construídos;
obrigada pela presença nos momentos difíceis;
obrigada pelo companheirismo;
obrigada pelos cuidados;
obrigada pelos desafios;
obrigada por ajudar a dividir a carga;
obrigada pelo sorriso na hora certa;
obrigada pelo ombro.

Tenho certeza que tudo isso colaborou para fazer de mim que eu sou.

RESUMO

SOUSA, Lenice Dutra de. A clínica como instrumento do trabalho do enfermeiro na produção de cuidados. 2013. 130 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo teve por objetivo analisar o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica. Para sua realização, optou-se pela utilização do referencial filosófico de Deleuze e Guattari devido às suas convicções acerca de um modo de pensar interconectado. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória, na forma de Estudo de Caso, em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário, tendo como unidade de análise um grupo de seis enfermeiros dessa mesma unidade de internação. Utilizou-se a observação não participante, a pesquisa documental e a entrevista em profundidade como métodos de coleta de dados. Os dados foram analisados, de acordo com a análise textual discursiva. O projeto dessa pesquisa, elaborado consoante às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado sob parecer nº 87/2012. Obteve-se como um dos principais resultados que o resgate da clínica como saber pode ser um mecanismo de fortalecimento da Enfermagem capaz de propiciar um cuidar que, concomitantemente, legitima a autonomia e a visibilidade das ações de enfermagem. Verificou-se que o modelo clínico/biomédico de assistência traz em suas raízes conhecimentos advindos da clínica como ciência arborífica que, quando incorporados ao trabalho do enfermeiro, possibilitam cuidados resolutivos e coerentes às necessidades de saúde da clientela assistida e ao contexto de trabalho. Os cuidados de enfermagem são instituídos pelo enfermeiro de maneiras distintas e dependentes de conhecimento clínico: seja a partir de conexões diretas com o paciente, assim como, com a criação de linhas de fuga com outros membros da equipe de saúde multiprofissional. Atua como base para a conexão de outros saberes e práticas que expandem o fazer do enfermeiro, por meio de interligações com o ambiente. Deste modo, existe a formação de rizomas, por meio de linhas de fuga que partem da própria estrutura arborífica. Os rizomas são fundamentados e transformados, com base nas necessidades que emergem da prática clínica do enfermeiro e demonstram a capacidade desse profissional de superar o modelo clínico/biomédico hegemônico de assistência, confirmando a tese de que: o trabalho da enfermagem é organizado segundo duas perspectivas interconectadas e interdependentes: a perspectiva do modelo clínico, que compõe a estrutura-mestre da sua prática e equipara-se à estrutura arborescente do referencial de Deleuze e Guattari, que é representada pelos saberes biológico, fisiológico, patológico e farmacológico; e a perspectiva caracterizada por uma estrutura rizomática, composta por elementos múltiplos e heterogêneos, que pode ser representada por aspectos que interferem no ambiente em que o paciente está inserido, seja no âmbito social, familiar, de trabalho, entre outros. Deste modo, o modelo clínico de assistência organiza-se como uma estrutura centrada que possibilita a resolutividade das necessidades biológicas e atua como base para a conexão de outros saberes e práticas que expandem o fazer do enfermeiro, por meio de interligações com o ambiente, resultando em uma prática clínica mais próxima do que se considera/denomina integralidade.

Descritores: competência clínica; habilidade clínica, pesquisa em enfermagem de prática clínica; trabalho; enfermagem.

ABSTRACT

SOUSA, Lenice Dutra de. Clinical practice as the nurse's working tool for producing health care. 2013. 130 pp. Thesis (Doctorate in Nursing) - Nursing School. Graduate Program in Nursing, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

This study aimed at analyzing the nurse's work in the perspective of health care production and clinical practice. For carrying out this study, Deleuze and Guattari's philosophical reference was chosen for their convictions about an interconnected way of thinking. Therefore, a qualitative and exploratory case study was performed in a surgery unit of a university hospital, and a group of six nurses from this unit were taken as unit of analysis. Data were collected through non-participant observation, documentary research and depth interview. They were analyzed according to the discursive textual analysis. The project of this research was set up in accordance with Resolution n. 196/96 of the National Health Council and approved by the opinion n. 87/2012. One of the main results indicated that the revival of clinical practice as knowledge might be a strengthening mechanism in Nursing which would provide a sort of health care which concurrently legitimates autonomy and visibility of nursing actions. It was determined that the clinical/biomedical model of health care has in its roots knowledges based on clinical practice as an arborescent science. When such knowledges are incorporated in the nurse's work, they enable resolute health care which is coherent to clientele's health needs and to the work context. Nursing cares are distinctively instituted by the nurse and depend on clinical knowledge from direct connections with patients as well as by creating lines of flight with other members of the multi professional health team. The clinical model of health care acts as a basis for the connection of other knowledges and practices which expand the nurse's practices through interconnections with the working environment. This way, the creation of rhizomes occurs through lines of flight which comes from the very arborescent structure. The rhizomes are founded and transformed according to the needs which arise from the nurse's clinical practice and show the professional's capacity to overcome the hegemonic clinical/biomedical model of health care. This confirms the thesis that the nursing work is organized according to two interconnected and interdependent perspectives. First, the perspective of clinical model, which forms the main structure of the nursing practice and is on the level with the arborescent structure of Deleuze and Guattari's referential, which on its turn is represented by biological, physiological, pathological and pharmacological knowledges. Second, the perspective characterized by a rhizomatic structure, formed by multiple and heterogeneous elements, which can be represented by the aspects that interfere in patient's environment - be it social, family, work or other. This way, the clinical model of health care is organized as a centralized structure that enables resolutivity of biological needs and acts as a basis for connecting other knowledges and practices that expand the nurse's practice through interconnections with the work environment. As a result, clinical practice gets closer to what is considered as or called integrality.

Keywords: clinical competence; clinical skill; research in clinical practice nursing; work; nursing.

RESUMEN

SOUSA, Lenice Dutra de. La clínica como instrumento del trabajo de enfermeros en la producción de asistencias. 2013. 130 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería. Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande, Brasil.

Este estudio tuvo como objetivo analizar el trabajo de enfermeros bajo la óptica de la producción de asistencias en la salud y del ejercicio de la clínica. Para su realización se optó por el uso del referencial filosófico de Deleuze y Guattari debido a sus convicciones acerca de un modo de pensar interconectado. Para eso fue realizada una investigación cualitativa y exploratoria con la forma de estudio de caso en una unidad de internación quirúrgica de un hospital universitario, teniendo como unidad de análisis un grupo de seis enfermeros de esa unidad de internación. Se usó observación no participativa, investigación documental y entrevista en profundidad como métodos de recopilación de datos. Los mismos fueron analizados de acuerdo con el análisis textual discursivo. El proyecto de esta investigación, elaborado de acuerdo con las directrices de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud, fue aprobado por el Dictamen N° 87/2012. Uno de los principales resultados obtenidos fue que el rescate de la clínica como un saber puede ser un mecanismo de fortalecimiento de la enfermería, capaz de proporcionar una asistencia que, concomitantemente, legitima la autonomía y la visibilidad de las acciones de enfermería. Se verificó que el modelo clínico/biomédico de asistencia posee en sus raíces conocimientos provenientes de la clínica como ciencia arborífica que al ser incorporados al trabajo de los enfermeros hacen posibles asistencias resolutivas y coherentes con las necesidades de salud de la clientela asistida y con el contexto de trabajo. Las asistencias de enfermería son proporcionadas por los enfermeros de modos distintos y dependientes del conocimiento clínico: sea a partir de conexiones directas con los pacientes como con la creación de líneas de fuga con otros miembros del equipo de salud multiprofesional. Por lo tanto, existe la formación de rizomas por medio de líneas de fuga que parten de la propia estructura arborífica. Los rizomas son fundamentados y transformados con base en las necesidades que surgen de la práctica clínica de los enfermeros y demuestran la capacidad de esos profesionales para superar el modelo clínico/biomédico hegemónico de asistencia, confirmando la tesis de que el trabajo de la enfermería se organiza de acuerdo con dos perspectivas interconectadas e interdependientes: la perspectiva del modelo clínico, que compone la estructura maestra de su práctica y se equipara a la estructura arborescente del referencial de Deleuze y Guattari que es representada por los saberes biológico, fisiológico, patológico y farmacológico; y la perspectiva caracterizada por una estructura rizomática, compuesta por elementos múltiples y heterogéneos, que puede ser representada por aspectos que interfieren en el ambiente en que el paciente está inserido, sea en el ámbito social, familiar o de trabajo, entre otros. De ese modo, el modelo clínico de asistencia se organiza como una estructura centrada que hace posible la resolutividad de las necesidades biológicas y actúa como base para la conexión de otros saberes y prácticas que expanden el hacer de los enfermeros por medio de interligaciones con el ambiente, resultando en una práctica clínica más próxima de lo que se considera/denomina integralidad.

Descriptores: competencia clínica; habilidad clínica; investigación en enfermería de práctica clínica; trabajo; enfermería.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 DELINEAMENTO TEÓRICO	15
2.1 A CLÍNICA COMO FORMA DE SABER E PODER	15
2.2 A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO MODELO CLÍNICO/BIOMÉDICO DE ASSISTÊNCIA	27
3 REFLEXÕES FILOSÓFICAS COM DELEUZE E GUATTARI	45
4 PERCURSO METODOLÓGICO.....	50
4.1 TIPO DE ESTUDO	50
4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	50
4.3 UNIDADE DE ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO	52
4.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS.....	53
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	56
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	57
4.7 PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO	58
4.8 MATRIZ DA ANÁLISE DOS DADOS	59
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1 ARTIGO1 - Visibilidade do trabalho do enfermeiro no contexto do modelo clínico de assistência	61
5.2 ARTIGO2 - A clínica como instrumento para a autonomia do enfermeiro	77
5.3 ARTIGO3 - A clínica como prática rizomórfica do trabalho em enfermagem cirúrgica	92
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS.....	114
APÊNDICES	123
ANEXOS	129

1 INTRODUÇÃO

A produção de cuidados é um fenômeno que envolve uma série de inquietações, tanto na prática assistencial quanto na construção de conhecimento em Enfermagem. Do mesmo modo, o trabalho da enfermagem/saúde tem suscitado preocupações no âmbito acadêmico e assistencial, tendo em vista que parece não haver um consenso que indique com clareza os meios possíveis para a construção de um fazer que alcance concretamente a integralidade¹ das ações dos profissionais de saúde em relação às pessoas sob seus cuidados.

Nesse contexto, o modelo clínico/biomédico de assistência tem sido intensamente criticado, devido à constante necessidade de uma contextualização do cuidado que abarque as múltiplas dimensões do ser humano. Portanto, as discussões acerca dessa problemática envolvem atenção aos aspectos psicossociais e às singularidades de cada indivíduo conectado ao ambiente² em que vive.

O modelo clínico/biomédico de assistência apresenta-se atrelado a um enfoque biocentrado, sob uma perspectiva fragmentada e mecanicista, aspectos esses que se opõem às ideias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade (FAVORETO, 2008). Assim, pode configurar-se como uma forma de organização que limita o fazer profissional de diversos trabalhadores de saúde e desqualifica a assistência prestada nos distintos espaços de produção de cuidados desde que mantido como uma estrutura estável. Contudo, é inegável que este modelo de assistência apresenta, em sua essência, um arcabouço de conhecimentos indispensável ao fazer de qualquer profissional da saúde: o conhecimento clínico – a clínica.

Neste estudo, a clínica é entendida como um campo em que as práticas e saberes biomédicos e não biomédicos interagem, de modo a promover novas composições e modos de atuar em saúde (FAVORETO, 2008). Observa-se que, devido às críticas direcionadas a esse modelo de assistência e à preocupação em atender as demandas externas ao corpo biológico, a enfermagem parece distanciar-se da clínica como corpo de conhecimento. Assim, pode haver a influência de uma concepção equivocada referente a um saber clínico que abarca somente os aspectos biológicos do ser humano,

¹ O conceito de integralidade considera as pessoas como sujeitos com direitos a uma atenção em saúde totalizadora que abarque as dimensões biológica, psicológica e social, por meio de um atendimento organizado, diversificado e humano (CAMPOS, 2003a).

² Considera-se ambiente o complexo de relações entre o mundo natural e o ser vivo, que influem na vida e no comportamento desse mesmo ser vivo (ABBAGNANO, 2007).

negando as demais conexões que podem ser alcançadas com o ambiente no qual ele está inserido.

A clínica apresenta em suas raízes uma essência que vai além do biologicismo e, num primeiro momento, não foi definida como clínica do visível. Nesse sentido, observa-se que os dois primeiros princípios da Escola de Paris, a partir da qual surgiu a clínica, dizem respeito a “*conhecer a economia animal [...] e se esforçar por mostrar em que relações os corpos vivos se encontram com todos aqueles de que a natureza se compõe*” (FOUCAULT, 2001, p.79-80). Deste modo, percebe-se que o nascimento da clínica propiciou que o conhecimento sobre o corpo fosse conectado com outros aspectos da vida humana, já no século XIX.

O distanciamento da Enfermagem do modelo clínico/biomédico de assistência pode ter fragilizado o campo teórico dos enfermeiros, acerca da clínica como instrumental (SOUSA *et al.*, 2011). Deste modo, pode ter havido um rompimento com alguns elementos da clínica que se enraízam em saberes biológicos e contribuem para sustentar a profissão, constituindo uma sólida construção teórica para o trabalho da enfermagem.

Nessa perspectiva, a produção científica da enfermagem brasileira evidencia que a clínica, na concepção de campo de conhecimentos para a produção de saúde e cuidado, não tem sido temática central, apresentando-se, aparentemente, como objeto secundário nos estudos da área. Apesar disso, considera-se que a clínica, concebida como um instrumento que atua na construção de nexos entre a pesquisa e o cuidado em Enfermagem, esteja promovendo um movimento de construção e desconstrução de saberes e práticas permanentemente, ainda que de forma velada ou inconsciente (SOUSA *et al.*, 2011).

Ao observar, como docente, o cotidiano da enfermagem na unidade de internação cirúrgica de uma instituição hospitalar, pôde-se perceber que os enfermeiros transmitem a ideia de uma organização do seu trabalho, a partir de aspectos clínicos dos pacientes e que eles podem estar conectados a um cuidado mais resolutivo. Por tratar-se de pessoas com demandas referentes às necessidades pré e pós-operatórias, existe uma dinamicidade nas ações empreendidas, que são reflexo das distintas exigências quanto à sua assistência. Nesse contexto de diversidade de cuidados e ações, os enfermeiros aplicam seu conhecimento clínico, ora com enfoque mais biológico, ora com enfoque mais amplo, demonstrando a capacidade de superar o modelo clínico/biomédico de

assistência sem, no entanto, ignorar a importância dos conhecimentos de anatomia, fisiologia, biologia, patologia e farmacologia.

Essa dinamicidade de ações do enfermeiro pode ser exemplificada pela seguinte situação: o paciente cirúrgico, durante o período de internação, geralmente manifesta distintas necessidades de saúde que podem variar abruptamente por diversos fatores, sejam eles de origem cirúrgica ou não. Durante o período pré-operatório, o paciente pode apresentar ansiedade, devido ao déficit de conhecimento acerca dos procedimentos envolvidos com a cirurgia e possíveis mudanças após a mesma e, conseqüentemente, a prática clínica do enfermeiro manifesta-se, na forma de ações de educação em saúde, esclarecendo a ele o que é esperado, durante o ato cirúrgico e suas repercussões.

Ao mesmo tempo, o enfermeiro não ignora o fato de que a ansiedade pode manifestar alterações como sudorese, tremores, diminuição do nível de atenção – o que interfere na assimilação de informações – assim como no aumento da pressão arterial. Desse modo, com base em conhecimentos clínicos, o enfermeiro norteia suas ações, diferentemente de uma pessoa leiga, que tem o objetivo de minimizar a ansiedade do paciente, mas não apresenta conhecimentos que permitam fazer as ligações entre os distintos pontos que compõem essa organização de conhecimentos.

Assim, o enfermeiro visa a atender uma necessidade não-biológica, mas, ao mesmo tempo, faz o nexos com as alterações biológicas e possíveis necessidades advindas. Ou seja, o paciente ansioso, que tem sua pressão arterial elevada, pode estar sob o risco de complicações hemodinâmicas e isso é um aspecto de importante atenção. Entretanto, quando o enfermeiro realiza os cuidados para minimizar essa ansiedade, não observa somente os aspectos biológicos; ao contrário, dispensa atenção para o nível de conhecimento do paciente, para a sua capacidade de compreensão das informações, possíveis alterações nas relações sociais e familiares, assim como para as suas vivências anteriores e dissolução de mitos.

Além deste exemplo, pressupõe-se que os enfermeiros explorem a clínica nos diferentes espaços de ação e interação da unidade de internação cirúrgica, durante a sua jornada de trabalho, seja na passagem de plantão com os demais profissionais e estudantes de enfermagem; nos momentos de avaliação e cuidados pré e pós-operatórios, que requerem seu conhecimento para nortear as ações que envolvem o cuidado direto; ou mesmo na organização da sua prática para propiciar esse cuidado de maneira adequada. O conhecimento clínico também parece se manifestar na relação que o enfermeiro tem com os demais profissionais de saúde envolvidos na produção de

cuidados, sejam do núcleo médico ou multiprofissional. Portanto, quando o enfermeiro discute as necessidades de saúde dos pacientes com médicos, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos, manifesta seu domínio do conhecimento clínico, desestabilizando relações de poder que comumente são herdadas pelo poder médico hegemônico e exercidas sobre os demais profissionais.

Por outro lado, pressupõe-se que, quando a enfermagem como assistência, pesquisa e/ou ensino, afasta-se da clínica, fragiliza o seu saber e o seu fazer e perde espaço para outras profissões da área da saúde, enfraquecendo, com isso, as ligações com as demais profissões, ao mesmo tempo em que diminui as conexões que podem levar à integralidade do cuidado e à sua valorização como disciplina.

Quando o modelo clínico/biomédico de assistência é questionado, em relação às suas limitações, por não contemplar a integralidade do cuidar, não se pretende descartá-lo e substituí-lo por um novo saber universal com um caráter de verdade absoluta. Fazem-se necessárias reconstruções teóricas e técnicas a serem incorporadas ao saber biomédico para que este olhar sobre o cuidado adquira uma competência política, social e cultural, por meio de uma abordagem integral, que permita uma melhor compreensão do processo de adoecimento, uma identificação mais contextualizada e uma aplicação de condutas mais resolutivas (FAVORETO, 2008).

Dentre essas reconstruções teóricas e técnicas, destacam-se a identificação e a discussão de aspectos que interferem na realização do cuidado e na sua concepção de sistema de produção de serviços, já que ele é o resultado de múltiplas interações humanas e está associado não só aos macro-resultados sociais, econômicos e políticos, mas, também, às demandas dos microespaços relacionados ao cotidiano hospitalar (KLOCK *et al.*, 2007).

Em síntese, considera-se que o trabalho da enfermagem envolva a clínica dentro de arcabouços conceituais que extrapolam o modelo hegemônico de atenção à saúde e, deste modo, os enfermeiros são instrumentalizados para um trabalho que apregoa a adoção de um conhecimento integrado com as diversidades e com o ambiente nos quais o paciente e eles próprios estão inseridos. O domínio dos conhecimentos, clínico e epidemiológico, se mostra presente na história da Enfermagem, contudo, ao defendê-los sob uma roupagem articulada e integralizadora, que resgate fundamentalmente seus papéis como instrumentos do trabalho estar-se-á promovendo a qualificação e consolidação do conhecimento e da prática em Enfermagem.

Entende-se, desse modo, que, apesar do enfermeiro trabalhar em um contexto no qual o modelo clínico/biomédico de assistência vigente é hegemônico, ele pode, com base no conhecimento que tem, buscar ligações que conectem os pontos que entremeiam a rede de saberes que compõem o trabalho da enfermagem/saúde, contemplando um agir múltiplo, conectado, flexível e em constante movimento de recriação, assim como é a integralidade.

Com base nas ideias apresentadas, optou-se por utilizar-se neste estudo um referencial filosófico que permitiu aproximações conceituais capazes de provocar reflexões acerca da temática do estudo. A escolha por Deleuze e Guattari ocorreu, devido às suas asserções acerca de um pensar múltiplo e interconectado. Esses autores, inspirados em composições físicas da botânica, mencionam que os sistemas podem ser caracterizados analogamente como estruturas arboríficas ou estruturas rizomáticas. A árvore representaria uma estrutura hierárquica do tipo centrada e o rizoma, uma estrutura com relações horizontalizadas do tipo a-centrada (DELEUZE; GUATTARI, 2000a).

Deleuze e Guattari ainda contribuem com outros conceitos pertinentes para o estudo, contudo, salienta-se a escolha por esse referencial, devido ao fato de que, apesar da defesa do rizoma como estrutura ideal, não há a rejeição da árvore. Assim, ao pressupor-se que a enfermagem pode expressar seu trabalho por meio de uma clínica com características rizomáticas, ao mesmo tempo, considera-se que o modelo clínico pode ser a árvore da qual partem todas as linhas que interconectam os conhecimentos necessários às ações de saúde.

Espera-se que os resultados desse estudo possam contribuir para maior visibilidade e valorização do trabalho da enfermagem, assim como para a identidade da profissão. O resgate da clínica como saber pode ser um mecanismo de fortalecimento da Enfermagem que, quando corretamente utilizado, propicia instrumentos para cuidar que, concomitantemente, legitimam a autonomia e a visibilidade das ações de enfermagem.

Fundamentando-se nos aspectos até aqui explicitados, a **questão que norteou esse estudo** foi: como a clínica, na concepção de campo de conhecimentos, manifesta-se enquanto um instrumento do enfermeiro, durante a organização e realização do seu trabalho? Para tanto, o estudo teve como **objetivo geral**: analisar o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica e, como **objetivos específicos**: analisar a visibilidade do trabalho do enfermeiro com base

no exercício da clínica e analisar a autonomia do trabalho do enfermeiro com base no exercício da clínica.

Foram **pressupostos** deste estudo:

- O cuidado de enfermagem é organizado a partir das necessidades dos pacientes;
- A prática clínica da enfermagem não se limita ao modelo clínico/biomédico de assistência e extrapola os aspectos biológicos do ser humano;
- O enfermeiro prioriza, ora aspectos biológicos, ora aspectos não biológicos, de acordo com sua avaliação clínica e demandas do paciente;
- A clínica pode contribuir para a construção da autonomia do trabalho da enfermagem;
- O trabalho em enfermagem norteado pelo modelo clínico pode ser resolutivo e oferecer visibilidade ao trabalho do enfermeiro.

Este estudo teve como **tese**:

O trabalho da enfermagem é organizado segundo duas perspectivas interconectadas e interdependentes: a perspectiva do modelo clínico, que compõe a estrutura-mestre da sua prática e equipara-se à estrutura arborescente do referencial de Deleuze e Guattari, representada pelos saberes biológico, fisiológico, patológico e farmacológico; e a perspectiva de uma estrutura rizomática, composta por elementos múltiplos e heterogêneos, que pode ser representada por aspectos que interferem no ambiente em que o paciente está inserido, seja no âmbito social, familiar, de trabalho, entre outros. Deste modo, o modelo clínico de assistência organiza-se como uma estrutura centrada que possibilita a resolutividade das necessidades biológicas e atua como base para a conexão de outros saberes e práticas que expandem o fazer do enfermeiro, por meio de interligações com o ambiente, resultando em uma prática clínica mais próxima do que se considera/denomina integralidade.

2 DELINEAMENTO TEÓRICO

O estudo contempla dois focos considerados essenciais para oferecer embasamento à compreensão do fenômeno estudado. O primeiro deles – A CONSTITUIÇÃO DA CLÍNICA COMO FORMA DE SABER E PODER – busca contemplar aproximações conceituais acerca do tema, por meio do resgate do surgimento da clínica como campo de conhecimento e forma de exercício de poder. O segundo foco – A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO MODELO CLÍNICO/BIOMÉDICO DE ASSISTÊNCIA – tem a pretensão de desenvolver um esboço teórico, no que tange ao processo de trabalho em saúde e suas relações com a enfermagem, na tentativa de melhor apreender o fenômeno em estudo.

2.1 A CONSTITUIÇÃO DA CLÍNICA COMO FORMA DE SABER E PODER

A Revolução Bacteriana³ trouxe inúmeros benefícios à humanidade. Em contrapartida, pode ter colaborado para a superficialidade no pensamento da medicina social. Os mais importantes pesquisadores da segunda metade do século XIX, dedicados à bacteriologia, acreditavam que as descobertas da biologia provocariam o desaparecimento das considerações sociais e reflexões sobre as políticas sociais. Os olhares, portanto, voltaram-se para a ação e pesquisa médica, que tinham a finalidade de sobrepujar as doenças infecciosas, desvendar as doenças e, ilusoriamente, erradicar todas as enfermidades (MINAYO, 2002).

A teoria microbiana favoreceu a obscuridade das concepções que destacavam a multicausalidade das doenças ou dos fatores de ordem socioeconômica que as envolviam (BARROS, 2002). Todavia, as contribuições advindas desse período permitiram o avanço da ciência e foram impactantes na sociedade da época, repercutindo, sobremaneira, no modo como a ciência evoluiu até a atualidade. As descobertas daquele período dominaram o cerne do conhecimento. Tendo em vista a dimensão de seus achados, contudo, o afastamento da dimensão social pode ter, de certa

³ A partir de 1860, instaura-se a era bacteriológica, na qual se destacaram, entre outros, os cientistas Louis Pasteur e Robert Koch, o primeiro evidenciando o papel das bactérias (BARROS, 2002). A revolução bacteriana foi um movimento de ênfase da ação e da pesquisa médica voltada para a descoberta de doenças como entidades biologicamente definidas. Desconsiderava fatores ecológicos e sociais nos processos de saúde e acreditava na erradicação das doenças infecciosas agudas, por meio da imunização, com base na utopia da eliminação de todas as enfermidades (GOMEZ; MINAYO, 2006).

forma, colaborado para a construção dos saberes que culminaram no surgimento da biomedicina.

As ideias que emergem da biomedicina podem provocar um distanciamento entre os profissionais da saúde e pacientes. No entanto, ainda que a “doença” seja a categoria eleita para estudo, todas as dimensões do ser humano que mantêm relação com ela irão, invariavelmente, estar presentes no cotidiano destes profissionais (FAVORETO, 2008).

Assim, a biomedicina pode encontrar como obstáculo epistemológico a concepção de que sua maior eficácia é alcançada, ao reduzir completamente a experiência do sofrimento ao domínio biológico. Entretanto, ao recusar tal sofrimento, exclui-se a origem da necessidade primordial de cuidado (CAMARGO Jr., 2003). Deste modo, cabe ao profissional que atua na atenção em saúde apoiar-se em um constructo teórico coerente com suas práticas e conectado aos aspectos inerentes a um ser humano contextualizado.

A clínica não opera com a separação entre teoria e experiência ou entre métodos e resultados. Diferentemente, ela entremeia as complexas linhas de visibilidade conectadas por códigos de saber (LAVRADOR; RIBEIRO, 2007).

A doença confere um modo de viver diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. O sintoma necessita de um contexto como pano de fundo, assim como, uma complicação precisa ser vista a partir do que a complica. O que torna um sintoma patológico é sua relação de inserção na totalidade indivisível do comportamento individual, pois a clínica coloca o profissional em contato com indivíduos completos e concretos. E assim, esse profissional deve buscar a origem da doença na experiência que os homens têm de suas relações de conjunto com o meio (CANGUILHEM, 2009).

Independentemente da profissão, todas aquelas da área da saúde têm suas ações de cuidado com base na concepção de que a doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico, é uma das mais importantes causas do sofrimento individual ou coletivo (MERHY, 2007). Entende-se assim que, não importando o ambiente, o câncer, por exemplo, não deixa de ser uma doença com características peculiares e que saber cuidar daquele que está acometido por essa patologia é tarefa fundamental, seja dada ou não a contextualização necessária. Da mesma forma, o paciente que apresenta dispnéia tem como necessidade emergencial a oxigenação e o cuidado, nesse momento, ainda que breve ou limitado, é aquele que concorre para a resolução deste problema.

Quando os médicos se referem à sabedoria prática como um elemento da clínica, eles têm como referência a “arte médica” ou apenas a admitem, como uma questão menor, porém inevitável ao escopo da clínica, que não se limita aos conhecimentos biomédicos. Estas concessões, entretanto, não representam uma contradição do ponto de vista médico hegemônico, pois este compreende que a prática clínica está fundamentada e se legitima essencialmente por sua concepção cientificista (FAVORETO, 2008, p.105).

A posição de poder e hegemonia ocupada pelo médico no diálogo com o paciente é originada, historicamente, através de sua articulação com o cientificismo, o que colaborou para a constituição da tríade medicina-ciência-poder (FAVORETO, 2008). Em outras palavras, “*os enunciados da ciência oferecem autoridade e poder a quem fala, criando uma aura de universalidade ao seu discurso*” (BIRMAN, 1997, p.10).

O poder disciplinar é intermediado por biopoderes, sob o manto da saúde pública e da clínica de órgãos (MERHY; CECCIM, 2007). Assim, entende-se que o domínio do conhecimento clínico pode ser uma ferramenta essencial nas relações de poder entre os diferentes profissionais da saúde e não somente instrumento de apropriação médica.

Essa apropriação médica do conhecimento clínico apresenta como herança histórica resquícios de dominação que se mostram presentes como elementos predominantes na clínica tradicional, refletindo, assim, nas ações de saúde, de modo a constituir uma comunicação de caráter informativo, investigativo, normativo e limitador da liberdade e da autonomia do outro (FAVORETO, 2008). Sob esse prisma, a prática clínica desvia-se de seu foco na saúde do ser humano e atua como força para a sustentação de mitos de determinadas profissões, em especial, a medicina.

A clínica tradicional pode se instituir como um processo social, prático e discursivo, constituindo uma maneira hegemônica de se fazer o cuidado em saúde e de compreender o processo saúde e doença. Desse modo, há a produção de um universo de subjetivação, nos vários grupos sociais, que contribui para a formação de seus multiplicadores: os novos profissionais de saúde, em particular, médicos e enfermeiros (MERHY, 2007). Sendo assim, a clínica, quando abordada de maneira equivocada e com vieses que incorporam somente o biologicismo e dominação, submerge seu conteúdo complexo e afasta-se das reais necessidades de saúde da população.

Favoreto e Camargo Jr. (2002) consideram que, entre as causas apontadas para a fragilidade do papel da clínica na rede básica de saúde, ressalta-se a incorporação parcial e desintegrada de aspectos sociais e subjetivos aos saberes, práticas e valores da clínica. O papel clínico é caracterizado pelo exercício da clínica em interação com o

paciente e desempenhado com finalidade, foco e intencionalidade nesse objeto de ação (MENDES, 2010). Assim, a clínica pode ser observada sob um olhar mais amplo:

A medicina clínica não é, portanto, uma medicina fechada no primeiro grau do empirismo e que procura reduzir todos os seus conhecimentos, toda a sua pedagogia, por um ceticismo metódico, à constatação única do visível. Neste primeiro momento, a medicina não se define como clínica do visível. Neste primeiro momento, a medicina se define como clínica, ao se definir como saber múltiplo da natureza e conhecimento do homem em sociedade (FOUCAULT, 2011, p. 79).

Desde o século XIX, a realidade da prática clínica vem se degradando, no sentido de afastar o profissional do leito do paciente, o que implica essencialmente o estabelecimento do diagnóstico que, cada vez mais, recorre às análises biológicas, em detrimento da anamnese e exame físico. Dentre os motivos dessa mudança da prática clínica, salientam-se: o desejo de eliminar a parte de incerteza que afeta as observações e as hipóteses de diagnóstico e os motivos econômicos, que repercutem diretamente nas políticas públicas de saúde, reduzem o tempo de atendimento e dinamizam a indústria farmacêutica (CECCARELLI, 2008).

Assim, a doença pode ser percebida em um espaço de projeção sem profundidade, como um retrato dos fenômenos que a cercam. Pode-se fazer, portanto, uma analogia da prática clínica com a atividade de um pintor, que *“têm cuidado de marcar até os sinais e as menores coisas naturais que se encontram no rosto do personagem”* (FOUCAULT, 2011, p. 6). Com base na analogia descrita por Foucault, extrai-se uma qualidade, ou seja, ainda que o pintor opere somente sobre uma imagem superficial, mesmo assim, é preciso conhecer o objeto de seu trabalho, suas cores, contornos, relevos e, de certa maneira, o pintor tem domínio sobre o que faz e procura a perfeição em seu trabalho.

Igualmente, aquele que aplica a prática clínica, ainda que aquela tradicionalmente depositada nos espaços de saúde, de alguma maneira, apresenta um cerne de conhecimentos que opera a essência de seu trabalho e, dessa forma, procura, em seu fazer, corrigir os contornos desviados, as cores desbotadas ou os relevos distorcidos, na busca pela imagem ideal, de tal modo, o retrato saudável. Assim, não se pode abandonar a pintura da *“personagem”*, mas abandoná-la como a figura *“personagem”* e torná-la o indivíduo conhecido, aquele que, além da pintura, conhecem-se o cotidiano, os hábitos, os medos, os anseios... a história.

Quem observar atentamente a ordem, o tempo, a hora em que começa o acesso de febre quartã, os fenômenos de calafrio, de calor, em uma palavra, todos os sintomas que lhe são próprios, terá tantas razões para crer que esta doença é uma espécie, quantas tem para crer que uma planta constitui uma

espécie porque cresce, floresce e perece sempre do mesmo modo (FOUCAULT, 2011, p. 6).

Para explorar o conhecimento do fato patológico, é preciso abstrair o doente; o processo de descrição requer o cuidado de desvelar os sintomas que acompanham a doença e que lhe são próprios, dos que são atrelados às características da pessoa que os manifesta (FOUCAULT, 2011). Para conhecer um fenômeno, de maneira amiúde, pode ser preciso, por vezes, desdobrá-lo, fragmentá-lo e observá-lo, sob diferentes prismas. Conhecer a doença, portanto, pode requerer analisá-la, em distintos momentos, em diferentes indivíduos, em diversos ambientes, e abstraí-la do todo para, só assim, compreendê-la como doença. No entanto, essa característica não rejeita a ideia de que a doença não está sozinha, que não é um elemento isolado, mas que, depois de conhecida, requer novamente uma articulação ao todo – indivíduo e ambiente.

De acordo com Foucault (2011), não é possível mecanizar o corpo; nenhuma mecânica mensurável, em suas particularidades físicas ou matemáticas, pode ser capaz de alcançar a compreensão de um fenômeno patológico. O conhecimento clínico, ainda que observado, a partir de um olhar biológico, deve ser dotado de uma mecânica das qualidades, não de uma mecânica de segmentos quantificáveis. Assim, pode ser observado como um mecanismo que não diz respeito à Mecânica (FOUCAULT, 2011).

Ainda que se trate de uma mecânica de segmentos quantificáveis, da mesma maneira, não é possível operá-la com peças separáveis e independentes. Até uma máquina, quando observada de perto, pode apresentar defeitos, dependendo de quem a opera, da luminosidade ou umidade a qual está exposta, ou seja, até ela - a mecânica – como conhecimento aplicado não descarta o indivíduo e ambiente e, mesmo assim, não perde o valor como ciência, quando busca, nas engrenagens, a solução para uma falha. Foucault (2011) distingue o paradoxo entre doente e doença e reconhece que conhecer a doença requer a supressão das qualidades que individualizam o sujeito. Contudo, a doença não se afasta desse indivíduo. Ela transita por suas qualidades e seus traços recebem nuanças particulares.

Deste modo, o profissional com conhecimento clínico pode, equivocadamente, afastar-se da realidade das populações, engessar práticas de saúde e, dependendo do ambiente de atuação, não apresentar resolutividade em suas ações. Diferentemente, ao integrar saberes clínicos e epidemiológicos, contribui para conformação de campos produtivos, em todos os lugares de construção de processos de cuidado (MERHY, 2007).

A prática clínica pode ser comprometida pela atividade de profissionais que não têm a capacidade de operar suas ações com a dimensão do sofrimento das manifestações dos processos de adoecimento. Os profissionais de saúde, portanto, devem permitir a incorporação de referenciais teóricos condizentes com o ambiente, no qual suas práticas estão inseridas, e não atribuírem suas ações de saúde, apenas, ao arcabouço biologicista da clínica. Aqueles que centram seu trabalho nos conhecimentos advindos da biomedicina podem se equivocar, ao crer que os fenômenos da subjetividade podem sempre ser minimizados ou mesmo controlados (CASTIEL, 1999).

A clínica não está pautada em um princípio que desagregue teoria e prática; diferentemente, nela, haveria uma articulação entre a *episteme* (o conhecimento científico), operada por meio de objetos estáveis e generalizáveis, e a *phronesis* (razão prática), que atua através de conhecimento comum aos objetos mutáveis ou que tratam de fatos singulares (HUNTER, 1996). O saber clínico, contemplando o ser humano na sua singularidade e valorizando as necessidades decorrentes do sofrimento físico e emocional, pode ser favorável para um trabalho coletivo de qualidade, no qual o projeto terapêutico possa ser compartilhado por todos os profissionais da equipe de saúde (LIMA, 1998).

A linguagem reiterada pela coletividade científica pretende fortalecer o conhecimento da prática clínica como valor de troca, ou seja, como representante da valoração socialmente posta na prática de apenas um de seus representantes – a medicina clínica. Nele, a ideologia valorativa está embutida em si mesma e essa dupla valorização possui raiz nas necessidades reconhecidas e apreendidas, por meio da organização do conhecimento clínico e de sua aplicação (CEZAR-VAZ *et al.*, 2010, p. 22).

Entende-se que a clínica não é somente saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma disfunção biológica, mas, além disso, trata de um processo de produção de relações e ações partilhadas (MERHY; CAMPOS; MALTA, 1998). Compreende-se, portanto, que a clínica abarca diferentes interconexões com as relações de saúde, sejam elas biológicas, sociais, ambientais ou relacionais, mas que, no entanto, aparentemente, parece esvaecer-se entre as diferentes práticas profissionais, o que acaba por caracterizá-la como uma prática fragmentada, devido à hegemonia atribuída ao poder médico.

Diagnosticar algo que parece fora da normalidade parece uma ação limitada comparada a um normal que se transforma em sua relação com condições individuais, pois aquilo que é normal, pode se tornar patológico em situações particulares. Nesse sentido, é o próprio indivíduo que avalia essa transformação porque é ele que sofre suas

consequências e, portanto, a definição de doença exige, como ponto de partida, a noção de ser individual (CANGUILHEM, 2009).

Assim, para o indivíduo se sentir saudável não é apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser, também normativo em situações eventuais, como na relação com a família, com as atividades cotidianas, com as relações com o meio. Deste modo, a saúde tem relação com o meio social humano, com o meio de sistemas mecânicos, físicos e químicos capazes de provocar acontecimentos (CANGUILHEM, 2009).

Apesar de todos os profissionais de saúde apoiarem-se na clínica em seu cotidiano de trabalho, há limites de ações que indicam singularidades nesses modos de trabalhar, marcando suas competências em responder aos problemas colocados (MERHY; CAMPOS; MALTA, 1998). Observa-se, que, embora a clínica possa estar enraizada nas diferentes práticas profissionais e ser adequadamente aplicada, ainda são necessários distintos olhares sobre os problemas.

Antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da Humanidade consigo mesma. [...] E a decadência começou quando foram inaugurados a escrita e o segredo, isto é, a repartição deste saber com um grupo privilegiado (FOUCAULT, 2011, p. 60).

Assim, emerge a necessidade da multidisciplinaridade como resposta ao equívoco de que uma só categoria profissional deve ter domínio sobre a clínica e as ações de saúde. Da mesma forma, nega-se a concepção de que uma única profissão pode ser capaz de atingir a integralidade das ações demandadas.

A história da medicina ocidental foi marcada pela clínica como forma de ruptura. O desenvolvimento da clínica ocorreu, durante meio século, entre o final do século XVIII e início do século XIX e, apesar de ser determinada historicamente, a clínica médica incide na constituição das Ciências Humanas e nos contemporâneos modos de produção de saúde (LAVRADOR; RIBEIRO, 2007).

De acordo com Foucault (2011), a clínica que emergiu, no final do século XVIII, tratou-se de um evento complexo que reuniu uma forma de sensibilidade, um método de análise e um tipo específico de ensino. Para esse autor, a medicina clínica desse período era tanto um conjunto de prescrições políticas, de decisões econômicas, de regras institucionais, de modelos de ensino quanto um conjunto de descrições e observações

mediadas por conhecimentos estruturados, em um arcabouço positivista, ou seja, com sua origem no positivismo⁴.

Na tradição médica do século XVIII, o sintoma ganha lugar de destaque porque é a forma como a doença se apresenta. Ele representa o visível e a inacessibilidade da natureza da doença (LAVRADOR; RIBEIRO, 2007). Assim, a ciência positivista encontrou, no campo da saúde, elementos – sinais e sintomas – passíveis de observação e, portanto, exerceu forte influência na construção do conhecimento clínico.

A evolução da medicina ocorreu, em grande parte, devido à pesquisa experimental em laboratório, com o recurso às ciências da natureza, associada aos procedimentos clínicos. O ambiente de desenvolvimento e espaço institucional privilegiado para a medicina clínica foi o hospital (FERREIRA, 1993).

A reforma da medicina como teoria ocorreu concomitante a reforma da medicina como prática, mantendo relação estreita com a reforma hospitalar. Deste modo, a reforma hospitalar, assim como a pedagógica, manifestou uma exigência de racionalização e, assim como uma escola qualquer, o hospital transformou-se em um ambiente onde se ensina a ensinar, ou seja, onde se instituem experimentalmente métodos pedagógicos como pontos de partida para experimentos laboratoriais (CANGUILHEM, 2009). Sendo assim, ao visualizar a instituição hospitalar como lugar onde a clínica articulou-se às necessidades de saúde, bem como sua raiz positivista, percebe-se o porquê de haver suscitado o seu distanciamento dos aspectos sociais e ambientais.

No século XVII, houve o início da reorganização dos hospitais, na Europa ocidental, com o intuito de, neles, anular os focos de desordem econômica e sanitária. Contudo, foi somente no final do século XVIII que o hospital veio a tornar-se uma instituição médica. Antes disso, o hospital não agregava precisamente uma função terapêutica, ou seja, proporcionava um espaço de transição entre a vida e a morte. Assim, tinha a propriedade de existir como um lugar de salvação espiritual, além de

⁴ O termo positivismo foi utilizado pela primeira vez pelo filósofo e economista francês Saint-Simon, em 1830, para designar o método exato das ciências e sua extensão para a filosofia. Foi adotado por Augusto Comte para a sua filosofia, que provocou mudanças na corrente filosófica da época, repercutindo, na segunda metade do séc. XIX, em variadas manifestações em todos os países do mundo ocidental. O positivismo tinha como característica primordial a devoção à ciência como único guia da vida individual e social do homem, único conhecimento possível e seu método – puramente descritivo – como o único válido para todos os campos de indagação e da atividade humana. O método da ciência foi nomeado Positivo porque visava ao reconhecimento puro e simples dos fatos e de suas relações (ABBAGNANO, 1998). É inconcebível pensar nas (r)evoluções da indústria e tecnologia, no século XIX, sem considerar o desenvolvimento das ciências positivas, que transformaram integralmente a face da sociedade ocidental (BIRMAN, 1997).

atuar como um mecanismo de exclusão dos indivíduos entendidos como perigosos para a sociedade (FERREIRA, 1993).

Deste modo, os hospitais tinham a finalidade de manter longe da burguesia tudo aquilo que era considerado transmissível, contagioso e perigoso, inclusive a loucura (BENJAMIM, 1994). Nesse contexto, observa-se, portanto, que o hospital tinha estreita relação com as necessidades de saúde sociais, contudo, de maneira equivocada. Eram levados até o hospital aqueles indivíduos que eram considerados “problemas” para a sociedade, ou seja, o problema era centrado no indivíduo e, assim, as práticas de saúde não eram voltadas para a sociedade; a coletividade ainda permanecia à margem das ações empreendidas.

O hospital era necessário para os doentes sem família, mas, também, nos casos de doenças contagiosas ou de difícil diagnóstico/etiologia. Portanto, o hospital poderia, ainda, receber o status de medida de proteção, ou seja, proteção das pessoas sadias contra as patologias e, também, proteção dos doentes contra imperícias praticadas por leigos (FOUCAULT, 2011).

O hospital representou o espaço no qual a doença podia perder seu aspecto essencial, pois o lugar natural da doença era o domicílio. No hospital, as doenças podiam se mostrar distorcidas, contudo, no ambiente doméstico, eram observados os fenômenos naturais. Além disso, a prática clínica que ia ao encontro do indivíduo em seu lar apresentava um caráter respeitoso porque não violentava o processo natural da doença no ser humano (FOUCAULT, 2011). No entanto, é preciso admitir que, de certa maneira, o modo como o hospital operava colaborou, naquele momento, para o desenvolvimento da clínica como campo de conhecimento e, assim, teve seu papel no contexto histórico para as ações de saúde hoje exploradas.

Nesse cenário, o saber clínico aprofundava-se em um indivíduo desambientado e, portanto, não parecia necessário repensar uma prática clínica que alcançasse mais do que o corpo biológico. De acordo com Foucault (2011), a doença se faz presente no corpo que lhe é próprio, e este não é o do doente, mas o de sua verdade; a clínica constitui a exploração do cerne da doença e, nesse contexto, o indivíduo é o objeto para sua exposição.

Uma característica peculiar da Escola de Paris foi o chamado “ceticismo terapêutico”, pois, quase todos os principais representantes da medicina parisiense – Pinel, Bichat, Bayle, Laennec, Mangendie – foram hostis às formas tradicionais de tratamento (sangrias locais, por meio de sanguessugas, ou dietas alimentares rigorosas),

muito embora não tenham partilhado de uma mesma concepção terapêutica. Assim, prevaleceu a ideia de que não cabia à medicina curar as doenças, mas preveni-las, principalmente, através de ações prescritivas referentes à moral e higiene (ACKERKNECHT, 1986 *apud* FERREIRA, 1993).

A concepção mecanicista do organismo humano pode provocar uma abordagem técnica da saúde, ou seja, a doença ser reduzida a uma falha mecânica e a terapia a uma simples manipulação técnica. Contudo, existem situações nas quais essa terapia pode ter uma abordagem bem-sucedida, métodos altamente sofisticados e resolutivos (KOIFMAN, 2001). Assim, apesar da prática clínica ser, por vezes, criticada, ainda é preciso contemplá-la na sua essência e compreender sua necessidade, nos diferentes espaços de promover saúde, prevenir e curar doenças.

O saber clínico ancora-se na análise do funcionamento e estrutura do organismo e tem o intuito de encontrar o causador de distúrbios e meios para restabelecer o funcionamento normal. Essa normalização - bipolaridade entre os conceitos de normal e patológico - se faz presente por uma medicalização, segundo o princípio do normal e do patológico (FOUCAULT, 2011).

Nesse sentido, desde a década de 70, estudos indicam que a estrutura social e política justificam a necessidade de medicalização na possível incapacidade do consumidor de cuidados da medicina de curar-se ou curar seus semelhantes. A medicina passa a cuidar no sentido de conservar em funcionamento um produto que não imprime características humanas e, ele próprio – produto/indivíduo – deve solicitar o consumo da medicina para continuar se fazendo explorado. Por conseguinte, produz-se uma sociedade mórbida que exige medicalização universal e uma instituição médica que atesta morbididade universal (ILLICH, 1975).

A medicalização trata-se da crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com os serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo. Assim, a tecnologia médica ancora sua ideia de doença em diversos problemas como situações fisiológicas ou problemas de natureza econômico-social que demandam, para sua solução, procedimentos médicos (BARROS, 2002).

A clínica tradicional busca “ver”, nos sinais e sintomas, a causa, ou seja, o quadro lesivo causador dos adoecimentos e passível de certas intervenções terapêuticas corretivas de uma normalidade perdida ou ameaçada (MERHY, 2007). Conforme Gonçalves (1994, p. 66), o saber clínico apresenta uma caracterização restritiva, pois:

[...] é a individualização do normal e do patológico ao nível do corpo do homem indivíduo - biológico, que leva à ruptura das conexões sociais desse homem, e mesmo à ruptura das conexões desse homem consigo mesmo.

Da mesma forma, Lima (1998) considera que a clínica tradicional pressupõe a natureza exclusivamente biológica das causas e consequências das doenças e exclui os aspectos sociais que levam o homem a adoecer. Para este autor, a necessidade de ampliação da clínica, contemplando, além das necessidades de recuperação física dos pacientes, as necessidades emocionais/afetivas e sociais, podem ser um estímulo para um trabalho mais harmonioso e simétrico e com maior autonomia de todos os agentes da equipe de saúde.

Percebem-se movimentos de mudança, que têm procurado inverter a lógica hospitalocêntrica, medicalizadora e baseada na produção de procedimentos médicos dos modelos assistenciais tradicionais (FAVORETO, 2008). O poder instituído ao médico confere-lhe o domínio de estruturas sociais, existindo uma espécie de estatuto político da medicina, por meio de uma tarefa constante de informação, controle e coação (FOUCAULT, 2011). Assim, as transformações nas formas de produzir saúde conectam-se à compreensão das ferramentas de produção do cuidado (MERHY, 2007).

O modelo biomédico, base da moderna medicina científica, é uma herança do paradigma cartesiano (BARROS, 2002). Teve sua origem, no início do século XIX, contudo, sua consolidação no processo de trabalho em saúde fortaleceu-se no século XX, devido ao aperfeiçoamento dos instrumentos para a realização de diagnósticos e intervenções cirúrgicas (GONÇALVES, 1992).

René Descartes (filósofo e matemático/ 1596-1650) é o responsável por um método e uma escola filosófica pioneira, pautada na concepção do sujeito que conhece frente ao objeto ou realidade externa a ele e que vai ser conhecida (BARROS, 2002). No *Discurso do Método*, Descartes indica as regras que se constituem os fundamentos de seu enfoque sobre o conhecimento e que persistem hegemônicos no raciocínio médico. A primeira regra preceituava a verdade com base em evidências; a segunda propunha a fragmentação para solução dos problemas; a terceira regra dizia respeito à condução do pensamento de forma ordenada, partindo do mais simples para o mais complexo; e, por último, se referia à necessidade de efetuar uma revisão exaustiva dos diversos componentes de um argumento para certificar-se da possibilidade de omissões (DESCARTES, 2005).

Diante da necessidade de um olhar mais estendido sobre a clínica, surgiu um modelo de atenção baseado em uma clínica ampliada com a concepção de que a clínica precisa abandonar somente as expressões das doenças e centrar sua atenção nas necessidades do paciente. É certo que um diagnóstico sempre parte de um princípio universalizante, generalizável para todos, ou seja, ele supõe e produz uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, contudo requer a individualidade do cuidado. Além disso, o conceito de clínica ampliada visa a reconhecer os limites do conhecimento dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas (BRASIL, 2004).

Compreende-se que o conceito de clínica ampliada surgiu, diante de uma concepção de clínica limitante e fragmentadora, ou seja, apesar do conhecimento clínico não estar desconectado de outros constructos teóricos, ainda assim, o mesmo tem ocupado um espaço de práticas engessadas ao corpo biológico e com alcances bem delimitados. Além disso, a partir de uma concepção de “clínica ampliada”, algumas heranças de dominação do conhecimento podem ser atenuadas, pois demonstra a necessidade de diferentes visões e saberes sobre um mesmo objeto, ou seja, a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade.

Sendo assim, surge o questionamento: “*Como instituir mudanças nos modelos assistenciais, tendo em vista as tensões e poderes enraizados na organização das práticas em saúde?*” (FAVORETO, 2008, p.101). Ao entender que o conhecimento clínico foi e ainda é uma ferramenta nas relações de poder, no campo da saúde, compreende-se que, da mesma forma, pode ser um instrumento de autonomia para as diferentes categorias profissionais e atuar como um mecanismo facilitador nas discussões, negociações e transformações dos modelos assistenciais vigentes.

Campos (2003b) considera que a medicina atua com um objeto de estudo e de trabalho reduzido aos aspectos biomédicos e epidemiológicos, o que provoca consequências negativas tanto para seu campo de saberes quanto para seus métodos e técnicas de intervenção. Quando o profissional concentra sua força de trabalho na enfermidade e deixa em segundo plano a pessoa enferma, a clínica se desresponsabiliza pela integralidade do cuidado (CAMPOS, 2003b; CAMARGO JR., 1997). Contudo, observa-se que, na Enfermagem, há a busca por contextualizações teóricas e práticas em seu fazer cotidiano que suscitem provocações interpretativas acerca de seu objeto de trabalho.

O enfermeiro é um profissional capaz de incorporar ao seu trabalho uma “*clínica própria*”, através da manifestação de uma organização peculiar que agrega

conhecimentos que podem ser direcionados tanto para ações preventivas quanto para ações de promoção da saúde (CEZAR-VAZ *et al.*, 2010). Assim, é possível que o conhecimento em saúde exceda uma racionalidade que discursa somente sobre o caráter preventivo e estimule, nas pessoas assistidas, a autonomia e o diálogo para agir sobre os determinantes do processo saúde-doença que interferem nas formas de viver, adoecer e morrer (GONÇALVES *et al.*, 2011).

2.2 A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DO MODELO CLÍNICO/BIOMÉDICO DE ASSISTÊNCIA

Modelo assistencial ou modelo de atenção é uma forma de combinar técnicas e tecnologias para resolução de problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É, desta forma, uma racionalidade, uma determinada "lógica" que orienta a ação e uma maneira de organizar os meios de trabalho utilizados nas práticas ou processos de trabalho em saúde (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003). Assim, um modelo assistencial *“é o modo como o Estado e a sociedade civil, incluindo as instituições de saúde, as organizações de trabalhadores, as empresas que atuam no setor, se organizam para produzir os serviços de saúde.”* (ALMEIDA *et al.*, 1996, p.143).

Os modelos assistenciais representariam uma das "áreas-problema" do sistema de serviços de saúde e, nesse sentido, são reconhecidos como alvos de intervenções das políticas de saúde para a superação dos problemas diagnosticados. Durante a 8ª. Conferência Nacional de Saúde, em 1986, os modelos assistenciais vigentes foram os principais problemas identificados no âmbito da atenção à saúde e, a partir de então, diversas iniciativas têm sido empreendidas, no sentido de (re)construir modelos de atenção mais coerentes (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

No Brasil, dois modelos convivem de forma contraditória ou complementar: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista. O primeiro é voltado para os indivíduos que, na dependência do seu grau de conhecimento e/ou sofrimento, procuram os serviços de saúde por "livre iniciativa". Já o modelo assistencial sanitarista corresponde à Saúde Pública institucionalizada no Brasil, durante o século XX, que tem enfrentado os problemas de saúde da população, mediante campanhas e programas especiais, sem haver a preocupação com os determinantes mais gerais da situação sanitária. Apesar das diferenças e capacidade de complementaridade,

os dois modelos apresentados não enfatizam a integralidade da atenção (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Inserido nesse contexto, o modelo biomédico ou modelo clínico de assistência – aqui entendidos como sinônimos - é alicerce de trabalho de diversos profissionais da saúde e transita entre esses dois modelos assistenciais predominantes no Brasil, em especial, o modelo assistencial privatista que encontra, na instituição hospitalar, campo fértil de atuação. O modelo biomédico tem sido constantemente alvo de críticas e, por estar baseado no trabalho, com vistas a atender os problemas a partir de um olhar prevalentemente biologicista, encontra, na clínica, o arcabouço de conhecimentos necessários para atender seus objetivos.

Isaac Newton (cientista inglês/ 1643-1727) instituiu teorias matemáticas que confirmaram a visão cartesiana do corpo e do mundo como uma grande máquina. Deste modo, a mecânica newtoniana possibilitou a explicação de muitos fenômenos da vida cotidiana e, da mesma forma, a medicina mecanicista ofereceu, gradativamente, os instrumentos requeridos pelos médicos (BARROS, 2002).

De acordo com Mendes (1984), o modelo biomédico é mecanicista, pois faz analogia do corpo à máquina e biologicista porque entende que as doenças têm origem, exclusivamente, de alterações biológicas. O corpo humano é compreendido como uma máquina complexa, com partes fragmentáveis inter-relacionadas, obedecendo a leis naturais e psicologicamente perfeitas. Esse modelo ainda pressupõe que essas partes requerem inspeções constantes, pois, inevitavelmente, existirão problemas e, assim, compreende que o corpo não é perfeito e somente especialistas podem constatar o “defeito” (KOIFMAN, 2001).

Se o modelo biomédico atém-se exclusivamente aos aspectos biológicos, e estes são explicados pela química e pela física, portanto, não parece haver espaço para questões sociais, psicológicas e comportamentais das doenças (KOIFMAN, 2001). Aspectos que dizem respeito às questões sociais e à psique do indivíduo não são reconhecidos como necessidades que precisam ser atendidas (LIMA, 1998). Sob essa concepção, as doenças são concebidas como resultado de processos degenerativos dentro do corpo, agentes químicos, físicos ou biológicos ou, ainda, falha do próprio mecanismo regulatório do organismo (KOIFMAN, 2001).

Assim, a subjetividade do adoecimento, isto é, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano e a sua dimensão fenomenológica, experiencial não são objetos das ciências biomédicas, uma vez que o modelo da medicina ocidental é herdeiro da

racionalidade científica moderna. Configura-se, dessa maneira, a denominada biomedicina, pela sua estreita vinculação com disciplinas advindas das ciências biológicas. O referencial de atenção passa a ser a doença e a lesão, isto é, o objetivo final é identificar a doença e a sua causa, sob a lógica de que, ao remover a causa, extingue-se a doença (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006).

A ênfase que a biomedicina promove nos aspectos biológicos, a sua perspectiva fragmentada e fragmentadora e a hierarquização implícita dos saberes biomédicos são questões que se opõem às idéias agregadas sob o rótulo do cuidado e da integralidade (FAVORETO, 2008, p.103).

Portanto, a biomedicina experimentou avanços extraordinários na área tecnológica e medicamentosa, mas, ainda assim, apresenta muitas fragilidades na prática clínica, sobretudo, em relação a como lidar com fenômenos subjetivos no indivíduo que demanda por cuidado (GUEDES; NOGUEIRA; CAMARGO JR., 2006). Contudo, o modelo biomédico não deixa de ser um saber estruturado capaz de satisfazer diversas necessidades de saúde e, no ambiente hospitalar, tem função importante como tecnociência para os cuidados de saúde.

O modelo clínico/biomédico de assistência tornou-se dominante, por corresponder às necessidades sociais de saúde das sociedades capitalistas. No contexto capitalista de busca por igualdades, houve uma ampliação dos direitos sociais das classes subalternas quanto ao consumo, inclusive ao consumo de serviços de saúde. Ao entender que o princípio da igualdade é individualizante – todos iguais perante a lei – analogamente, houve uma articulação com o modelo clínico, que individualiza o foco de atenção na doença em qualquer corpo. Deste modo, a doença é compreendida, independentemente do sujeito ao qual acomete e, assim, livre das dimensões sociais (GONÇALVES, 1992).

Existe o trabalho com a transformação do corpo anatomobiológico doente, por meio da clínica fundamentada no saber da anatomia, fisiologia, biologia, patologia e farmacologia, confrontando-se o normal e o patológico, mediante diagnóstico e terapêutica das doenças. Nessa lógica de produção de cuidados, os profissionais realizam o cuidado ao indivíduo, fazendo uma abstração da doença, como se ela apresentasse as mesmas manifestações e o mesmo tipo de evolução em todos os doentes. Sob essa ótica de organização tecnológica, não há o alcance da totalidade do ser humano como sujeito concreto, assim como não há a exploração da manifestação individual da doença e do tratamento em cada sujeito (LIMA, 1998).

O modelo clínico/biomédico de assistência ainda assume um espaço de poder, com expressiva aceitação e consideração nos sistemas de cuidados da saúde. Observa-se que o resultado decorrente dessa concepção de cuidar apresenta um caráter simplificador, mantendo-se os princípios de redução e separação entre saberes, agentes e elementos da natureza (SILVA; FONSECA, 2005). Nesse sentido, o saber clínico adquire a capacidade de distribuir seu espaço soberanamente para a experiência cotidiana que pode coincidir com o espaço social, ou melhor, atravessá-lo e penetrá-lo inteiramente (FOUCAULT, 2011).

De acordo com Merhy (2007), é frequente, no cotidiano do mundo do trabalho em saúde, que as práticas de cuidado sejam orientadas pela clínica concebida de forma fragmentada, por uma clínica de corpo de órgãos. E a maneira como isso ocorre percorre cada uma das profissões de saúde, algumas delineadas, no século XIX, nas sociedades ocidentais. O trabalho em enfermagem está permeado pelo cenário histórico-social, sendo desse, parte constituinte. Assim, a organização do trabalho em enfermagem é influenciada pela política de saúde vigente, cultura institucional e valores a respeito de saúde (GONÇALVES, 2007).

O saber clínico não deve ser estruturado com base em leis universais ou modelos interpretativos rígidos. Ao contrário, deve haver o abandono das verdades absolutas (FAVORETO, 2008). Assim, mesmo diante de um modelo que apresente um caráter biologicista, o trabalho não é necessariamente realizado de maneira linear, ou seja, encontra espaço para articulações com aspectos subjetivos do ser humano e suas relações sociais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, adotou o conceito global e multicausal de saúde que a define como o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. O conceito deixa claro, portanto, a necessidade de atentar para o ser humano de forma integral e direcionar as ações de saúde, de modo a contemplar as diversas necessidades envolvidas no processo saúde-doença. Coerente com esta concepção, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990, que regulamentaram o Sistema Único de Saúde (SUS), asseguram legalmente os princípios de integralidade das ações, equilíbrio do conhecimento geral/especializado, determinação social do processo saúde-doença, trabalho interdisciplinar, uso de tecnologia adequada e inclusão de práticas de medicinas ditas alternativas (BERTOLOZZI; FRACOLLI, 2004). Até então, no modelo clínico, a

medicina científica era hegemônica e negava qualquer prática alternativa (MENDES, 1984).

Os esforços para mudar a concepção de saúde/doença e atender as necessidades individuais e coletivas foram norteadas pela busca da integralidade e, para tanto, foram dispostas diversas alternativas de ação. Contudo, entende-se que o processo de trabalho em saúde está tão arraigado à herança de uma prática clínica fragmentada e descontextualizada que os profissionais permanecem na *zona de conforto* – modelo biomédico – e pouco fazem para mudar suas práticas no cotidiano de trabalho.

As mudanças do modelo assistencial e de suas práticas ou as estratégias de expansão de serviços de saúde são alavancadas pelo desejo de alcance da integralidade (FAVORETO, 2008). Contudo, a mudança de concepção de saúde/doença não implicou necessariamente na mudança do cenário das ações de saúde e não apresentou impacto suficiente no modo como se programa a assistência de saúde às pessoas.

A forma como a doença é compreendida encontra-se, sobretudo, relacionada a duas concepções distintas, a primeira sob um enfoque individual e de unicausalidade externa e a segunda, sob o olhar da coletividade e multicausalidade, em processo interativo com o ambiente. Assim, o conceito de doença norteia os enfoques, tanto individual quanto coletivo.

Para atender tais ideias, portanto, são ajustados o modelo clínico e o modelo epidemiológico - dois grandes alicerces da organização tecnológica das práticas de saúde a se constituir no capitalismo - o primeiro, com um olhar sobre a doença em um recorte no espaço de um corpo individual, e o segundo, concebendo-a como um fenômeno coletivo (MENDES GONÇALVES, 1992; GONÇALVES, 1992; KIRCHHOF, 2003; LUCENA *et al.*, 2006). Esses dois modelos não são excludentes, embora possam existir situações nas quais se observam práticas dissociadas entre eles. Contudo, sua complementaridade possibilita responder com eficácia às necessidades sociais demandadas pelos usuários, o que torna as características de ambos imprescindíveis (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003; LIMA, 1998).

O modelo clínico de trabalho pode ser direcionado a interesses privados estranhos às necessidades dos usuários, expressos pela produção de procedimentos. Assim, especialmente o trabalho médico, pode manifestar-se isolado, distante da multidisciplinaridade das equipes de saúde, fechado e protegido no espaço físico dos consultórios (MERHY; CAMPOS; MALTA, 1998). Existe, portanto, um distanciamento deste profissional dos demais agentes de saúde o que dificulta uma

atuação articulada a práticas integralizadoras. Observa-se, assim, a supressão dos saberes ou posturas individuais dos diferentes profissionais, pois a própria organização da assistência atua como obstáculo para uma prática clínica adequada.

Contudo, é preciso questionar as estratégias e interesses da tecnificação, característica do modelo clínico/biomédico de assistência hegemônico, visto que é expressa por meio do desenvolvimento da tecnologia médica, com equipamentos de alto custo e sofisticados que passaram a ser produzidos e vendidos na indústria (MENDES, 1984). Os benefícios advindos desse desenvolvimento tecnológico são incontestáveis e o avanço das terapêuticas trouxe uma nova visão sobre os problemas de saúde. Contudo, é preciso questionar as estratégias e interesses que, em especial a partir da revolução industrial capitalista, passaram a prevalecer (BARROS, 2002).

Deste modo, os reflexos negativos do capitalismo sobre a saúde manifestam-se sob a forma de tecnificação da assistência, com vistas à combinação de saúde e lucro econômico. A partir dessa ideia, um modelo de assistência que combata a doença desconectada de outros determinantes de saúde oferece os elementos necessários para a satisfação dos “vendedores” e, ilusoriamente, dos “consumidores”. Estabelece-se, assim, um movimento cíclico e contínuo de busca pelo produto desejado – a saúde – que, nesse contexto, torna-se produto perecível, pois apresenta a tecnificação como um instrumento desconectado de um conceito amplo de saúde.

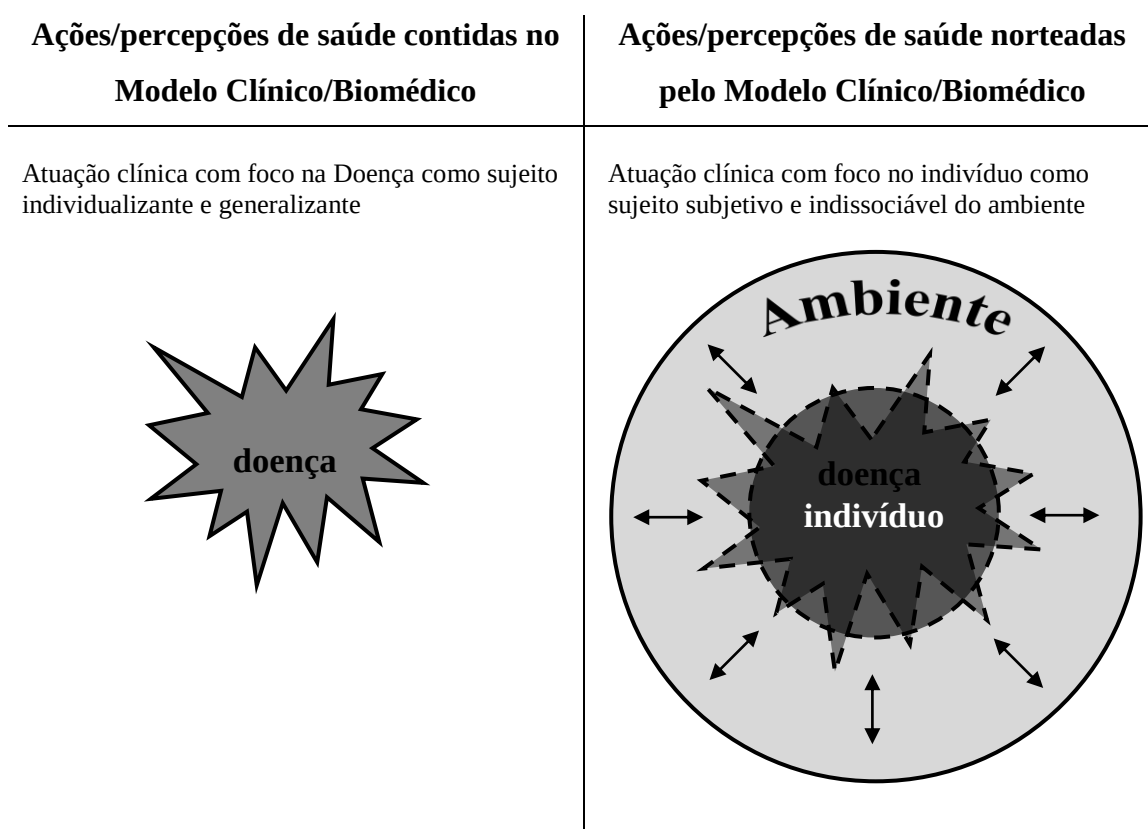
Tendo em vista que a tecnificação encontra espaço fértil nos ambientes de atuação que requerem maior complexidade tecnológica, observa-se que o hospital configurou-se como tal para a perpetuação do modelo biomédico centrado em uma clínica mecanicista. Observa-se, deste modo, que há uma relação dicotômica de assistência à saúde entre os espaços do hospital e da rede básica de saúde, ou seja, no ambiente hospitalar, há o predomínio do modelo clínico enquanto, na rede básica, o modelo epidemiológico é preponderante.

Assim, ante a esta relação de distanciamento entre duas concepções que, apesar de oferecerem resolutividade, requerem uma indissociabilidade de saberes e ações, há uma tendência que propõe mudança do modelo de atenção vigente para um modelo de assistência centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, principalmente, com as famílias – a clínica ampliada. Dessa forma, é defendida a ideia de que a associação do enfoque epidemiológico pode atender ao compromisso da integralidade da atenção ao integrar a pessoa e os comportamentos interpessoais.

Todavia, essa concepção está atrelada ao fato de que a clínica tem sido, equivocadamente, associada a uma prática que considera apenas o corpo físico como foco de atenção. E, portanto, desconectado do ambiente ao qual o ente do cuidado está inserido.

Observa-se, que não há o alcance da integralidade quando o processo de trabalho é estabelecido dentro do modelo biomédico, contudo o processo de trabalho em saúde não precisa estar contido em um modelo, visto que, até então, não existe um consenso de que algum modelo de atenção à saúde atenda integralmente as necessidades da população. Diferentemente, o modelo biomédico pode nortear os meios que levam a uma assistência de qualidade, sem, no entanto, estabelecer linhas de ação prescritivas e inflexíveis. A partir dessas duas concepções, entende-se que este modelo pode ser interpretado de duas maneiras que, para um melhor entendimento optou-se por utilizar a Figura 1.

Figura 1 – Ações/percepções de saúde e o Modelo Clínico/Biomédico



FONTE: a autora (2012).

Assim, observa-se que o processo de trabalho em saúde pode estar erroneamente alicerçado na primeira concepção, ou seja, considera-se somente a doença, numa relação

de causa e efeito unidirecional. De maneira distinta, na segunda concepção, o processo de trabalho em saúde lança seu olhar sobre o indivíduo sem desconsiderar as relações de retroalimentação que este estabelece com o ambiente e, salienta-se, aqui, sem desconsiderar a doença que pode concretamente existir e interferir, sobremaneira, na vida desse indivíduo. Sob esse ponto de vista, entende-se que a aplicabilidade do conhecimento clínico delineado pelo modelo biomédico pode oferecer resolatividade, no momento em que se apresenta a doença, compreendendo que a clínica não desconsidera os outros aspectos envolvidos e que não desarticula o indivíduo do foco de atenção.

Ao interpretar essa segunda concepção – indivíduo como elemento central do processo de trabalho delineado pelo modelo clínico – entende-se que o trabalho da enfermagem atua, no sentido de atender as necessidades do indivíduo que estão afetadas, ainda, que na forma da administração dos recursos para esse fim. Contudo, compreende-se que nem todas as necessidades devem ser consideradas sob um mesmo patamar, ou seja, as necessidades biológicas, por vezes, têm supremacia sobre as demais.

Em estudo realizado na rede pública de atenção à saúde no sul do Rio Grande do Sul, foi verificado que os enfermeiros assumem o conhecimento clínico como uma prática clínica valorada e distinta daquela centrada exclusivamente na cura das enfermidades (CEZAR-VAZ *et al.*, 2003). Deste modo, evidencia-se uma prática que extrapola a concepção de uma clínica tradicional e desconectada da realidade.

A educação em saúde pode ser considerada uma forma de expressão da prática clínica do enfermeiro, pois, por meio dela, esse profissional alcança abrangência coletiva na organização do conhecimento, na forma de atividade educativa (BALDWIN *et al.*, 1998; BRAMADAR; CHALMERS; ANDRUSYSZYN, 1996). Atualmente, há um trabalho educativo que extrapola o campo da informação, ao integrar a consideração de valores, costumes, modelos e simbologias sociais que promovem formas particulares de condutas e práticas (GAZZINELLI *et al.*, 2005).

“[...] saber lidar com os agravos e processos de adoecimentos nas comunidades é assumir as diferenças culturais, não apenas em suas carências, mas na possibilidade de conhecer e visualizar suas potências para modos saudáveis de vida” (CEZAR-VAZ *et al.*, p. 21, 2010).

Os aspectos clínicos de caráter biológico não devem ser desvalorizados na unidade de internação cirúrgica, pois podem ser de suma importância para a redução de morbidade e mortalidade entre os pacientes. Por exemplo, a própria mobilidade precoce

tem sido associada a atividade cerebral, integridade da pele, atividade muscular, pulmonar e cardiovascular além de, complicações como atelectasia, pneumonia, hipotensão ortostática e trombose venosa profunda (ZOMORODI; TOPLEY; McANAW, 2012).

Deste modo, o paciente que se encontra ansioso e com sangramento em uma ferida operatória tem essa segunda necessidade como primordial, nesse momento; de nada adianta o enfermeiro direcionar suas ações para os aspectos psicológicos, no intuito de minimizar a ansiedade, e deixar para segundo plano os aspectos biológicos que podem ser a causa da ansiedade e podem desencadear toda uma cadeia de alterações no organismo. Nesse caso, se não for corrigida a perda sanguínea poderá haver diminuição do volume intravascular, alterações dos sinais vitais, na saturação de oxigênio, no nível de consciência, ou seja, poderá ser desencadeado um choque hipovolêmico, resultando, na pior das hipóteses, em óbito.

Assim, para visualizar o indivíduo estabelecendo relações plenas com o ambiente e intervir sobre suas necessidades, é preciso primeiro atender aquelas que são indispensáveis para a manutenção da vida. Para tanto, é necessário conhecimento clínico para sustentar o trabalho em enfermagem/saúde e buscar, por meio de ações complementares, a integralidade da assistência.

Compreende-se que o modelo clínico tem suas limitações e fragilidades, contudo, considera-se que o processo de trabalho em enfermagem está relacionado de maneira mais profunda a uma questão de concepção/internalização de qual é o trabalho da enfermagem e não em um modelo de organização. A compreensão da enfermagem acerca do seu saber e fazer pode expressar como resultado um processo de trabalho que ultrapasse qualquer modelo pré-estabelecido.

A constituição do saber clínico suscitou a reorganização das práticas de saúde, a partir de uma divisão em dois momentos distintos: concepção (trabalho intelectual) e execução (trabalho manual), preservando, para o médico, o núcleo mais intelectual e mantendo-o como dominante no processo de trabalho em saúde (GONÇALVES, 1992). Na estrutura advinda dessa cisão, predomina a divisão técnica e social do trabalho, fazendo com que o trabalho inicialmente centralizado na figura do médico, se torne compartilhado com outros profissionais (KIRCHHOF, 2003).

Apesar de haver uma parte do que se constitui como um trabalho coletivo, pois apresenta o envolvimento de diferentes profissionais, o agente tido como aquele que controla os momentos mais intelectuais exerce relação de poder sobre os demais,

evidenciando-se interações sociais conflituosas no ambiente de trabalho (LIMA, 1998). Assim, a ideia de centralidade do trabalho médico pode interferir no processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, uma vez que estes podem internalizar essa concepção e engessar suas práticas aos limites impostos pelo profissional considerado detentor do poder de decidir sobre as ações de saúde.

A clínica emergiu como instrumento de trabalho médico em um movimento de reorganização social, com mudança na relação entre a medicina e a sociedade, à época da Revolução Francesa. Nesse sentido, clínica centrou-se, principalmente, na reorganização geral do campo de visão do médico e assumiu a tarefa de suprimir a doença como parte de um projeto político de reestruturação social (DONNANGELO, 1979). Assim, a patologização de certos sofrimentos tornavam os indivíduos objetos de estratégias disciplinares das profissões clássicas da saúde e da saúde pública, em geral, patologizando os modos de viver (CECCIM, MERHY, 2009).

De acordo com Lima (1998), o saber anátomo-fisiológico é um instrumento atribuído ao trabalho do médico, tendo em vista que suas ações principais são o diagnóstico e a terapêutica. O conhecimento clínico, da mesma forma, tem sido atrelado à imagem desse profissional e, assim, observa-se que, na enfermagem, a prática clínica tem sido pouco explorada e percebida como um importante instrumento para realizar o seu trabalho com a necessária e suficiente qualidade.

Miranda e Sobral (1991) referem que, no hospital moderno, o trabalho da enfermagem é imediatista e limitado para a realização de tarefas como um fim em si mesmo. As necessidades que ultrapassam o modelo biomédico não são trabalhadas e, assim, as situações referentes à singularidade do indivíduo são escamoteadas na assistência de enfermagem. Contrariamente, também se considera que diversos profissionais de enfermagem possuem autonomia profissional e buscam a integralidade do cuidado, por meio de uma construção de conhecimentos global, mas que, no entanto, permanecem invisíveis no contexto do modelo biomédico.

O distanciamento da Enfermagem do conhecimento clínico pode ter fragilizado o campo teórico dos enfermeiros acerca da clínica como instrumental para a realização do processo trabalho da Enfermagem. Nesse sentido, pode ser necessário percorrer um caminho de construção de conhecimento e desenvolvimento de habilidades para que os enfermeiros sejam capazes de atuar com parâmetros de evidências consistentes e confiáveis (SOUSA *et al.*, 2011).

O saber clínico constitui-se em instrumento capaz de subsidiar o momento intelectual na produção de trabalho em saúde e determina relações sociais que se conformam de uma maneira que aquele que se apropria desse instrumento pode ter posição privilegiada na equipe de saúde, legitimando sua hegemonia e seu poder sobre o conjunto (LIMA, 1996, 1998). No hospital, a estrutura de cuidados foi, desde o princípio, campo de excelência da enfermagem, contudo, condicionado ao domínio do trabalho médico. Deste modo, a profissão médica ocupava papel central da cura, já que a enfermagem ocupava lugar subordinado na divisão do trabalho em saúde (LIMA, 1998). Ainda hoje, podem ser observados vestígios dessas relações de trabalho, sob uma ótica de dependência, quando se observa que os cuidados de enfermagem ocupam um segundo plano, em relação às prescrições médicas.

A ênfase tecnicista desconecta-se da responsabilidade social de qualquer prática, pois ignora as influências sociais e políticas de qualquer teoria, de qualquer intervenção. No entanto, sustenta-se a concepção de que não há clínica que não seja social; social entendido em um sentido mais amplo (ROMAGNOLI, 2006). Entenda-se social como pertencente à sociedade ou que tem em vista suas estruturas ou condições (ABBAGNANO, 2007); ou seja, social interconetado com o ambiente.

[...] a clínica é, em sua origem, uma atividade que se exerce junto ao paciente acamado (*klinike* em grego), em resposta a um pedido de ajuda dele, ou o seu ambiente. Inicia-se, aí, o processo que do diagnóstico leva ao prognóstico e à proposta terapêutica (CECCARELLI, 2008, p. 19).

Percebe-se que houve ênfase na prática curativa individual, na qual o diagnóstico e a terapêutica incorporam tecnologia e prestigiam o processo fisiopatológico, em detrimento da causa. A consequência foi a concentração de recursos em serviços de saúde, com o hospital como instituição central (MENDES, 1984).

A influência do modelo clínico à enfermagem como disciplina baseia-se em seus instrumentos e objeto de trabalho que, assim como no trabalho médico, ancora suas concepções em um corpo individual como objeto de cuidar, de tal modo que utiliza instrumentos de trabalho semelhantes. E, igualmente ao trabalho médico, tem a finalidade do cuidar objetivada na cura dos corpos individuais (KIRCHHOF, 2003).

Portanto, a enfermagem estabeleceu-se no espaço de extensão do médico, ou seja, no hospital medicalizado, absorvendo e reproduzindo o modelo cujo fundamento tecnológico passou a ser a clínica, com o objetivo de recuperar os corpos. De tal modo, a enfermagem pode estabelecer uma prática representada por um caráter de dependência, principalmente, por força de seu desenvolvimento histórico-social e,

especialmente, por incorporar as características do modelo clínico-biologicista, com sua tendência ao fortalecimento da posição da medicina como a autêntica detentora do rigor e saber científicos (LUNARDI FILHO, 2004).

A origem da enfermagem moderna – atribuída a Florence Nightingale – ocorreu no mesmo movimento social de mudança do hospital e do nascimento da clínica, assim como de transformação do conhecimento e da prática médica. A profissão foi institucionalizada, diante da necessidade de organizar o hospital como instrumento de cura e cuidado (ALMEIDA, 1984). Neste período, durante sua atuação na Guerra da Criméia, Florence buscou organizar o trabalho de enfermagem e estabelecer intervenções capazes de melhorar a qualidade dos cuidados (NIGHTINGALE, 1989).

O perfil da força de trabalho em enfermagem da atualidade pode ser em parte explicado nas origens históricas da estruturação da profissão no Brasil. A enfermagem articulou-se conforme o modelo de Nightingale, trazido por enfermeiras americanas, e atribuiu à profissão um trabalho de coordenação, controle e supervisão dos serviços e dos demais profissionais de enfermagem. Assim a enfermeira caracterizava-se como uma profissional que executava um trabalho do tipo intelectual e gerenciador da assistência de enfermagem (PIRES, 1989).

Instituiu-se o treinamento do pessoal de enfermagem com o objetivo de normatizar e regulamentar o hospital e o trabalho desses profissionais, de modo a executar as ordens médicas. O micropoder hospitalar foi definido e sustentado, por meio de técnicas disciplinares, identificadas no treinamento dos agentes de enfermagem, introduzido por Nightingale. Desse modo, legitima-se o poder expresso pela hierarquia hospitalar, especialmente entre a medicina e a enfermagem, atribuindo atividades de seus profissionais sob o olhar diretivo do médico (ALMEIDA, 1984).

De acordo com Lima (1998), a organização do trabalho no hospital, mesmo na década de 90, apresentava essas características, ou seja, o médico realizava o diagnóstico e prescrevia as ordens terapêuticas e a equipe de enfermagem e os agentes de diferentes setores do hospital as executavam. Atualmente, o mesmo pode ser observado, quando um professor de enfermagem faz a escolha dos pacientes para uma aula prática, a partir de uma prescrição medicamentosa, priorizando a técnica, em detrimento do raciocínio clínico e edificando a ideia de supremacia do trabalho médico.

De acordo com Merhy, Campos e Malta (1998), o processo de trabalho em saúde opera com um conjunto de intervenções assistenciais que ultrapassam as várias “ferramentas-máquinas”, diferentemente, mobiliza intensamente conhecimentos, sob a

forma de saberes profissionais como a clínica – tecnologia menos dura do que os aparelhos e as ferramentas e que está sempre presente nas atividades de saúde, denominada pelo autor de tecnologia leve-dura.

Os conhecimentos clínicos, que extrapolam o modelo biomédico ou modelo clínico de atenção empreendido na maioria das instituições, podem ser transpostos, de modo a permitir uma mudança na lógica de atenção. O enfoque abandona apenas o tratamento da doença, para contemplar uma questão mais abrangente, em que o indivíduo que se encontra momentaneamente doente, após, retornará para o contexto social do qual faz parte (LUCENA *et al.*, 2006).

As práticas de saúde são um conjunto de práticas profissionalizadas e semiprofissionalizadas que, por meio de processos de intervenção técnica e social, atuam na promoção da saúde, na prevenção, tratamento e reabilitação da doença. São originárias das relações entre os diferentes atores sociais na intervenção sobre o processo saúde/doença, em determinados contextos sociais (GONÇALVES, 1994). De acordo com MARX (1980, p.202),

Os elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho; os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

A partir do conceito de Marx, faz-se uma analogia ao processo de trabalho em enfermagem, instituindo como elementos: o trabalho, o indivíduo (paciente/usuário do serviço) e a clínica. O saber clínico constitui-se no instrumento que subsidia o momento intelectual na produção de trabalho e determina relações sociais que se conformam de uma maneira que aquele que se apropria desse instrumento tem posição central na equipe de saúde, legitimando sua hegemonia e seu poder sobre o conjunto (LIMA, 1998).

Embora possam existir algumas situações com uma posição nuclear do médico no processo de trabalho em saúde, os demais trabalhadores têm uma autonomia relativa na realização de algumas ações específicas. O enfermeiro, por exemplo, pode prescindir da autoridade médica em situações referentes à forma de organização de suas atividades, cuidados de enfermagem, coordenação, supervisão e avaliação do trabalho da equipe de enfermagem. Portanto, o trabalho da enfermagem não se limita a simples atos de execução, diferentemente, exprime fazeres articulados (LIMA, 1998).

Lima (1998) ainda refere que os limites da autonomia da enfermagem são definidos na interdependência com o trabalho médico. Contudo, ao observar os limites

profissionais de cada sujeito envolvido no processo de trabalho em saúde, percebe-se uma relação limitante entre todas as profissões, visto que nenhuma alcança a integralidade das ações e, portanto, não somente o médico, mas outros profissionais também podem estabelecer nexos de interdependência. Apesar disso, salienta-se o fato de que o trabalho em enfermagem, na coordenação das atividades para a produção de cuidados, é dependente de conhecimento e poder decisório, o que nega a evidência de uma atividade em posição inferior ao trabalho médico ou de qualquer outro profissional (BUENO; QUEIROZ, 2006).

De acordo com Carapinheiro (1993), a profissão médica representa com exclusividade a capacidade de trabalho autônomo, por meio da dominação do saber e da competência técnica na organização da divisão do trabalho. Assim, o médico dirige e avalia o trabalho de todas as categorias profissionais, sem ser objeto de direção e avaliação de ninguém. Em contraposição, Lunardi Filho (2004) aponta que é preciso romper o mito de que só quem sabe fazer pode determinar o que precisa ser feito.

O domínio do saber-fazer deve ser de competência do técnico responsável por sua execução, por ter recebido formação para o exercício desse saber-fazer específico. Tal assertiva mostra-se, especialmente, pertinente no trabalho em saúde, pelos graus de complexidade e especialização obtidos com o desenvolvimento técnico-científico, especialmente, nas últimas décadas (LUNARDI FILHO, 2004, p. 189).

Nesse contexto, cabe à enfermagem questionar sobre o impacto de suas ações, assumindo sua função na construção de uma prática interdisciplinar, com base no seu núcleo de competência e responsabilidade, o cuidado de enfermagem (LUCENA *et al.*, 2006, p.297). O enfermeiro necessita apresentar e desenvolver competências para a identificação de evidências clínicas presentes em sua prática profissional (SANTANA; SAWADA, 2008). De maneira semelhante, Ursi e Galvão (2006) reconhecem que o conhecimento da clínica é importante para a instrumentalização dos profissionais nas tomadas de decisão em enfermagem, colaborando na produção de saúde/cuidado.

O conhecimento da enfermagem tem sido desenvolvido por meio de várias correntes filosóficas e teóricas, que com esforço através da história, tem buscado o crescimento e aprimoramento desse conhecimento. Assim, no processo de profissionalização da enfermagem, buscou-se, desde o início, construir um campo de conhecimentos específicos com o intuito de adquirir o estatuto de ciência (BARRA *et al.*, 2006).

Identifica-se que o termo clínica pode ser incorporado pela enfermagem de uma forma equivocada como o uso de expressões como: livros de enfermagem clínica ou

livros de enfermagem cirúrgica, numa tentativa de excluir a clínica da cirurgia e vice-versa. Assim, o papel clínico para o enfermeiro pode se apresentar invisível aos olhos da prática, desenvolvido, sim, mas de forma velada, sem que o profissional enfermeiro se aproprie dele com real valor e com significado concreto (MENDES, 2010). A literatura brasileira, quando trata das questões que envolvem a clínica em enfermagem, comumente aborda o fenômeno, de maneira que a clínica seja abordada como forma de doença, assim como na prática médica (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

O objeto de trabalho da enfermagem possui uma natureza física e social (GONÇALVES, 2007). Assim, é necessária uma abordagem mais ampliada, em que as pessoas, processos e tecnologia atuem, conjuntamente, no mesmo espaço para produzir a máxima eficiência em unidade de internação cirúrgica (HENDRICH *et al.*, 2008).

A satisfação dos pacientes em unidade de internação cirúrgica pode estar relacionada à organização da instituição hospitalar, assim como do trabalho da enfermagem, de modo que o enfermeiro tenha condições de identificar, adequadamente, os sintomas e estabelecer cuidados pertinentes (BACON; MARK, 2009). Em estudo realizado com enfermeiros americanos, verificou-se que esses profissionais permaneciam menos de um quinto do tempo realizando atividades de cuidado direto ao paciente. Apenas 7,2% do tempo de prática de enfermagem era dedicado à avaliação do paciente e registro de sinais vitais, aspectos estes que podem comprometer, em parte, a satisfação dos pacientes (HENDRICH *et al.*, 2008).

O enfermeiro de internação cirúrgica exerce sua prática, no contexto perioperatório, desde o preparo do paciente e ambiente até cuidados antes, durante e após o procedimento cirúrgico, incluindo o preparo da alta hospitalar. Nesse contexto, o saber deve ser construído e partilhado com os demais membros da equipe de saúde, em consonância com as mudanças ocorridas na sociedade, contribuindo para o conhecimento teórico e prático da profissão (PONTE *et al.*, 2012).

O conhecimento produzido pela enfermagem deve estar associado às demandas sociais e necessidades de enfrentamento da população e, deste modo, as pesquisas científicas da área podem colaborar para a melhoria da qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes (PONTE *et al.*, 2012). Para pensar o enfermeiro, na perspectiva de um trabalho promotor de saúde ampliado, é preciso levar em consideração a história de vida de cada sujeito, ou seja, considerá-lo não apenas como uma doença a ser tratada, mas como um ser humano que estrutura sua vida e o modo de reagir ao processo saúde-doença de maneira particular (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

As publicações na área de enfermagem cirúrgica são, prevalentemente, de caráter qualitativo, contudo, entre os anos de 2005 e 2009, verificou-se um aumento das publicações de pesquisas quantitativas. Supõe-se que a tendência para a publicação de pesquisas qualitativas ocorra devido ao interesse de se aproximar dos modelos humanísticos e não apenas dos modelos clínico/biomédico e positivista (PONTE *et al.*, 2012).

A clínica contempla desde uma perspectiva de interpretação de sinais e sintomas da doença quanto de um plano relacional, que tem nos sujeitos e suas existências o ponto de partida para sua abordagem. Deste modo, a clínica se volta para o sujeito em busca de respostas às suas necessidades de saúde. Para tanto, fazem-se necessárias articulações interdisciplinares que possam atribuir outras possibilidades de um pensar e fazer clínico (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

Os sentimentos de ter que vivenciar uma cirurgia, em sua maioria, são desagradáveis e envolvem ansiedade, medo, frustração, angústia que remontam questões históricas, as quais ficaram marcadas na memória coletiva. Deste modo, as repercussões psicológicas imprimem fragilidade emocional decorrente da doença/cirurgia – por vezes, uma doença estigmatizada - além de repercussões sociofinanceiras. Diante disso, é preciso que o enfermeiro compreenda a complexidade da situação e todos os seus desdobramentos, a fim de melhor ajudar os pacientes em situação cirúrgica (AMORIM *et al.*, 2012).

O cuidado de enfermagem é mediado por uma prática clínica que apreende os fenômenos da saúde e da doença, tanto de maneira individual quanto coletiva (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011). Entretanto, ao considerar que o paciente cirúrgico apresenta diversos tipos de necessidades de cuidados, é premente enfatizar-se a importância da equipe multiprofissional (AMORIM *et al.*, 2012).

Deste modo, a qualidade da assistência em unidade de internação cirúrgica pode estar relacionada às relações de comunicação terapêutica que o enfermeiro consegue estabelecer com o paciente como, também, com sua comunicação com a equipe de saúde (GOMES *et al.*, 2012).

[...] para que a clínica se dê como um verdadeiro acontecimento, faz-se necessário que o enfermeiro se despoje de qualquer posição de saber totalizador e se lance no intempestivo de cada encontro, de cada intervenção (OLIVEIRA *et al.*, 2009, p. 525).

Entre os obstáculos para uma compreensão mais ampla do processo de trabalho atrelado a uma visão integralizadora, está o fato de que a organização do trabalho em

enfermagem, estando dividido entre diferentes categorias profissionais denota uma fragmentação do cuidado. Superar as formas tradicionais de organização do trabalho nas instituições requer uma ação coletiva, a partir das competências profissionais específicas, de pensar e buscar transformar com vistas a uma assistência que respeite as diferenças e similaridades. Essa superação possibilitaria uma visão global das necessidades do sujeito, tornando o trabalho mais efetivo (GONÇALVES, 2007).

A prática clínica pode ser construída desde os primeiros momentos da formação, na medida em que é possível provocar a resignificação da educação e da formação profissional em suas vidas. Assim, a verticalidade das relações e preocupações com a forma e o formato dos conteúdos precisa ser suplantada pela centralidade nos sujeitos e nos seus motivos de busca da aprendizagem (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011). Entende-se como uma necessidade a mudança de paradigma para que exista uma transformação do ambiente hospitalar em prol de um ambiente, no qual os enfermeiros possam realizar com mais eficiência o cuidado direto ao paciente (HENDRICH *et al.*, 2008). Deste modo, a qualidade dos cuidados prestados, assim como a segurança do paciente, pode estar conectada a uma formação integrada dos enfermeiros (TVEDT *et al.*, 2012).

É dever do enfermeiro, exercer a profissão com conhecimentos científicos e técnicos, congregando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (TAVARES, 2010). O olhar sobre o indivíduo torna capaz a reconfiguração da clínica para o encontro com os profissionais da saúde, pressupondo uma fuga dos movimentos institucionalizados na atenção à saúde (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011). Deste modo, com o intuito de promover o crescimento e consolidação de saberes teóricos e práticos, os enfermeiros devem procurar fortalecer o corpo de conhecimento próprio para embasar sua prática profissional, com vistas à cientificidade da profissão (PONTE *et al.*, 2012).

Urge visualizar o indivíduo (o que significa, etimologicamente, Indivisível) como único devendo-se, pois, considerar menos, se determinado tratamento funciona, pensando na maioria dos pacientes, mas se o mesmo funcionará para este paciente em particular, com estes problemas pessoais, neste tempo de sua vida, neste ambiente, neste recanto do país e do mundo, etc. Em outras palavras, o enfoque primordial não deve continuar se concentrando naquilo que o paciente tem em comum com outros, mas nas suas peculiaridades (BARROS, 2002, p. 81).

Grossi (2006) e Gentil, Ramos e Whitaker (2008) salientam a multidimensionalidade humana nas práticas clínicas, evidenciando a importância da conexão com os aspectos psicossociais. Entende-se que os diversos aspectos que

contextualizam os processos biológicos não devem ser ignorados, mas visualizados em uma estrutura horizontal, evitando que a relevância da materialidade do corpo seja minimizada (SOUSA *et al.*, 2011).

A partir de uma revisão integrativa, verificou-se que a clínica, na concepção de campo de conhecimentos para a produção de saúde e cuidado, não é abordada como temática central na produção de conhecimento em enfermagem, apresentando-se aparentemente como objeto secundário na produção das publicações nacionais. Contudo, existe a predominância de uma concepção que associa o conhecimento científico à prática clínica, apontando de maneira intrínseca a valorização da clínica para o trabalho do enfermeiro. Salienta-se, assim, a incorporação dos conhecimentos produzidos, no fazer do enfermeiro, como elementos que podem contribuir nas interações com a equipe multidisciplinar, minimizando disparidades atitudinais e as relações de poder no ambiente de trabalho (SOUSA *et al.*, 2011, p. 499).

3 REFLEXÕES FILOSÓFICAS COM DELEUZE E GUATTARI

A partir da escolha por Gilles Deleuze e Felix Guattari, buscou-se realizar reflexões filosóficas que apoiassem um pensar coerente com o trabalho da enfermagem sustentado pela clínica. Tendo em vista a complexidade desses autores e a diversidade de suas obras, neste estudo, desenvolveram-se reflexões com base em alguns conceitos e, despretensiosamente, buscou-se interconectá-los com o saber/fazer em enfermagem.

Deleuze e Guattari (2000a) afirmam a existência de um pensar arborescente, advindo da tradição humanista ocidental, o qual pode ser representado por um modelo de árvore. O pensamento arborescente parte de uma raiz e produz ramificações que se espalham de modo vertical, concebendo um pensamento hierarquizado e limitado aos seus pontos de ramificação. Assim, estes autores afirmam que o pensamento ocidental, bem como o desenvolvimento da ciência ocorreu de forma a construir uma estrutura de raciocínio totalizadora – constituída de elementos verticalizados e opositores.

A clínica advinda de uma ciência arborífica enraíza-se no saber biológico e, portanto, o modelo clínico apresenta uma estrutura do tipo árvore, com uma raiz principal e ramificações decorrentes dos saberes da anatomia, fisiologia, biologia, patologia e farmacologia. Assim, entende-se que, no modelo clínico de assistência, o fazer profissional pode alcançar todas essas ramificações, aprofundando-se no “solo” tanto quanto for preciso para atender as necessidades advindas dos pontos que compõem essa árvore, contudo, limita-se ao espaço dessa arborescência. As estruturas do tipo arborescente são somente ligações localizáveis entre pontos e posições e podem ser reproduzíveis; estabelecem sistemas hierárquicos que comportam centros de significância e de subjetivação com memórias organizadas.

Em contraposição a essa forma de pensamento, propõem uma concepção rizomática do pensar, com o intuito de alcançar a multiplicidade. De acordo com eles, é preciso fazer o múltiplo, sem o acréscimo de uma dimensão superior, mas, no nível das dimensões de que se dispõe. Diferentemente de uma estrutura arborífica, um rizoma como haste subterrânea distingue-se absolutamente das raízes e radículas. O *rizoma* conecta um ponto qualquer com outro ponto, colocando em contato signos distintos. Deste modo, não rejeita o uno nem o múltiplo; não é feito de unidades, mas de dimensões e não tem começo nem fim, mas um meio pelo qual cresce e se expande (DELEUZE; GUATTARI, 2000a).

Do mesmo modo, a proposição de uma construção de produção de cuidados sob o olhar rizomático não nega a árvore, não nega a raiz, não nega suas radículas. Diferentemente, produz rizomas, a partir dessa estrutura vertical e, com isso, promove uma transformação que a descaracteriza como modelo hierárquico e a faz cumprir a função de rizoma. Uma estrutura rizomática é constituída por linhas, linhas de fuga ou desterritorialização, o oposto de uma estrutura definida por um conjunto de pontos e correlações binárias entre estes pontos. Ou seja, o

oposto ao grafismo, ao desenho ou à fotografia, oposto aos decalques, o rizoma se refere a um mapa que deve ser produzido, construído, sempre desmontável, conectável, reversível, modificável, com múltiplas entradas e saídas, com suas linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 2000a, p. 32).

A multiplicidade é alcançada, a partir das metamorfoses dessas dimensões suportadas pelas linhas de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 2000a). Do mesmo modo, a multiplicidade da produção de cuidados em enfermagem pode se constituir, a partir do trabalho com essas linhas de fuga, do trabalho em movimento constante de desestruturação/reestruturação das conexões do rizoma.

No rizoma, não há espaço para reprodução, ele ocorre por variação, expansão e conquista (DELEUZE; GUATTARI, 2000a). A produção de trabalho em enfermagem pode utilizar-se dessas memórias organizadas, pode apoiar-se em pontos de saber estruturados e, a partir disto, ampliar seu espaço de ação.

O rizoma é um sistema a-centrado, não hierárquico e nega ligações preestabelecidas. Para tanto, é nutrido por *agenciamentos*. Um agenciamento é o crescimento das dimensões numa multiplicidade intermediada por conexões das linhas de fuga. É todo conjunto de singularidades e de traços extraídos do fluxo. Nesse sentido, é uma verdadeira invenção (DELEUZE; GUATTARI, 2000b).

Um rizoma pode ser rompido, fragmentado em um lugar qualquer e ser reconstruído sob outras formas, segundo suas linhas ou novas linhas. Assim, o rizoma compreende linhas de segmentaridade, segundo as quais ele é estratificado, territorializado, organizado, mas compreende, também, linhas de desterritorialização, pelas quais ele se renova. “Ser rizomorfo é produzir hastes e filamentos que parecem raízes, ou melhor ainda, que conectam com elas penetrando no tronco, podendo fazê-los servir a novos e estranhos usos” (DELEUZE; GUATTARI, 2000a, p. 25).

O sistema do tipo arborescente admite somente um elemento imediato, seu superior hierárquico. As vias de transmissão são preestabelecidas e concebe um indivíduo integrado a um lugar preciso – significância e subjetivação. Contudo, esse

sistema pode constituir a chamada radícula (parte da raiz com característica fasciculada), que constitui uma falsa multiplicidade, pois, apesar de apresentar uma aparência não hierárquica, mesmo assim, admite uma solução hierárquica. Deleuze e Guattari (2000a), ainda, referem que as árvores podem corresponder ao rizoma, ou seja, germinar em rizoma.

Um rizoma não começa nem conclui, ele se encontra no meio, entre as coisas, inter-ser, intermezzo. A árvore é filiação, mas o rizoma é aliança, unicamente aliança (DELEUZE e GUATTARI, 2000a, p. 100).

A formação coletiva é do tipo rizoma, por oposição ao modelo arborescente que se concentra em órgãos de poder e, nesse sentido, os grupos são metamorfoses de uma *máquina de guerra*. A máquina de guerra não corresponde a uma guerra propriamente dita, ela se projeta em um saber abstrato e é constituída, por meio de linhas de fuga que questionam o modelo hierárquico (DELEUZE; GUATTARI, 2000b).

O que queremos dizer, na verdade é que os corpos coletivos sempre têm franjas ou minorias que constituem equivalentes de máquina de guerra, sob formas, por vezes, muito inesperadas, em agenciamentos determinados, tais como construir pontes, construir catedrais ou, então, juízos, ou compor música, instaurar uma ciência, uma técnica... (DELEUZE; GUATTARI, 2000b, p. 32).

Suas obras apontam constantemente uma relação de contra-força entre a máquina de guerra e o Estado e, aqui, neste estudo, realiza-se uma analogia do Estado como um poder de resistência, ou seja, como a contra-força realizada pela produção de cuidados de saúde sob o modelo clínico. Assim, observa-se que a máquina de guerra pode estar representada no trabalho da enfermagem, contrapondo-se e resistindo a um saber estabelecido e reconhecido.

Os meios de gerir esse Estado é a introdução de divisões de trabalho e distinção suprema do intelectual e o manual, o teórico e o prático (DELEUZE; GUATTARI, 2000b). Dessa forma, compreende-se que a enfermagem, ao ter domínio do corpo prático de conhecimentos e ao apropriar-se da clínica como forma de saber articulado, contesta a divisão de trabalho e constrói um sustentáculo para nutrir uma máquina de guerra que conflita com o Estado, nesse caso, modelo clínico/biomédico de assistência.

A reprodução desse “Estado” como órgão de poder, implica a permanência de um ponto de vista fixo, mas seguir é algo diferente do ideal de reprodução (DELEUZE; GUATTARI, 2000b). O modelo clínico, portanto, pode ser reproduzido, mas, além disso, pode ser seguido; segui-lo não é reproduzi-lo. Assim, trabalhar de forma concomitante ao modelo clínico não nega a formação de linhas de fuga necessárias para o objetivo final do trabalho.

O processo de desterritorialização constitui e estende o próprio território (DELEUZE; GUATTARI, 2000b). Por conseguinte, um saber desterritorializado e reterritorializado sob outra forma, em outro espaço oferece novas conformações de cuidar em saúde. O próprio indivíduo é desterritorializado de seu espaço na família e reterritorializado no espaço do hospital, observado de outra forma, apresentando sentimentos e necessidades distintas, entretanto, não perde suas linhas de comunicação com os elementos externos; rompe linhas e estabelece linhas renovadas à sua territorialização, mas não todas, apenas o necessário. Dessa forma, o trabalho em saúde observa esse indivíduo reterritorializado como paciente sem negar suas linhas externas comunicantes e, da mesma forma, territorializa e reterritorializa saberes e fazeres comunicantes.

Vá à tua primeira planta, e ali observa atentamente como escoar a água que jorra a partir desse ponto. A chuva teve de transportar os grãos para longe. Segue as valas que a água escavou, assim conhecerás a direção do escoamento. Busca, então, a planta que, nessa direção, se encontra mais afastada da tua. Todas as que crescem entre essas duas são tuas. Mais tarde (...), poderás ampliar teu território... (Castaneda, *L'herbe du diable et La petite fumée*, p. 160) (DELEUZE; GUATTARI, 2000b).

Através da máquina de guerra, portanto, é possível promover transformações. Nesse contexto, Deleuze e Guattari referem-se a um nomadismo, a um poder de mudança e transformação, por meio das linhas de fuga, e introduzem o conceito de ciência régia e ciência nômade como duas concepções de ciência convivendo juntas. O nômade é o desterritorializado por excelência, porque a reterritorialização não se desfaz. É uma constante que o desloca por um espaço liso localizado e não delimitado. Desse modo, fazer do pensamento uma máquina de guerra é colocá-lo em relação direta com o fora e, por isso, o nômade apresenta essa característica, pois apresenta o movimento necessário com a exterioridade (DELEUZE; GUATTARI, 2000b).

O trabalho da enfermagem pode ser amparado por diversas teorias, sejam elas de enfermagem ou não. Independentemente disso, observa-se que não é esta ou aquela teoria que irá garantir a qualidade do produto final. Diferentemente, entende-se que serão os agenciamentos advindos do e no processo de trabalho em saúde que irão promover os nexos imperativos à multiplicidade. Portanto, o trabalho da enfermagem é intrinsecamente rizomorfo, no sentido em que opera na articulação coletiva de saberes e fazeres profissionais distintos e, da mesma forma, pode atuar de maneira rizomórfica em seu próprio espaço de ação.

Por sua vez, a enfermagem como unidade a-centrada articula o coletivo e a enfermagem como coletivo pode atuar como máquina de guerra. Assim, compreende-se que a enfermagem pode ser a figura nômade que transita entre os diferentes espaços e saberes, por meio de um pensar múltiplo, um trabalho autônomo e rizomático. Do mesmo modo, articula seus saberes como uma máquina de guerra com o objetivo de um cuidado integralizador, conectado ao ambiente e agregado ao modelo clínico de assistência.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Foi executada uma pesquisa qualitativa e exploratória, na forma de Estudo de Caso, a qual investigou o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica. Esse tipo de pesquisa estuda as pessoas em seus ambientes naturais, em vez de ambientes artificiais ou experimentais. No contexto de atenção à saúde, diversos métodos qualitativos de pesquisa têm sido empregados para abordar questões sobre fenômenos sociais, variando desde complexos comportamentos humanos até a organização da clínica hospitalar ou do sistema de saúde como um todo (POPE e MAYS, 2009).

O estudo de caso é a estratégia escolhida para responder às questões de pesquisa “como” e “por que” e ao se examinarem acontecimentos contemporâneos com comportamentos relevantes não manipuláveis. Emprega-se o estudo de caso para contribuir com o conhecimento sobre os fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. São generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações e universos (YIN, 2005, p.29). De acordo com Bonoma (1985, p. 207), a escolha pelo método do estudo de caso ocorre:

"[...] quando um fenômeno é amplo e complexo, onde o corpo de conhecimentos existente é insuficiente para permitir a proposição de questões causais e quando um fenômeno não pode ser estudado fora do contexto no qual ele naturalmente ocorre".

É preciso salientar a diferença entre o ensino do estudo de caso com a pesquisa do estudo de caso, para evitar equívocos frequentes. No ensino, a matéria-prima do estudo de caso pode ser deliberadamente alterada para ilustrar uma determinada questão, de forma mais efetiva; já na pesquisa, qualquer passo como esse pode ser terminantemente proibido. Assim, na pesquisa, o pesquisador de estudo de caso deve trabalhar para expor todas as evidências, de forma científica (YIN, 2005).

Para aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso, utilizou-se um protocolo que se destinou a orientar o pesquisador ao realizar a coleta de dados, a partir de um estudo de caso único. De uma forma geral, o protocolo do estudo de caso apresentou uma visão geral do projeto do estudo de caso, os procedimentos de campo, as questões do estudo de caso e um guia para o relatório do estudo de caso.

4.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na Unidade de Clínica Cirúrgica (UCC) do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), na Cidade do Rio Grande. A escolha pela referida unidade de internação ocorreu com base na seguinte justificativa: a unidade é campo de atuação de aulas práticas da pesquisadora em 2 ou 3 turnos semanais e, portanto, já há algum tempo estabelecia uma relação de proximidade tanto com as equipes de trabalho quanto com o contexto; assim, a presença da pesquisadora, durante o processo de coleta de dados não causou estranheza.

Pope e Mays (2009) referem que o pesquisador precisa ser aceito pelo grupo, mas evitar mergulhar tanto na cultura do grupo, a ponto de perder a capacidade de recuar e analisar o ambiente. Assim, entendeu-se que a UCC configurava-se em um espaço adequado para o desenvolvimento do estudo, pois a pesquisadora apresentava certo grau de familiaridade, sem, no entanto, integrar-se ao grupo de trabalho, de maneira mais profunda.

O HU/FURG foi criado através da Portaria da Reitoria nº 23/76, de 29 de março de 1976 e presta atendimento exclusivo a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Exerce papel relevante como Hospital de Ensino, tendo seu regimento aprovado pelo Conselho Universitário, em 28 de novembro de 1988. Atua como um centro de atenção à saúde de médio porte e alta complexidade, apresentando forte envolvimento em atividades de ensino, pesquisa e extensão, exercendo um papel político importante na comunidade que está inserido.

A Unidade de Clínica Cirúrgica dispõe de 37 leitos de internação distribuídos em 11 enfermarias e atende pacientes adultos para tratamento cirúrgico em pré-operatório e pós-operatório. De acordo com o serviço de internação do HU/FURG, são realizadas em média 116 internações/mês⁵. Conta com equipes médicas de cirurgia geral, traumatologia e gineco-obstetrícia que, em média, realizam 47 cirurgias/semana⁶. O quadro de funcionários da equipe de enfermagem está organizado em três turnos (Manhã, Tarde e Noite) e o turno noturno divide-se em Noite I e Noite II; regime de trabalho de 30h/semanais. Na unidade, ainda há uma técnica administrativa sob o

⁵ Informação adquirida a partir da média aritmética entre os meses de janeiro e maio de 2012.

⁶ Informações adquiridas a partir da média aritmética de 4 semanas com base nos registros das Escalas de Cirurgia.

regime de trabalho de 40h/semanais. A seguir apresenta-se no Quadro1 a escala dos funcionários de enfermagem, de acordo com turno e função que desempenham:

Quadro 1 – Escala quantitativa da equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Cirúrgica do HU-FURG.

	Manhã	Tarde	Noite I	Noite II
Enfermeiro	2	2	1	1
Técnico de Enfermagem	1	2	1	2
Auxiliar de Enfermagem	6	3	4	3
<i>Subtotal funcionários</i>	9	7	6	6
<i>Total funcionários</i>	28			
<i>Total Enfermeiros</i>	6			

FONTE: dados da pesquisa (2012).

4.3 UNIDADE DE ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO

A unidade de análise no estudo de caso deve ser estabelecida a partir da definição do que é um “caso”. Em cada situação, uma única pessoa é o caso que está sendo estudado, ou o “caso” também pode ser algum evento ou entidade que é menos definido do que um único indivíduo (YIN, 2005). Este estudo teve como unidade de análise um grupo de enfermeiros de uma unidade de internação hospitalar. A definição da unidade de análise foi realizada a partir da definição do objetivo do estudo.

Sendo assim, a definição da unidade de análise em um único indivíduo – enfermeiro - iria requerer um estudo de caso múltiplo, pois, nessa situação, um estudo de caso único poderia ficar fragilizado. Contudo, Yin (2005) refere que, para um estudo de caso múltiplo, cada unidade de análise exigiria um projeto de pesquisa sutilmente diferente e uma estratégia de coleta de dados.

Deste modo, entendeu-se que a análise do presente estudo recaía sobre o trabalho exercido pelo enfermeiro, de modo que não haveria a necessidade de diferenciar subprojetos sob o mesmo enfoque. Justifica-se, portanto, a definição de unidade de análise como um grupo, tendo em vista sua homogeneidade. Foram considerados critérios de inclusão:

- Disponibilidade e concordância em participar do estudo com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) de, pelo menos, um enfermeiro de cada turno da UCC. Este consentimento foi assinado em duas vias,

sendo que uma ficou com a pesquisadora e outra com as participantes do estudo que compuseram a unidade de análise.

A escolha por compor a unidade de análise com, no mínimo um enfermeiro por turno ocorreu por considerar-se que existe a necessidade de acompanhar o processo de trabalho com respeito às diferentes particularidades dos sujeitos e turnos de trabalho. Além disso, entendeu-se que um grupo deveria ser composto por, pelo menos, três integrantes para oferecer maior confiabilidade ao processo de análise e apresentar menos riscos de vieses, durante a pesquisa. Entretanto, os seis enfermeiros da UCC foram convidados e aceitaram fazer parte da unidade de análise do estudo; não tendo sido considerado, portanto, qualquer profissional que estivesse atuando na unidade para substituição de folgas.

4.4 MÉTODO DE COLETA DE DADOS

Os estudos de caso podem utilizar uma variedade de métodos qualitativos, incluindo entrevistas e observação não participante, e são uma forma de inquirição que não depende exclusivamente dos dados etnográficos ou de observadores participantes (YIN, 2005; POPE; MAYS, 2009). Este estudo utilizou a observação não participante, concomitante à pesquisa documental e, posteriormente, a entrevista em profundidade, realizada em duas etapas distintas de coleta, com o objetivo de agregar diferentes informações e proporcionar um banco de dados consistente para a análise.

De acordo com Palmeira (1977), a observação, no estudo de caso, permite um acompanhamento mais prolongado e minucioso das situações. Essa técnica, complementada pela técnica da entrevista em profundidade, revela o significado das situações para os indivíduos, oferecendo amplitude, quando comparado com um questionário padronizado. Os fenômenos de interesse não são puramente de caráter histórico e, portanto, encontram-se disponíveis para observação alguns comportamentos ou condições ambientais relevantes (YIN, 2005).

“Os métodos observacionais têm sido usados para analisar o trabalho diário de profissionais de saúde e de outros membros da equipe de atenção à saúde” (POPE; MAYS, 2009, p. 47). As observações realizadas em uma unidade organizacional podem oferecer uma nova dimensão de compreensão tanto do contexto quanto do fenômeno em estudo (YIN, 2005). O pesquisador, sistematicamente, observa os comportamentos e os relacionamentos cotidianos e, assim, esse é um método que se mostra adequado para

estudar o funcionamento das organizações, o desempenho de papéis entre diferentes equipes e interação entre equipe e pacientes (POPE; MAYS, 2009).

As observações podem variar de atividades formais a atividades informais de coleta de dados. Mais formalmente, podem-se desenvolver protocolos de observação como parte do protocolo do estudo de caso; de uma maneira mais informal, podem-se realizar observações diretas ao longo da visita de campo (YIN, 2005).

Por sua vez, as entrevistas são fontes essenciais de informação para um estudo de caso e comumente podem ser conduzidas de forma espontânea. Assim, o pesquisador pode questionar aos respondentes tanto fatos relacionados a um determinado assunto quanto solicitar a opinião deles sobre um evento específico (YIN, 2005).

As *entrevistas em profundidade* são uma modalidade de entrevista que se caracterizam por serem menos estruturadas e podem abranger apenas um ou dois aspectos, mas com maior detalhamento. Esse tipo de entrevista pode começar com o entrevistador fazendo um breve esclarecimento do assunto a ser abordado e, a seguir, questionar o entrevistado acerca do tema proposto. Ainda, devem ser realizadas perguntas adicionais baseadas no que a pessoa entrevistada disse e consistem, principalmente, em esclarecimentos e busca de detalhes (POPE; MAYS, 2009).

Assim, uma entrevista de pesquisa qualitativa desvela a estrutura de sentidos própria do entrevistado, ao mesmo tempo que busca evitar a imposição das estruturas e das suposições do pesquisador sobre o relato do entrevistado (POPE; MAYS, 2009, p. 25).

Os métodos de observação, entrevista e pesquisa documental somente foram operacionalizados, mediante assinatura do TCLE pelos componentes do grupo de enfermeiros (unidade de análise). Os demais profissionais que atuam na unidade de internação foram esclarecidos quanto ao motivo da presença da pesquisadora. O período de coleta de dados ocorreu entre outubro de 2012 a janeiro de 2013.

As observações foram realizadas na UCC, divididas em períodos de, pelo menos, 4 horas ininterruptas e de maneira semelhante entre os três turnos de trabalho (Manhã, Tarde e Noite), para contemplar as particularidades que envolvem as rotinas de cada turno. O número total de horas despendido para a observação totalizou 200 horas o que correspondeu a 28 períodos e foi determinado pela saturação teórica dos dados; contudo, foi satisfeita a similaridade de tempo de observação entre os distintos turnos de trabalho.

A pesquisa documental foi realizada, por meio da busca de registros de enfermagem, utilizando como documentos para consulta o prontuário do paciente e o livro de registros de enfermagem. Foram considerados dados todos os registros referentes à unidade de análise (grupo de enfermeiros), durante o período da coleta de dados observacional do estudo. Assim, os dados documentais corresponderam aos períodos de observação e, portanto, foi possível fazer aproximações entre os dados encontrados.

Na área da saúde, o conceito de saturação teórica ou amostragem por saturação é amplamente utilizado e configura-se em uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática. Sua utilização pode nortear a finalização da busca por novas evidências, pois, diferentemente de uma pesquisa quantitativa, não considera as mensurações das ocorrências estudadas e sua avaliação ocorre por um processo contínuo de análise dos dados, desde o início do processo de coleta (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A documentação das observações foi realizada em diário de campo, durante o período de observação ou logo após o acontecimento dos fatos, como forma de garantir o detalhamento dos eventos de maneira integral. As observações foram realizadas pela própria pesquisadora e, em dupla, por uma equipe composta por 6 estudantes do curso de graduação em Enfermagem da FURG. Os registros foram realizados na forma escrita, de acordo com um Roteiro de Observação (APÊNDICE B) e transferidos para um arquivo de texto para posterior análise.

Com base nas observações realizadas, emergiram as questões para a construção do Roteiro de Entrevista (APÊNDICE C), ou seja, as entrevistas em profundidade ocorreram, a partir de uma análise inicial dos eventos observados. As entrevistas foram individuais, realizadas pela própria pesquisadora, gravadas em aparelho de áudio e, posteriormente, transcritas integralmente para análise. Os enfermeiros foram convidados para realizar as entrevistas, em local privativo, de sua preferência e durante o horário que lhes melhor conviesse. Todos os sujeitos envolvidos optaram por conceder a entrevista no local de trabalho e tiveram garantido o cuidado quanto a sua privacidade, assim como confidencialidade dos dados obtidos.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados, de acordo com a análise textual discursiva proposta por Moraes e Galiazzi (2007), os quais referem tratar-se de um modo de aprofundamento e mergulho em processos discursivos, visando a alcançar saberes sob a forma de compreensões reconstruídas dos discursos. Este método de análise permite identificar e isolar enunciados dos conteúdos a ela submetidos, categorizar esses enunciados e produzir textos, de maneira a integrar descrição e interpretação. É uma metodologia exigente e solicita intensa impregnação do pesquisador (MORAES; GALIAZZI, 2006).

A análise textual tem sido cada vez mais utilizada nas pesquisas qualitativas; seja partindo de textos já existentes, seja produzindo a partir de entrevistas e observações. Essa abordagem de análise é um processo auto-organizado de produção de novas compreensões, em relação aos fenômenos que examina (MORAES, 2003). Transita entre duas formas consagradas de análise na pesquisa qualitativa que são a análise de conteúdo e a análise de discurso (MORAES; GALIAZZI, 2006).

A análise textual, conforme (Moraes, 2005, p. 86), utiliza como fundamento de sua construção o sistema de categorias, o “corpus” - conjunto de textos submetidos à apreciação que representam a multiplicidade de visões de mundo dos sujeitos acerca do fenômeno investigado. A análise qualitativa dos materiais textuais exige interpretações dos enunciados dos discursos com consciência de que isso, invariavelmente, envolve a própria subjetividade do pesquisador. O estudo foi efetuado através de uma leitura profunda e detalhada do “corpus”, concomitantemente, a um processo de descrição e interpretação, a partir da visão da pesquisadora apoiada no referencial teórico-filosófico proposto no estudo.

Moraes e Galiazzi (2007) propõem que a análise textual seja realizada, inicialmente, com uma leitura do material produzido com o objetivo de extrair as unidades constituintes, por meio de uma desmontagem dos textos (processo de unitarização). Estas unidades focalizam os elementos específicos do objeto de estudo que correspondem aos aspectos que merecem destaque.

Posteriormente, foi realizada a síntese das unidades constituintes mais similares, no intuito de reintegrá-las em categorias, a partir do estabelecimento de relações. Assim, cada categoria corresponde a um conjunto de unidades. Através da caracterização dos enunciados significativos do “corpus” e sua categorização resultou do produto da análise textual contido no “metatexto”. Por fim, a partir do “metatexto”, foram

organizadas e apresentadas as principais interpretações derivadas do conjunto de textos submetidos à análise (MORAES; GALIAZZI, 2007).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem e aprovação no Conselho da Escola de Enfermagem (CONEnf/FURG). Posteriormente, foi requerida autorização da Direção do HU/FURG (APÊNDICE D) e Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde - CEPAS/FURG.

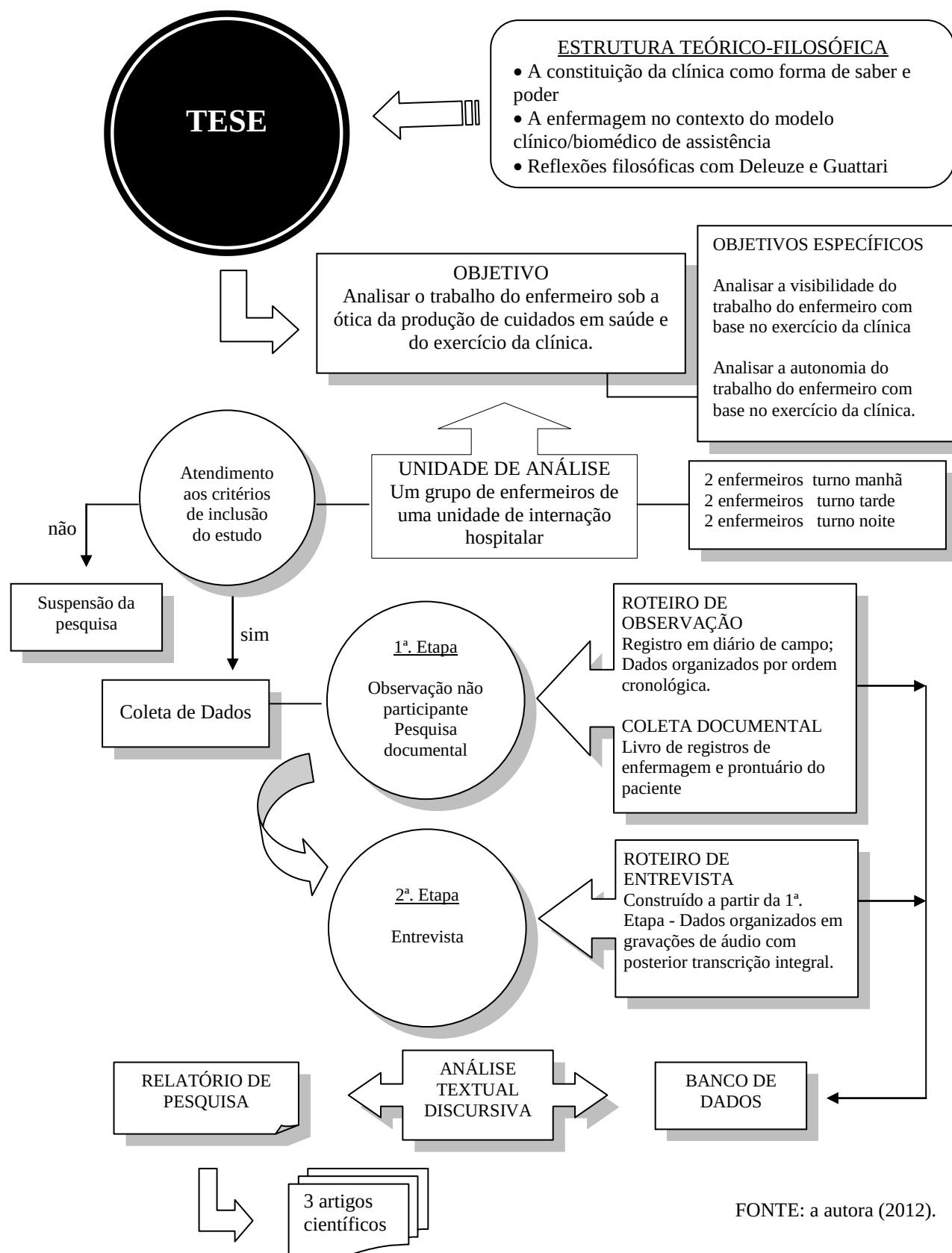
A execução da pesquisa teve início, após parecer favorável emitido pelo CEPAS/FURG, sob o nº87/2012 (ANEXO 1), e foi solicitada a assinatura do TCLE, o qual garante o anonimato dos participantes, sendo preservado o conteúdo dos dados obtidos, segundo as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196 de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996).

As integrantes da unidade de análise receberam o esclarecimento de que, a qualquer momento, poderiam abdicar de sua participação na pesquisa sem que isso lhes acarretasse qualquer prejuízo. Os riscos presumíveis foram ínfimos, durante o cumprimento do presente estudo, levando-se em conta que se tratava de observação e entrevista. Contudo, poderiam existir situações nas quais as pessoas envolvidas pudessem sentir-se desconfortáveis e constrangidas e esse aspecto não foi identificado, durante a coleta dos dados; ainda assim, a pesquisadora comprometeu-se a realizar os procedimentos/esclarecimentos necessários, diante de tal circunstância e, ainda, se preciso, consultar o serviço de psicologia, junto à instituição.

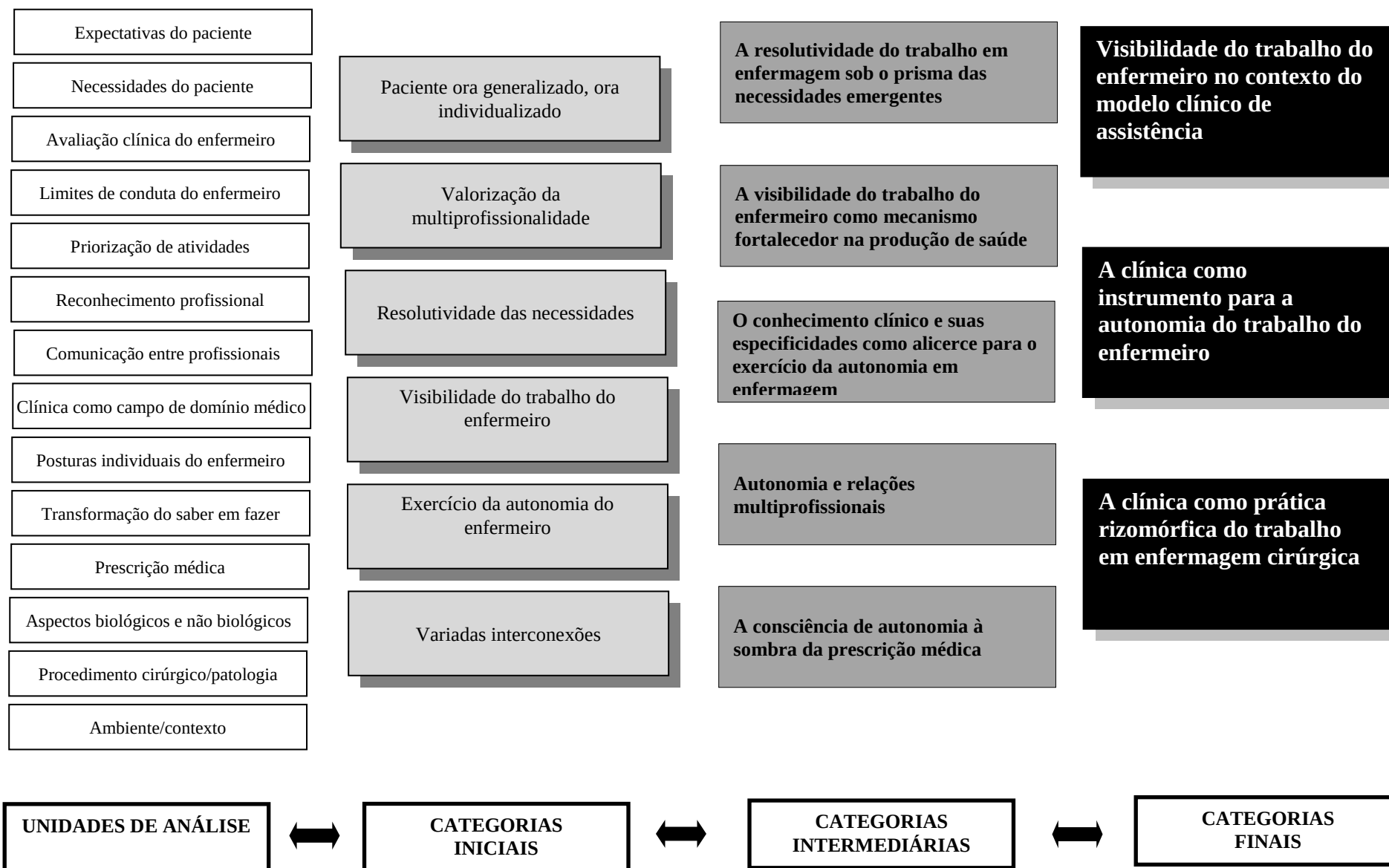
Os resultados da pesquisa serão divulgados, por meio de publicação de artigos em periódicos de circulação nacional e/ou internacional, bem como permanecerão disponíveis junto à biblioteca da área acadêmica do HU/FURG. Os sujeitos são identificados no texto por meio de códigos que não permitem seu reconhecimento. De tal modo, os enfermeiros participantes da pesquisa, são identificados na apresentação dos resultados como T1P1, T1P2, T2P1, T2P2, T3P1, T3P2, em que T representa o Turno e P, o profissional.

4.7 PROTOCOLO DO ESTUDO DE CASO

Figura2 – Protocolo do Estudo de Caso



4.8 MATRIZ DA ANÁLISE DOS DADOS



5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da pesquisa resultaram na produção de três textos a seguir apresentados. O primeiro intitulado *Visibilidade do trabalho do enfermeiro no contexto do modelo clínico de assistência* teve por objetivo analisar a visibilidade do trabalho do enfermeiro com base no exercício da clínica.

O segundo texto foi produzido sob o título de *A clínica como instrumento para a autonomia do enfermeiro* com o objetivo de analisar a autonomia do trabalho do enfermeiro com base no exercício da clínica. E, por último, *A clínica como prática rizomórfica do trabalho em enfermagem cirúrgica* objetivando analisar o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica.

**VISIBILIDADE DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NO CONTEXTO DO MODELO
CLÍNICO DE ASSISTÊNCIA¹**

**VISIBILITY OF NURSING WORK IN THE CONTEXT OF THE CLINICAL MODEL OF
HEALTH CARE**

**VISIBILIDAD DEL TRABAJO DE EL ENFERMERO EN EL CONTEXTO DE EL
MODELO CLÍNICO DE ATENCIÓN**

Lenice Dutra de Sousa
Wilson Danilo Lunardi Filho

RESUMO: O estudo objetivou analisar a visibilidade do trabalho do enfermeiro com base no exercício da clínica. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória, na forma de Estudo de Caso, executada em uma unidade de internação cirúrgica. A unidade de análise foi um grupo de seis enfermeiros e os dados foram coletados por meio de observação não participante e entrevista em profundidade. O período de coleta ocorreu de outubro de 2012 a janeiro de 2013 e os dados foram analisados por meio da análise textual discursiva. Verificou-se que a clínica, como campo de conhecimentos, torna o trabalho do enfermeiro mais visível para os diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde. Para tanto, é necessário o reconhecimento de que esse profissional incorpora a clínica ao seu fazer. Assim, a clínica pode ser um instrumento que possibilita o reconhecimento e consequente visibilidade do trabalho do enfermeiro e contribui nas discussões, negociações e transformações.

Palavras-chave: competência clínica; enfermagem; trabalho.

ABSTRACT: This study aimed at analyzing nursing visibility in their clinical practice. This research is a qualitative and exploratory case study performed in a surgery unit. The unit of analysis was a group of six nurses, and data were collected through non-participant observation and depth interview. Data collection was carried out between October 2012 and January 2013, and data were analyzed through discursive textual analysis. It was apparent that, as a knowledge field, clinic practice makes the nurses' work more visible to the various people involved in the health process. Therefore, the fact that the nurses embody clinic practice when doing it needs to be acknowledged. This way, clinic practice can be an instrument that enables the acknowledgment and consequent visibility of the nurses' work and contributes in discussions, negotiations and transformations.

Keywords: clinical competence; nursing; work.

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo analizar la visibilidad del trabajo de el enfermero basado em la práctica clínica. Se trata de una investigación cualitativa y exploratoria en forma de

¹ Artigo a ser encaminhado a Revista Enfermagem UERJ, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: A clínica como instrumento do trabalho do enfermeiro na produção de cuidados; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf-FURG. Para a submissão o artigo será adaptado às normas da revista e sofrerá alterações que irão lhe garantir caráter de originalidade para publicação.

Estudio de Caso, realizado en una unidad de hospitalización quirúrgica. La unidad de análisis fue un grupo de seis enfermeras y los datos fueron recolectados a través de la observación no participante y la entrevista en profundidad. El periodo de recolección se produjo entre octubre de 2012 hasta enero de 2013, y los datos fueron analizados por medio de análisis textual discursiva. Se encontró que la clínica como campo de conocimiento, hace que el trabajo de las enfermeras más visible para los diferentes sujetos que intervienen en el proceso asistencial. Por lo tanto, es necesario reconocer que este profesional incorpora la clínica para su trabajo. Así, la clínica puede ser una herramienta que permita la visibilidad y el consiguiente reconocimiento trabajo del enfermero y contribuir en las discusiones, negociaciones y transformaciones.

Palabras clave: competencia clínica; enfermería; trabajo.

INTRODUÇÃO

O modelo clínico/biomédico constitui um marco importante nas organizações dos serviços de saúde, na assistência prestada e no próprio senso comum da população (PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006). Isso ocorre porque o curativismo ainda existe como foco principal na atenção à saúde e, nesse contexto, a atuação da enfermagem pode se limitar à sustentação das práticas médicas, constituindo-se como um trabalho complementar e pouco reconhecido na sociedade (ERDMANN, 2009).

Contudo, esse modelo de atenção à saúde fundamenta-se em um arcabouço de conhecimentos indissociável da atuação profissional do enfermeiro: o conhecimento clínico – a clínica. Assim, apesar de haver uma contraposição entre um fazer integralizador e o fazer fragmentador do modelo clínico/biomédico de assistência, o enfermeiro pode encontrar, nesse modelo de atenção à saúde, meios que lhe permitam prestar um cuidado resolutivo.

Destaca-se para tanto, o resgate da base científica nos cuidados ao paciente cirúrgico como aspecto importante no trabalho da enfermagem para que estes não sejam fundamentados em mitos, rituais ou conhecimentos empíricos. Entretanto, os cuidados de enfermagem não podem se afastar das necessidades dos pacientes e devem ser constantemente avaliados quanto a sua qualidade e validade para cada cirurgia proposta (CHRISTOFORO; CARVALHO, 2009).

A produção do conhecimento em enfermagem no Brasil indica um distanciamento da Enfermagem do conhecimento clínico que pode ter fragilizado o campo teórico dos enfermeiros acerca da clínica como instrumental para a realização do seu processo de trabalho (SOUZA *et al.*, 2011). Deste modo, pode ter havido um rompimento com alguns elementos da clínica que se enraízam em saberes biológicos e contribuem para sustentar a profissão, constituindo uma sólida construção teórica para o trabalho da enfermagem.

Neste estudo, a clínica é entendida como um campo no qual as práticas e saberes biomédicos e não biomédicos interagem, de modo a promover novas composições e modos de atuar em saúde

(FAVORETO, 2008). Assim, para visualizar o indivíduo estabelecendo relações plenas com o ambiente e intervir sobre suas necessidades, é preciso primeiro atender aquelas que são indispensáveis para a manutenção da vida.

Para tanto, é necessário o conhecimento clínico para sustentar o trabalho em enfermagem/saúde e buscar, por meio de uma visão ampliada, a integralidade da assistência. Portanto, considera-se que quando a enfermagem afasta-se da base científica que sustenta a clínica, ela fragiliza o seu saber e o seu fazer, enfraquecendo, com isso, as conexões que podem levar à integralidade do cuidado e à sua valorização como disciplina.

Ao observar o trabalho do enfermeiro em unidade de internação cirúrgica, entende-se que esse trabalho transmite a existência de uma forma de organização, a partir de aspectos clínicos da clientela e que isso pode estar conectado a um cuidado mais resolutivo. Entende-se ainda que a resolutividade do trabalho do enfermeiro pode ocorrer mesmo que ele atue sob o modelo clínico/biomédico de assistência sem, no entanto, perder as características intrínsecas a um trabalho de enfermagem complexo e amplo.

O reconhecimento do trabalho do enfermeiro reflete em sua visibilização e, para tanto, torna-se importante que, ao desempenhar as práticas de cuidado, o enfermeiro demonstre conhecimento e competência técnica, associados à relação intersubjetiva e dialógica desenvolvida com a equipe, clientes, família e instituição (CASTANHA; ZAGONEL, 2005). Igualmente, o trabalho do enfermeiro, ao tornar-se visível, atua como mecanismo de fortalecimento desse sujeito dentro da equipe de saúde e suas concepções acerca do cuidar podem ser compartilhadas com os demais profissionais, favorecendo um cuidado mais integrado e efetivo.

O modelo clínico/biomédico pode articular os atores do cenário de saúde em torno da atuação médica, dependendo do modo como as relações se estabelecem entre os sujeitos no trabalho, bem como a maneira como a produção de cuidados se estrutura (DAL PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006). Assim sendo, considera-se que a atuação do enfermeiro com base no exercício da clínica pode reverter essa lógica, quando esse profissional adquire reconhecimento e visibilidade no contexto desse modelo de assistência.

Entende-se como necessário clarificar o saber construído e utilizado na prática clínica do enfermeiro, de forma que o reconhecimento profissional possa ser justificado pela ação concreta, para além das competências adquiridas na formação formal (BASTO, 2005). Desse modo, o presente estudo teve por objetivo analisar a visibilidade do trabalho do enfermeiro com base no exercício da clínica.

Fundamentando-se nas ideias apresentadas, optou-se por utilizar, neste estudo, um referencial filosófico que permitisse aproximações conceituais capazes de provocar reflexões, acerca da temática do estudo. A escolha por Deleuze e Guattari ocorreu, devido às suas asserções, acerca de

um pensar múltiplo e interconectado. Assim, são incorporados ao estudo os conceitos de linhas de fuga, agenciamento e máquina de guerra² como forma de ancorar os achados a concepções que não engessassem nem estabelecessem limites à prática clínica do enfermeiro.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo se trata de uma pesquisa qualitativa, exploratória na forma de Estudo de Caso com coleta de dados executada entre outubro de 2012 a janeiro de 2013. Empregou-se o estudo de caso, pois esse contribui com o conhecimento sobre os fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados (YIN, 2005). Foi realizado em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário no sul do país e teve como unidade de análise um grupo de seis enfermeiros da mesma unidade. A definição da unidade de análise foi realizada a partir da definição do objetivo do estudo.

Os métodos de coleta de dados foram a observação não participante, que totalizou 200 horas e, posteriormente, a entrevista em profundidade realizada uma única vez com cada sujeito. As observações foram realizadas na unidade de internação cirúrgica, divididas em períodos de, pelo menos, 4 horas ininterruptas e de maneira semelhante entre os três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), para contemplar as particularidades que envolvem as rotinas de cada turno.

O número total de horas despendido para a observação foi determinado pela saturação teórica dos dados; contudo, foi satisfeita a similaridade de tempo de observação entre os distintos turnos de trabalho. Na área da saúde, o conceito de saturação teórica configura-se em uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática e sua utilização pode nortear a finalização da busca por novas evidências, pois, diferentemente de uma pesquisa quantitativa, não considera as mensurações das ocorrências estudadas (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

A documentação das observações foi realizada em diário de campo, durante o período de observação ou logo após o acontecimento dos fatos, como forma de garantir o detalhamento dos eventos de maneira integral. Com base nas observações realizadas, emergiram as questões para as entrevistas em profundidade, a partir de uma análise inicial dos eventos observados. Os sujeitos foram identificados por codificação que indica sujeito e turno de acordo com a ordem que sucedeu as observações realizadas, sendo que a letra T indica o turno e a letra P o participante da pesquisa. Os dados foram analisados, de acordo com a análise textual discursiva. Este método de análise permite identificar e isolar enunciados dos conteúdos a ela submetidos, categorizar esses

² A máquina de guerra não corresponde a uma guerra propriamente dita, ela se projeta em um saber abstrato e é constituída, por meio de linhas de fuga que questionam o modelo hierárquico. As linhas de fuga constituem ligações entre pontos e posições que permitem variação, expansão e conquista. Um agenciamento é o crescimento das dimensões numa multiplicidade intermediada por conexões das linhas de fuga, é todo conjunto de singularidades e de traços extraídos do fluxo, nesse sentido, é uma verdadeira invenção (DELEUZE e GUATTARI, 2000).

enunciados e produzir textos, de maneira a integrar descrição e interpretação (MORAES; GALIAZZI, 2007). Assim, a análise foi efetuada por meio de uma leitura profunda e detalhada do conjunto de textos provenientes dos métodos de coleta dos dados, concomitantemente, a um processo de descrição e interpretação, a partir da visão da pesquisadora apoiada no referencial teórico-filosófico proposto no estudo. A partir disso, foram identificadas as unidades de análise do estudo e, posteriormente, foi realizada a síntese das unidades constituintes mais similares, no intuito de reintegrá-las em categorias, a partir do estabelecimento de relações. Deste modo, cada categoria corresponde a um conjunto de unidades.

A execução da pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde e aprovada pelo parecer nº 87/2012, tendo sido operacionalizada, segundo as diretrizes e normas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo permitiu observar que a resolutividade das necessidades dos pacientes, bem como uma concepção mais ampla de cuidado, resultam na visibilidade do trabalho do enfermeiro por diferentes sujeitos do processo de produção de saúde. Assim sendo, o produto da operacionalização desta pesquisa está organizado em dois momentos distintos: a resolutividade do trabalho em enfermagem sob o prisma das necessidades emergentes e a visibilidade do trabalho do enfermeiro como mecanismo fortalecedor na produção de saúde.

A resolutividade do trabalho em enfermagem sob o prisma das necessidades emergentes

O paciente de uma unidade de internação cirúrgica chega à instituição hospitalar com uma expectativa em especial: a realização de uma cirurgia. Portanto, traz consigo uma série de perspectivas quanto ao próprio procedimento cirúrgico e os cuidados empreendidos, durante o perioperatório. Assim, apesar do enfermeiro ter conhecimento de que o modelo clínico de assistência é limitado quanto a uma assistência integral, é nos conhecimentos arraigados a esse modelo que ele pode encontrar importantes elementos que norteiam o cuidado ao paciente.

As necessidades de saúde são reconhecidas pelos pacientes e esses requerem a resolução dos problemas. Em presença disso, o enfermeiro, ainda que pautado no modelo clínico, exerce papel relevante ao atender tais necessidades contidas nos aspectos biológicos.

Paciente com neoplasia de reto refere, durante o momento de visita de T2P2, que quer fazer logo a cirurgia para a resolução do problema e que isso é o mais lhe incomoda no momento. [observação]

A busca pela integralidade do cuidado não está somente em alcançar elementos que o modelo clínico não comporta. Diferentemente, o enfermeiro não precisa negar esse modelo de assistência quando ele se faz resolutivo e sim, agregar outras concepções, quando esse não comporta as necessidades identificadas.

Ao questionar o modelo clínico quanto às suas limitações, por não contemplar a integralidade do cuidar, não se pretende rejeitá-lo e substituí-lo. Diferentemente, espera-se valorizar seus pontos positivos por meio de reconstruções teóricas e técnicas a serem incorporadas para que o olhar sobre o cuidado adquira uma competência política, social e cultural que permita uma identificação mais contextualizada e uma aplicação de condutas mais resolutivas (FAVORETO, 2008).

A integralidade traz, de maneira intrínseca, o comprometimento com a resolutividade daquelas necessidades prementes de cuidado. Nesse sentido, a avaliação clínica do enfermeiro pode subsidiar o cuidado ao paciente, de forma resolutiva, por meio dos problemas identificados e, ainda, nortear as condutas de outros profissionais da equipe de saúde, oferecendo meios para melhor cuidar.

T2P1, ao avaliar os pacientes, verifica drenagem em ferida operatória e analisa a possibilidade de abertura de pontos; assim, solicita a presença do médico residente para discutir a conduta a ser tomada. O médico residente realiza o procedimento nos pacientes indicados pela enfermeira. [observação]

A clínica comporta conhecimentos que, incorporados pelo enfermeiro, lhe conferem um saber sobre as ações que devem ser empreendidas para a resolução das necessidades e determinar até onde suas condutas podem ser resolutivas ou não.

Uma técnica de enfermagem informa à T1P1 que um paciente permanece com febre e também tem apresentado alterações nos níveis de glicemia; T1P1 menciona: “_Ele vai continuar assim, enquanto não for resolvido o problema. Enquanto não fizerem a amputação, ele vai continuar séptico e com alterações na glicemia, na pressão arterial, na respiração...”. [observação]

O conhecimento clínico do enfermeiro interfere no processo terapêutico, quando ele mesmo implementa intervenções de cuidado direto ou mesmo quando ele encaminha para que outros profissionais o façam. Para tanto, o enfermeiro cria conexões com os demais membros da equipe de saúde, ou seja, estabelece linhas de fuga capazes de atingir os objetivos propostos e contribuir para a integralidade do cuidado. Deste modo, essas linhas de fuga são interconexões que, sustentadas pelo conhecimento clínico, atuam como meios de cuidar em saúde; promovem multiplicidades de transformação que a estruturam e criam novos caminhos (DELEUZE; GUATTARI, 2000).

Consciente de que a integralidade não é alcançada por somente uma categoria profissional, o enfermeiro empreende sua prática clínica imbricada de inter-relações multiprofissionais que estabelece no espaço de trabalho. Contudo, a efetividade dessas inter-relações requer o estabelecimento de conexões e, diante da necessidade de intervenção de outros profissionais, o enfermeiro encontra, no reconhecimento e valoração de sua avaliação clínica, a conexão necessária para tal. Além disso, o reconhecimento do trabalho desempenhado pelos enfermeiros estimula e mobiliza o profissional, incentivando o seu fazer e fortalece o sentimento de realização profissional (SPRANDEL; VAGHETTI, 2012).

Ao reconhecer que o enfermeiro tem conhecimento clínico e que sua atuação pauta-se na resolutividade de necessidades concretas, sabendo priorizar suas ações e estabelecer relações multiprofissionais, quando requisitados, os outros profissionais passam a considerar o parecer do enfermeiro.

Como a gente já tem um tempo aqui dentro, as pessoas já reconhecem. Então, se estou precisando de alguém com urgência... Eu não quero para hoje. Eu quero para ontem. [...] Nem todo mundo tem isso, de se impor, na hora que necessita. [...] Se eu vejo que a coisa está ficando feia, eu ou qualquer outra enfermeira... Com o tempo, a gente já conseguiu respeito. Quando tu precisas, mas não existe um médico específico, se chamar, qualquer um vem aqui. (T1P1)- [entrevista]

Durante o período de internação, o paciente pode apresentar uma série de complicações que requeiram cuidados de enfermagem, assim como cuidados médicos. No contexto das instituições de saúde, o enfermeiro é o profissional que permanece a maior parte do tempo em contato com o paciente e, portanto, sua avaliação clínica ocorre, constantemente, durante esse período.

Comunicar ao médico uma situação de urgência e solicitar sua presença imediata requer do enfermeiro o conhecimento necessário para identificar que sua atuação, isoladamente, não mais comporta as necessidades do paciente. Contrariamente, se o enfermeiro solicita a presença da equipe médica, diante de situações que ele mesmo poderia solucionar ou ainda, não sabe identificar uma ocorrência de emergência entre aquelas que requerem intervenções mediatas, esse profissional fragiliza as ligações de suas linhas de fuga com os demais profissionais.

Assim, diante de um chamamento, a equipe médica pode não atuar no momento em que é requisitada, por não reconhecer, na avaliação do enfermeiro, uma necessidade imediata. Deste modo, perde-se a capacidade da criação das linhas de fuga, pois estas podem partir do enfermeiro, mas não configurar-se em elementos que promovam conexões sólidas, perdendo sua função como meio interconector. Entretanto, essas relações intersubjetivas na esfera de trabalho são pouco exploradas no que se refere à produção de conhecimento e, portanto, esses resultados ainda

requerem mais discussões com o meio científico. A produção nacional sobre o trabalho de enfermagem está posta diante de importantes desafios como a consolidação das temáticas relacionadas à intersubjetividade no trabalho (MANDÚ; PEDUZZI; SILVA, 2012).

Enfermeiros que tem experiência, iniciativa e segurança, que sabem se posicionar e questionar, mantêm boas relações interpessoais e criam vínculos positivos, além de conseguirem detectar, precocemente possíveis complicações nos pacientes são reconhecidos pela equipe de saúde (CASTANHA; ZAGONEL, 2005). Saber conduzir o estabelecimento das linhas de fuga para as inter-relações com outros profissionais tem importância direta sobre o reconhecimento de seu saber/fazer e pode interferir na assistência oferecida, de maneira profunda. O estabelecimento de prioridades e a identificação das alterações clínicas mais importantes podem refletir em uma prática clínica resolutive e reconhecida.

Entretanto, por vezes, a resolutividade do trabalho do enfermeiro pode encontrar limitações na postura de outros profissionais ou na própria organização do trabalho da instituição. Tal aspecto pode demonstrar uma concepção de que a clínica é campo de apropriação médica e, portanto, não é instrumento fundamental para o trabalho em enfermagem.

Na passagem de plantão, T2P1 informa à T3P1 que houve uma internação com diagnóstico de abdômen agudo. Indica que há suspeita de apendicite, mas o paciente não apresenta febre. Ainda, acrescenta que os exames laboratoriais não foram possíveis de serem avaliados porque estavam em posse da médica residente.
[observação]

Ao crer que determinadas informações não são importantes para o enfermeiro, o profissional médico evidencia uma prática profissional alheia à equipe multiprofissional. Tal aspecto pode ser reflexo da própria organização do trabalho na instituição, que não estabelece normatizações às informações que devem, invariavelmente, ser disponibilizadas no prontuário do paciente.

Evidenciam-se, assim, resquícios de uma herança de dominação da clínica como campo de conhecimento prático para as ações de saúde exclusivamente médicas. A formação do enfermeiro lhe confere habilidades específicas, contudo, como um profissional da área da saúde, também compartilha com os demais profissionais a clínica como instrumento essencial para o desenvolvimento de um pensar e agir na sua prática profissional e processo de trabalho.

Nesse cenário de atuação, a competência clínica do enfermeiro pode ser potencializada, por meio de formação contínua, entretanto, não se tem conhecimento de quais são as expectativas dos outros profissionais e da administração dos serviços de saúde quanto a isso. Nesse sentido, a história de cada categoria profissional pode intervir nesse processo, assim como, a gestão dos serviços de saúde

pode não compreender a importância da multiprofissionalidade e permanecer centrada na figura do médico. (BASTO; 2005).

É, na tentativa de responder a tais questões, que esse estudo exprime a ideia de que a prática clínica do enfermeiro pode contribuir para que as relações vivenciadas dentro do cenário de saúde possam ser transformadas, por meio do reconhecimento, valoração e visibilidade de um trabalho resolutivo e de qualidade.

A visibilidade do trabalho do enfermeiro como mecanismo fortalecedor na produção de saúde

A visibilidade profissional do enfermeiro manifesta-se, por meio do seu conhecimento científico, da sua participação na tomada de decisões referentes ao cuidado do paciente ou nas atividades de gerenciamento (CASTANHA; ZAGONEL, 2005). Deste modo, o conhecimento clínico – reconhecidamente valorado - pode ser uma ferramenta que possibilita a visibilidade do trabalho do enfermeiro e contribui nas discussões, negociações e transformações nos cenários de saúde.

Assim tornar o trabalho do enfermeiro visível não se trata de reproduzir o modelo clínico, mas criar linhas de fuga que, de acordo com Deleuze e Guattari, compõem um mapa. Conforme esses autores, fazer um mapa é diferente de fazer um decalque, pois este provém de uma simples reprodução. E, desta forma, tornar o trabalho do enfermeiro visível é visibilizar o mapa, ou seja, a rede criada pelas linhas de fuga. O mapa - as conexões do trabalho em enfermagem - se opõe ao decalque pois estão voltadas para experimentações ancoradas no real. O trabalho em enfermagem não precisa reproduzir o modelo clínico, ele deve construir por meio de um mapa a busca pela integralidade. São as características do mapa, aberto, coletável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente que subsidiam um cuidado individualizado e resolutivo (DELEUZE; GUATTARI, 2000).

A comunicação entre a equipe de saúde é fundamental para uma assistência de qualidade e para minimização de erros e, pode estar condicionado a uma relação de confiança, respeito, igualdade de status, disponibilidade de tempo e educação multidisciplinar. A efetividade da comunicação entre a equipe médica e de enfermagem pode estar relacionada ao tempo de experiência da enfermeira que, geralmente lhe atribui um *status* de maior conhecimento (TSCHANNEN; LEE, 2012). Além disso, a deficiência na comunicação entre as equipes de saúde pode consumir tempo dos enfermeiros e colocar os pacientes em posição de risco (HENDRICH *et al.*, 2008).

Os enfermeiros reconhecem que a clínica como campo de conhecimento torna seu trabalho mais visível para os diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde.

O conhecimento clínico torna o trabalho mais visível para o enfermeiro, para os colegas de trabalho, para os técnicos de enfermagem que passam a te respeitar mais e o médico residente também passa a te respeitar mais. [...] Até as secretárias e

receptionistas... se consegue ter mais comunicação com todos, se consegue trabalhar. (T2P2)- [entrevista]

O domínio do conhecimento é condição que sustenta o desenvolvimento do papel clínico do enfermeiro e, deste modo, essencial para as intervenções de enfermagem (MENDES, 2010). Assim, o conhecimento sustenta a prática profissional e resulta em benefício direto ao paciente que, dessa forma, o reconhece. De maneira semelhante, os outros profissionais que mantêm contato com o enfermeiro também podem reconhecer seu trabalho, ao perceberem que as ações empreendidas com base em conhecimento clínico são resolutivas e transmitem cientificidade.

Ao valorizar a comunicação entre os diversos profissionais presentes no cenário de saúde institucional e trazer isso como uma condição para o trabalho, o enfermeiro expressa uma concepção ampliada de trabalho coletivo, pois vai além daquelas profissões da área de saúde. Assim, evidencia-se a complexidade de inter-relações que o enfermeiro define como trabalho coletivo em saúde e compreende-se a capacidade desse profissional para a criação de linhas de fuga para cuidar. Nesse sentido, a própria visibilidade do trabalho do enfermeiro pode colaborar para um trabalho multiprofissional mais amplo.

A forma de organização das profissões bem como do trabalho, historicamente, foi modelado sob um enfoque fragmentado, em que cada profissional realiza um fazer desintegrado das demais áreas envolvidas. Entretanto, há que se obter um trabalho mais integrador, pois existe a necessidade de vários olhares, inclusive para atender ao que preconiza o Sistema Único de Saúde, ao apontar a integralidade como um dos pilares de sustentação da atenção à saúde (GELBCKE; MATOS; SALLUM, 2012).

Então, como tornar o trabalho mais visível? Entende-se que isso pode ocorrer, por meio de atividades cotidianas individuais do enfermeiro, que se ampliam ao coletivo e refletem no trabalho em enfermagem de forma mais extensa. Compreende-se que o enfermeiro tem a capacidade de, por si só, tornar o seu conhecimento visível, na relação com outros profissionais da equipe de saúde.

T2P1 questiona ao médico residente da traumatologia, se o raio-x de um paciente indica osteomielite; diagnóstico que T2P1 disse ter suspeitado, após avaliação da ferida do paciente. O residente confirma o diagnóstico de osteomielite. [observação]

T2P1 e T2P2 solicitam avaliação de um paciente pelo residente da cirurgia que, posteriormente, encaminha avaliação aos residentes da clínica. Após a avaliação do paciente, os médicos são questionados pela T2P1, acerca da conduta a ser tomada. Os médicos diagnosticam acidose metabólica e T2P1, então, questiona o motivo que levou ao diagnóstico identificado; os mesmos não sabem responder e permanece no posto de enfermagem a discussão clínica, acerca do caso, juntamente com T2P1.

T3P2 chega ao posto de enfermagem para a passagem de plantão e recebe as informações sem fazer questionamentos. No posto de enfermagem, os médicos novamente voltam a falar a respeito do paciente e a discussão se estende por, pelo menos 30 minutos. T3P2 permanece, durante todo o período, alheia à discussão, não mantendo qualquer comunicação com a equipe médica. [observação]

A construção do papel clínico do enfermeiro requer participação ativa na modelação de suas ações, para que, assim, possa assumir a autoria no seu desempenho, atribuindo particularidade às interações desenvolvidas com o paciente e com os demais agentes de saúde. Deste modo, ainda que o contexto seja favorável ao desempenho do papel clínico, é crucial a interação do enfermeiro para sua construção (MENDES, 2010).

A postura do enfermeiro pode tornar seu conhecimento mais ou menos visível na relação com os demais profissionais. As atitudes individuais contribuem para construir o *status* profissional do enfermeiro e, por sua vez, se refletem na ampliação das intervenções sociais, mais expressivamente, na ocupação de espaços que deem margem e reconhecimento à enfermagem (DAL PAI; SCHRANK; PEDRO, 2006).

Observa-se que o enfermeiro pode tornar seu trabalho mais visível, por meio dos momentos de interação com a equipe de saúde, assim como quando explicita os dados derivados de sua avaliação clínica. Desse modo, quando o enfermeiro fornece determinadas informações, ele realiza um refinamento, não expõe a totalidade, mas indica o que é mais relevante para cada caso. Portanto, a seleção das informações que são fornecidas evidencia que esse profissional tem conhecimento dos aspectos mais relevantes.

T1P1 solicita avaliação da residente para um paciente com gangrena na perna, pois suspeita de sepse; informa à médica residente sinais e sintomas do paciente e salienta elevação de temperatura corporal, referindo tal suspeita. A médica foi realizar a avaliação e acredita que o paciente realmente está séptico. [observação]

Ao estabelecer com a equipe médica linhas de fuga concretas que estabelecem um fluxo de interação em benefício do paciente, o enfermeiro, da mesma forma, colabora para que o contexto do cenário de saúde seja favorável à multiprofissionalidade. Entretanto, nesse contexto, nem todos os outros profissionais da área de saúde se percebem autônomos para, assim como o enfermeiro, estabelecer linhas de fuga com os profissionais médicos.

Pode-se observar que, diante da necessidade de interação com o profissional médico, os demais profissionais criam linhas de fuga com o enfermeiro para que este, então, as estabeleça com a equipe médica.

A fisioterapeuta entra no posto de enfermagem e informa à T1P1 que um paciente está com máscara de venturi, saturando bem, mas taquipneico e que ela (fisioterapeuta) julga necessário elevar a concentração de oxigênio. T1P1 diz concordar e explica que o paciente está assim porque está séptico. Orienta que a fisioterapeuta telefone para a médica e discuta com ela a conduta. T1P1: “_Ela [fisioterapeuta] vem falar para mim a respeito de coisas que não são da minha conduta. Eu concordo com ela, mas, quando eu tenho que falar com os médicos, eu mesma falo... Eu não entendo porque ela vem falar para mim... Ela quer que eu fale com eles. Essa guria é boa, eu gosto dela, mas ela fala as coisas só para mim”. [observação]

Ao reconhecer, no trabalho do enfermeiro, o conhecimento clínico necessário que lhe confere relações transversais na equipe multiprofissional, alguns profissionais da área da saúde podem atribuir ao enfermeiro uma referência para criação de linhas de fuga para o cuidar em saúde. Assim, o enfermeiro passa a ser, nesse contexto, um elemento importante para que outros profissionais não médicos se sintam ouvidos.

Além disso, existem evidências de que o enfermeiro vem sendo reconhecido pelos profissionais da saúde como um articulador nos serviços de saúde também, porque seu conhecimento envolve o contexto social mais amplo (ERDMANN, 2009). Entretanto, o enfermeiro pode não ter consciência dessas relações, pois acredita que os demais profissionais não médicos compartilham da mesma autonomia clínica, evidenciando que esse profissional não identifica a visibilidade do próprio trabalho, no cenário de atuação profissional.

Em contraposição, verifica-se que a visibilidade do trabalho do enfermeiro pode ser fragilizada diante do paciente, quando a comunicação entre os profissionais é insuficiente.

T2P2 realiza avaliação de paciente e o próprio paciente informa que o dreno de penrose será retirado. Informação essa que não tinha sido repassada pelo médico responsável à equipe de enfermagem. [observação]

Entende-se que a integração das informações é elemento importante para que o paciente reconheça que todos estão cientes do que ocorre com ele. Deste modo, a visibilidade concorre com o desafio permanente de constituir relações dialógicas entre enfermeiro e profissionais da saúde para, de forma competente, efetivar a convergência da comunicação e a intersubjetividade que permeiam as ações de cuidar (CASTANHA; ZAGONEL, 2005).

A clínica pode ainda ser percebida por alguns pacientes como campo de domínio médico e, portanto, o enfermeiro pode ser confundido com esse profissional, quando tem seu trabalho reconhecido e valorizado.

Uma familiar refere estar sendo muito bem atendida na instituição e que gostaria que tivesse um meio pelo qual pudesse deixar registrada sua opinião. Elogia o trabalho de T2P2 e lhe chama de doutor(a). T2P2 esclarece que é enfermeiro(a) e a familiar, então, refere: “_Para mim é doutor(a)”. [observação]

O estudo da história da enfermagem leva a compreender que os embates contra os preconceitos impostos pelo imaginário coletivo, através do conhecimento, têm importância na aceitação e reconhecimento do enfermeiro. Entretanto, na realidade profissional, frequentemente, o enfermeiro ainda pode ser confundido com outros profissionais da enfermagem ou considerado como “ajudante do médico” ou “quase médico” (GENTIL, 2009). O fato de o enfermeiro ser confundido com outro profissional, seja ele quem for, denota um não reconhecimento de seu saber e fazer como enfermeiro. Deste modo, ainda que o conhecimento seja reconhecido e visível para alguns pacientes, os mitos construídos, no decorrer da história, podem invisibilizar a sua imagem como profissional detentor do saber clínico, nos espaços de produção de cuidado.

Os pacientes podem reconhecer que o enfermeiro emprega, no seu trabalho, um corpo clínico de conhecimentos. Entretanto, talvez, o desafio seja torná-lo visível com contornos coletivos. Ou seja, compreender que não é o enfermeiro “x” que tem esse conhecimento, mas que todo profissional enfermeiro tem competência clínica para o cuidar em saúde. Portanto, a visibilidade do trabalho pode extrapolar os limites individuais e colaborar para a visibilidade da figura do enfermeiro como profissional autônomo e clinicamente competente.

Nesse sentido, o enfermeiro é seu próprio *outdoor* e, portanto, trabalhar sua postura humana é o primeiro passo e, talvez, o mais importante para a visibilidade de seu conhecimento. Contudo, para tanto, salienta-se que é preciso ter cuidado para que a construção da imagem profissional seja coerente com o seu saber e não somente constituída na aparência de um bom profissional (GENTIL, 2009). A visibilidade do trabalho do enfermeiro pode também se manifestar, diante de posturas que ainda requerem modos de ser submissos na enfermagem.

Tem gente que não quer ver... Eu me imponho, eu brigo, então, só aparece esse lado. Eu tenho plena consciência disso. Até a direção, em relação à minha chefia de enfermagem. Até um dia eu discuti e disse: _Agora, eu quero que tu me digas que eu sou incompetente. E ela disse: _Eu não posso dizer. [...] Trabalhar sem questionar... é o que eu digo, visível para poucos. [...] Infelizmente, parte muito dessa que enfermeira tem que ser boazinha. (T3P1) – [entrevista]

Por vezes, o reconhecimento dos sujeitos envolvidos com a gestão dos serviços de saúde, em relação ao trabalho da enfermagem, ocorre quando algo sai fora da rotina ou quando um erro é cometido, sendo o trabalho visto e criticado, seja pela chefia ou pelos médicos (TRAESEL;

MERLO, 2009). Entretanto, ainda que o enfermeiro não reconheça a visibilidade do seu trabalho para suas chefias, é nos momentos de confronto que ele encontra a propriedade de manifestá-lo visível, explicitando a qualidade do seu fazer como representação de sua competência clínica. Assim, o conhecimento clínico é manifestado na forma de um mecanismo de agenciamento, garantindo a transversalidade das relações e impedindo um caráter de opressão e submissão.

O ser enfermeiro está articulado ao ser pessoal e ao ser coletivo, que interage nos diferentes ambientes de cuidado (CASTANHA; ZAGONEL, 2005). E, nesse sentido, é responsável por construir sua história, identificar e refletir sobre os pré-juízos e tradições que se perpetuam na Enfermagem, no sentido de buscar superá-los (GENTIL, 2009).

A clínica pode configurar-se como uma máquina de guerra, combatendo posturas opressoras e atuando no sentido de fortalecer a imagem do enfermeiro como profissional competente e qualificado clinicamente. Uma máquina de guerra corresponde ao resultado de processos de subjetivação que criam uma máquina abstrata, um meio de atuar contra o estabelecido, um modo de o enfermeiro prestar cuidados que, confronta o modelo instituído sem, no entanto, negá-lo (DELEUZE; GUATTARI, 2000). Contudo, salienta-se que pensar e refletir sobre criticidade e postura ativa tem pouco valor, quando não se possibilitam espaços de discussão e liberdade de ação para todos os agentes envolvidos na produção do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fundamentando-se no referencial filosófico de Deleuze e Guattari, verificou-se que o modelo clínico/biomédico de assistência traz em suas raízes conhecimentos advindos da clínica que, incorporados ao trabalho do enfermeiro, possibilitam atuações resolutivas sobre as necessidades de saúde da clientela assistida. Verificou-se também que, na prática clínica, o enfermeiro direciona suas ações para o cuidado direto com o paciente ou cria linhas de fuga com os demais membros da equipe de saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado. Entretanto, a efetividade da criação dessas linhas de fuga no trabalho do enfermeiro – inter-relações multiprofissionais – antevê o reconhecimento do trabalho desse profissional.

Sob esse prisma, a clínica, como campo de conhecimentos, torna o trabalho do enfermeiro mais visível para os diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde. Contudo, emergiram do estudo vestígios de uma herança de dominação da clínica como campo de conhecimento prático para as ações de saúde exclusivamente médicas. E, nesse sentido, o exercício da clínica no cotidiano de trabalho do enfermeiro pode contribuir para que as relações vivenciadas, dentro do cenário de saúde, sejam transformadas.

O estudo ainda permitiu compreender que o enfermeiro pode ser o profissional tido como referência para a criação das linhas de fuga com os demais membros da equipe de saúde. Para tanto, é necessário o reconhecimento de que esse profissional incorpora o conhecimento clínico para o estabelecimento de articulações e relações transversais na equipe multiprofissional. Assim, a clínica pode ser um instrumento que possibilita a visibilidade do trabalho do enfermeiro e contribui nas discussões, negociações e transformações nos cenários de saúde, colaborando para um agir multiprofissional mais efetivo.

Ainda que a atuação do enfermeiro ocorra no modelo clínico/biomédico de assistência, esse profissional busca, no exercício da clínica, meios de criar linhas de fuga para um cuidar em saúde mais amplo e, da mesma forma, o utiliza como instrumento essencial para a resolutividade e visibilidade do trabalho em enfermagem. Deste modo, a clínica pode configurar-se como uma máquina de guerra criada, a partir das linhas de fuga – uma força em potencial –, contrapondo-se a modelos hierarquizados e atuando no sentido de fortalecer a imagem do enfermeiro como profissional competente e qualificado clinicamente.

REFERÊNCIAS

BASTO, M. L. Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.23, n1, p. 25-41, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CASTANHA, M. L. ; ZAGONEL, I. P. S. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.5, p.556-62, 2005.

CHRISTOFORO, B.E.B.; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.1, p. 14-22, 2009.

DELEUZE, G. ; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v.5. São Paulo: Editora 34, 2000.

ERDMANN, A.L. ; *et al.* A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev. bras. enferm.**, v.62, n.4, p. 637-643, 2009.

FAVORETO, C. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, v.11, n.1, p.100-8, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

GELBCKE, F. L. ; MATOS, E. ; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.6, n.4, p.31-39, 2012.

GENTIL, R. C. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê? **Rev. bras. enferm.**, v.62, n.6, p. 916-918, 2009.

HENDRICH, A.; CHOW, M. P.; SKIERCZYNSKI, B. A.; LU, Z. A 36-Hospital Time and Motion Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spend Their Time? **The Permanente Journal**. v.12, n.3, p.25-34, 2008.

MANDÚ, E. N. T.; PEDUZZI, M.; SILVA, A. M. N. Análise da produção científica nacional sobre o trabalho de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v.20, n.1, p.118-123, 2012.

MENDES, M. A. **Papel clínico do enfermeiro**: desenvolvimento do conceito. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 152p. 2010.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2007.

DAL PAI, D. ; SCHRANK, G. ; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul Enferm.**, v.19, n1, p. 82-7, 2006.

SOUSA, L. D. *et al* . A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n.2, p.494-500, 2011.

TRAESEL, E. S. ; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **PSICo**, v.40, n.1, p.102-109, 2009.

TSCHANNEN, D.; LEE, E. O Impacto das Características de Enfermagem e do ambiente de trabalho sobre a percepção de Comunicação. **Nursing Research and Practice**. 7p. 2012. [online]. 2012. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1155/2012/401905>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.14, n.4, p. 794-802, 2012.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

A CLÍNICA COMO INSTRUMENTO PARA A AUTONOMIA DO ENFERMEIRO¹

CLINICAL PRACTICE AS AN INSTRUMENT FOR THE NURSE'S AUTONOMY

LA CLÍNICA COMO INSTRUMENTO PARA LA AUTONOMÍA DE EL ENFERMERO

Lenice Dutra de Sousa
Wilson Danilo Lunardi Filho

RESUMO: Foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória, na forma de Estudo de Caso, em uma unidade de internação cirúrgica de um Hospital Universitário que objetivou analisar a autonomia do trabalho do enfermeiro com base no exercício da clínica. A unidade de análise foi um grupo de seis enfermeiros e foram realizadas observações não participantes e entrevistas em profundidade com posterior análise textual discursiva. Identificaram-se três enfoques que conectam à autonomia do trabalho do enfermeiro com base no exercício da clínica: o conhecimento clínico e suas especificidades como alicerce para o exercício da autonomia em enfermagem, a autonomia e as relações multiprofissionais e a consciência da autonomia à sombra da prescrição médica. Verificou-se que o conhecimento clínico atua como um mecanismo fortalecedor da autonomia do enfermeiro, por meio dos processos de desterritorialização/reterritorialização, criação de linhas de fuga e agenciamentos que promovem a multiplicidade interconectada à produção de cuidados em enfermagem/saúde.

Palavras-chave: competência clínica; enfermagem; autonomia profissional.

ABSTRACT: A qualitative and exploratory case study was carried out in a surgery unit of a university hospital. The study aimed at analyzing the autonomy of the nurses' work in their clinic practice. The unit of analysis was a group of six nurses. Non-participant observations and depth interviews were carried out, followed by discursive textual analysis. Data collection was performed from October 2012 to February 2013. Three points which are interconnected with autonomy in the nurses' work were identified: clinical knowledge and its specificities as a base for the exercise of autonomy in nursing, autonomy and multi-professional relations, and awareness of autonomy under medical prescription. It was apparent that clinical knowledge acts as a mechanism that strengthens the nurse's autonomy through processes that foster multiplicity interconnected to production of results in nursing/health.

Keywords: clinical competence; nursing; professional autonomy.

¹ Artigo a ser encaminhado a Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn), derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: A clínica como instrumento do trabalho do enfermeiro na produção de cuidados; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf-FURG. Para a submissão o artigo será adaptado às normas da revista e sofrerá alterações que irão lhe garantir caráter de originalidade para publicação.

RESUMEN: Se realizó una investigación cualitativa y exploratoria en forma de estudio de caso, en una unidad de hospitalización quirúrgica de un hospital universitario, que tuvo como objetivo analizar la autonomía de el trabajo de el enfermero sobre la base de la práctica clínica. La unidad de análisis fue un grupo de seis enfermeras y se hicieron observaciones no participantes y entrevistas en profundidad, con posterior análisis textual discursiva. Se identificaron tres enfoques que se conectan a la autonomía de el trabajo de el enfermero fundamentada en la práctica clínica: conocimiento clínico y sus especificidades como base para el ejercicio de la autonomía de la enfermería, la autonomía y las relaciones multidisciplinarias y la conciencia de la autonomía en la sombra de la prescripción médica. Se constató que el conocimiento clínico actúa como un mecanismo de fortalecimiento de la autonomía de el enfermero, a través de los procesos de desterritorialización / reterritorialización, la creación de líneas de fuga y las agencias que promueven la multiplicidad de producción interconectadas del cuidado de enfermería/salud.

Palabras clave: competencia clínica; enfermería; autonomía profesional.

INTRODUÇÃO

A capacidade do enfermeiro de autodeterminar suas ações na equipe de saúde, no exercício legal de suas atribuições profissionais, de acordo com o sistema de saúde vigente de um país, uma região ou uma comunidade, é definida como autonomia profissional (GOMES; OLIVEIRA, 2005). O termo “autonomia” foi introduzido por Kant para “designar a independência da vontade em relação a qualquer desejo ou objeto de desejo e a sua capacidade de determinar-se em conformidade com uma lei própria, que é a da razão” (ABBAGNANO, 2007, p. 97).

Na enfermagem, autonomia também denota a prática a partir da utilização de conhecimentos, habilidades e competências que subsidiam a tomada de decisões e resoluções no seu espaço de atuação (JESUS; SAID, 2008). O trabalho do enfermeiro na coordenação das atividades necessárias para a produção de cuidado está conectado ao conhecimento e, nesse sentido, “*o saber é ferramenta importante para o estabelecimento da autonomia profissional, visto que um novo saber abre possibilidades de relações de poder, o qual não será possível ser exercido sem a sua sustentação*” (MARQUES; LIMA, 2008, p. 45). Portanto, a busca da autonomia exige um fazer norteado por saberes concretos e, nesse sentido, a clínica pode representar a razão que subsidia a independência de atuar em saúde.

Neste estudo, a clínica é entendida como um campo de conhecimentos em que as práticas e saberes biomédicos e não biomédicos interagem, de modo a promover novas composições e modos de atuar em saúde (FAVORETO, 2008). Considera-se que o conhecimento clínico é um instrumento capaz de promover autonomia por representar um constructo – a clínica, cujos conhecimentos direcionam as ações do profissional, de forma resolutiva.

Também se entende que diversos profissionais de enfermagem alcançam autonomia profissional e buscam a integralidade do cuidado, por meio de uma construção de conhecimento global, mas que,

no entanto, permanecem pouco visíveis no contexto do modelo clínico. Deste modo, compreende-se que existe a necessidade de desvelar alguns aspectos da prática de enfermagem do enfermeiro e sua relação com a clínica, no que diz respeito a sua autonomia profissional. Assim, o presente estudo teve por objetivo analisar a autonomia profissional do enfermeiro com base no exercício da clínica. Deleuze e Guattari oferecem um referencial filosófico que permite aproximações conceituais capazes de provocar reflexões acerca dessa temática. Portanto, são tratadas, nesse estudo, algumas de suas concepções acerca de um pensar múltiplo e interconectado, sendo explorados os conceitos de máquina de guerra, agenciamento, linhas de fuga, territorialização, desterritorialização e reterritorialização.

A máquina de guerra projeta-se em um saber abstrato e é constituída, por meio de linhas de fuga que questionam o modelo hierárquico instituído. As linhas de fuga constituem ligações entre pontos e posições que permitem multiplicidade, expansão e conquista. Assim, um saber territorializado pode ser desterritorializado e, por meio das linhas de fuga, reterritorializado sob outra forma, oferecendo novas conformações. Nesse contexto, um agenciamento é o crescimento das dimensões numa multiplicidade intermediada por conexões das linhas de fuga, é todo conjunto de singularidades e de traços extraídos do fluxo (DELEUZE; GUATTARI, 2000). Com a utilização desse referencial filosófico, procurou-se incorporar os conceitos de Deleuze e Guattari, ao analisar o estudo, com o intuito de oferecer um ponto de vista particular e provocar reflexões sobre o saber e fazer clínico em enfermagem.

REVISÃO DE LITERATURA

Os movimentos para maior autonomia dos profissionais de enfermagem tem se mostrado presentes, contudo, ainda apresentam-se demasiadamente tênues e relacionados ao trabalho dos enfermeiros. Deste modo, a busca de maior autonomia no trabalho da enfermagem ainda requer ser visualizada por todos como uma estratégia possível (MARQUES; LIMA, 2008).

O modelo clínico atua com um objeto de estudo e de trabalho que, quando reduzido aos aspectos biomédicos e epidemiológicos, provoca consequências negativas tanto para seu campo de saberes quanto para seus métodos e técnicas de intervenção. Em outras palavras, quando o profissional concentra sua força de trabalho na enfermidade e deixa em segundo plano a pessoa enferma, a clínica desresponsabiliza-se pela integralidade do cuidado (CAMPOS, 2003).

Por sua vez, a enfermagem pode estabelecer uma prática representada por um caráter de dependência, principalmente, por força de seu desenvolvimento histórico-social e, especialmente,

por incorporar as características do modelo clínico-biologicista, com sua tendência ao fortalecimento da posição da medicina como a autêntica detentora do rigor e saber científicos (LUNARDI FILHO, 2004). Deste modo, é importante pensar acerca da busca por mudanças nos modelos assistenciais, tendo em vista as tensões e poderes enraizados na organização das práticas em saúde (FAVORETO, 2008).

Ao entender que o conhecimento clínico foi e ainda é uma ferramenta nas relações de poder, no campo da saúde, compreende-se que, da mesma forma, pode ser um instrumento de autonomia para as diferentes categorias profissionais e atuar como um mecanismo facilitador nas discussões, negociações e transformações dos modelos assistenciais vigentes. Portanto, a clínica é um instrumento a ser fortalecido e resgatado para a prática da enfermagem, pois, ao resgatá-la como campo de conhecimento dessa profissão, o enfermeiro encontra, nela, raízes capazes de desestruturar a ideia de domínio médico sobre o saber e alcançar, de forma consciente, a autonomia sobre a organização do trabalho em enfermagem/saúde.

Ao observar as competências profissionais de cada sujeito envolvido no processo de trabalho em saúde, percebe-se a existência de limites entre todas as profissões, visto que nenhuma delas tem condições de alcançar a integralidade do cuidado em saúde e, portanto, não somente o médico, mas os demais profissionais da saúde também precisam estabelecer nexos de interdependência. Nesse sentido, a busca pela valorização das práticas de enfermagem, demanda dos profissionais investimentos na busca de conhecimentos que subsidiem a prestação de uma assistência qualificada, de acordo com a realidade sócio-cultural da população (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

O trabalho da enfermagem na coordenação das atividades para a produção de cuidados é dependente de conhecimento e poder decisório, o que nega a evidência de uma atividade em posição inferior ao trabalho médico ou de qualquer outro profissional da saúde (BUENO; QUEIROZ, 2006). Deste modo, a autonomia do trabalho do enfermeiro pode estar relacionada não aos limites impostos por sua competência legal para o exercício da profissão, mas a sua capacidade de articulação de saberes e fazeres com as demais profissões da saúde na produção de cuidados. Nesse contexto, defende-se a ideia de que a clínica é instrumento indispensável, pois, além de permear todas as profissões que envolvem o cuidado, ainda confere uma aura de poder para quem se apropria de seus conhecimentos.

MÉTODOS

Foi executada uma pesquisa qualitativa, exploratória, na forma de Estudo de Caso, pois esse tipo de estudo contribui com o conhecimento sobre os fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados (YIN, 2005). Este estudo de caso foi

realizado em uma unidade de internação cirúrgica de um Hospital Universitário do sul do país e a unidade de análise estabelecida foi um grupo de seis enfermeiros dessa mesma unidade.

Os métodos de coleta de dados foram a observação não participante e a entrevista em profundidade, realizada individualmente. As observações totalizaram 200 horas e foram realizadas nos três turnos de trabalho (Manhã, Tarde e Noite), no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013.

Os dados foram analisados, de acordo com a análise textual discursiva. Este método de análise permitiu identificar e isolar enunciados dos conteúdos a ela submetidos, categorizar esses enunciados e produzir textos, de maneira a integrar descrição e interpretação (MORAES; GALIAZZI, 2007). Para a análise, foi efetuada uma leitura profunda e detalhada do conjunto de textos provenientes dos métodos de coleta, concomitantemente, a um processo de descrição e interpretação, a partir da visão da pesquisadora, apoiada no referencial teórico-filosófico proposto no estudo. Foram identificadas as unidades de análise e, posteriormente, foi realizada a síntese das unidades constituintes mais similares, no intuito de reintegrá-las em categorias, a partir do estabelecimento de relações.

O projeto da pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde, tendo sido aprovado sob o parecer nº87/2012 e a pesquisa foi operacionalizada, segundo as diretrizes e normas preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos resultados do estudo e posterior análise, observou-se que a conquista da autonomia opera como um mecanismo complexo e que, sendo observada somente sob o enfoque da clínica, apresenta uma multiplicidade de conexões. Deste modo, para melhor clarificar as ideias apresentadas, este estudo foi organizado em três categorias distintas: o conhecimento clínico e suas especificidades como alicerce para o exercício da autonomia em enfermagem; autonomia e relações multiprofissionais e; a consciência de autonomia à sombra da prescrição médica, apresentadas e discutidas a seguir.

O conhecimento clínico e suas especificidades como alicerce para o exercício da autonomia em enfermagem

Com este estudo, verificou-se que os enfermeiros reconhecem que o conhecimento clínico é capaz de promover autonomia, mas, para tanto, é preciso evidenciá-lo, por meio de atitudes. O conhecimento por si só não interfere na autonomia, ou seja, o saber, envolto por uma postura inerte, não opera resultados. Assim, é necessário que o conhecimento atue como uma máquina que

impulsiona ações visíveis na prática clínica do enfermeiro, refletindo na resolutividade de suas ações.

Se tu tens conhecimento, tu vais ter mais autonomia. [...] Se tu tens o conhecimento, as pessoas reconhecem teu trabalho. [...] Tu vais ter mais liberdade para tomar decisões, para tu seres mais autónomo. Através de atitudes que tu tomes que, realmente, sejam efetivas. (T1P1) – [entrevista]

Um aspecto fundamental à autonomia profissional é o fato de o enfermeiro ser possuidor de conhecimentos científicos para a sua prática e usá-los em benefício dos seus clientes. Conhecimento torna-se, então, essencial ao processo de aquisição e de manutenção do espaço de autonomia, uma vez que se coloca como necessário no atendimento à clientela e para a obtenção do respeito da equipe multidisciplinar (GOMES; OLIVEIRA, 2010).

Ao fazer-se uma aproximação com os conceitos de Deleuze e Guattari, observa-se um processo de desterritorialização e reterritorialização da clínica para o alcance da autonomia no trabalho. Os saberes da clínica desterritorializam-se como campo de conhecimento invisível e reterritorializam-se como prática clínica visível. A essência permanece a mesma, contudo o resultado do processo revigora-se com a visibilidade do trabalho e consequente autonomia. Deste modo, configura-se outra forma de conceber a autonomia, não só pelo domínio do conhecimento científico, mas pela materialização desse conhecimento expresso na prática clínica.

Ao entender que a autonomia extrapola o desejo, ao exigir caminhos a serem tomados e que, nesse espaço, o conhecimento é o instrumento direcionador, entende-se que a clínica possibilita o estabelecimento de prioridades e autonomia para melhor gerir o cuidado do paciente. Verifica-se que, para o enfermeiro, a autonomia representa não somente o fluxo e alcance de suas ações, mas a escolha pelo melhor fluxo a ser seguido.

É necessário considerar que o conhecimento é inseparável da prática e dos elementos que as constituem – normas, fazeres e discursos. Deste modo, a compreensão das tensões próprias das práticas de enfermagem implica a busca de respostas a questionamentos que possam esclarecer como essas práticas são organizadas em determinado contexto (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010). Assim, o exercício da autonomia pode se expressar nos questionamentos: qual o melhor caminho a ser seguido? Devo seguir por um atalho? Devo seguir o caminho já percorrido ou é melhor ir mais longe para, logo após, voltar? Para que questões como essas sejam capazes de emergir na prática clínica, assim como possam ser respondidas por quem as questiona, é necessário conhecimento.

Eu tenho que estabelecer prioridades, para onde eu vou correr primeiro. [...] O paciente com dispneia... Detectei que ele estava dispneico, cianótico. Eu posso levantar a cabeceira, posso verificar sinais vitais, detectar sinais alterados e comunicar o médico. [...] Se eu não tiver esse conhecimento clínico, eu nem vou perceber que ele está com falta de ar (T2P1) - [entrevista]

Em um estudo que analisou os instrumentos gerenciais utilizados na prática profissional de enfermeiros de um hospital de ensino, identificou-se que a autonomia é utilizada como apoio à tomada de decisão (ALMEIDA *et al.*, 2011). Entende-se que o estabelecimento de prioridades relaciona-se à capacidade de poder decisório e, para tanto, é necessária autonomia para criar linhas de fuga que proporcionem um melhor cuidar.

As linhas de fuga, nesse contexto, estabelecem os caminhos adotados pelos enfermeiros, a partir de seu conhecimento clínico para construir uma prática contextualizada. A multiplicidade da produção de cuidados em enfermagem pode se constituir a partir do trabalho com essas linhas de fuga, do trabalho em movimento de desestruturação/reestruturação de produção de cuidado.

O estabelecimento de prioridades, ou seja, a criação de linhas de fuga, retoma a ideia anterior de desterritorialização/reterritorialização da clínica. É, a partir das linhas de fuga, que o conhecimento irá realizar o processo de reterritorialização do conhecimento expresso na prática clínica e, portanto, observa-se um movimento de saber múltiplo e interconectado.

Contudo, alguém pode defender a concepção de uma autonomia limitada, interdependente com o trabalho de outros profissionais e aos aspectos que provocam impedimentos legais. Realmente, existem limites legais para cada profissão e nenhum profissional deve ir além do que lhe é estabelecido. Entretanto, a autonomia do enfermeiro também pode ser expressa na busca por soluções, quando o cuidado extrapola o seu fazer. Assim, podem ser criadas linhas de fuga que ofereçam ao próprio cliente condições para buscar por seus direitos, bem como criar uma verdadeira máquina de guerra que atue como mecanismo de resistência para a conquista da atuação de outros profissionais para o cuidado do cliente.

Se é uma coisa que não pode esperar e o médico não está querendo... a gente orienta a pessoa, dentro das minhas atribuições legais. [...] Que tu exijas do médico que ele tome uma conduta, que faça alguma coisa que não foi feita. Tu tens ouvidoria, tu podes reclamar. Eu, também, como enfermeira, vou fazer esse papel de ficar pedindo pra que o médico tome uma atitude. (T2P1) - [entrevista]

Observa-se que, para este enfermeiro, o exercício da clínica não se detém ao modelo biomédico. Ele extrapola os aspectos biológicos do ser humano e, assim, incorpora, na prática, conceitos fundamentais de cidadania que amparam a própria autonomia do sujeito objeto do cuidado.

Aqueles que têm mais conhecimento, certamente, estarão numa posição privilegiada para o exercício de sua autonomia. Quanto mais os enfermeiros incorporarem conceitos e ideias de outras disciplinas como a Antropologia, Sociologia e Filosofia, entre outras, maior será a assimilação na prática da enfermagem (PRZENYCZKA *et al.*, 2012).

Autonomia e relações multiprofissionais

Incorporar a clínica em sua prática não faz com que o enfermeiro acredite ser capaz de alcançar a integralidade das ações, isoladamente, visto que a clínica compõe campo de conhecimentos complexo. Ter conhecimento não é negar o conhecimento do outro e, portanto, para ser autônomo não é preciso recusar a necessidade de ações multiprofissionais.

A gente também considera muito o que o médico está falando, o que, para ele, é prioridade. Se a gente não concorda, a gente vai discutir, vai tentar chegar a um acordo. [...] Enfim, eu acho que nós temos essa autonomia [...] Tendo o embasamento teórico e prático, eu acho que tu consegues discutir bem. (T2P1) - [entrevista]

O trabalho em saúde configura-se como trabalho coletivo, apesar das especificidades de conhecimentos e de práticas dos diversos profissionais (PIRES, 2009). De tal modo, observa-se que há um movimento de retroalimentação de saberes e práticas que conformam a clínica como campo e prática de conhecimentos.

Ao não negar o conhecimento do outro, o enfermeiro precisa sentir-se seguro quanto ao próprio conhecimento para que, assim, reconheça uma posição de transversalidade das relações no processo de trabalho em saúde. A segurança para enfrentar conflitos, para contrapor ideias requer não só postura ativa do enfermeiro, diante das situações de desordem, mas, também, conhecimento clínico para defender suas questões.

O enfermeiro se sente mais seguro na relação com outros profissionais. [...] O teu conhecimento clínico vai fazer com que tu detectes os problemas do paciente e tu vais levar isso em frente. Então, tu vais discutir com o médico, vais discutir com teus colegas. (T1P2) - [entrevista]

O exercício da autonomia pelo enfermeiro permite rever a profissão de enfermagem, a partir de sua tradição histórica e da articulação com outras áreas científicas, em um exercício de interdisciplinaridade (BUENO; QUEIROZ, 2006). A apropriação médica do conhecimento clínico apresenta como herança resquícios de dominação, que se mostram presentes como elementos predominantes na clínica tradicional, refletindo nas ações de saúde, de modo a constituir uma comunicação de caráter informativo, investigativo, normativo e limitador da liberdade e da autonomia do outro (FAVORETO, 2008).

Contrariamente, verifica-se que a clínica, quando apropriada pelo enfermeiro, estabelece elementos que lhe conferem autonomia para desestruturar a sustentação de mitos de determinadas profissões. Na relação com outros profissionais, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem esclarece, no art. 36, que é direito dos trabalhadores de enfermagem “*participar da prática profissional multi e interdisciplinar com responsabilidade, autonomia e liberdade*” (BRASIL, 2007, p. 82).

O reconhecimento da clínica do outro ainda traz como benefícios ao enfermeiro a capacidade de intermediar os saberes e ter a consciência de que a integralidade não é alcançada por somente um profissional. Verifica-se, neste estudo, a valoração da multiplicidade e a compreensão de que o múltiplo não se contrapõe ao exercício da autonomia.

A gente faz o elo com os outros profissionais, detecta os problemas primeiro que os outros e organiza. [...] Evidencia o todo e vai vendo o que é nosso e o que não é. No todo, muita coisa não é nossa, é da assistente social, do psicólogo, do bioquímico, do educador físico, do fisioterapeuta. (T2P1) - [entrevista]

O trabalho em saúde é determinado por necessidades relacionadas à saúde e é conduzido a um objeto compartilhado que se configura em totalidades complexas e multidimensionais (PIRES, 2009). Ao compreender que o objeto é múltiplo e complexo, não seria possível conceber uma assistência em saúde representada por unicidade e linearidade.

Assim, ao reconhecer que o objeto do cuidado requer ações que interconectem diferentes domínios de saber, o enfermeiro estabelece linhas de fuga entre as distintas profissões, a partir das necessidades diagnosticadas. São criadas, desse modo, linhas de fuga para o cuidar, linhas que se entremeiam para atingir o objetivo do trabalho coletivo em saúde. Essa competência do enfermeiro não fragiliza sua autonomia, diferentemente, é sua capacidade autônoma como gerenciador do cuidado que lhe permite ser o profissional adequado para tal.

A autonomia do enfermeiro ainda se expressa na forma como ele realiza as interconexões com os demais profissionais. A prática clínica autônoma é capaz de promover mecanismos ocultos de cuidado: agenciamentos.

T2P2 diz para T2P1: *“Será que não é melhor a gente colocar um O₂ e manter em oximetria? Será que ele vai parar?”*. T2P1 diz que já pensou nisso e que acha melhor esperar para ver o que os médicos irão fazer porque, se eles virem que está sendo ofertado todo o suporte para o paciente, não vai haver uma mobilização para encaminhá-lo para UTI: *“Vamos ficar de olho, mas, por enquanto, vamos aguardar para ver se não vão mandar para UTI, porque isso é o melhor para ele”*. Posteriormente, os médicos residentes da unidade de internação clínica avaliam o paciente e dizem que irão solicitar um leito na UTI para onde, após, o paciente foi transferido. [observação]

Observa-se que a autonomia ainda pode ser expressa na obscuridade das ações, no cuidado invisível. A clínica pode, portanto, estar representada nas ações do enfermeiro ainda que permaneçam ocultas para outros profissionais, no agenciamento de meios para melhor cuidar.

A consciência de autonomia à sombra da prescrição médica

Apesar da consciência de autonomia no trabalho, os enfermeiros podem ainda ter internalizada a compreensão de que a prescrição médica é o eixo norteador do cuidado. Entretanto, seus discursos e atitudes demonstram autonomia para realizar uma assistência de qualidade, a partir de uma prática clínica independente da conduta de outros profissionais.

Basicamente, aqui, o pessoal trabalha em cima da prescrição médica, o mínimo é isso [...] mas, nós enfermeiros, procuramos sempre fazer mais. [...] A gente vai em cima das patologias, das queixas, tenta minimizar essas questões e organizar o serviço. [...] Já ouvi depoimentos de enfermeiras que não saem da cadeira, enquanto não tiver a prescrição médica. Isso é triste até de ouvir (T2P1) - [entrevista]

Eu acho que tem que respeitar as hierarquias [...] Eu obedeco uma prescrição médica. Se eu achar que ela está errada, devo discutir, mas não desobedecer de forma inadequada, colocando em risco um paciente. A maior autonomia está em prestar a assistência ao paciente. (T2P2) - [entrevista]

O modelo clínico, centrado na figura do médico como detentor das ações ditas mais efetivas, pode fazer com que alguns profissionais ainda apresentem limitações quanto à sua autonomia profissional. Observa-se, portanto, que a conquista da autonomia pode ser um processo que, por vezes, apresenta um caráter individual, no qual nem todos os profissionais irão alcançá-la da mesma forma.

Ainda coexistem restrições advindas do modelo hegemônico de assistência à saúde, constituído socialmente, que limitam a expressão da liberdade e se baseiam em relações de poder, entre as diferentes categorias profissionais (PRZENYCZKA *et al.*, 2012). Ter o conhecimento de que um determinado cuidado deve ser realizado e, no entanto, não fazê-lo, demonstra que, para uma prática clínica autônoma, a criação de linhas de fuga é essencial para a ocorrência do processo transformador saber/agir.

A consciência de ser autônomo convive com a sombra da prescrição médica como se ela tivesse a capacidade de ser um instrumento limitador. Não compreender que a autonomia não está circunscrita aos aspectos legais da profissão não impede que o profissional seja autônomo. Contudo, ao não perceber sua própria condição, esse profissional fragiliza o seu fazer e pode incorporar uma concepção equivocada acerca de sua importância dentro da equipe de saúde.

Durante a passagem de plantão, T1P2 afirma que foi colocada bolsa de água quente em uma incisão que apresentou elevada drenagem de secreção sero-sanguinolenta e que a enfermeira de outro turno não tomou essa conduta porque não estava prescrita. [observação]

O papel da prescrição médica ainda obscurece a importância do trabalho da enfermagem. A interdependência profissional pode ser compreendida como um processo unidirecional. No entanto, é necessário compreendê-la sob outro prisma: sem a enfermagem, não é possível operacionalizar a prescrição médica e o trabalho do enfermeiro vai além da execução de tarefas, mas proporciona a multiplicidade que conecta as necessidades advindas do contexto do cuidado.

O trabalho em equipe como ferramenta do processo de trabalho em saúde requer o estímulo da autonomia das equipes. Contudo, ainda existem situações em que se apresenta uma concepção restrita, como mera troca de informação o que evidencia o desafio de ampliar o entendimento acerca do trabalho em equipe para a consolidação da prática interprofissional em saúde (PEDUZZI, 2011).

Eu posso fazer determinadas coisas no paciente. Mobilização... eu posso fazer ele deambular pra eliminar gases. Eu posso fazer curativos. [...] Posso detectar, se o paciente está com alguma alteração emocional ou não, mas questões direcionadas à patologia eu não consigo visualizar muita coisa que a gente possa fazer, que a gente tenha autonomia pra fazer, sem a questão médica, sem a prescrição, sem o médico aprovando. Eu acho que a gente mais evidencia outras coisas, aquela coisa da visão holística (T2P1) - [entrevista]

Para que a autonomia seja concreta e real, faz-se necessário que os sujeitos conheçam a enfermagem em seus aspectos teóricos, filosóficos e legais (GOMES; OLIVEIRA, 2010). Apesar de haver fragilidades quanto à consciência autônoma, percebe-se que ser consciente do próprio conhecimento e domínio da clínica é um mecanismo fortalecedor para a autonomia.

Ainda que o trabalho médico tenha *status* de centralidade, no modelo biomédico, o exercício da autonomia do enfermeiro pode ocorrer em contraponto a sua prescrição. O enfermeiro tem consciência de que, por imposições legais, não deve intervir na conduta de outro profissional, assim como não lhe compete algumas atribuições. No entanto, pode agenciar meios para que o seu próprio fazer seja realizado, com base em seus conhecimentos clínicos, influenciando o cuidado do outro.

T3P1 observa uma prescrição médica, que tem soro glicosado e soro fisiológico. A enfermeira telefona para o médico e informa que a paciente infundiu 2 unidades de concentrado de hemácias e é hipertensa. Ela demonstra ao médico atenção, quanto ao volume de líquidos que está sendo infundido e questiona a técnica de enfermagem acerca dos valores da pressão arterial, informando por telefone. O médico solicita a suspensão do soro fisiológico. [observação].

Esse aspecto não tem o intuito de minimizar o saber do outro profissional ou mesmo criar a ideia de que a interferência no trabalho de outros agentes da equipe de saúde caracteriza-se como elemento central a ser valorizado. Ao contrário, fortalece-se a concepção de que o trabalho em saúde é coletivo e, como tal, todos os profissionais devem interagir e criar suas próprias linhas de fuga, para um cuidar mais amplo e interconectado.

No entanto, além da interdependência entre os diferentes profissionais, há também a interdependência entre o projeto de trabalho, pois assim, a ação das equipes deve ser circunscrita a um grau de autonomia que considere a necessidade de articulação e integração ao contexto de trabalho do serviço (PEDUZZI *et al.*, 2011).

A administração de medicamentos é uma atribuição da enfermagem conectada ao trabalho médico e a enfermeira tem autonomia para não realizá-la e questionar a conduta do outro profissional. Nesse momento, a autonomia se expressa, por meio de movimentos de resistência, que representam o exercício de liberdade profissional.

Eu vou questionar, eu vou falar, até chegar ao ponto que eu vou dizer: _Então, se tu queres, tu administras. [...] Eu tenho conhecimento desse assunto, eu posso fazer isso. [...] Porque, para eu fazer alguma coisa, que eu me determine, eu tenho que ter pleno conhecimento do que eu estou fazendo, que eu possa discutir e provar o porquê. (T3P1) - [entrevista]

O enfermeiro, ao realizar o cuidado, tem de desenvolvê-lo com fundamentos sólidos de conhecimento, incorporado a um saber específico da profissão. Ao mesmo tempo, deve demonstrar responsabilidade profissional, conhecimentos éticos e capacidade de ação, em conformidade com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem para, deste modo, ter sua prática reconhecida como autônoma (FENTANES, 2011).

Ainda que o enfermeiro alcance uma consciência autônoma e livre da sombra da prescrição médica, é necessário que a própria instituição não ofereça restrições que cerceiem o exercício pleno da autonomia. O debate sobre autonomia profissional precisa considerar também o cenário político-institucional e organizativo, no qual ocorre o trabalho (PIRES, 2009).

T1P1 orienta uma acadêmica de enfermagem a fazer a solicitação de soros na prescrição médica e diz que ela deve escrever no local específico para a solicitação dos materiais. T1P1: *“Eu me nego a escrever na prescrição deles [médicos]”*. A enfermeira refere que, antes, os soros eram solicitados pela enfermeira, por meio de memorando e, agora, essa solicitação tinha que ser feita na prescrição médica. A pesquisadora observa que não há espaço na prescrição médica para que essa solicitação de soro seja assinada pela enfermeira. A enfermeira diz ter tido conflitos, em função disso: *“Eu acabo fazendo e pedindo em prescrição médica, em benefício do paciente, porque, se eu não fizer, ele vai ser prejudicado”*. [observação]

Este mesmo dado é confirmado por um estudo realizado em um hospital de ensino público que evidenciou a dificuldade que os enfermeiros enfrentam para o exercício de sua autonomia, diante do modelo gerencial adotado na instituição (ALMEIDA *et al.*, 2011). A constituição de uma consciência autônoma transcorre pela instituição formadora e pelo próprio estudante de enfermagem (FENTANES *et al.*, 2011).

Deste modo, oferecer condições para o exercício da autonomia e tomada de consciência autônoma são elementos importantes para que os profissionais alcancem o objetivo final do trabalho e organizem a produção do cuidado de forma ampla. Ainda que o processo de obtenção de autonomia apresente, em alguns momentos, vieses de construção pessoal e individual, carece-se perceber que o esforço coletivo é elemento primordial para tal. É importante identificar meios que reforcem a autonomia dos enfermeiros na prática clínica cotidiana, assim como utilizar métodos de pesquisa que explorem a temática de maneira profunda (VARJUS; LEINO-KILPI; SUOMINEN, 2011).

CONCLUSÕES

O objetivo proposto pelo estudo foi alcançado, uma vez que se identificaram três enfoques que conectam a autonomia profissional do enfermeiro, com base no exercício da clínica: o conhecimento clínico e suas especificidades como alicerce para o exercício da autonomia em enfermagem, a autonomia e suas interfaces nas relações multiprofissionais e a consciência de autonomia à sombra da prescrição médica.

Das reflexões realizadas, a partir do referencial filosófico de Deleuze e Guattari, verificou-se que o conhecimento clínico atua como instrumento fortalecedor da autonomia profissional do enfermeiro, mas que, para tal, é necessário que opere como uma máquina de guerra, impulsionando ações visíveis na prática clínica. Assim, a autonomia profissional do enfermeiro surge de processos de desterritorialização/reterritorialização da clínica como campo de conhecimento, da criação de linhas de fuga e agenciamentos que promovem a multiplicidade interconectada à produção de cuidados em enfermagem/saúde, produzindo um trabalho em movimento constante.

No contato com outros profissionais, o enfermeiro reconhece a necessidade do múltiplo, valoriza o conhecimento complexo e procura tornar visível sua prática clínica. Entretanto, o trabalho da enfermagem ainda convive com a sombra da prescrição médica como um cuidado essencialmente instituído.

A falta de consciência da própria autonomia fragiliza o fazer do enfermeiro e decorre de um processo coletivo. Contudo, os discursos e atitudes observadas indicam que os enfermeiros exercem autonomia para realizar uma assistência de qualidade, a partir de uma prática clínica alheia à conduta de outros profissionais.

O referencial filosófico, assim como a metodologia empregada, foi pertinente para o alcance do objetivo e a identificação de lacunas que apontam a necessidade de investigações com delineamentos que desenvolvam evidências referentes à temática pesquisada. As linhas de fuga, os agenciamentos e até a composição de máquinas de guerra para um trabalho em saúde autônomo

podem, em algum momento, parecer brandas, contudo, são mecanismos importantes para o fortalecimento da autonomia profissional do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia / Nicola Abbagnano**. Tradução: BOSI, A. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALMEIDA, M. L. *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto contexto - enferm.**, v.20, n. spe, p. 131-137, 2011.

BRASIL, **Resolução Cofen 311**, de 08 de fevereiro de 2007: aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção1, p. 81-83; 13 fev. 2007.

BUENO, F. M. G; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev Bras Enferm.**, v.59, n.2, p.222-7, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paidea**. São Paulo: HUCITEC, 185p. 2003.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital** 2. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v.5. São Paulo: Editora 34, 2000.

FAVORETO, C. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, v.11, n.1, p.100-8, 2008.

FENTANES, L.R.C. *et al.* Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.3, p.530-5, 2011.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; v.39 n.2, p.145-53, 2005.

GOMES, A. M. T. ; OLIVEIRA, D.C. de. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, v.63, n.4, p. 608-615, 2010.

JESUS, M. S.; SAID, F. A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.3, p.410-21, 2008.

LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2 ed. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária - UFPel, 2004.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v.42, n.1, 2008.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2007.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Revista de Enfermagem da Uerj**, v.17, n.4., p.521-526, 2009.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, v.21, n.2, p. 629-646, 2011.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.**, v.62, n.5, p. 739-744, 2009.

PRZENYCZKA, R. A. *et al.* O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto contexto enferm.**, v.21, n.2, p. 427-431, 2012.

VARJUS, S. L. ; LEINO-KILPI, H. ; SUOMINEN, T. Professional autonomy of nurses in hospital settings--a review of the literature. **Scand J Cuidar Sci**; v.25, n.1, p.201-207, 2011.

VELLOSO, I.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v.31, n.2, p. 388-91, 2010.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

**A CLÍNICA COMO PRÁTICA RIZOMÓRFICA DO TRABALHO EM
ENFERMAGEM CIRÚRGICA¹**

**CLINICAL PRACTICE AS A RHIZOMORPHIC PRACTICE IN SURGICAL
NURSING WORK**

**LA CLÍNICA COMO UNA PRÁCTICA RIZOMÓRFICA DE TRABAJO EN
ENFERMERÍA QUIRÚRGICA**

Lenice Dutra de Sousa
Wilson Danilo Lunardi Filho

RESUMO: Foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória, na forma de Estudo de Caso, em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário, que objetivou analisar o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica. A unidade de análise foi um grupo de seis enfermeiros e foram realizadas observações não participantes, pesquisa documental e entrevistas em profundidade com posterior análise textual discursiva. O trabalho da enfermagem é organizado, segundo duas perspectivas interconectadas e interdependentes: a perspectiva do modelo clínico, que compõe a estrutura-mestre da sua prática e uma estrutura composta por elementos múltiplos e heterogêneos. Deste modo, o modelo clínico de assistência organiza-se como uma estrutura centrada que possibilita a resolutividade das necessidades biológicas e atua como base para a conexão de outros saberes e práticas que expandem o fazer, por meio de interligações com o ambiente, resultando em uma prática clínica mais próxima a integralidade.

Palavras-chave: competência clínica; enfermagem; trabalho.

ABSTRACT: A qualitative and exploratory case study was carried out in a surgery unit of a university hospital. The study aimed at analyzing the nurses' work from the perspective of healthcare production and of clinic practice. The unit of analysis was a group of six nurses. Non-participant observations, documentary research and depth interviews were carried out, followed by discursive textual analysis. Nursing work is organized according to two interconnected and interdependent perspectives: the perspective of clinical model, which forms the main structure of its practice, and a structure formed by multiple and heterogeneous elements. This way, the clinical model of assistance is organized as a centralized structure that enables resolutivity of biological needs and acts as a basis for connecting other knowledges

¹ Artigo a ser encaminhado a Revista da Escola de Enfermagem da USP, derivado da Tese de Doutorado em Enfermagem intitulada: A clínica como instrumento do trabalho do enfermeiro na produção de cuidados; apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande – PPGEnf-FURG. Para a submissão o artigo será adaptado às normas da revista e sofrerá alterações que irão lhe garantir caráter de originalidade para publicação.

and practices that expand practice through interconnections with the work environment. As a result, clinic practice gets closer to integrality.

Keywords: clinical competence; nursing; work.

RESUMEN: Se realizó una investigación cualitativa y exploratoria en forma de estudio de caso, en una unidad de hospitalización quirúrgica de un hospital universitario, que tuvo como objetivo analizar el trabajo de los enfermeros desde la perspectiva de la producción de los cuidados y la práctica clínica. La unidad de análisis fue un grupo de seis enfermeras y se hicieron observaciones no participantes, investigación documental y entrevistas en profundidad con posterior análisis textual discursiva. El trabajo de enfermería se organiza según dos perspectivas interconectadas e interdependientes: la perspectiva del modelo clínico, que constituye la estructura de su maestro y una estructura de la práctica compuesta de múltiples y heterogéneos elementos. Por lo tanto, el modelo clínico de la asistencia está organizado como una estructura centrada que permite la resolución de las necesidades biológicas y sirve como base para la conexión de otros conocimientos y prácticas que se expanden a través de las interconexiones con el medio ambiente, lo que resulta en una la práctica clínica más cerca de integridad.

Palabras clave: competencia clínica; enfermería; trabajo.

INTRODUÇÃO

Pensar a clínica no campo da saúde e da enfermagem demanda uma reconstrução dos cenários e fluxos assistenciais, onde os fenômenos patológicos devem ser situados a segundo plano e o indivíduo designado como protagonista na produção do cuidado. Permite-se, assim, vislumbrar uma clínica produtora de desvios, ressignificadora das relações e estabelecida no processo de cuidar (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO; 2011).

A clínica incorpora uma polissemia que permite desde uma perspectiva de interpretação de sinais e sintomas da doença, como também, as relações estabelecidas pelos indivíduos como enfoque para sua abordagem (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO; 2011). Assim, nessa perspectiva, o modelo clínico/biomédico de assistência parece configurar-se como uma forma de organização do trabalho de estrutura estável e biologicista, que adota a perspectiva interpretativa da doença. Entretanto, o trabalho da enfermagem precisa envolver a clínica dentro de arcabouços conceituais que extrapolem os modelos hegemônicos de atenção à saúde e, deste modo, os enfermeiros seriam melhor instrumentalizados para um trabalho que apregoa a adoção de um conhecimento integrado com as diversidades e com o ambiente nos quais os pacientes e eles próprios estão inseridos.

No decorrer dos tempos o conhecimento em Enfermagem tem se construído permitindo a conformação de um *corpus* científico com fundamentos logísticos, pedagógicos,

técnicos e éticos (MARTINS *et al.*, 2012). Na década de 70 a enfermagem aproximou-se das ciências sociais e humanas, assim como, de diversas correntes filosóficas. Deste modo, o trabalho em enfermagem começou a ser transformado por uma linha de atuação que escapa à esfera reducionista do tecnicismo e se amplia para inserir o sujeito social como objeto de cuidado (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Contudo, os serviços de saúde produzem um cotidiano tenso e conflituoso que acaba por favorecer a manutenção de modos tradicionais de trabalho (MATUMOTO *et al.*, 2011) e, deste modo, o modelo clínico de assistência pode acabar por ser predominante nos espaços de produção de saúde.

A prática clínica e o processo de trabalho têm relação mútua, pois são as condições concretas do processo de trabalho que irão determinar as possibilidades da clínica (OLIVEIRA *et al.*, 2009). A clínica concebida sob uma perspectiva mais ampla apresenta-se como ferramenta para que a produção do cuidado centrado nos usuários, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo (JUNGES *et al.*, 2009). Assim, a clínica como campo de conhecimentos pode configurar-se como instrumento importante para o adequado exercício do trabalho da enfermagem.

Neste estudo, a clínica é entendida como um campo em que práticas e saberes biomédicos e não biomédicos interagem, de maneira a promover novas composições e novos modos de atuar em saúde (FAVORETO, 2008). Assim, apesar do enfermeiro atuar em um contexto, no qual o modelo clínico/biomédico de assistência vigente é hegemônico, é possível a interconectividade de saberes e fazeres que alcancem um agir múltiplo, integrado, flexível e em constante movimento de recriação, assim como é a integralidade.

A produção científica da enfermagem brasileira vem evidenciando que a clínica, na concepção de campo de conhecimentos para a produção de saúde e cuidado, não tem sido uma temática central, apresentando-se, aparentemente, como objeto secundário nos estudos da área. Apesar disso, espera-se que a clínica, concebida como um instrumento que atua na construção de nexos entre a pesquisa e o cuidado em Enfermagem esteja promovendo um movimento de construção e desconstrução de saberes e práticas, permanentemente, ainda que de forma velada ou inconsciente (SOUZA *et al.*, 2011).

O objetivo deste estudo foi analisar o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica. Para tanto, o referencial filosófico de Deleuze e Guattari, defensores de um pensar múltiplo e interconectado, foi utilizado para a compressão do fenômeno estudado. A escolha por esses autores justifica-se, devido ao fato de que eles

apresentam duas estruturas importantes para reflexão: a estrutura arborífica – árvore – e a estrutura rizomática – rizoma.

A árvore representaria uma estrutura hierárquica do tipo centrada e o rizoma representaria uma estrutura com relações horizontalizadas do tipo a-centrada. Apesar da defesa do rizoma como estrutura adequada, não há a rejeição da árvore. Assim, compreende-se que a enfermagem pode expressar seu trabalho, por meio de uma clínica com características rizomáticas, ao mesmo tempo, que o modelo clínico/biomédico de assistência pode ser a árvore da qual partem as linhas que interconectam os conhecimentos necessários às ações de saúde.

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa e exploratória, na forma de Estudo de Caso. Empregou-se o estudo de caso, pois esse tipo de estudo “contribui com o conhecimento sobre os fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados” (YIN, 2005, p. 29). Para aumentar a sua confiabilidade, utilizou-se um protocolo com uma visão geral do projeto, procedimentos de campo, questões do estudo de caso e um guia para o relatório.

A pesquisa foi realizada em uma unidade de internação cirúrgica de um Hospital Universitário, no sul do país. Este estudo teve como unidade de análise um grupo de seis enfermeiros dessa mesma unidade de internação.

Os métodos de coleta de dados foram a observação não participante concomitante à pesquisa documental e, posteriormente, a entrevista em profundidade, realizada individualmente, a qual emergiu da análise dos dados obtidos, por meio dos outros dois métodos de coleta de dados anteriormente utilizados. As observações totalizaram 200 horas e foram realizadas entre os três turnos de trabalho (Manhã, Tarde e Noite), no período de outubro de 2012 a janeiro de 2013. A pesquisa documental utilizou como documentos para consulta o prontuário do paciente e o livro de registros de enfermagem. Foram considerados dados todos os registros realizados pelo grupo de enfermeiros (unidade de análise), durante o turno de observação.

Os dados foram analisados, de acordo com a análise textual discursiva. Este método de análise permitiu identificar e isolar enunciados dos conteúdos a ela submetidos, categorizá-los e produzir textos, de maneira a integrar descrição e interpretação (MORAES; GALIAZZI, 2007). Foi realizada uma leitura profunda e detalhada do conjunto de textos provenientes dos métodos de coleta, concomitantemente, a um processo de descrição e interpretação, a partir da

visão da pesquisadora apoiada no referencial teórico-filosófico proposto no estudo. A partir disso, foram identificadas as unidades de análise, posteriormente, realizada a síntese das unidades constituintes mais similares, no intuito de reintegrá-las em categorias, a partir do estabelecimento de relações.

O projeto dessa pesquisa, elaborado consoante às diretrizes da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde e aprovado sob parecer nº 87/2012. A fim de não identificar os enfermeiros participantes da pesquisa, eles serão identificados na apresentação dos resultados como T1P1, T1P2, T2P1, T2P2 e assim sucessivamente, em que T representa o Turno e P, o profissional.

RESULTADOS

Foram encontradas 520 anotações, acerca de pacientes internados na Unidade de Internação Cirúrgica, no livro de registros de enfermagem, as quais corresponderam a 38 períodos de observação. Dentre esses registros, haviam anotações completas e anotações, nas quais os enfermeiros apenas complementavam informações já fornecidas pelos profissionais do turno anterior. Para melhor explicitar os registros encontrados, apresentam-se somente os resultados daqueles que contemplavam anotações completas.

Assim, resultaram 372 anotações correspondentes a 28 períodos de observação. Nos 28 períodos de observação, o livro de registros de enfermagem apresentou, em sua totalidade: data, turno, escala de trabalhadores da equipe de enfermagem, assinatura e número do COREN dos enfermeiros responsáveis.

As anotações correspondentes aos 28 períodos de observação foram categorizadas, conforme a maior frequência de registros encontrados e organizadas da seguinte forma: nome e leito do paciente, cirurgia e/ou motivo da internação, aspectos e/ou alterações biológicas, dispositivos invasivos, dieta e/ou aceitação da dieta, período perioperatório (pré-op ou pós-op), exames (realizados e/ou a realizar), paciente no/para ir ao bloco cirúrgico, paciente com alta hospitalar, mudança de conduta médica, aspectos psicossociais e comorbidades. O **Quadro 1** explicita os percentuais para cada uma das categorias verificadas nos 28 períodos de observação.

Quadro 1 – Categorias e valores percentuais das anotações do livro de registros de enfermagem.

Categorias	Frequência dos registros
Nome/leito	100%
Cirurgia/motivo da internação	100%

Aspectos/alterações biológicas	93%
Período perioperatório	89%
Exames (realizados/a realizar)	89%
Dispositivos invasivos	79%
Procedimentos realizados	79%
Dieta/aceitação dieta	50%
Paciente no/para ir: Bloco Cirúrgico	36%
Paciente com Alta Hospitalar	32%
Comorbidades	32%
Mudança de conduta médica	29%
Aspectos psicossociais	18%

Fonte: dados da pesquisa (2013)

No prontuário dos pacientes, foram encontradas quatro evoluções de enfermagem, durante todo o período de coleta de dados; uma das evoluções de T2P1 e as demais de T2P2, identificadas aqui pelos numerais romanos I, II, III e IV. A partir das evoluções, foram identificados os aspectos que refletem seus registros, de acordo com avaliações e condutas do enfermeiro, explicitadas no **Quadro2**.

Quadro 2 – Aspectos avaliados e registrados nas evoluções de enfermagem presentes nos prontuários dos pacientes.

Aspectos avaliados e registrados	I	II	III	IV
Dor	x	x	x	
Ferida	x	x	x	x
Características	x	x	x	x
Drenagem	x	x	x	x
Curativo	x	x	x	x
Produtos utilizados	x	x	x	
Aceitação alimentar	x	x		x
Locomoção/mobilidade	x	x	x	x
Eliminações (urinária/intestinal)	x			

Fonte: dados da pesquisa (2013)

Ao receber o paciente na unidade de internação cirúrgica, o enfermeiro organiza o cuidado, a partir da razão que motivou a internação (patologia e/ou tipo de cirurgia a ser realizada) e das rotinas da própria unidade. O cuidado de enfermagem na unidade de internação cirúrgica estudada é organizado, prioritariamente, a partir de aspectos clínicos da clientela, rotinas do serviço e especificidades da própria intervenção cirúrgica.

Investigar o histórico de doenças, a doença que vai tratar, aqui, por qual motivo está internando [...] Aqui, não é uma unidade que costuma ter pacientes graves com muitos cuidados. Depois, continuo a

rotina de visitas, verificação dos problemas e tentar solucionar. (T2P2)
– [entrevista]

No momento em que o paciente interna, ele é pesado, medido e é conversado a respeito de alterações de saúde. [...] A gente vai seguir as normas da instituição [...] Enfim, as rotinas. (T1P1) - [entrevista]

Uma das particularidades da unidade de internação cirúrgica é o tempo relativamente reduzido de permanência do paciente cirúrgico internado. Portanto, esse aspecto pode refletir na organização do cuidado, direcionando-o para aspectos do próprio processo cirúrgico. Assim, o tipo de cirurgia à qual o paciente vai ser submetido e a patologia associada à necessidade de ser submetido a uma cirurgia são, portanto, fatores que impulsionam as diferentes ações presentes no trabalho do enfermeiro.

A gente se volta e acho que deve se voltar para a questão cirúrgica, para a patologia cirúrgica. [...] Eu vou detectar todos os problemas clínicos e eu vou conseguir resolver? Não, não é, aqui, nesse momento, que vai ser resolvido. Então, eu posso tentar encaminhar coisas. (T2P1) - [entrevista]

Portanto, a aplicação da clínica no trabalho do enfermeiro em unidade de internação cirúrgica estudada pode não se manifestar, continuamente, e ser expressa nas ações empreendidas, de forma mais enfática, diante das situações de intercorrências ou, ainda, no sentido de antecipar alguma alteração clínica dos pacientes. Assim, verificou-se que a comunicação entre os enfermeiros é valorizada e expressa, na passagem de plantão.

Eu trabalhei em unidade de internação clínica e a ação da enfermeira, na parte clínica, é maior. Não resta a menor dúvida. Aqui, eu acho que é mais nas intercorrências. (T3P1) - [entrevista]

Na passagem de plantão, T1P1 refere acerca de um paciente que está em preparo de cólon com manitol e está sem soroterapia prescrita. T1P1 salienta a atenção sobre esse paciente que pode apresentar desidratação, em função do preparo. [observação]

Verifica-se que, em um primeiro momento, há o enfoque sobre os aspectos da patologia e do processo cirúrgico, contudo, posteriormente, o enfermeiro observa e avalia os aspectos psicossociais. Deste modo, identifica-se que há, inicialmente, o enfoque biológico sobre a assistência, entretanto, não são negadas as demais necessidades do cliente que emergem, durante o período da internação.

Converso com o paciente, detecto as necessidades, faço exame físico, vejo a situação socioeconômica, avalio as condições de receptividade, até mesmo para saber como conversar com o paciente. [...] Tem que falar, de acordo com a cultura, com as crenças dele. (T1P2) - [entrevista]

A prática clínica da enfermagem não se detém ao modelo clínico/biomédico de assistência e extrapola os aspectos biológicos do ser humano. Observa-se que o trabalho do enfermeiro incorpora aspectos psicossociais e ambientais. Sob esse prisma, verifica-se ainda que o enfermeiro pode ser referência para outros profissionais que compartilham a mesma concepção de assistência.

As condições sociais, as condições econômicas, eu acho que é um ponto fundamental. (T1P2) - [entrevista]

A residente da psicologia procura T2P1 para fornecer informações de uma paciente com conflitos familiares e condições de moradia insalubres. As duas conversam sobre a necessidade de melhorar as condições do ambiente doméstico para receber a paciente, após a alta hospitalar. [observação]

Ocorre a internação de uma paciente de 14 anos com cisto pilonidal; T2P2 opta por uma enfermaria de dois leitos (que, no momento, não tem paciente internado) para internar a adolescente. “Eu não posso internar essa menina nas enfermarias disponíveis... Na enfermaria x, tem algumas senhoras em mau estado geral e desorientadas. Na enfermaria y, também, não tem como... Então, eu prefiro quebrar uma enfermaria de dois leitos porque é uma menina muito nova e ainda irá realizar uma cirurgia que pode ser muito delicada para ela”. [observação]

Durante o período de internação, os enfermeiros priorizam, ora aspectos biológicos, ora aspectos não biológicos, de acordo com sua avaliação clínica e demandas do paciente.

Chegam muitos, aqui, que vêm fazer a cirurgia, mas o emocional está mais abalado do que a própria razão da cirurgia. Eu sei que esse estado emocional vai influenciar, no momento da cirurgia e no pós-operatório. Então, eu tenho que trabalhar essa parte, porque não adianta... O paciente chega, às vezes, com alguma coisa tão importante lá de fora... da própria vida dele. (T1P2) - [entrevista]

Na passagem de plantão, T2P1 informa sobre paciente em pós-operatório de mamoplastia, que refere muita dor: “Ela é meio dengosa também e eu elogiei ela bastante, durante à tarde, para melhorar a autoestima e percebi que ela foi referindo menos dor.” [observação]

Os enfermeiros indicam alguns instrumentos e condições de trabalho necessárias para a prática clínica, dentre eles, salientam como elemento central o conhecimento clínico como instrumento de trabalho. Além desse, referem protocolos de assistência, interação multiprofissional, gerenciamento/organização do serviço, equipamentos e estrutura física.

O conhecimento, com certeza, é um instrumento. Não tem como trabalhar sem ter conhecimento. E não é só conhecimento. Também, é agir. [...] Ter noção do que é normal, do que é esperado para cada caso, saber como recorrer. Se tu sabes, mais ou menos, o que é esperado no pós-operatório imediato ou no mediato, tu vais ter uma boa base pra dar o melhor atendimento e isso é muito importante. (T1P1) - [entrevista]

Se o paciente está triste, deprimido, é bom receber a visita do psicólogo; ou não é uma depressão, ele está deprimido pelo efeito adverso do medicamento. Ter interação com a psicóloga... O conhecimento clínico é bom sempre, inclusive na relação com a equipe de saúde. (T2P1)

DISCUSSÃO

As reflexões realizadas a partir do referencial filosófico de Deleuze e Guattari permitiram realizar, despretensiosamente, algumas aproximações entre o trabalho do enfermeiro em unidade de internação cirúrgica e alguns de seus conceitos, sendo eles: estrutura arborífica, estrutura rizomórfica, linhas de fuga, agenciamentos e máquina de guerra. A árvore representa uma estrutura hierárquica do tipo centrada e o rizoma, uma estrutura com relações horizontalizadas do tipo a-centrada. As linhas de fuga constituem ligações entre pontos e posições que permitem variação, expansão e conquista. A máquina de guerra não corresponde a uma guerra propriamente dita, ela se projeta em um saber abstrato e é constituída, por meio de linhas de fuga que questionam o modelo hierárquico (DELEUZE; GUATTARI, 2000). Assim, esse estudo apresenta conexões, desvios, contradições e elementos que constituem um trabalho complexo e, por vezes, interdependente.

Compreende-se, desse modo, que a clínica advinda de uma ciência arborífica pode enraizar-se no saber biológico e, portanto, o modelo clínico apresenta uma estrutura do tipo árvore, com uma raiz principal e ramificações decorrentes dos saberes da anatomia, fisiologia, biologia, patologia e farmacologia. Entende-se, assim, que, no modelo clínico/biomédico de assistência, o fazer profissional pode alcançar todas essas ramificações, aprofundando-se no “solo” tanto quanto for preciso para atender as necessidades advindas dos pontos que compõe essa árvore, contudo, limita-se ao espaço dessa arborescência.

Sob o enfoque biologicista, a clínica materializa-se na abordagem dos fenômenos patológicos situados e especializados no corpo sem relação com os contextos de onde são originários os sujeitos, excluindo assim outros campos de saberes e outras práticas do cuidado à saúde (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011). Contudo, essa concepção se opõe a um entendimento de clínica do cuidado, uma compreensão de cuidar que internaliza a escuta das necessidades dos indivíduos, não se limitando à estrutura formal com foco no indivíduo doente (MATUMOTO *et al.*, 2011).

Na prática clínica da enfermagem, emergem outras necessidades, além daquelas de caráter biocentrado, que requerem ações que superem a estrutura arborescente e, para tanto, a estrutura rizomórfica pode ser o meio pelo qual os enfermeiros podem alcançar o objetivo do trabalho. Entretanto, o atendimento das necessidades de saúde atrelado à busca pela integralidade no processo de trabalho em enfermagem pode estar tão enraizado à herança de uma prática clínica fragmentada e descontextualizante que os profissionais minimizam os elementos que diferenciam o seu fazer.

Os registros realizados pelos enfermeiros no livro de ocorrências ou no prontuário dos pacientes indicam uma centralidade do trabalho nos aspectos voltados ao modelo clínico/biomédico de assistência. Observa-se que aquilo que o enfermeiro registra, ou seja, evidencia em seu trabalho, mantém estreita relação com uma concepção biologicista de cuidado e pouco explicita a verdade sobre o trabalho desenvolvido pelo enfermeiro.

Assim como ocorre na realização os registros de enfermagem, há o predomínio dos aspectos que norteiam o modelo clínico/biomédico de assistência, no modo como ele organiza o cuidado de enfermagem na unidade de internação cirúrgica. O cuidado é organizado de forma que, as necessidades biológicas da clientela sejam atendidas bem como as necessidades do próprio serviço.

O enfermeiro organiza, na estrutura arborífica, o seu fazer, busca nas raízes e ramificações os conhecimentos necessários para realizar o cuidado. É, nessa estrutura, que constitui o modelo clínico/biomédico de assistência, que o enfermeiro sustenta seu trabalho de

modo generalizante e limitado aos pontos dessa árvore. Assim, o indivíduo é visualizado por meio dessa estrutura e é, nele próprio, ou seja, no conteúdo materializado do corpo daquele a ser cuidado que o enfermeiro configura o modo de atuar em saúde.

O cliente cirúrgico, no momento da internação, apresenta uma necessidade premente que motivou a realização de uma cirurgia. Nesse momento, seja em virtude de uma causa patológica ou não, o paciente espera uma ação específica: o procedimento cirúrgico e tudo que envolve a sua realização. Esse é o motivo que o levou à internação e, assim, ainda que a organização do cuidado possa ser ampliada, posteriormente, há um sentido concreto nas necessidades da clientela, nesse momento.

A satisfação dos pacientes em unidade de internação cirúrgica pode estar relacionada ao trabalho da enfermagem, de modo que o enfermeiro tenha condições de identificar, adequadamente, os sintomas e estabelecer cuidados pertinentes (BACON; MARK, 2009). Deste modo, identifica-se que a clínica se volta para o sujeito em busca de respostas às suas necessidades de saúde (VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

De maneira intrínseca, o paciente busca, no período em que permanece na unidade de internação cirúrgica, um atendimento especializado, um cuidado realizado por profissionais que, de antemão, têm conhecimento sobre suas necessidades. Observa-se, assim, que, inicialmente, é, no modelo clínico/biomédico de assistência, que o enfermeiro pauta suas ações e, de tal maneira, busca uma precedente conexão entre a resolutividade esperada pelo paciente e pelo próprio profissional.

Portanto, a estrutura arborífica não é uma escolha descontextualizada. Ao contrário, é uma necessidade visível e emergente. O enfermeiro evidencia essa estrutura arborífica como uma imagem projetada do próprio paciente, pois, assim, o percebe. A motivação da internação cirúrgica está contida na árvore e a patologia e as alterações biológicas dela decorrentes instituem a forma como o serviço se organiza. O processo de trabalho do enfermeiro pode, então, ser percebido dentro de uma ética da intervenção, no sentido de desenvolver uma clínica voltada para o indivíduo, em que a doença não é esquecida ou desprezada, mas considerada como parte das experiências que perpassam sua existência (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Deste modo, o enfermeiro, com base nos conhecimentos que tem, antes mesmo de fazer a avaliação do paciente, evoca da memória os cuidados pertinentes a cada tipo de cirurgia, assim como aqueles necessários para suprir as necessidades relacionadas às suas comorbidades. Apresenta-se, então, o trabalho do enfermeiro que, sob um primeiro olhar,

pode ser caracterizado como uma ação reprodutora do modelo clínico/biomédico de assistência, um fazer hierarquizado e fragmentado, um fazer arborificado.

Assim, a organização do trabalho do enfermeiro apresenta um viés de previsibilidade das ações e, diante das demandas advindas do próprio serviço, podem apresentar uma prática clínica pouco empreendida. Contudo, observa-se que o enfermeiro explora a prática clínica, de forma mais intensa, diante das complicações apresentadas pelos pacientes, o que não nega uma prática contextualizada às demandas emergentes do contexto.

Perceber o paciente, dentro dos limites da estrutura arborífica, não indica que essa estrutura será explorada na sua totalidade. Entretanto, quando o enfermeiro compreende que essa estrutura apresenta algum desvio, há uma preocupação para sua correção. Deste modo, apesar do enfermeiro ter conhecimento clínico, nem sempre ele o aplica, no sentido de buscar a totalidade da árvore. Entretanto, o enfermeiro que tem o domínio da clínica como campo de conhecimentos pode, a partir de seu conhecimento, saber quando melhor explorar a clínica como forma de racionalizar o tempo e empreender resolutividade ao seu trabalho.

A prática clínica do enfermeiro em unidade de internação cirúrgica, analisada de maneira mais complexa, não corresponde ao que é verificado nos registros de enfermagem nem a uma observação apressada e mais superficial. Uma pesquisa que analisou os registros de enfermagem em unidades de internação clínica e cirúrgica havia verificado que os mesmos nem sempre refletem a atuação dos profissionais, os cuidados recebidos pelo cliente e as suas respostas (MATSUDA *et al*, 2006). Contudo, o presente estudo aponta que apesar de, inicialmente, o modelo clínico/biomédico de assistência prevalecer, há a presença de ligações que buscam o alcance dos demais aspectos – psicossociais e ambientais – que envolvem o ser humano.

Alguns pacientes internam em unidade cirúrgica com sentimentos relacionados à preocupação com a própria subsistência econômica e de sua família, inquietações que podem estar atreladas ao temor de não ter condições para comprar os medicamentos até mesmo a aquisição de alimentos entre outras questões que envolvem a vida em sociedade. Reforça-se assim, a ideia de que a atuação do enfermeiro requer uma abordagem que alcance as dimensões biopsicossociais e espirituais (AMORIM *et al.*, 2012).

Observa-se que, mesmo inserido em um modelo que apresente um caráter biologicista, o trabalho da enfermagem não é necessariamente alheio a uma prática clínica mais ampla. O enfermeiro busca, por meio da criação de linhas de fuga, mecanismos que alcancem as necessidades dos pacientes de maneira individualizada e integrada ao ambiente. Deste modo,

essas linhas de fugas promovem agenciamentos, maneiras de cuidar em saúde, peculiares e coerentes com a realidade de trabalho desses profissionais.

A busca pela integralidade da assistência permanece pouco visível, pois os escassos registros de enfermagem pouco indicam sua existência. Entretanto, percebe-se que o enfermeiro, diante da equipe multiprofissional, é aquele que se configura como elemento de referência para as linhas de fuga. A criação das linhas de fuga ocorre a partir do e no sentido do enfermeiro, pois outros profissionais da saúde podem, da mesma forma, colaborar para essa relação a-centrada, que entremeia conhecimentos que suplantam o modelo clínico/biomédico de assistência hegemônico vigente.

Assim, o trabalho do enfermeiro é percebido dentro de uma ética da intervenção, no sentido de desenvolver uma clínica voltada para o sujeito, em que a patologia não é desprezada, mas considerada como parte das experiências que integram sua existência (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Com base nisso, o enfermeiro amplia a árvore e cria rizomas, a partir dessa mesma árvore. Essas estruturas rizomáticas, advindas das próprias necessidades da prática clínica, são capazes de alcançar os pontos que o modelo clínico/biomédico de assistência não suporta e exprimem a capacidade do enfermeiro de superar esse modelo centralizador. Desse modo, as necessidades individuais do próprio paciente reformulam o cuidado de enfermagem instituído e, portanto, refuta a ideia inicial de uma organização do trabalho assistencial essencialmente arborífica.

Para tal, o enfermeiro utiliza o conhecimento clínico como um instrumento fortalecedor do seu fazer. O saber torna-se fazer e atua como uma máquina de guerra que oferece resolutividade e capacidade de transformação do cuidado, por meio da criação de linhas de fuga e agenciamentos. Contudo, o estudo evidenciou que tanto o trabalho instituído da estrutura arborífica quanto do rizoma é uma atividade individual.

O desenvolvimento da prática clínica do enfermeiro é assinalado por construções e desconstruções nos distintos campos de cuidado, assim como, pela complexidade de sua inserção social, configurando, assim, processos de trabalho com características singulares (OLIVEIRA *et al.*, 2009). Diante disso, salienta-se que o trabalho clínico do enfermeiro ocorre no cotidiano, como resposta às necessidades de saúde da população e, para tanto, é preciso que o próprio enfermeiro compreenda que esse processo de construção é dependente de sua conquista de espaço e consolidação de sua prática (MATUMOTO *et al.*, 2011).

Não é, na unidade de internação cirúrgica, que se observa um trabalho com uma árvore de estrutura irretocável ou rizomas perfeitos, é no trabalho individualizado de cada enfermeiro que se imprime um fazer particular. O modelo clínico/biomédico de assistência está instituído, mas cada enfermeiro atua a partir de uma conduta própria. A criação das linhas de fuga não são “procuradas” pelo enfermeiro, mas emergem das necessidades dos pacientes e, para tanto, é necessário que esse profissional seja capaz de percebê-las e agir, pois o conhecimento suporta a ação e, portanto, saber agir é o elemento que norteia toda a ação nas estruturas, sejam arboríficas ou rizomáticas.

CONCLUSÃO

A clínica advinda de uma ciência arborífica pode enraizar-se no saber biológico e, portanto, o modelo clínico apresenta uma estrutura do tipo árvore, com uma raiz principal e ramificações. O enfermeiro organiza e sustenta o seu trabalho nessa estrutura e busca, nas raízes e ramificações, os conhecimentos necessários para realizar o cuidado. Assim, o trabalho do enfermeiro, sob um primeiro olhar, pode ser caracterizado como uma ação reprodutora do modelo clínico/biomédico de assistência, um fazer hierarquizado e fragmentado, um fazer arborificado.

Entretanto, verificam-se ligações que buscam o alcance dos demais aspectos – psicossociais e ambientais – que envolvem o ser humano. Observa-se, assim, que, mesmo inserido em um modelo que apresenta um caráter biologicista, o trabalho da enfermagem não é, necessariamente, alheio a uma prática clínica mais ampla. O enfermeiro busca, por meio da criação de linhas de fuga, mecanismos que alcancem as necessidades dos pacientes de maneira individualizada e integrada ao ambiente.

O enfermeiro amplia a árvore e cria rizomas, a partir dessa mesma árvore. Essas estruturas rizomáticas, advindas das próprias necessidades da prática clínica, são capazes de alcançar os pontos que o modelo clínico/biomédico de assistência não suporta e exprimem a capacidade do enfermeiro de superar esse modelo. Para tal, o enfermeiro utiliza o conhecimento clínico como um instrumento fortalecedor do seu fazer e, deste modo, o saber torna-se fazer e atua como uma máquina de guerra que oferece resolutividade e capacidade de transformação do cuidado.

Contudo, o estudo evidenciou que tanto o trabalho instituído da estrutura arborífica quanto do rizoma é uma atividade individual. O modelo clínico/biomédico de assistência está instituído, mas cada enfermeiro atua a partir de uma conduta própria.

Assim, o trabalho da enfermagem é organizado, segundo duas perspectivas interconectadas e interdependentes: a perspectiva do modelo clínico, que compõe a estrutura-mestre da sua prática e equipara-se à estrutura arborescente do referencial de Deleuze e Guattari e que é representada pelos saberes biológico, fisiológico, patológico e farmacológico; e a perspectiva de uma estrutura rizomática, composta por elementos múltiplos e heterogêneos, que pode ser representada por aspectos que interferem no ambiente em que o paciente está inserido, seja no âmbito social, familiar, de trabalho, entre outros. Deste modo, o modelo clínico de assistência organiza-se como uma estrutura centrada que possibilita a resolutividade das necessidades biológicas e atua como base para a conexão de outros saberes e práticas que expandem o fazer do enfermeiro, por meio de interligações com o ambiente, resultando em uma prática clínica mais próxima do que se considera/denomina integralidade.

REFERÊNCIAS

- AMORIM, L. K. A. *et al.* O trabalhador sem vínculo previdenciário e a vivência cirúrgica: uma contribuição da enfermagem. **Cienc Cuid Saude**. v.11, n.2, p.319-327, 2012.
- BACON, C. T.; MARK, B. Organizational Effects on Patient Satisfaction in Hospital Medical-Surgical Units. **J Nurs Adm**. v.39, n.5, p.220-227, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. v.5. São Paulo: Editora 34, 2000.
- FAVORETO, C. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, v.11, n.1, p.100-8, 2008.
- JUNGES, J. R. *et al.* Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n.4, p.937-44, 2009.
- MARTINS, J. C. A. *et al.* A Experiência Clínica Simulada não ensino de Enfermagem: Retrospectiva Histórica **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.25, n. 4, 2012.
- MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; ÉVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. Anotações/registros de enfermagem: Instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.3, p.415 - 421, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 05 fev 2013.
- MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, 2011.

MORAES, R.; GALIAZZI, M.C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2007.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Revista de Enfermagem da Uerj**, v.17, n.4., p.521-526, 2009.

SOUSA, L. D. *et al.* A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**. v.45, n.2, p.494-500, 2011.

VIEIRA, A.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab. educ. saúde (Online)**, v.9, n.1, 2011 .

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A metodologia do estudo mostrou-se pertinente para responder às questões formuladas. Os pressupostos, inicialmente construídos, foram confirmados e alcançados os objetivos do estudo, os quais estão contemplados nos três textos resultantes da análise dos dados da pesquisa.

Fundamentando-se no referencial filosófico de Deleuze e Guattari, verificou-se que o modelo clínico/biomédico de assistência traz em suas raízes conhecimentos advindos da clínica que, incorporados ao trabalho do enfermeiro, possibilitam atuações resolutivas sobre as necessidades de saúde da clientela assistida. Verificou-se também que, na prática clínica, o enfermeiro direciona suas ações para o cuidado direto com o paciente ou cria linhas de fuga com os demais membros da equipe de saúde, contribuindo para a integralidade do cuidado. Entretanto, a efetividade da criação dessas linhas de fuga no trabalho do enfermeiro – inter-relações multiprofissionais – antevê o reconhecimento do trabalho desse profissional.

Sob esse prisma, a clínica, como campo de conhecimentos, torna o trabalho do enfermeiro mais visível para os diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde. Contudo, emergiram do estudo vestígios de uma herança de dominação da clínica como campo de conhecimento prático para as ações de saúde exclusivamente médicas. E, nesse sentido, o exercício da clínica no cotidiano de trabalho do enfermeiro pode contribuir para que as relações de poder vivenciadas, dentro do cenário de saúde, sejam transformadas.

O estudo ainda permitiu compreender que o enfermeiro pode ser o profissional tido como referência para a criação das linhas de fuga com os demais membros da equipe de saúde. Para tanto, é necessário o reconhecimento de que esse profissional incorpora o conhecimento clínico para o estabelecimento de relações transversais na equipe multiprofissional. Assim, a clínica pode ser um instrumento que possibilita a visibilidade do trabalho do enfermeiro e contribui nas discussões, negociações e transformações nos cenários de saúde, colaborando para um agir multiprofissional mais efetivo.

Ainda que a atuação do enfermeiro ocorra no modelo clínico/biomédico de assistência, esse profissional busca, no exercício da clínica, meios de criar linhas de fuga para um cuidar em saúde mais amplo e, da mesma forma, utiliza-o como instrumento essencial para a resolutividade e visibilidade do trabalho em enfermagem.

Deste modo, a clínica pode configurar-se como uma máquina de guerra criada, a partir das linhas de fuga – uma força em potencial -, contrapondo-se a modelos hierarquizados e atuando no sentido de fortalecer a imagem do enfermeiro como profissional competente e qualificado clinicamente.

Com a realização desse estudo, foi possível identificar três enfoques que conectam a autonomia do trabalho do enfermeiro, com base no exercício da clínica: o conhecimento clínico e suas especificidades como alicerce para o exercício da autonomia em enfermagem, a autonomia e suas interfaces nas relações multiprofissionais e a consciência de autonomia à sombra da prescrição médica.

Das reflexões realizadas, a partir do referencial filosófico de Deleuze e Guattari, verificou-se que o conhecimento clínico atua como instrumento fortalecedor da autonomia do enfermeiro, mas que, para tal, é necessário que opere como uma máquina de guerra, impulsionando ações visíveis na prática clínica. Assim, a autonomia surge de processos de desterritorialização/reterritorialização da clínica como campo de conhecimento, da criação de linhas de fuga e agenciamentos que promovem a multiplicidade interconectada à produção de cuidados em enfermagem/saúde, produzindo um trabalho em movimento constante.

No contato com outros profissionais, o enfermeiro reconhece a necessidade do múltiplo, valoriza o conhecimento complexo e procura tornar visível sua prática clínica. Entretanto, o trabalho da enfermagem ainda convive com a sombra da prescrição médica como um cuidado essencialmente instituído.

A falta de consciência da própria autonomia fragiliza o fazer do enfermeiro e decorre de um processo coletivo. Contudo, os discursos e atitudes observadas indicam que os enfermeiros exercem autonomia para realizar uma assistência de qualidade, a partir de uma prática clínica alheia à conduta de outros profissionais.

O referencial filosófico, assim como a metodologia empregada, foi pertinente para o alcance dos objetivos e a identificação de lacunas que apontam a necessidade de investigações com delineamentos que desenvolvam evidências referentes à temática pesquisada. As linhas de fuga, os agenciamentos e até a composição de máquinas de guerra para um trabalho em saúde autônomo podem, em algum momento, parecer brandas, contudo, colocam o enfermeiro em uma posição privilegiada dentro da equipe multiprofissional.

A clínica advinda de uma ciência arborífica pode enraizar-se no saber biológico e, portanto, o modelo clínico apresenta uma estrutura do tipo árvore, com uma raiz

principal e ramificações. O enfermeiro organiza e sustenta o seu trabalho nessa estrutura e busca, nas raízes e ramificações, os conhecimentos necessários para realizar o cuidado. Assim, o trabalho do enfermeiro, sob um primeiro olhar, pode ser caracterizado como uma ação reprodutora do modelo clínico/biomédico de assistência, um fazer hierarquizado e fragmentado, um fazer arborificado.

Entretanto, verificam-se ligações que buscam o alcance dos demais aspectos – psicossociais e ambientais – que envolvem o ser humano. Observa-se, assim, que, mesmo inserido em um modelo que apresenta um caráter biologicista, o trabalho da enfermagem não é, necessariamente, alheio a uma prática clínica mais ampla. O enfermeiro busca, por meio da criação de linhas de fuga, mecanismos que alcancem as necessidades dos pacientes de maneira individualizada e integrada ao ambiente.

O enfermeiro amplia a árvore e cria rizomas, a partir dessa mesma árvore. Essas estruturas rizomáticas, advindas das próprias necessidades da prática clínica, são capazes de alcançar os pontos que o modelo clínico/biomédico de assistência não suporta e exprimem a capacidade do enfermeiro de superar esse modelo. Para tal, o enfermeiro utiliza o conhecimento clínico como um instrumento fortalecedor do seu fazer e, deste modo, o saber torna-se fazer e atua como uma máquina de guerra que oferece resolutividade e capacidade de transformação do cuidado.

Contudo, o estudo evidenciou que tanto o trabalho instituído da estrutura arborífica quanto do rizoma é uma atividade individual. O modelo clínico/biomédico de assistência está instituído, mas cada enfermeiro atua a partir de uma conduta própria.

Assim, o trabalho da enfermagem é organizado, segundo duas perspectivas interconectadas e interdependentes: a perspectiva do modelo clínico, que compõe a estrutura-mestre da sua prática e equipara-se à estrutura arborescente do referencial de Deleuze e Guattari e que é representada pelos saberes biológico, fisiológico, patológico e farmacológico; e a perspectiva de uma estrutura rizomática, composta por elementos múltiplos e heterogêneos, que pode ser representada por aspectos que interferem no ambiente em que o paciente está inserido, seja no âmbito social, familiar, de trabalho, entre outros. Deste modo, o modelo clínico de assistência organiza-se como uma estrutura centrada que possibilita a resolutividade das necessidades biológicas e atua como base para a conexão de outros saberes e práticas que expandem o fazer do enfermeiro, por meio de interligações com o ambiente, resultando em uma prática clínica mais próxima do que se considera/denomina integralidade.

Sumarizando-se, a partir da análise pautada no referencial teórico do estudo e referencial filosófico de Deleuze e Guattari e com base nos resultados obtidos, verificou-se que o modelo clínico/biomédico de assistência traz em suas raízes conhecimentos advindos da clínica como ciência arborífica que, quando incorporados ao trabalho do enfermeiro, possibilitam cuidados resolutivos e coerentes às necessidades de saúde da clientela assistida e ao contexto de trabalho. Os cuidados de enfermagem são instituídos pelo enfermeiro de maneiras distintas e dependentes de conhecimento clínico: seja a partir de conexões diretas com o paciente, assim como com a criação de linhas de fuga com outros membros da equipe de saúde multiprofissional, contribuindo para a integralidade do cuidado.

Nesse contexto, o enfermeiro pode ser considerado o profissional capaz para a criação de tais linhas de fuga e, portanto, configurar-se como um ponto de referência para essa atividade no ambiente de trabalho. Entretanto, essa qualidade atribuída ao enfermeiro está condicionada ao seu reconhecimento profissional, pois a concretude das linhas de fuga requer estabilidade entre as conexões com os demais profissionais, possibilitando fluxos em movimentos contínuos e multidirecionais.

O reconhecimento do trabalho do enfermeiro apresenta estreita relação com a visibilidade do seu trabalho e, portanto, tornar seu trabalho mais visível é condição importante para que o paciente se beneficie de uma assistência mais ampla e integrada. A clínica pode ser um instrumento que possibilita a visibilidade do trabalho do enfermeiro e, da mesma forma, permite agenciamentos que contribuem para relações profissionais mais sólidas, no cenário de saúde.

A visibilidade do trabalho do enfermeiro pode manifestar-se por meio do conhecimento clínico conectado às atividades cotidianas, ainda que de maneira individualizada, ou seja, cada enfermeiro, ao realizar o seu trabalho, com base no exercício da clínica, contribui para que o reconhecimento profissional reflita na forma de um trabalho coletivo em enfermagem mais aparente. Assim, cada enfermeiro tem a capacidade de tornar o seu fazer mais visível na assistência direta ao paciente, na relação com outros profissionais da equipe de saúde ou na relação com os gestores desses serviços.

Da mesma forma, verificou-se que o conhecimento clínico pode contribuir para a autonomia do trabalho do enfermeiro. Nesse sentido, a autonomia emerge de processos de desterritorialização/reterritorialização da clínica como campo de

conhecimento, da criação de linhas de fuga e de agenciamentos capazes de promover a multiplicidade interconectada à produção de cuidados em enfermagem/saúde.

O enfermeiro compreende a multiplicidade como uma necessidade para o cuidado ao paciente, julga importante o conhecimento complexo e a visibilidade da prática clínica em enfermagem. Contudo, o trabalho da enfermagem convive com a sombra da prescrição médica como um cuidado essencialmente instituído, embora a prática clínica do enfermeiro não apresente relação de dependência às condutas norteadas por outros profissionais. Não obstante, identifica-se que o enfermeiro nem sempre se percebe como sujeito autônomo no cenário de saúde e tal aspecto pode fragilizar sua atuação profissional.

Por sua vez, a clínica pode ser instrumento fortalecedor da autonomia, atuando como uma máquina de guerra que estabelece ações concretas na prática clínica em enfermagem. Os processos de criação de linhas de fuga, agenciamentos e composição de máquinas de guerra para um trabalho em saúde autônomo podem, por vezes, sugerir ações frágeis, contudo, imprimem ao trabalho do enfermeiro um caráter que o valoriza dentro da equipe multiprofissional.

Por outro lado, a ciência é representada por uma estrutura tipo árvore com raízes e ramificações com pontos limitados. Ao compreender que o modelo clínico fundamenta-se nesse tipo de estrutura, entende-se que o exercício da clínica pode ficar limitado à estrutura arborescente, aspecto esse amplamente criticado, pois apresenta caráter fragmentador e hierarquizado. Entretanto, nessa estrutura arborífica, é que o enfermeiro de internação cirúrgica organiza o seu trabalho e busca, no conhecimento científico circunscrito à árvore, subsídios para as ações de enfermagem.

Dessa forma, observa-se que o modelo clínico/biomédico de assistência é o eixo que norteia o modo de atuar em enfermagem, de maneira mais visível e, portanto, o paciente, nesse contexto, é um decalque da figura arborífica. Nesse sentido, o enfermeiro observa o paciente como uma figura que reflete a árvore, o que não nega as suas demandas concretas advindas da necessidade de cuidados cirúrgicos. Assim, em um primeiro momento, o enfermeiro direciona o seu fazer para a resolução das demandas que emergem adjacentes ao motivo da internação e pode transmitir a ideia de reprodução do modelo clínico/biomédico.

No entanto, a prática clínica do enfermeiro em unidade de internação cirúrgica não se limita ao modelo clínico/biomédico, pois identificam-se conexões com aspectos psicossociais e ambientais. Assim, ainda que o enfermeiro atue integrado a tal modelo,

o seu trabalho é pautado em uma prática clínica mais ampla. Para tanto, o enfermeiro cria linhas de fuga que promovem agenciamentos condizentes com o contexto de trabalho e necessidades integrais da clientela, numa relação multiprofissional acentrada.

Deste modo, existe a formação de rizomas, por meio de linhas de fuga que partem da própria estrutura arborífica. Os rizomas são fundamentados e transformados, com base nas necessidades que emergem da prática clínica do enfermeiro e demonstram a capacidade desse profissional de superar o modelo clínico/biomédico hegemônico de assistência, confirmando a tese de que o trabalho da enfermagem é organizado, segundo duas perspectivas interconectadas e interdependentes: a perspectiva do modelo clínico, que compõe a estrutura-mestre da sua prática e equipara-se à estrutura arborescente do referencial de Deleuze e Guattari e que é representada pelos saberes biológico, fisiológico, patológico e farmacológico; e a perspectiva de uma estrutura rizomática, composta por elementos múltiplos e heterogêneos, que pode ser representada por aspectos que interferem no ambiente em que o paciente está inserido, seja no âmbito social, familiar, de trabalho, entre outros.

Assim, o modelo clínico de assistência organiza-se como uma estrutura centrada que possibilita a resolutividade das necessidades biológicas. Atua como base para a conexão de outros saberes e práticas que expandem o fazer do enfermeiro, por meio de interligações com o ambiente, resultando em uma prática clínica mais próxima do que se considera/denomina integralidade.

O referencial filosófico alicerçou a pesquisa e garantiu a necessária profundidade para o alcance dos objetivos e a identificação de lacunas que apontam a necessidade de investigações com delineamentos que desenvolvam evidências referentes à temática pesquisada, sob outros prismas. Salienta-se que o estudo apresenta limitações, em virtude de se tratar de uma pesquisa qualitativa, na forma Estudo de Caso, ainda que desenvolvido com um grupo de enfermeiros, em um local específico de aplicação.

Espera-se que este estudo venha a contribuir para a enfermagem como ciência, promovendo reflexões sobre o trabalho da enfermagem, que ofereçam subsídios para a provocação de novas pesquisas. Além disso, espera-se que sirva de referência para repensar a prática e o ensino da enfermagem, de modo a resgatar a clínica como instrumento fundamental ao trabalho do enfermeiro.

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia** / Nicola Abbagnano. Tradução: BOSI, A. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ACKERKNECHT, E.H. **La Médecine hospitalière à Paris (1794 – 1848)**. Paris: Payot, 1986.

ALMEIDA, M. C. P, *et al.* **Os determinantes dos modelos assistenciais e a qualificação da força de trabalho em enfermagem**. In: Anais do 48 Congresso Brasileiro de Enfermagem, 1996 out. 6-11; São Paulo. São Paulo: ABEn-Seção-SP; 1996. p.142-9.

ALMEIDA, M. C. P. de. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 1984. 179p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 1984.

ALMEIDA, M. L. *et al.* Instrumentos gerenciais utilizados na tomada de decisão do enfermeiro no contexto hospitalar. **Texto contexto - enferm.** , Florianópolis, v.20, n. spe, 2011.

AMORIM, L. K. A. *et al.* O trabalhador sem vínculo previdenciário e a vivência cirúrgica: uma contribuição da enfermagem. **Cienc Cuid Saude**. v.11, n.2, p.319-327, 2012.

ASSIS, M. M. A; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. do. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciênc. saúde coletiva**, v.8, n.3, 2003.

BACON, C. T.; MARK, B. Organizational Effects on Patient Satisfaction in Hospital Medical-Surgical Units. **J Nurs Adm**. v.39, n.5, p.220-227, 2009.

BALDWIN, J. H, *et al.* Population-focused and community-based nursing moving toward clarification of concepts. **Public Health Nurs**. v.15, n1, p.12-8, 1998.

BARRA, D. C. C. *et al.* Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.3, p.422-430, 2006.

BARROS, J. A. C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e sociedade**, v.11, n1, p.67-84, 2002.

BASTO, M. L. Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.23, n1, p. 25-41, 2005.

BERTOLOZZI, R. M.; FRACOLLI, L. A. Vigilância à Saúde: alerta continuado em saúde coletiva. **Mundo Saúde**, v.28, n.1, p.14-20, 2004.

BIRMAN, J. A. clínica, entre Saber e Poder. **Rev. Saúde Coletiva**, v.7, n.1, p.7-11, 1997.

BONOMA, T.V. Case Research in Marketing: Opportunities, Problems, and Process. **Journal of Marketing Research**, v.22, n.2, p.199-208, 1985.

BRAMADAR, I.J.; CHALMERS, K.; ANDRUSYSZYN, M.A. Knowledge, skills and experiences for community health nursing practice: the perceptions of community nurses, administrators and educators. **J Adv Nurs**, v.24, n.6, p.1224-33, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Nacional de ética em pesquisa. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: a clínica ampliada** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Resolução Cofen 311**, de 08 de fevereiro de 2007: aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Seção1, p. 81-83; 13 fev. 2007.

BUENO, F. M. G; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev Bras Enferm**. v.59, n.2, p.222-7, 2006.

CAMARGO Jr., K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de Integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p.35-44.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde coletiva**. v.8, n.2, p.569-84, 2003a.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidea**. São Paulo: HUCITEC, 2003b. 185p.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**. 2. ed. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CASTANHA, M. L. ; ZAGONEL, I. P. S. A prática de cuidar do ser enfermeiro sob o olhar da equipe de saúde. **Rev Bras Enferm**, v.58, n.5, p.556-62, 2005.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Contra Capa/Fiocruz, 1999. 204 p.

CECCARELLI, P. R. A morte da clínica? **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v.11, n.1, p.15-20, 2008.

CECCIM, R. B.; MERHY, E. E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface (Botucatu)** [online]. v.13, n.1, p.531-542, 2009.

CEZAR-VAZ, M. R. *et al.* Conhecimento clínico do enfermeiro na atenção primária à saúde: aplicação de uma matriz filosófica de análise. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n.1, p.17-24, 2010.

CEZAR-VAZ, M. R. *et al.* O trabalho da enfermeira na Atenção Básica de Saúde: assumindo uma forma programática para o conteúdo clínico-social. **Texto Contexto Enferm.** v.12, n.3, p.342-50, 2003.

CHRISTOFORO, B.E.B.; CARVALHO, D.S. Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.1, p. 14-22, 2009.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v.1. São Paulo: Editora 34, 2000a.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia.** v.5. São Paulo: Editora 34, 2000b.

DESCARTES, R. **O discurso do método.** Porto Alegre: L&PM, 2005.

DONNANGELO, M. C. F. Saúde e sociedade. In: DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade.** 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

ERDMANN, A. L. *et al.* A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. **Rev. bras. enferm.**, v. 62, n.4, 2009.

FAVORETO, C. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. **Revista de APS**, v.11, n.1, p.100-8, 2008.

FAVORETO, C. A. O; CAMARGO Jr., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **PHYSIS**, v.12, n.1, p.59-77, 2002.

FENTANES, L.R.C. *et al.* Autonomia profissional do enfermeiro: revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v.16, n.3, p.530-5, 2011.

FERREIRA, L .O. Das doutrinas à experimentação: rumos e metamorfoses da medicina do século XIX. **Revista da SBHC**, n.10, p.43-52, 1993.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.1, p.17-27, 2008.

FOUCAULT, M. Incorporación del hospital en la tecnología moderna. **Educ Med Salud**, v.12, n.1, p.20-35, 1978.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 7. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GAZZINELLI, M.F, *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, v.21, n1, p.200-206, 2005.

GELBCKE, F. L. ; MATOS, E. ; SALLUM, N. C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. v.6, n.4, p.31-39, 2012.

GENTIL, R. C.; RAMOS, L. H.; WHITAKER, I. Y. Nurses' training in prehospital care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. v.16, n.2, p.192-197, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000200004>>. Acesso em: 13 mar. 2012.

GENTIL, R. C. O enfermeiro não faz marketing pessoal: a história explica por quê?. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.62, n.6, Dec.2009.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. Estudo da estrutura da representação social da autonomia profissional em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**; v.39 n.2, p.145-53, 2005.

_____. Autonomia profissional em um desenho atômico: representações sociais de enfermeiros. **Rev. bras. enferm.**, v.63, n.4, p. 608-615, 2010.

GOMES, A. M. T. *et al.* Representação Social da cirurgia ambulatorial: compreendendo o processo de atendimento e o papel do enfermeiro. **Rev. enferm. UERJ**, v.20, n.3, p.328-33, 2012.

GOMEZ, R. V.; MINAYO, M. C. Enfoque Ecosistêmico de Saúde: Uma Estratégia Transdisciplinar. **INTERFACEHS**. v.1, n.1, 2006.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 1992, 53p.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec - Abrasco, 1994.

GONÇALVES A. M. *et al.* Promoção da saúde no cotidiano das equipes de saúde da família: uma prática intersetorial? **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.1, n.1, p.94-102, 2011.

GONÇALVES, L. **Processo de Trabalho da Enfermagem**: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação. 2007. 298 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

GROSSI, S. A. A. O manejo da cetoacidose em pacientes com Diabetes Mellitus: subsídios para a prática clínica de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. v. 40,

n.4, p.582-586, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000400019>>. Acesso em: 20 mar. 2012.

GUEDES, C. R.; NOGUEIRA, M. I.; CAMARGO JR., K. R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.4, p.1093-1103, 2006.

HENDRICH, A.; CHOW, M. P.; SKIERCZYNSKI, B. A.; LU, Z. A 36-Hospital Time and Motion Study: How Do Medical-Surgical Nurses Spend Their Time? **The Permanente Journal**. v.12, n.3, p.25-34, 2008.

HUNTER, K. M: Narrative, Literature, and the clinical exercise of practical reason. **The Journal of Medicine and Philosophy**, v.21, p.303-320, 1996.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3.ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1975.

JESUS, M. S.; SAID, F. A. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v.13, n.3, p.410-21, 2008.

JUNGES, J. R. *et al.* Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades. **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n.4, p.937-44, 2009.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev Bras Enfermagem**, n.56, v.6, p.669-73, 2003.

KLOCK, P.; RODRIGUES, A .C. R. L.; BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L. O cuidado como produto de múltiplas interações humanas: “importando-se com o outro”. **Cogitare Enferm.** v.12, n.4, p.452-9, 2007.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, v.8, n. 1, p.48-70, 2001.

LAVRADOR, M. C. C.; RIBEIRO, W. L. **A Instituição Clínica e Seus Analisadores**. Anais da I Jornada de Análise Institucional, 14 a 15 de agosto de 2007. Vitória: Faculdade Saberes, 2007.

LIMA, M. A. D. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Ribeirão Preto: 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1998.

LIMA, R. A. G. de. **Criança hospitalizada: a construção da assistência integral**. Ribeirão Preto, 1996. 262p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo da Universidade de São Paulo, 1996.

LUCENA, A. F., *et al.* Construção do conhecimento e do fazer enfermagem e os modelos assistenciais. **Rev Esc Enferm USP**. v.40, n.2, p.292-8, 2006.

MANDÚ, E. N. T.; PEDUZZI, M.; SILVA, A. M. N. Análise da produção científica nacional sobre o trabalho de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.118-123, 2012.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP**, v.42, n.1, 2008.

MARX, K. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In: **O Capital**. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

MATSUDA, L. M.; SILVA, D. M. P. P.; ÉVORA, Y. D. M.; COIMBRA, J. A. H. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.3, p.415-421, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm>. Acesso em: 05 fev 2013.

MATUMOTO, S. *et al.* A prática clínica do enfermeiro na atenção básica: Um processo em construção **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.1, p., 2011.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica**: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médicas. Belo Horizonte: PUCMG/FINEP, 1984.

MENDES, M. A. **Papel clínico do enfermeiro**: desenvolvimento do conceito. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 152p. 2010.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cadernos CEFOR - Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

MERHY, E. E.; CAMPOS, C. R.; MALTA, D. C. **Sistema único de saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MERHY, E. E. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos**: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007. Disponível em: <<http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/> 2007>. Acesso em: 18 mai. 2011.

_____. A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspicácias: em foco a disciplinarização e a sociedade de controle. **Lugar Comum Estud. Mídia, Cult. Democr**, v.14, n.27, p.283-308, 2009.

MERHY, E. E.; CECCIM, R. B. **A clínica, o corpo, o cuidado e a humanização entre laços e perspicácias**: a educação da saúde nas práticas profissionais e a Política Nacional de Humanização. 2007. Disponível em: <www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2012.

MINAYO, M. C. S. Enfoque Ecológico de Saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, M. C. S.; MIRANDA, A. C. (Org). **Saúde e Ambiente Sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 173-89

MIRANDA, C. M. L.; SOBRAL, V. R. S. Os álibis da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.44, n.1, p.22-29, 1991.

MORAES, M. C Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciênc. Educação**, v.9, n.2, p.191-211, 2003.

MORAES, R. Mergulhos discursivos: análise textual qualitativa entendida como processo integrado de aprender, comunicar e interferir em discursos. In: GALIAZZI, M. C.; FREITAS J. V. de. **Metodologias emergentes de pesquisa em educação ambiental**. Ijuí: Ed.Unijuí, 2005.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. Análise Textual Discursiva: processo reconstrutivo de múltiplas faces. **Ciência & Educação**. v.12, n.1, p.117-128, 2006.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise Textual Discursiva**. Ijuí: Unijuí, 2007.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. **Revista de Enfermagem da Uerj**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4., p. 521-526, out./dez. 2009.

DAL PAI, D. ; SCHRANK, G. ; PEDRO, E. N. R. O enfermeiro como ser sócio-político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul Enferm.** v.19, n.1, p. 82-7, 2006.

PALMEIRA, M. **Emprego e mudança sócio-econômica no Nordeste**. Anuário Antropológico 76. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1977.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis** , Rio de Janeiro, v 21, n. 2, 2011.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.62, n.5, 2009.

PONTE, K. M. A. *et al.* Produção científica em enfermagem cirúrgica: análise dos estudos quantitativos realizados entre 2005 e 2009. **Rev Rene**. v.13, n.1, p.231-41, 2012.

PRZENYCZKA, R. A. *et al.* O paradoxo da liberdade e da autonomia nas ações do enfermeiro. **Texto contexto - enferm.** v.21, n.2, p.427-31, 2012.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

ROMAGNOLI, R. C. Algumas reflexões acerca da clínica social. **Revista do Departamento de Psicologia**, v.18, n.2, p.47-56, 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SANTANA, M. E. de; SAWADA, N. O. Pharyngocutaneous fistulae after total laryngectomy: a systematic review. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.16, n.4, p. 772-778, 2008.

SILVA, A. L. A.; FONSECA, R. M. G. S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Rev Lat Am Enferm**. v.13, n.5, p.441-49, 2005.

SOUSA, L. D. *et al* . A produção científica de enfermagem acerca da clínica: uma revisão integrativa. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 45, n.2, p.494-500, 2011.

SPRANDEL, L. I. S.; VAGHETTI, H. H. Valorização e motivação de enfermeiros na perspectiva da humanização do trabalho nos hospitais. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**, v.14, n.4, p. 794-802, 2012.

TAVARES, J. M. V. **Enfermagem médico-cirúrgica: abordagem do doente crítico em contexto de prática clínica**. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2010.

TRAESEL, E. S. ; MERLO, A. R. C. A psicodinâmica do reconhecimento no trabalho de enfermagem. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 40 , n. 1, p.102-109, 2009.

TSCHANNEN, D.; LEE, E. O Impacto das Características de Enfermagem e do ambiente de trabalho sobre a percepção de Comunicação. **Nursing Research and Practice**. 7p. 2012. [online]. 2012. Disponível em: <<http://www.readcube.com/articles/10.1155/2012/401905>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

TVEDT, C.; SJETNE, I. S.; HELGELAND, J.; BUKHOLM, G. A cross-sectional study to identify organisational processes associated with nurse-reported quality and patient safety. **BMJ Open**. [online]. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3533052/>>. Acesso em: 09 jan. 2013.

VARJUS, S. L. ; LEINO-KILPI, H. ; SUOMINEN, T. Professional autonomy of nurses in hospital settings--a review of the literature. **Scand J Cuidar Sci**; v.25, p.201-207, 2011.

VELLOSO, I.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**. v.31, n. 2, p.388-91, 2010.

VIEIRA, A. N.; SILVEIRA, L. C.; FRANCO, T. B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. **Trab. educ. saúde (Online)**, v.9, n.1, p.9-22, 2011.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad. Daniel Grassi. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZOMORODI, M.; TOPLEY, D.; McANAW, M. Developing a Mobility Protocol for Early Mobilization of Patients in a Surgical/Trauma ICU. **Crit Care Res Pract.** [online]. 2012. Disponível em: <<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC3539434/#>>. Acesso em: 10 jan. 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Lenice Dutra de Sousa (CPF: 000952010-41, Tel:(53)32338855, e-mail: lenicesousa@furg.br), docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG, venho respeitosamente, através do presente, solicitar sua participação voluntária no estudo intitulado “A CLÍNICA COMO INSTRUMENTO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS”. Trata-se de um trabalho de pesquisa, orientado pelo Prof. Dr. Enfermagem. Wilson Danilo Lunardi Filho e que tem por objetivo analisar o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica.

A projeção dos resultados do estudo permite entender que este pode contribuir para a enfermagem, saúde e sociedade e, ainda, colaborar para a promoção de estratégias para qualificar a assistência à saúde. Os dados serão coletados por meio dos métodos de observação não participante (com anotações em diário de campo) e entrevista (gravadas e posteriormente transcritas).

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada dos objetivos, da justificativa, e da metodologia do trabalho. Fui igualmente informado(a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança de que não serei identificado(a) e que se manterá caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade;

- De que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho;
- De compromisso de acesso a todas as informações em todas as etapas do trabalho, bem como da análise dos dados;
- De que não me será concedido nenhum benefício direto com a participação na pesquisa;
- De que minha participação na pesquisa não acarreta riscos físicos e que qualquer situação de desconforto ou constrangimento será considerada e avaliada juntamente a pesquisadora;
- De que minha entrevista será registrada por meio do uso de um gravador de áudio;
- De que a minha participação no estudo não implicará em despesas ou compensações em qualquer fase da pesquisa.

Nome do(a) participante:

Local e Data:

Assinatura da participante

Lenice Dutra de Sousa
(Pesquisadora responsável)

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

I – IDENTIFICAÇÃO

Data da Observação: ____/____/2012

Hora de início da observação: ____:____

Hora de fim da observação: ____:____

Código do enfermeiro observado:

Ambiente em que ocorreu a observação:

II – SITUAÇÕES OBSERVACIONAIS

- 1) Espaço: o local ou os locais, físicos
- 2) Ator: os trabalhadores e pacientes, acompanhantes e estudantes envolvidos
- 3) Atividade: um conjunto de atos relacionados executados pelas pessoas
- 4) Objeto: as coisas físicas que estão presentes
- 5) Ações realizadas e/ou conectadas ao saber clínico:
 - a) na internação hospitalar do paciente;
 - b) na alta hospitalar do paciente;
 - c) na passagem de plantão;
 - d) na avaliação e cuidados pré-operatórios;
 - e) na avaliação e cuidados pós-operatórios;
 - f) na organização do trabalho.
- 7) Enfoque: direcionamento das ações de enfermagem
 - a) aspectos biológicos;
 - b) aspectos não biológicos.
- 8) Tempo: tempo dispensando para cada ação
- 9) Meta: objetivos que os trabalhadores almejam alcançar

APÊNDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA

I – IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/2012

Turno:

Código do enfermeiro entrevistado:

II – ENTREVISTA

- 1) Como você compreende o modelo clínico de assistência?
- 2) Com que objetivo a enfermagem deve prestar o cuidado ao paciente cirúrgico?
Como é possível alcançá-lo?
- 3) Como é organizado o cuidado de enfermagem ao paciente na Unidade de Clínica Cirúrgica?
- 4) Como é realizada a avaliação do paciente cirúrgico? Como são estabelecidas as prioridades?
- 5) O conhecimento clínico do(a) enfermeiro(a) pode influenciar na organização e implementação do cuidado? Como? Por quê?
- 6) Quais os instrumentos ou condições de trabalho necessárias para que o(a) enfermeiro(a) aplique adequadamente o saber clínico com o paciente cirúrgico?
- 7) O conhecimento clínico do(a) enfermeiro(a) torna seu trabalho mais visível? Para quem? Existem outras formas de torná-lo visível?
- 8) O conhecimento clínico do(a) enfermeiro(a) pode influenciar na autonomia do trabalho? Como? Por quê?
- 9) O conhecimento clínico do(a) enfermeiro(a) pode influenciar no cuidado prestado ao paciente por outros membros da equipe de saúde? Por quê?
- 10) Quais as particularidades da prática clínica do(a) enfermeiro(a) em uma unidade de internação cirúrgica quando comparada com outros espaços de atuação do(a) enfermeiro(a)?

APÊNDICE D

SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Prezados Senhores,

Eu, Lenice Dutra de Sousa, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande (EEnf/FURG), doutoranda do curso de Pós-graduação em Enfermagem da EEnf/FURG, orientanda do Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho, venho por meio deste solicitar a sua autorização para desenvolver uma pesquisa intitulada **“A CLÍNICA COMO INSTRUMENTO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO NA PRODUÇÃO DE CUIDADOS”** junto aos profissionais de enfermagem de sua instituição.

O estudo tem como objetivo analisar o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica.

Em nenhuma situação os(as) profissionais ou instituição serão submetidos(as) a situações constrangedoras ou serão expostos(as) desnecessariamente. Comprometo-me a garantir o sigilo profissional, quanto à privacidade dos dados. Assumo o compromisso de que serão mantidos todos os preceitos éticos e legais durante e após o término do trabalho e que os resultados serão devolvidos tão logo seja concluído.

A participação de sua instituição em muito contribuirá para o sucesso deste trabalho. No entanto, a recusa ou retirada do consentimento a qualquer momento não acarreta qualquer prejuízo pessoal ou institucional.

Desde já agradeço sua atenção.

Cordialmente

Prof^a. MSc. Lenice Dutra de Sousa

Prof. Dr. Wilson Danilo Lunardi filho

Ciente. De acordo

Data:

Responsável pela Instituição: _____

Chefe de enfermagem: _____

Contato _____

Lenice Dutra de Sousa

e-mail: lenicesousa@furg.br

Fone: (53)32338855

ANEXOS

ANEXO I



CEPAS/FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 87/ 2012

CEPAS 47/2012

PROCESSO Nº : 23116.004507/2012-82

TÍTULO DO PROJETO: **"A clínica como instrumento do trabalho em enfermagem na produção de cuidados"**.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: **Lenice Dutra de Sousa**

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento as pendências informadas no parecer 81/12, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto **"A clínica como instrumento do trabalho em enfermagem na produção de cuidados"**.

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto esta obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório: 01/06/2013.

Rio Grande, RS, 01 de outubro de 2012.

Profª. Eli Sinnott Silva
Coordenadora do CEPAS/FURG