

A clínica como prática arborífica e rizomórfica do trabalho em enfermagem cirúrgica

CLINICAL PRACTICE AS AN ARBORESCENT AND RHIZOMORPHIC PRACTICE IN SURGICAL NURSING WORK

LA CLÍNICA COMO UNA PRÁCTICA ARBORÍFICA Y RIZOMÓRFICA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Lenice Dutra de Sousa¹, Wilson Danilo Lunardi Filho², Marta Regina Cezar-Vaz³, Paula Pereira de Figueiredo⁴

RESUMO

Foi realizada uma pesquisa qualitativa e exploratória, na forma de um 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. Os sujeitos do estudo foram seis enfermeiros e foram realizadas observações não participantes, pesquisa documental e entrevistas em profundidade com posterior análise textual discursiva. Verificou-se que o trabalho da enfermagem é organizado segundo duas perspectivas interconectadas e interdependentes: a do modelo clínico, que compõe a estrutura-mestre de sua prática, e uma estrutura composta por elementos múltiplos e heterogêneos. 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.

DESCRIPTORES

Enfermagem
Enfermagem de centro cirúrgico
Competência clínica
Trabalho

ABSTRACT

A qualitative and exploratory case study was conducted in a surgery unit of a university hospital. The study aimed to analyze the nurses' work from the perspective of health care production and clinical practice. The subjects of the study were six nurses. Non-participant observations, documentary research and in-depth interviews were carried out, followed by discursive textual analysis. Nursing work is organized according to two interconnected and interdependent perspectives: a clinical model, which forms the central structure of its practice, and a structure formed by multiple and heterogeneous elements. In this way, the clinical model of health care is organized as a centered structure that enables the fulfillment of biological needs and acts as a basis for connecting disparate knowledge and practices that expand practice through interconnections with the work environment.

DESCRIPTORS

Nursing
Operating room nursing
Clinical competence
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. Tuvo como objetivo analizar el trabajo de los enfermeros en base de la producción de los cuidados y la práctica clínica. Los sujetos de estudio fueron seis enfermeros 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 principal y una estructura de la práctica compuesta de múltiples y heterogéneos elementos. Así, 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.

DESCRIPTORES

Enfermería
Enfermería de quirófano
Competencia clínica
Trabajo

¹ Professora Doutora, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. ² Professor Doutor, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. lunardifilho@pq.cnpq.br ³ Professora Doutora, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. cezarvaz@vetorial.net ⁴ Professora Doutora, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. paulafigueiredo@furg.br

INTRODUÇÃO

Pensar a clínica no campo da saúde e da enfermagem demanda uma reconstrução de cenários e fluxos assistenciais, em que os fenômenos patológicos devem ser situados em 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⁽¹⁾.

A clínica incorpora uma polissemia que permite desde uma perspectiva de interpretação de sinais e sintomas da doença, como também das relações estabelecidas pelos indivíduos como enfoque em sua abordagem⁽¹⁾. Nessa perspectiva, o modelo clínico, biomédico de assistência parece configurar-se como uma forma de organização do trabalho de estrutura estável, 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. Desse modo, os enfermeiros seriam melhores 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⁽²⁾. Na década de 70, a Enfermagem aproximou-se das ciências sociais e humanas, assim como de diversas correntes filosóficas. O trabalho de Enfermagem começou a ser transformado por uma linha de atuação que escapa à esfera reducionista do tecnicismo e amplia-se para inserir o sujeito social como objeto de cuidado⁽³⁾.

Contudo, os serviços de saúde produzem um cotidiano tenso e conflituoso que acaba por favorecer a manutenção de modos tradicionais de trabalho⁽⁴⁾ e, desse modo, o modelo clínico de assistência pode acabar por ser predominante nos espaços de produção de cuidado.

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⁽³⁾. A clínica concebida sob uma perspectiva mais ampla apresenta-se como uma ferramenta para a produção do cuidado centrado nos usuários, incluindo, além da doença, o sujeito em seu contexto e o âmbito coletivo⁽⁵⁾. Assim, a clínica como campo de conhecimentos pode configurar-se como um instrumento importante para o 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⁽⁶⁾. Assim, apesar do

enfermeiro atuar em um contexto no qual é hegemônico o modelo clínico e biomédico de assistência, 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.

Em revisão integrativa de literatura, evidenciou-se que a clínica, na concepção de campo de conhecimentos para a produção de saúde e cuidado, não tem sido uma temática central na produção científica da Enfermagem brasileira, apresentando-se aparentemente como objeto secundário nos estudos da área⁽⁷⁾. 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 permanente de construção e desconstrução de saberes e práticas, ainda que de forma velada ou inconsciente.

Partindo dessas reflexões, o objetivo deste estudo foi analisar o trabalho do enfermeiro sob a ótica da produção de cuidados em saúde e do exercício da clínica. Buscando a compressão do fenômeno estudado, foi utilizado o referencial filosófico de Deleuze e Guattari, defensores de um pensar múltiplo e interconectado⁽⁸⁾. A escolha desses autores justifica-se pela abordagem de duas estruturas importantes para reflexão: a estrutura arborífica (árvore) e a estrutura rizomática (rizoma).

A árvore representa uma estrutura hierárquica do tipo centrada e tem como características a articulação e a hierarquização de decalques. A árvore inspira uma imagem do pensamento que imita o múltiplo, a partir de uma unidade superior, de centro. Os modelos arborescentes recebem informações de uma unidade superior e uma atribuição subjetiva de ligações preestabelecidas.

O rizoma, por outro lado, apresenta como princípios a conexão e a heterogeneidade, a multiplicidade, a ruptura a-significante, a cartografia e a decalcomania. Representa uma estrutura com relações horizontalizadas do tipo a-centrada⁽⁸⁾. 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.

MÉTODO

Pesquisa qualitativa e exploratória, na forma de estudo de caso. Empregou-se o estudo de caso na perspectiva de contribuir para o conhecimento sobre os fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados⁽⁹⁾. Para aumentar

...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.

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 do sul do País. A amostra total do estudo foi composta por seis enfermeiros dessa mesma unidade. Os métodos de coleta de dados foram a observação não participante, concomitante à pesquisa documental e, posteriormente, a entrevista em profundidade, realizada individualmente, da qual emergiu a 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, com o conhecimento dos sujeitos observados. 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, método que permitiu identificar e isolar enunciados dos conteúdos a ela submetidos, categorizá-los e produzir textos de maneira a integrar descrição e interpretação⁽¹⁰⁾. Foi realizada uma leitura profunda e detalhada do conjunto de textos provenientes dos métodos de coleta, concomitantemente ao processo de descrição e interpretação, a partir da visão da pesquisadora, apoiada no referencial teórico-filosófico proposto para o estudo. A partir disso, foram identificadas as unidades de análise. Posteriormente, foi realizada a síntese das unidades similares, no intuito de as reunir em categorias, a partir do estabelecimento de relações.

O projeto de pesquisa foi elaborado consoante às diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde e aprovado sob o parecer nº 87/2012. A fim de não identificar os enfermeiros participantes da pesquisa, eles foram identificados na apresentação dos resultados como T1P1, T1P2, T2P1, T2P2 e assim sucessivamente, em que T representa o Turno e P, o profissional.

RESULTADOS

No livro de registros de Enfermagem, foram encontradas 520 anotações acerca dos pacientes internados na Unidade de Internação Cirúrgica, as quais corresponderam a 38 períodos de observação. Dentre esses registros, havia anotações completas e anotações nas quais os enfermeiros apenas complementavam informações já fornecidas pelos profissionais do turno anterior. Para maior clareza, foram selecionados somente as anotações completas, o que resultou em 372 anotações correspondentes a 28 períodos de observação. Nesses 28 períodos, o livro de registros de Enfermagem apresentou: data, turno, escala de trabalhadores

da equipe de Enfermagem, assinatura e número do COREN dos enfermeiros responsáveis.

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

Tabela 1 – Categorias e valores percentuais das anotações do livro de registros de enfermagem – Rio Grande, RS, 2013.

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%
Co-morbidades	32%
Mudança de conduta médica	29%
Aspectos psicossociais	18%

No prontuário dos pacientes foram encontradas quatro evoluções de enfermagem, durante todo o período de coleta de dados; uma das evoluções do T2P1 e as demais do 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 Quadro 1.

Quadro 1 – Aspectos avaliados e registrados nas evoluções de enfermagem presentes nos prontuários dos pacientes - Rio Grande, RS, 2013.

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			

Ao receber o paciente na unidade de internação cirúrgica, o enfermeiro organiza o cuidado a partir da razão que motivou a internação (patologia 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 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 se 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 fatores que privilegiam ações de caráter biologicista 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 na 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 para antecipar alguma alteração clínica dos pacientes. 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 que 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, num primeiro momento, há o enfoque sobre os aspectos da patologia e do processo cirúrgico, contudo, posteriormente, o enfermeiro observa e avalia os aspectos psicossociais. Desse modo, identifica-se que inicialmente há o enfoque biológico sobre a assistência, entretanto, não são negligenciadas 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 de falar de acordo com a cultura, com as crenças dele (T1P2) - [entrevista].

A prática clínica da enfermagem não se reduz 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 as 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 a tard, para melhorar a autoestima e percebi que ela foi referindo menos dor [observação].

Os enfermeiros indicam alguns instrumentos e condições de trabalho necessários à prática clínica. Dentre eles, salientam como elemento central o conhecimento clínico como instrumento de trabalho. Além desse, fazem referência a protocolos de assistência, interação multiprofissional, gerenciamento e 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 para 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) - [entrevista].

DISCUSSÃO

As reflexões a partir do referencial filosófico⁽⁸⁾ permitiram realizar algumas aproximações entre o trabalho do enfermeiro em unidade de internação cirúrgica e alguns 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⁽⁹⁾. 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 compõem 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 saber e outras práticas de cuidado à saúde⁽¹⁾. Contudo, essa concepção opõe-se ao entendimento da 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⁽⁴⁾.

Na prática clínica da Enfermagem, emergem outras necessidades além daquelas de caráter biocentrado, que requerem ações que superem a estrutura arborescente. Para tanto, a estrutura rizomórfica pode ser o meio pelo qual os enfermeiros podem alcançar o objetivo de seu

trabalho. Entretanto, o atendimento das necessidades de saúde atrelado à busca pela integralidade no processo de trabalho em Enfermagem pode estar tão enraizado na herança de uma prática clínica fragmentada e descontextualizada 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 da Enfermagem nos aspectos voltados ao modelo clínico, biomédico de assistência. Verifica-se que aquilo que o enfermeiro registra, ou seja, evidencia em seu trabalho, mantém estreita relação com uma concepção biologicista de cuidado e pouco explícita a verdade sobre o trabalho por ele desenvolvido.

Assim como ocorre nos registros de enfermagem, há predomínio dos aspectos que norteiam o modelo clínico, biomédico de assistência, no modo como o enfermeiro 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.

Na estrutura arborífica, o enfermeiro organiza seu fazer, busca nas raízes e nas 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, nele próprio, ou seja, no conteúdo materializado no 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 sua realização. Esse é o motivo que o levou à internação e, assim, ainda que a organização do cuidado possa ser ampliada posteriormente, há nesse momento um sentido concreto nas necessidades da clientela.

A satisfação dos pacientes na 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 os cuidados pertinentes⁽¹¹⁾. Deste modo, identifica-se que a clínica volta-se para o sujeito em busca de respostas para suas necessidades de saúde⁽¹⁾.

De maneira intrínseca, no período em que permanece na unidade de internação cirúrgica, o paciente busca um atendimento especializado, um cuidado realizado por profissionais que, de antemão, têm conhecimento sobre suas necessidades. Identifica-se assim que é no modelo clínico, biomédico de assistência que o enfermeiro pauta inicialmente suas ações. Dessa maneira, busca uma conexão

precedente 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 organiza-se. 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⁽³⁾.

Desse 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 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 próxima às demandas emergentes do contexto.

Perceber o paciente dentro dos limites da estrutura arborífica não indica que essa estrutura será explorada em sua totalidade. Entretanto, quando o enfermeiro compreende que essa estrutura apresenta algum desvio, há preocupação com sua correção. Apesar do enfermeiro ter conhecimento clínico, nem sempre ele o aplica, no sentido de buscar a totalidade da árvore. 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 dar 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 esses nem sempre refletem a atuação dos profissionais, os cuidados recebidos pelo cliente e suas respostas⁽¹²⁾. O presente estudo aponta que, apesar do modelo clínico, biomédico de assistência prevalecer inicialmente, há 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 e 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 do paciente⁽¹³⁾.

Observa-se que, mesmo inserido em um modelo de caráter biologicista, o trabalho da Enfermagem não é necessariamente alheio a uma prática clínica mais ampla. Por meio da criação de linhas de fuga, o enfermeiro busca mecanismos que alcancem as necessidades dos pacientes de maneira individualizada e integrada ao ambiente. 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, observou-se que o enfermeiro, diante da equipe multiprofissional, é o 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 e biomédico de assistência hegemônico vigente.

Assim, o trabalho do enfermeiro é percebido dentro de uma ética da intervenção ao desenvolver uma clínica voltada para o sujeito, em que a patologia não é desprezada, mas considerada como parte das experiências que integram sua existência⁽³⁾. Com base nisso, o enfermeiro amplia a árvore e cria rizomas a partir dela. 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.

As necessidades individuais do paciente reformulam o cuidado de enfermagem instituído e, portanto, refutam a ideia inicial de uma organização do trabalho assistencial essencialmente arborífica. Para isso, o enfermeiro utiliza o conhecimento clínico como um instrumento fortalecedor de 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⁽³⁾. 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⁽⁴⁾.

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. É necessário que o 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. 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 e 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 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. Por meio da criação de linhas de fuga, o enfermeiro busca 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 e 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 de seu fazer e, desse modo, o saber torna-se fazer e atua como uma máquina de guerra que oferece resolutividade e capacidade de transformação do cuidado.

Este estudo evidenciou que tanto o trabalho instituído da estrutura arborífica quanto do rizoma é uma atividade individual. O modelo clínico e 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 de 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.

Desse 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 e denomina integralidade.

REFERÊNCIAS

1. Vieira A, Silveira LC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2011;9(1):9-22.
2. Martins JCA, Mazzo A, Baptista RCN, Coutinho VRD, Godoy S, Mendes IAC, et al. The simulated clinical experience in nursing education: a historical review. *Acta Paul Enferm [Internet]*. 2012 [cited 2013 Mar 20];25(4):619-25. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n4/en_22.pdf
3. Oliveira DC, Vidal CRP, Silveira LC, Silva LMS. O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. *Rev Enferm UERJ*. 2009;17(4):521-6.
4. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev Latino Am Enferm*. 2011;19(1):123-30.
5. Junges JR, Selli L, Soares NA, Fernandes RBP, Schreck M. Work processes in the Family Health Program: crossings and transverses. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2009 [cited 2013 Mar 20];43(4):937-44. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/en_a28v43n4.pdf
6. Favoreto C. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev APS*. 2008;11(1):100-8.

-
7. Sousa LD, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Santos SS, Santos SP. The scientific nursing production about the clinic: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2013 Mar 20];45(2):494-500. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n2/en_v45n2a26.pdf
 8. Deleuze G, Guattari F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34; 2000.
 9. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
 10. Moraes R, Galiazzi MC. *Análise textual discursiva*. Ijuí: Ed.Unijui; 2007.
 11. Bacon CT, Mark B. Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units. *J Nurs Adm*. 2009;39(5):220-7.
 12. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2013 mar. 20];8(3):415-21. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7080/5011>
 13. Amorim LKA, Carvalho CA, Souza NVDO, Cruz EJER, Silva MVG. O trabalhador sem vínculo previdenciário e a vivência cirúrgica: uma contribuição da enfermagem. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012;11(2):319-27.