

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Tauana Wazir Mattar e Silva

**UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DA CORRIDA DE LEITO NO AMBIENTE
HOSPITALAR: disputa de saberes, poderes e produção de verdades**

Belo Horizonte
2024

Tauana Wazir Mattar e Silva

**UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DA CORRIDA DE LEITO NO AMBIENTE
HOSPITALAR: disputa de saberes, poderes e produção de verdades**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Marília Alves

Coorientadora: Prof.^a Dra. Isabela Silva Câncio Velloso

SI586a Silva, Tauana Wazir Mattar e.
Uma análise Foucaultiana da corrida de leito no ambiente hospitalar [recursos eletrônicos]: disputa de saberes, poderes e produção de verdades. / Tauana Wazir Mattar e Silva. -- Belo Horizonte: 2024.
178f.: il.
Formato: PDF.
Requisitos do Sistema: Adobe Digital Editions.

Orientador (a): Marília Alves.
Coorientador (a): Isabela Silva Câncio Velloso.
Área de concentração: Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Hospitais. 2. Poder Psicológico. 3. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 4. Médicos. 5. Enfermeiras e Enfermeiros. 6. Leitos. 7. Dissertação Acadêmica. I. Alves, Marília. II. Velloso, Isabela Silva Câncio. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem. IV. Título.

NLM: WX 147



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

ATA DE NÚMERO 217 (DUZENTOS E DEZESSETE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA TAUANA WAZIR MATTAR E SILVA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 27 (vinte e sete) dias do mês de fevereiro de dois mil vinte e quatro, às 14:00 horas, realizou-se a sessão pública para apresentação e defesa da tese *"UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DA CORRIDA DE LEITO NO AMBIENTE HOSPITALAR: DISPUTA DE SABERES"*, da aluna *Tauana Wazir Mattar e Silva*, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Gestão e Educação na Saúde e Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Marília Alves (orientadora), Alexandre de Pádua Carrieri, Ricardo Bezerra Cavalcante, Adriane Vieira e Sonia Maria Soares, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVADA;

REPROVADA.

A Comissão examinadora recomendou a mudança do título para:

"UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DA CORRIDA DE LEITO NO AMBIENTE HOSPITALAR: DISPUTA DE SABERES, PODERES E PRODUÇÃO DE VERDADES"

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Heloísa dos Santos de Castro, Servidora da Secretaria do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 27 de fevereiro de 2024.

Profª Drª. Marília Alves
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri
(UFMG)

Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante
(UFJF)

Profª Drª. Adriane Vieira
(UFMG)

Profª Drª. Sonia Maria Soares
(Esc.Enf/UFMG)

Heloísa dos Santos de Castro
Servidora da Secretaria do Colegiado de Pós-Graduação



Documento assinado eletronicamente por **Alexandre de Padua Carrieri, Professor do Magistério Superior**, em 07/03/2024, às 14:42, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Adriane Vieira, Professora do Magistério Superior**, em 07/03/2024, às 16:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ricardo Bezerra Cavalcante, Usuário Externo**, em 08/03/2024, às 09:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Sonia Maria Soares, Diretor(a) de unidade**, em 08/03/2024, às 09:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marilia Alves, Professora do Magistério Superior**, em 11/03/2024, às 16:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 3090328 e o código CRC 2700C4E1.

Dedico este trabalho à Deus por ter me dado forças, à minha família por ser meu porto e aos profissionais de saúde que me possibilitaram a realização deste sonho!

AGRADECIMENTO

Gratidão a Deus por tudo que sou e que tenho! A toda espiritualidade, gratidão por cuidar dos meus e nos conduzir ao caminho do bem! Obrigada por serem tão presentes dando força quando necessário, acalmando o coração em momentos de aflição e me direcionando quando sem rumo. Sem fé, nada somos!

Família, que vai bem mais além do que um grupo de pessoas vivendo sob um mesmo teto... Aos meus pais, agradeço a base que recebi com tanto carinho e amor, mesmo nas dificuldades. Meu pai, sempre presente e de mãos dadas, me mostrando diariamente com exemplo que perseverança e honestidade são necessárias para vencermos. À minha mãe, que virou luz ainda no mestrado, minha saudade diária e meu combustível de bravura. Não poder te ouvir dói, mas te sentir tão perto, acalenta minha alma sintonizada à sua! Amo vocês...

Marido e filho... quanto sacrífico compartilhado! Perdão pelas ausências constantes mesmo que presente fisicamente. Paulinho, obrigada pela cumplicidade e parceria nesses anos tão intensos. Agradeço por se emocionar comigo a cada etapa vencida. João, meu Janjão, filho amado... obrigada por partilhar de todos os meus passos! Ainda em silêncio, quando na barriga, assistimos aulas juntos. Já nos meus braços, foi alimentado diante de um computador em produção e quantas leituras foram feitas admirando seu sono. Em meio a gritos e passinhos, a mamãe escreveu, escreveu, escreveu e mesmo sem querer, abdicou de algumas coisas importantes para nós! Mas agora, filho, agora sou inteiramente sua! Obrigada por me esperar com tanta pureza e amor! Você inocentemente concedeu à mamãe condições para que essa vitória fosse possível!

Ao meu irmão, sua família aquece a minha alma e me faz sorrir. Aos meus tios, primos e amigos... agradeço as boas energias enviadas! À minha equipe, alunos e parceiros de trabalho, sem palavras para compensar toda generosidade que recebi nesse período de muitas restrições.

Rita e Manu, parceiras voluntárias nessa jornada. A vocês devo muito! Gratidão pela companhia e sinergia gratuitas... A presença de vocês na minha pesquisa me mostrou que não estava só!

Aos meus pacientes, que humildemente me ensinaram o verdadeiro sentido de cuidar, agradeço por descortinarem minhas inquietações... Por vocês, sigo buscando por melhores processos assistenciais e formando novos profissionais imbuídos de calor humano e saberes.

Aos profissionais que me cederam suas vozes, gratidão eterna por materializarem meu sonho permitindo que eu acessasse suas vivências e experiências.

Aos meus mestres...

Marília, minha orientadora, a você devo tudo! Agradeço por me acolher na gestação, por ter sido colo quando precisei, por ter respeitado meus momentos e por ter aliviado as minhas dores nessa imersão tão profunda. Com você aprendi o verdadeiro sentido de empatia e sororidade. Com cuidado e zelo, você me conduziu até onde nunca imaginei chegar. Você foi meu porto seguro em todos os momentos. Obrigada pela amizade, confiança e pelos infindáveis ensinamentos. Meu exemplo!

Isabela, que com doçura me apresentou esse universo transformador no mestrado, agradeço os direcionamentos recebidos agora no doutorado. Sempre precisa e assertiva, os seus saberes seguem me inspirando! Obrigada por exatamente tudo!

Michel Foucault, que de referencial teórico passou a ser minha referência de como enxergar o mundo e as pessoas. Obrigada pelos seus discursos despretensiosos de verdade! Seu saber me deu potência!

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir”.

(Michel Foucault)

RESUMO

A complexidade do cuidado tem ultrapassado os saberes de uma única profissão, superando uma visão unicamente biológica, médico-sanitária e higienista das práticas de assistenciais. Iniciativas que promovam a segurança do paciente e a qualidade na assistência à saúde exigem articulação de uma terapêutica descentralizada. Afirma-se, assim, a necessidade de haver mecanismos de comunicação interdisciplinar que viabilizem um cuidado colaborativo e seguro. A corrida de leito é considerada uma das formas de interlocução interdisciplinar para assegurar o fluxo rápido de informações ligadas à assistência, se configuram, portanto, em um espaço para que os profissionais de diferentes categorias discutam e determinem condutas coletivamente. Apesar da prática interdisciplinar potencializar a integração no trabalho em saúde por articular diversos saberes e fazeres profissionais, no contexto hospitalar há relações próprias de uma organização, com lutas por espaços e defesa de interesses que conduzem a uma reflexão sobre como os agentes sociais se inserem num sistema de posições e relações de poder estabelecidas. Na perspectiva das relações de poder, acredita-se que o trabalho articulado entre as equipes de saúde se apresenta como uma fragilidade para que as condutas de saúde estejam alinhadas. Com o objetivo de analisar a configuração das corridas de leito sob a ótica das relações de poder constituídas nos e pelos saberes de médicos e enfermeiros em um setor aberto e um setor fechado de um hospital, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa na perspectiva pós-estruturalista, com base no referencial teórico-metodológico de Michael Foucault. O cenário do estudo foi o Centro de Terapia Intensiva e o Posto 04 de uma Unidade de Internação de um hospital filantrópico geral, de grande porte, localizado na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Nos setores, procedeu-se à observação das corridas de leito e a realização de entrevistas com roteiro semiestruturado com 11 médicos, 18 enfermeiros e oito informantes-chaves (por terem apresentado comportamento em destaque durante a observação das corridas de leito nos setores). A partir da análise dos discursos constituídos, identificou-se três categorias empíricas principais: corrida de leito: elementos e circunstâncias; A corrida de leito na percepção e subjetivação dos agentes envolvidos; e Composição de forças interdisciplinares na corrida de leito. Os discursos dos participantes, associados ao que foi possível observar, retrataram a corrida de leito como um reflexo do ambiente relacional. Os resultados demonstraram que a estruturação da corrida de leito hospitalar não favorece a articulação do trabalho entre médicos e enfermeiros, inibe a circulação do poder prejudicando iniciativas interdisciplinares e mantém o médico como agente principal nas decisões clínicas, comprometendo a integralidade do cuidado. As relações de poder imbricadas no processo de corrida de leito interferem negativamente na interdisciplinaridade das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar, acarretando prejuízo assistencial ao paciente. Estudos dessa natureza podem subsidiar reflexões sobre práticas individuais e coletivas na perspectiva de que seja possível estabelecer maior fluidez nas relações entre as equipes de saúde em prol de um cuidado cada vez mais qualificado e seguro.

Palavras-chave: Hospitais; Prática profissional; Conhecimentos, atitudes e prática em saúde; Médicos; Enfermeiras e Enfermeiros; Poder (Psicologia); Relações interprofissionais.

ABSTRACT

The complexity of care has exceeded the knowledge of a single profession, overcoming a solely biological, medical-sanitary, and hygienist perspective on care practices. Initiatives promoting patient safety and healthcare quality demand coordination with a decentralized therapy. Therefore, there is a need for interdisciplinary communication mechanisms that enable collaborative and safe care. Bedside rounding is considered one of the forms of interdisciplinary dialogue to ensure the rapid flow of information linked to care. It is thus a space for professionals from different categories to collectively discuss and determine the conduct to be adopted. Although interdisciplinary practice enhances integration in healthcare work by articulating different knowledge and professional practices, in the hospital setting there are certain relationships typical of organizations, including the struggle for space and defense of interests that lead to a reflection on how social agents are inserted in a system of well-established positions and power relations. From the perspective of power relations, it is believed that the coordinated work between health teams presents itself as a weakness in guaranteeing that health behaviors are aligned. Aiming to analyze the configuration of bedside rounding from the power perspective of power relations formed in and by the knowledge of doctors and nurses in open and closed departments of a hospital, this study consists of qualitative research developed from a post-structuralist view based on Michael Foucault's theoretical-methodological framework. The chosen setting was the Intensive Care Unit and Station Four of an Inpatient Unit of a large philanthropic general hospital, located in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. Bedside rounding was observed in the departments, and interviews with a semi-structured script were carried out with 11 doctors, 18 nurses, and eight key informants (as they stood out during the bedside rounding observation in the departments). Through discourse analysis, three main empirical categories were identified: bedside rounding: elements and conditions; bedside rounding in the perception and subjectivation of the involved agents; and interdisciplinary collaboration in bedside rounding. The participants' speeches, associated with what was observed, portray the bedside rounding as a reflection of the relational environment. The results demonstrated that the bedside rounding structure doesn't favor coordinating the work between doctors and nurses; it also hinders the circulation of power, damaging interdisciplinary initiatives and keeping doctors as the main agents in clinical decisions, compromising the comprehensiveness of care. The power relations involved in the bedside rounding process negatively interfere with the quality of interdisciplinarity in care practices between doctors and nurses in the hospital setting, affecting patient care. Studies of this nature might support reflections on individual and collective practices, considering that it is possible to establish greater fluidity in relationships between health teams towards increasingly modern and safe care.

Keywords: Hospitals; Professional Practice; Knowledge, attitude and care practices; Doctors; Nurses; Power (Psychology); Interprofessional relations

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Escopo estrutural de um serviço de saúde hospitalar.....	29
Figura 02 – Disposição da equipe do CTI em um plantão de 12 horas diurno.....	69
Figura 03 – Disposição da equipe do CTI em um plantão de 12 horas noturno.....	69
Figura 04 – Disposição da equipe da UNI em um plantão de 12 horas diurno.....	71
Figura 05 – Disposição da equipe do CTI em um plantão de 12 horas noturno.....	72
Figura 06 – Simbologia adotada para análise do discurso.....	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Distribuição dos participantes do estudo por setor e categoria profissional.....	56
Tabela 02 - Identificação dos participantes do estudo.....	59
Tabela 03 - Perfil geral dos participantes do estudo.....	74
Tabela 04 - Apresentação dos dados compilados.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C – Antes de Cristo

AD – Análise de Discurso

ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

CACON – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COVID 19 – Coronavírus 19

CTI – Centro de Terapia/Tratamento Intensiva(o)

DML – Depósito de Material de Limpeza

EAS – Estabelecimento de Assistência à Saúde

NIR – Núcleo Interno de Regulação

NO – Nota de Observação

OMS – Organização Mundial de Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SCP – Sistema de Classificação de Pacientes

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNI – Unidade de Internação

UTI – Unidade de Terapia/Tratamento Intensiva(o)

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
2	OBJETIVOS	26
2.1	Objetivo geral.....	26
2.2	Objetivos específicos.....	26
3	REVISÃO DA LITERATURA	28
3.1	O ambiente hospitalar: da origem à evolução, um espaço de cura e lutas.....	28
3.2	Práticas de Saúde de médicos e enfermeiros.....	31
3.3	O campo da interdisciplinaridade em um lugar fragmentado e especializado.....	35
3.4	Corrida de leito e seus propósitos agregadores para o cuidado centrado no paciente.....	38
4	REFERENCIAL TEÓRICO	42
4.1	Percurso de vivência, significação e a produção do discurso da verdade.....	42
4.2	Os corpos como campo de controle do saber e de intervenção do poder.....	44
4.3	As relações de poder nas práticas de saúde sob a ótica de Michel Foucault.....	47
5	PERCURSO METODOLÓGICO	51
5.1	Caracterização da pesquisa.....	51
5.2	Cenário do estudo.....	52
5.3	Participantes do estudo.....	54
5.4	Coleta de dados.....	56
5.5	Tratamento dos dados.....	61
5.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	65
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
6.1	O ambiente de subjetivação e produção do sujeito.....	67
6.1.1	Centro de Terapia Intensiva.....	67
6.1.2	Unidade de Internação – Posto 04.....	70
6.1.3	A equipe multidisciplinar.....	73
6.2	Caracterização dos participantes.....	73
6.3	Corrida de leito: elementos e circunstâncias.....	79
6.4	A corrida de leito na percepção e subjetivação dos agentes envolvidos.....	98
6.5	Composição de forças interdisciplinares na corrida de leito.....	121
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
	REFERÊNCIAS	151
	APÊNDICE A - Roteiro para coleta documental	171

APÊNDICE B – Roteiro de Observação.....	172
APÊNDICE C – Roteiro da Entrevista (Enfermeiros).....	173
APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista (Médicos).....	174
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	175
ANEXO 01 – Parecer Consubstanciado do CEP.....	177

Introdução

1 INTRODUÇÃO

Em 1977, o Ministério da Saúde definia hospital como “parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva” (BRASIL, 1977, p. 9). Após a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), com as mudanças na rede assistencial, o Ministério da Saúde passou a definir hospital como um conjunto heterogêneo de estabelecimentos de saúde, unidades de diferentes portes, que podem oferecer uma variada gama de serviços e atividades e desempenhar funções distintas no âmbito da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2002).

Esses conceitos diferem do adotado pelo Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde, o qual define hospital como estabelecimento com instalações para internação e oferta de assistência médica e de enfermagem, em regime contínuo, 24h ao dia, para propedêutica, tratamento e reabilitação de indivíduos que necessitem de cuidados clínicos e/ou cirúrgicos e que, para tal fim, conta com ao menos um profissional médico em seu quadro de funcionários. O hospital também pode prestar atendimento ambulatorial (BRAGA NETO, BARBOSA, SANTOS, OLIVEIRA, 2017).

Pelos conceitos acima, é possível demonstrar que o Ministério da Saúde, em 1977, mencionava apenas o médico como profissional vinculado ao serviço de saúde hospitalar. A escolha por citar o Observatório Europeu de Políticas e Sistemas de Saúde se deve ao fato de a definição de hospital contemplar a presença contínua e ininterrupta tanto de médicos quanto de enfermeiros no processo assistencial, dando visibilidade e importância a ambos. Visualiza-se, assim, a valorização médica com origem nos setores governamentais responsáveis pela administração e manutenção da Saúde pública no Brasil.

Até o século XVIII, a medicina não era uma prática hospitalar, bem como o hospital não era uma instituição médica e sim um local destinado, essencialmente, à assistência dos pobres (FOUCAULT, 2021). Atualmente, a estrutura hierárquica do modelo de atenção à saúde, no Brasil, com relações de ordem e grau de importância entre os três diferentes níveis de complexidade assistencial, favorece uma supervalorização das práticas hospitalares por exigirem maior densidade tecnológica (MENDES, 2011). Contudo, mesmo diante da tradicional valorização do modelo hospitalocêntrico, no atual contexto das práticas de saúde, observa-se um avanço das atuações interdisciplinares no cuidado prestado aos pacientes (OLIVEIRA *et al.*, 2010).

Ao considerar a realidade e as especificidades do trabalho em saúde, percebe-se que a complexidade do cuidado tem ultrapassado os saberes de uma única profissão. A expansão da equipe assistencial, com a inclusão crescente de novos profissionais, decorre de uma concepção ampliada de saúde, determinada por aspectos inclusive sociais, que interferem no processo saúde-doença, ultrapassando uma visão unicamente biológica, médico-sanitária e higienista (BAÉRE, FAUSTINO, MIRANDA, 2017). Por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da heterogeneidade que os problemas de saúde estão assumindo na realidade, o trabalho em saúde deve envolver práticas que se identificam com o que têm sido classificados como multi, inter e transdisciplinares (MATOS, PIRES, SOUZA, 2011).

A multidisciplinaridade que tenta confrontar a hiperespecialização é caracterizada pela articulação de várias disciplinas em torno de um mesmo problema, soma múltiplos saberes, porém, sem conexão e integração. De modo distinto, na interdisciplinaridade, termo comumente utilizado como sinônimo de trabalho em equipe, há interação entre duas ou mais metodologias, gerando uma nova disciplina com maior abrangência de saberes. Já a perspectiva transdisciplinar faz emergir da confrontação das disciplinas, dados novos que se articulam oferecendo uma nova visão da realidade a ser trabalhada. Significa literalmente transcender à disciplinaridade, favorecendo superposições e espaços vazios entre as metodologias (ROQUETE *et al.*, 2012). Para Pinto e Paula (2018, p.2), “[...] a transdisciplinaridade pode ser entendida como o que está, ao mesmo tempo, entre as disciplinas e para além de todas as disciplinas”.

Apesar dessas práticas possuírem como característica comum a aproximação de diferentes disciplinas para a solução de problemas específicos, os conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade não estão bem esclarecidos para a equipe de saúde, o que dificulta sobremaneira a sua prática. No trabalho vivo em ato, há uma ideia errônea sobre a existência de hierarquia entre esses conceitos pelos profissionais que compõem as equipes de saúde (ROQUETE *et al.*, 2012).

De acordo com Baére, Faustino e Miranda (2017), diferente da multidisciplinaridade, que consiste apenas em trocas de informações, espera-se da equipe interdisciplinar uma comunicação efetiva e amistosa para a junção de conceitos e construção de forma unificada de reflexões, discussões e práticas. Logo, além de planejar uma assistência ampliada e livre de danos, a comunicação adequada entre os profissionais que integram a equipe interdisciplinar é importante para possibilitar o trâmite de informações que contribuem para o conhecimento equânime entre os envolvidos. Para isso, a equipe precisa estar disposta e envolvida no

estabelecimento dessa relação, mas as categorias profissionais com prestígio diferenciado têm maior dificuldade em aderir a um trabalho coletivo (ARAÚJO NETO *et al.*, 2016).

Segundo Nascimento e Draganov (2015) e Settani *et al.*, (2019), no Brasil, na década de 1990, iniciou-se um movimento das instituições de saúde para criação de estratégias no sentido de adotarem programas e estabelecerem processos assistenciais que garantissem aos usuários um tratamento isento de danos.

Em 2005, a Aliança Mundial para Segurança do Paciente estabeleceu as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente: Identificar o paciente corretamente; Melhorar a eficácia da comunicação; Melhorar a segurança dos medicamentos de alta-vigilância; Assegurar cirurgias com local de intervenção correto, procedimento correto e paciente correto; Reduzir o risco de infecções associadas a cuidados de saúde; e Reduzir o risco de danos ao paciente decorrente de quedas (BRASIL, 2014; BRASIL, 2021).

Seguindo com a ideia de que erros de comunicação entre profissionais da assistência podem causar falhas, destaca-se a meta número 2 relacionada à Comunicação Efetiva, que fez com que os serviços de saúde buscassem adequar seus protocolos na tentativa de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado (NASCIMENTO; DRAGANOV, 2015; SETTANI *et al.*, 2019).

Entre 2008 e 2009, o programa da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com participação da Organização Mundial de Saúde (OMS), propôs a inclusão do próprio paciente nas discussões interdisciplinares a beira leito. O Programa pela Segurança do Paciente, proposto pela OMS, intencionava que os pacientes fossem inseridos no centro dos cuidados e considerados parceiros nos esforços para prevenir incidentes. Essa corresponsabilidade remete a uma perspectiva de envolvimento do paciente e seus familiares no processo assistencial, tendo em vista que a maior parte deles não conhece os seus direitos, e os que conhecem, muitas vezes não são compreendidos pelos profissionais de saúde (BRASIL, 2014; NASCIMENTO, DRAGANOV, 2015; COSTA *et al.*, 2020).

Ressalta-se que iniciativas que promovem a segurança do paciente e a qualidade na assistência à saúde exigem o envolvimento de gestores na articulação de uma terapêutica descentralizada entre as equipes profissionais existentes. Por isso, reafirma-se a necessidade de haver mecanismos de comunicação interdisciplinar que viabilizem discussões científicas para a garantia de um cuidado colaborativo e seguro (SETTANI *et al.*, 2019; COSTA *et al.*, 2020).

Aponta-se as corridas de leito como uma das formas de interlocução interdisciplinar para assegurar o fluxo rápido de informações ligadas à assistência. Este momento, envolvendo a interação entre os diversos profissionais, deve ser direcionado a discutir as atribuições de cada

membro da equipe na organização terapêutica de forma articulada (PEREIRA *et al.*, 2011; GROSS *et al.*, 2022). Dessa forma, espera-se que a efetividade da comunicação garanta um trabalho em saúde mais integrador, favoreça a segurança do paciente e, conseqüentemente, otimize o tempo de internação hospitalar (SETTANI *et al.*, 2019).

Ao iniciar as buscas sobre o tema, houve dificuldade em encontrar na literatura referenciais teóricos sobre a expressão "corrida de leito". Entre os trabalhos encontrados nas plataformas de pesquisa científica, a corrida de leito, referida também como visita ao leito, ronda médica e *rounds* interdisciplinares, é definida como método que possibilita aos profissionais da equipe de saúde discutirem, compartilharem saberes e aprofundarem sobre casos atendidos no âmbito de trabalho (CAPELLARI; RIBEIRO, 2019).

Nessa ocasião, a equipe tem a possibilidade de identificar as necessidades terapêuticas de forma a estabelecer prioridades e assumir o compromisso de uma assistência holística, contínua e de qualidade (GUZINSKI *et al.*, 2019; SETTANI *et al.*, 2019). Configura-se, portanto, em um espaço para problematização e discussão de casos clínicos de forma multi e interdisciplinar, perpassando por abordagens fisiopatológicas, possibilidades terapêuticas e encaminhamentos necessários. Visando uma reflexão sobre as melhores práticas que conduzem o cuidado em saúde, o objetivo principal da corrida de leito é que os profissionais de diferentes categorias exponham suas opiniões baseadas em evidências científicas, buscando esclarecimentos e determinando condutas coletivamente (CAPELLARI; RIBEIRO, 2019).

A falha na comunicação entre os profissionais da equipe de saúde implica em dano ao paciente e se caracteriza por lapso no processo assistencial, falta de integração entre os membros que assistem o paciente e incoerência nas condutas. Guzinski *et al.*, (2019) relatam que a experiência com *rounds* interdisciplinares, adotados em uma unidade ortopédica, permitiu compartilhar informações e vivências de forma participativa. Identificaram que a comunicação efetiva possibilitou solucionar, em equipe, problemas diversos durante a internação de pacientes.

Maxfield *et al.*, (2013) reafirmam que a forma como ocorre a comunicação entre as equipes é fundamental para garantir cuidado em saúde com segurança e a comunicação verbal continua sendo importante ferramenta para compartilhar informações acerca dos pacientes, transmitindo urgência e destacando nuances situacionais (WU *et al.*, 2013). Nesta direção, os *rounds* interdisciplinares estruturados são recursos que favorecem a comunicação entre membros da equipe (WALTON; JOHNSON; GREENFIELD, 2016).

A partir do estudo realizado, Guzinski *et al.*, (2019) sustentam que a comunicação efetiva no trabalho da equipe de saúde é de fato um desafio, mas a implementação

do *round* interdisciplinar a beira leito estruturado demonstrou contribuir na comunicação entre os membros da equipe, paciente e família, aprimorando a qualidade da assistência, reduzindo riscos e falhas, garantindo um cuidado mais seguro ao paciente.

Entretanto, achados de Pereira *et al.*, (2011) demonstram que apesar da corrida de leito representar uma ferramenta importante para o planejamento da assistência, evidencia-se reduzido número de trabalhos que aprofundem o tema cientificamente, principalmente no Brasil. Os trabalhos que abordam o tema, em sua maioria, buscam analisar o olhar dos pacientes sobre as visitas médicas à beira do leito trazendo suas percepções e sentimentos (DORIGATTI *et al.*, 2015; SILVA, SILVA, ALENCAR, 2016; BAINES *et al.*, 2018; RATELLE *et al.*, 2021).

Assim, a configuração das corridas de leito e a maneira como os profissionais de saúde se inserem neste momento ainda são pouco exploradas. Segundo Silva, Silva e Alencar (2016), nos últimos anos, foram realizadas algumas pesquisas qualitativas acerca da visita médica, visando, de maneira geral, a compreensão dos pacientes sobre essa prática e alguns estudos quantitativos para análise dos impressos e checklists norteadores desse processo. Na busca bibliográfica, identificou-se publicações com enfoque principalmente na equipe médica, com abordagem centrada nos seguintes temas: sistema de informação colaborativo para a comunicação entre médicos; percepção destes quanto aos *rounds*; impacto das corridas de leito para o conhecimento médico; e como estratégia de educação médica (THARIQ *et al.*, 2010; MORENO *et al.*, 2011; GENTA-MESA, FLÓREZ, 2019; CARTAS *et al.*, 2019; RATELLE *et al.*, 2022).

Apesar de a prática interdisciplinar potencializar a integração no trabalho em saúde por articular diversos saberes e fazeres profissionais, no contexto hospitalar, há relações próprias de uma organização, com lutas por espaços e defesa de interesses que conduzem a uma reflexão sobre como os atores sociais se inserem num sistema de posições e relações de poder estabelecidas (VELLOSO, 2011; MATOS, PIRES, SOUZA, 2011). Segundo Foucault (2014), o hospital foi pensado como um ambiente que modifica a visão do poder, pois o poder nele exercido é concebido como uma estratégia com efeitos de dominação, contribuindo para uma rede de relações tensas, na qual o poder exercido é, muitas vezes, maior do que de fato se possui.

Neste contexto, é importante considerar que o conhecimento que o sujeito detém em determinada situação lhe confere posição na relação estabelecida e Velloso *et al.*, (2010) reafirmam a premissa de Foucault, de que o poder não existe em si, mas é constituído nas relações e nas práticas vivenciadas cotidianamente. Destarte, nas relações profissionais, quem detém maior conhecimento assume posição privilegiada nas relações de poder, o qual se legitima por meio do discurso do saber (FOUCAULT, 2014).

As relações de poder são relações entre sujeitos que definem modos de ação que não atuam direta e imediatamente sobre os outros, mas sobre suas ações. São, portanto, um conjunto de ações que opera sobre um campo de possibilidades: induzem, separam, facilitam, dificultam, estendem, limitam e impedem. Segundo Foucault, o poder se exerce apenas sobre sujeitos livres, ou seja, sujeitos que dispõem de um campo de várias condutas possíveis, uma vez que, onde não há liberdade, não há relação de poder (CASTRO, 2015).

Os pacientes, em sua grande maioria, durante o período de internação, se encontram em uma condição de sujeição absoluta aos saberes da ciência da saúde, às nossas práticas e intenções na tentativa de retomar às suas identidades. Ao transpor vários momentos de reflexão acerca do que sustenta o arcabouço de uma equipe de saúde, foi possível perceber que assim como os pacientes, profissionais não médicos, em diversos momentos, se apresentam como subservientes às práticas médicas. Apesar de processos interdisciplinares bem estabelecidos ocasionarem melhor assistência ao paciente, no processo assistencial, nota-se uma submissão tanto de corpos doentes quanto de corpos sadios às condutas médicas.

Associado às minhas percepções de que o processo de corrida de leito possui fragilidades estruturais para um cuidado centrado no paciente, achados de uma pesquisa anterior, na qual foi analisada a configuração das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros em um centro de terapia intensiva (CTI), permitiram identificar o incômodo que os médicos e sentem quanto ao processo de corrida de leito (MATTAR e SILVA *et al.*, 2018; MATTAR e SILVA *et al.*, 2020). Na perspectiva das relações de poder, acredita-se que o trabalho articulado entre as equipes de saúde se apresenta como uma fragilidade para que as condutas de saúde estejam alinhadas em um acordo coletivo com objetivo único.

Em um estudo sobre Poder disciplinar nas práticas de médicos e enfermeiros, Mattar e Silva; Mclean e Velloso (2021) identificaram que enfermeiros consideram os médicos os responsáveis pelas decisões clínicas, concedendo-lhes maior visibilidade nas relações de poder ao possibilitarem a legitimação dos seus saberes nas práticas discursivas sobre casos dos pacientes.

Embora a interdisciplinaridade seja desejável, para gerar integração e constituir novos saberes, historicamente, as duas principais categorias profissionais responsáveis pelo cuidado ininterrupto do paciente em ambiente hospitalar são os médicos e enfermeiros (GONÇALVES, 1992). Logo, inferir que a comunicação efetiva, além de concretizar um trabalho em equipe alinhado, atribui o mesmo nível de importância aos profissionais e intensificou o meu interesse em aprofundar na compreensão da configuração das corridas de leito em diferentes ambientes hospitalares.

Assim, neste estudo, tem-se, como objeto a configuração da corrida de leito na concepção das relações de poder-saber de Michel Foucault em uma Unidade de Internação (UNI) e em um CTI de um hospital. Para Foucault (2014), o ambiente e sua conformação influenciam na subjetivação dos sujeitos, nas suas experiências e percepções. Dessa maneira, a escolha por realizar a pesquisa em diferentes setores se justifica pelo fato de possuírem regime de trabalho similares e por compartilharem o cotidiano nas estratégias terapêuticas, todavia com significativa alteração no perfil assistencial do paciente e nas rotinas de trabalho.

As UNI's são setores abertos, que possuem elevada rotatividade de usuários e diversidade de especialidades e, por isso, tendem a apresentar maior fragilidade na comunicação interdisciplinar (SETTANI *et al.*, 2019). Já os CTI's, são setores fechados destinados à assistência de pacientes em estado crítico de saúde e, por oferecerem assistência complexa e especializada, possuem menor rotatividade de profissionais e de usuários (SANTOS; CAMPOS; SILVA, 2018).

Segundo Settani *et al.*, (2019), pelo fato de o trabalho em equipe ser realizado em um espaço onde há a submissão da normalização de saberes e padronização de rotinas assistenciais e planos de cuidados de acordo com o perfil do paciente, ocorre, com frequência, um choque entre o arcabouço institucional e a autonomia relativa dos integrantes da equipe à horizontalização dos seus saberes sobre suas práticas. A corrida de leito, portanto, se apresenta como um momento privilegiado para a análise das relações de poder por haver interação ativa de diversos saberes profissionais.

A seguinte questão norteia este estudo: como se configuram as corridas de leito sob a ótica das relações de poder constituídas nos e pelos saberes de médicos e enfermeiros em um setor aberto e em um setor fechado de um hospital?¹ Pressupõe-se que a estruturação da corrida de leito hospitalar não favorece a articulação do trabalho entre médicos e enfermeiros, inibe a circulação do poder, prejudicando iniciativas interdisciplinares e mantendo o médico como agente principal nas decisões clínicas, comprometendo a integralidade do cuidado.

Foucault, com sua contribuição filosófica para a análise do poder, atribui um olhar para os diversos campos de pesquisa em ciências da saúde e permite responder a antigas perguntas sob uma nova concepção e ótica da realidade, por produzir novos sentidos ao sugerir que o poder exercido nas relações é influenciado pelos sujeitos e pelo ambiente. O ambiente é espaço social de subjetivação do sujeito, comportando-se como dispositivo importante na organização do poder (FOUCAULT, 2021).

¹ Unidades de internação são consideradas setores abertos com livre acesso e Centros de Terapia Intensiva são considerados setores fechados, com rigoroso controle de circulação de pessoas e profissionais (BRASIL,2002; PIRES, 2009).

Por considerar que os efeitos desse relacionamento podem se constituir em fatores que interferem na visibilidade dos profissionais e na qualidade da assistência, julga-se importante compreender a dinâmica das corridas de leito por meio de um estudo que pondere a influência do contexto na forma como poder é exercido, como os limites profissionais são estabelecidos e mantidos, e quais são os efeitos das relações para os sujeitos nelas envolvidos. Oportuniza-se, desse modo, colaborar com informações relevantes para o campo da ciência, saúde e enfermagem, ao analisar como os dispositivos de poder influenciam no arranjo das corridas de leito, para proposição de melhorias nesse processo.

Logo, o propósito desta tese é defender, a partir do referencial teórico de Michel Foucault, que as relações de poder imbricadas no processo de corrida de leito interferem na interdisciplinaridade nas práticas de saúde entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar, podendo acarretar prejuízo assistencial ao paciente.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender a configuração das corridas de leito sob a ótica das relações de poder constituídas nos e pelos saberes de médicos e enfermeiros em um setor aberto e um setor fechado de um hospital.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a percepção de médicos e enfermeiros acerca da configuração do processo de corrida de leito vivenciado por eles no cenário de estudo;
- Analisar como as relações de poder interferem na configuração das práticas de saúde de médicos e enfermeiros em cada unidade do cenário do estudo;
- Analisar como o poder circula nas relações entre médicos e enfermeiros durante a realização da corrida de leito;
- Analisar como ocorre a legitimação do poder nas corridas de leito realizadas na unidade de internação e centro de terapia intensiva.

Revisão da Literatura

3 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo apresenta a evolução histórica dos hospitais e os conceitos fundamentais para a delimitação do problema do estudo e o entendimento de suas relações no campo da saúde, com vistas a contribuir para uma melhor análise do fenômeno.

3.1 O ambiente hospitalar: da origem à evolução, um espaço de cura e lutas

Foucault (2021) aponta a relevância do nascimento do hospital moderno para o desenvolvimento das práticas de saúde e mais precisamente da tecnologia do serviço médico. O hospital como espaço terapêutico é uma invenção que data do final do século XVIII. A consciência de que esse pode e deve ser um instrumento destinado a curar apareceu em torno de 1780, assim, o hospital deixou de ser uma simples figura arquitetônica e passou a fazer parte de um espaço médico-hospitalar. Entre os anos de 1701 e 1800, os hospitais eram casas de exclusão e amontoamento de toda espécie de moribundos, sendo incomum a presença médica para desenvolvimento das práticas de saúde (GONÇALVES, 1992).

Com o advento do capitalismo, emergiu uma nova forma de relação entre os homens por meio do ofício, suscitando novas necessidades de saúde, já que o corpo humano se tornou força de trabalho capaz de modificar a natureza e transformá-la em lucro. A comercialização da mão de obra rompeu com a escravidão e a servidão, interferindo também na dinâmica do trabalho em saúde, que se desmembrou em duas vertentes: controlar a ocorrência de doença, entendida como incapacidade de trabalhar e/ou recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença (MACHADO, 2015).

Assim, no século XVIII houve o desenvolvimento de um mercado médico, a extensão de uma rede de pessoal que oferecia intervenções médicas qualificadas. Esse mercado produziu um modelo que perdura até os dias atuais, em que o aumento da demanda de cuidados por parte dos indivíduos e das famílias foi aliada à emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, no diagnóstico e nas terapêuticas individuais (FOUCAULT, 2014).

Para que a relação médico-paciente fosse possível de se efetivar, foi necessário que se desenvolvessem locais adequados para que o médico tivesse contato com o corpo doente. Em um sentido mais amplo, este local, também considerado um instrumento de trabalho, constituiu-se no hospital moderno (GONÇALVES, 1992). Dessa maneira, historicamente, este foi concebido como um espaço destinado à prestação de atendimento das várias especialidades médicas em diversos setores hospitalares por meio de processos de trabalho cada vez mais baseados nas tecnologias. Em muitos momentos, esse atributo do ambiente hospitalar tem

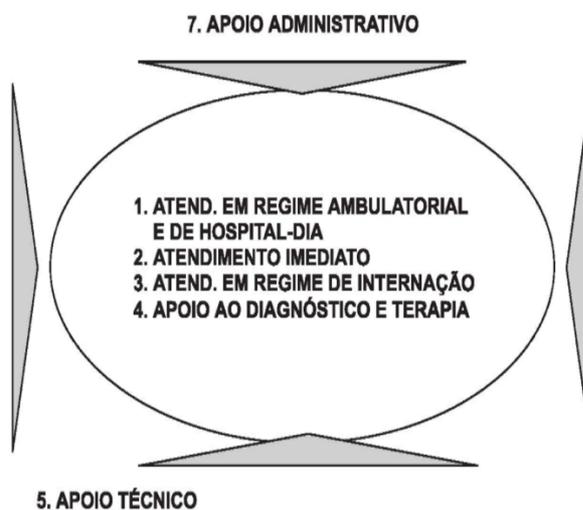
fortalecido o domínio e hipervalorização de normas organizacionais e uso de equipamentos e enfatizado os aspectos biológicos em detrimento das relações interpessoais (PAES *et al.*, 2021).

O hospital geral, conforme o Ministério da Saúde em 1977, é um local destinado a atender pacientes portadores de doenças de várias especialidades médicas, podendo ter sua ação limitada a um grupo etário, a determinada camada da população ou finalidade específica. De acordo com a Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, em seu artigo 3º, os hospitais são:

[...] instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013, p.2).

Por se tratar de uma organização de múltiplas personalidades, em que o quadro clínico dos usuários pode variar e instabilizar, o ambiente hospitalar é composto por um arcabouço estrutural que sustenta o seu funcionamento. Os serviços hospitalares guardam características singulares e acabam por responder à necessidade de integração em rede, invariavelmente da mesma forma, com a mesma regularidade e em diferentes setores (BELTRAMMI, REIS; 2019).

FIGURA 01: Escopo estrutural de um serviço de saúde hospitalar.



Fonte: RDC 50, 2002.

De acordo com o Ministério da Saúde, a figura acima retrata o escopo estrutural de um estabelecimento assistencial de saúde regulamentado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e se destaca para aprofundamento a atribuição número 3: atendimento em regime de internação, uma vez que trata dos setores hospitalares designados a prestar

atendimento à saúde em regime de internação a usuários que necessitam de assistência direta, programada, por período superior a 24 horas, sendo eles: Unidades de Internação e Centros de Terapia Intensiva, cenários deste estudo (BRASIL, 2002).

Seguindo as definições da Resolução RDC Nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, cabe ao setor de UNI a assistência contínua de pacientes adultos e infantis não críticos, ou seja, em estabilidade hemodinâmica e, para setor de Terapia Intensiva, a internação de pacientes críticos, que demandam cuidados intensivos. Em ambos, o Ministério da Saúde preconiza assistência médica e de enfermagem diariamente por 24 horas, e recomenda cuidados de outros profissionais de saúde, quando necessário (BRASIL, 2002).

Estes setores possuem características e particularidades inerentes às suas dinâmicas de funcionamento e de acordo com o perfil do usuário. As UNI's se constituem em um espaço aberto, onde atuam diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, ampliadas conforme características e modo de organização institucional (PIRES, 2009). Seguindo o preconizado pela RDC 50 de 2002, é obrigatório que haja um posto de enfermagem e local de prescrição médica a cada 30 leitos. Por outro lado, setores de Terapia Intensiva são locais fechados, com controle rigoroso de circulação de pessoas e profissionais, compostos também por equipes assistenciais e o trânsito interno é regulado e normatizado com acesso somente a pessoas autorizadas por uma portaria própria e interna ao ambiente hospitalar (BRASIL, 2002).

A existência de um setor destinado à internação intensiva é obrigatória em “hospitais terciários e em hospitais secundários com capacidade para 100 leitos, bem como nos serviços especializados que atendam pacientes graves ou de risco e em hospitais que atendam gravidez /parto de alto risco. Neste último caso, o Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS) deve dispor de UTIs adulto e neonatal” (BRASIL, 2002, p. 36).

A Resolução Nº 07 de 24 de fevereiro de 2010, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva (UTI), define Centro de Terapia Intensiva como “o agrupamento, numa mesma área física, de mais de uma Unidade de Terapia Intensiva”, sendo a UTI uma “área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia” (BRASIL, 2010, p. 2).

No que se refere ao contexto nacional de leitos de internação, há mais de 16 mil unidades de internação nos hospitais brasileiros (BRASIL, 2023). De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), em janeiro de 2023, o número de leitos existentes no Brasil era de 453.932 leitos. Destes, 71.131 (15,7%) são destinados a internações intensivas (BRASIL, 2023). Nos últimos anos, a reestruturação dos cuidados de saúde na

América do Norte e em parte da Europa levou a uma diminuição na densidade de leitos hospitalares e na capacidade de cuidados intensivos em muitos países (WHO, 2022).

A inserção de aparato tecnológico para propedêutica e terapêutica, a partir do século XIX nos hospitais modernos², induziu transformações nos meios para prover saúde, o que fez desses estabelecimentos lugares preferenciais de cuidado. Os hospitais sempre foram terrenos férteis para a semeadura de todo e qualquer novo engenho tecnológico humano aplicado à saúde e acabaram por materializar as expectativas e desejos que as sociedades também souberam tecer para serviços e sistemas de saúde (BELTRAMMI, REIS; 2019).

Espera-se que esses estabelecimentos de assistência hospitalar executem ações que assegurem a qualidade da atenção e implementem boas práticas em saúde para garantir a segurança do paciente com redução de incidentes desnecessários e evitáveis, além de atos inseguros relacionados ao cuidado (BRASIL, 2013).

Embora se observe que muitos hospitais, nos mais diversos arranjos sistêmicos, atuem como grandes unidades produtoras de procedimentos (BELTRAMMI, REIS; 2019), a Política Nacional de Atenção Hospitalar é um modelo de atenção centrado no cuidado ao usuário, de forma multiprofissional e interdisciplinar. No ambiente hospitalar, a atenção em saúde deve ser integrada e intersetorial, mediada por profissionais que garantam a resolutividade das práticas e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2013).

3.2 Práticas de Saúde de médicos e enfermeiros

Paradigmas orientam as práticas em sua ação concreta, na vivência dos envolvidos e nas relações estabelecidas no processo. Considerando que as práticas de saúde são práticas que envolvem o corpo, nelas, temos o paradigma clássico/moderno – biomecânico e o paradigma da vitalidade. O corpo, por sua vez, pode ser compreendido de forma integral ou constituído por aspectos múltiplos, que se realizam e se expressam em suas relações sociais (CARVALHO, LUZ, 2009).

O paradigma clássico confere valor à ciência, reproduz concepções hegemônicas dos saberes especializados das disciplinas que operam com a fragmentação do corpo e da mente, orientado pela racionalidade médica. Os sujeitos envolvidos nesse processo são profissionais

² Em seu livro *Microfísica do Poder*, Michel Foucault, traz que o hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, instituída no final do século XVIII, passando este local a ser espaços terapêuticos para os cuidados da saúde (FOUCAULT, 2021). O hospital moderno, no entanto, deixa de ser um local de morte com múltiplos recursos para a cura, equivocadamente intitulada como máquina de curar.

cada vez mais especializados e o usuário visto como doença. O paradigma da vitalidade utiliza a concepção da integralidade, orientando práticas vinculadas a tecnologia leve para profissionais mais humanizados, que cuidem do corpo em sua totalidade, harmonizando todo o sujeito. Embora possuam definições distintas, no trabalho vivo em ato, os dois paradigmas são intercambiáveis, podendo se entrelaçar para gerar transformações no sujeito com necessidades de saúde (CARVALHO, LUZ, 2009).

Atualmente, a OMS, “[...] declara a saúde um direito humano fundamental e se compromete a garantir o mais alto nível possível de saúde para todos. Representa a aspiração de que todos recebam serviços de saúde de boa qualidade, quando e onde forem necessários [...]” (WHO, 2022, p. 66). Para Chauí (2020), apesar da OMS definir saúde como um direito, o neoliberalismo vem transformando os direitos em serviço.

Segundo a autora, apesar da existência do SUS no Brasil, considerando a polarização de classes, no país a saúde é um serviço a ser comprado. A partir da década de 1980, o Estado passou a utilizar a “novilíngua, isto é, a invenção de uma linguagem política para tornar as mentiras verossímeis”, valendo-se de um discurso potente sobre acessibilidade aos serviços de saúde (CHAUI, 2020, p. 318).

Ressalta-se que o período iluminista, no século XVIII, marcou a transição dos cuidados em saúde alicerçados em benemerências religiosas para o início dos aportes técnico-científicos, com paulatina conversão de foco do sofrimento dos desvalidos para a produção de uma prática de saúde humana e comprometida com a aplicação dos conhecimentos científicos (BELTRAMMI, REIS; 2019). Dentre as profissões associadas a trabalhos considerados mais dignos, se encontra o trabalho em saúde (MACHADO, 2015) e os protagonistas do cuidado também foram transformados ou substituídos pelo saber científico, elemento indutor da delimitação do campo de conhecimento e práticas e, por consequência, do esboço de profissões de saúde precursoras, como a medicina e a enfermagem (BELTRAMMI, REIS; 2019).

Entretanto, foi no início do século XX que surgiram instrumentos que motivaram a definição da teoria da doença como alteração morfofuncional e o aprimoramento dos diagnósticos, o que possibilitou o avanço das práticas de saúde. A partir de então, passou a ser automático pensar no trabalho médico como equivalente ao trabalho em saúde (GONÇALVES, 1992; GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

A medicina teve sua origem em Hipócrates, em 430 a.C. Nesse período, surgiu a clínica por meio da observação e anotação sistemática das alterações naturais que faziam o homem sofrer, surgindo o processo de trabalho em saúde, na tentativa de evitar falhas na cura dos enfermos e acometidos (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995). Embora a Idade Média

seja considerada um período insignificante no desenvolvimento científico e tecnológico, foi nessa época que surgiram os cirurgiões-barbeiros, aflorando, desde então, a medicina clínica contemporânea. Em detrimento da força motriz impulsionada pela economia, os médicos foram aperfeiçoando as técnicas e estudos, tornando-se capazes de responder às demandas da sociedade econômica ativa em contínua transformação (GONÇALVES, 1992).

Foucault (2021) defende a hipótese de que o capitalismo, cujo desenvolvimento se deu em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou o corpo como o primeiro objeto enquanto força de produção e força de trabalho, investindo no biológico, no somático e no corporal. Dado que o corpo é uma realidade biopolítica, a medicina, por conseguinte, é uma estratégia também biopolítica na constituição dos sujeitos em campos como a higiene e a moral. Dessa forma, os saberes da medicina passaram a reverberar como produção da verdade, ambicionando controlar o modo de vida das pessoas, consolidando um alcance maior do que apenas aspectos preventivos e/ou curativos. A produção e transmissão dessas verdades são, portanto, efeitos de relações de poder que se estabelecem a partir da produção, acumulação e circulação de saberes (FOUCAULT, 2020).

Segundo Foucault (2021), o avanço da Medicina favoreceu a reorganização dos hospitais. E é na sua reorganização e no posicionamento do médico como principal responsável por esta reordenação que se encontram as raízes do processo de disciplinarização e seus reflexos na Enfermagem. Após esse processo, a Enfermagem ressurgiu de uma fase sombria na qual esteve submersa até então (GEOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995).

O trabalho de enfermagem emergiu associado à prática médica como trabalho em saúde que se originou de uma assistência caritativa e religiosa. Segundo Pires (2009), a Enfermagem passou a ser uma profissão reconhecida a partir da segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale iniciou seu trabalho como enfermeira dos soldados feridos durante a Guerra da Crimeia e agregou atributos às atividades de cuidado à saúde. Somente a partir de Florence a ideia de cuidado passou a ser considerada objeto de estudo do que viria a se constituir a enfermagem, embora as ideias e formulações sobre cuidado sejam muito anteriores a isso (BOFF, 1999; COSTA *et al.*, 2012). A evolução da enfermagem ocorreu de forma gradativa sob influência dos padrões da sociedade e o cuidado passou de uma assistência limitada ao círculo familiar, transmitida de geração em geração, para uma assistência técnico-científica, por meio da formação de profissionais em Universidades (CAVALCANTI *et al.*, 2014), além de capacitação de profissionais em nível auxiliar e técnico.

O cuidado de enfermagem é comumente caracterizado por técnicas ou procedimentos que os profissionais executam no cotidiano assistencial. A Enfermagem é uma área da ciência

da saúde perfilada por seu aspecto prático, mas que retrata a impossibilidade de o profissional cuidar sem abarcar as múltiplas dimensionalidades do ser cuidado. Deste modo, o cuidado individualizado e interdisciplinar busca o distanciamento do tecnicismo e a valorização das tecnologias de relação interprofissional, formando e fortalecendo vínculos terapêuticos conforme a subjetividade e individualidade do paciente (PAES *et al.* 2021).

No entanto, existem algumas interferências na autonomia do enfermeiro ligadas ao modelo biomédico, o qual ainda baliza a atuação profissional, atuando como fator limitador para o efetivo exercício da sua autonomia nas práticas de saúde. A autonomia do enfermeiro implica em o profissional usufruir da sua capacidade de se governar e, com base no conhecimento técnico e científico, trabalhar em prol do cuidado qualificado e seguro (BONFANDA, PINNO, CAMPONOGARA; 2018). A enfermagem, ainda hoje, busca seu verdadeiro papel em um campo cada vez maior de atuação, pois procura se modernizar, politizar, tentando se engajar gradativamente na apropriação da profissão como ciência (CAVALCANTI *et al.*, 2014).

No contexto hospitalar, a enfermagem compõe a maior parte da força de trabalho. A atuação desses trabalhadores no setor hospitalar é ampla e acontece de maneira intensa e contínua nos 365 dias do ano. O número de profissionais da enfermagem no país, de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), em dezembro de 2022, chegou a 2.768.102, sendo 679.041 enfermeiros, 1.658.152 técnicos de enfermagem e 450.548 auxiliares de enfermagem. Neste mesmo período, em Minas Gerais, o total de enfermeiros foi de 60.128 (COFEN, 2022). A enfermagem em âmbito nacional e internacional representa aproximadamente 50% ou mais do conjunto dos trabalhadores da saúde (WHO, 2014).

De acordo com os dados do National Health Workforce Accounts de 2014 a 2020, a densidade de pessoal de enfermagem na Região Europeia da OMS e na Região das Américas continuou a ser a mais alta do mundo, com mais de 80 por 10.000 habitantes, duas vezes a média global e mais de seis vezes da região africana. A densidade de médicos por 10.000 habitantes globalmente melhorou nos últimos anos, mas as disparidades regionais permanecem grandes. A densidade estimada de médicos de 2014–2020 foi de 37 por 10.000 habitantes na Região Europeia, mas tão baixa quanto oito por 10.000 habitantes na Região do Sudeste Asiático e três por 10.000 na Região Africana (WHO, 2022).

Essas disparidades podem estar aumentando devido ao impacto da pandemia de COVID-19 nos profissionais de saúde. De acordo com estimativas da OMS, a pandemia custou a vida de aproximadamente 115.500 (80.000 a 180.000) profissionais de saúde entre janeiro de

2020 e maio de 2021. Estresse e esgotamento contribuíram para o desgaste da força de trabalho, com muitos profissionais de saúde optando por deixar a profissão (WHO, 2022).

Ressalta-se, ainda, que o desenvolvimento humano e a consistente e acelerada transição epidemiológica impõem a necessária remodelação das práticas de saúde, uma vez que os modelos de atenção predominantes seguem refletindo a assistência em saúde centrada em condições agudas e dependente de tecnologia dura e leve-dura (BELTRAMMI, REIS; 2019). Por mais bem equipados que estejam, os serviços de saúde não podem funcionar sem profissionais de saúde suficientes (WHO, 2022) e, no mundo, há deficit em diversas categorias (WILLMAN, NILSSON, BJURESÄTER, 2022).

Assim, visto que o modelo de atenção hospitalar contempla um conjunto de dispositivos de cuidado que assegura o acesso, a qualidade da assistência e a segurança do paciente, as equipes multiprofissionais de referência devem ser a estrutura nuclear das práticas de saúde do hospital e devem ser formadas por profissionais de diferentes áreas e saberes, para que possam compartilhar informações e decisões de forma horizontal, estabelecendo-se como referência para os usuários e familiares (BRASIL, 2013).

3.3 O campo da interdisciplinaridade em um lugar fragmentado e especializado

A partir do século XIX, o processo de trabalho em saúde se tornou um produto de consumo individual, predominando o modelo biomédico, o que ainda acontece atualmente. Por muito tempo, todas as etapas do processo de trabalho em saúde nos ambientes hospitalares foram executadas por um único profissional: o médico. Hoje, entretanto, grande parte desse cuidado ininterrupto ao paciente internado é executado pelos enfermeiros e pelos técnicos de enfermagem (GONÇALVES, 1992).

O início do século XX delimitou o que seria um marco do processo de profissionalização da saúde como área de conhecimento, fruto do desenvolvimento científico. Esse processo foi profundamente influenciado pelo movimento da Revolução Industrial em curso, que acelerou a delimitação das profissões e até mesmo o apogeu das especializações médicas como áreas de saber profissional privativo (BELTRAMMI, REIS; 2019). Como todos os demais trabalhos, as condutas médicas também foram estratificadas em ações intelectuais e manuais, se estabelecendo, a partir daí, a relação entre o médico, o corpo doente do paciente e os demais profissionais de saúde que executavam os cuidados (GONÇALVES, 1992).

A especialização encontra seu lugar nos serviços de saúde com maior concentração tecnológica e supostamente saber, o que bastaria para resolver parte expressiva dos problemas

de saúde. Logo, nesse contexto, pode-se inferir que os hospitais atuam como indutores do fenômeno da fragmentação dos saberes entre seus profissionais (BELTRAMMI, REIS; 2019).

A superespecialização das profissões de saúde, com especial destaque para a medicina, assumiu um padrão inercial, e contemporaneamente atinge as demais profissões de saúde de forma semelhante. É por si só um ativo capaz de produzir uma segmentação indesejável dos indivíduos em cuidado, de tal sorte que pode ser um evento raro encontrar o profissional de saúde (individual ou coletiva) que tenha uma visão integral da história de uma dada condição de saúde, [...] (BELTRAMMI, REIS; 2019, p. 04).

Assim como na medicina, com a profissionalização dos enfermeiros no século XIX, o trabalho da enfermagem também se segmentou e as funções que demandavam maior habilidade e raciocínio permaneceram com os profissionais mais qualificados, restando então para os seus auxiliares as funções menos intelectualizadas (GONÇALVES, 1992).

O trabalho da enfermagem sempre demandou uma relação próxima entre diversos sujeitos, como entre equipes e entre o cuidador e o sujeito a ser cuidado. O cuidador traz consigo sua subjetividade, história, necessidades, relações de trabalho e concepção profissional de saúde. Por outro lado, o sujeito a ser cuidado carrega consigo suas necessidades e concepções culturais de saúde e doença. Estas expectativas e interesses podem se aproximar potencializando a perspectiva do cuidado “de si e do outro” ou distanciar-se, gerando conflitos entre os envolvidos (FOUCAULT, 2020).

Embora a aproximação possa gerar conflitos, o trabalho em conjunto de profissionais da saúde oferece oportunidades para um aprendizado colaborativo em prol de uma assistência sem danos ao sujeito a ser cuidado e em resposta aos ambientes de saúde mais complexos, logo, a interdisciplinaridade se torna uma tendência global (SARASWATHY *et al.*, 2021; LIU, 2021).

Considerando os movimentos históricos e culturais acerca da medicina como centralizadora do cuidado, em 2015, a Conferência Internacional da Associação de Educação Médica da Europa enfatizou que as capacitações médicas devem alterar o modelo de ensino tradicional em saúde para atender à demanda emergente de equipes interdisciplinares em ambientes profissionais de saúde (LIU, 2021).

Sobre este fato, quando profissionais com formações e ideias distintas discutem em prol de um acordo coletivo, há nesse conflito cognitivo uma positividade na solução criativa de problemas de saúde. Percebe-se nesse movimento uma tentativa intencional de um membro da equipe de saúde em auxiliar outro membro, em uma prática que é importante para o processo assistencial como um todo (LIU, 2021).

Diferente da disciplinaridade ou multidisciplinaridade, a interdisciplinaridade consiste em uma troca social, em uma formação de relacionamentos sociais de maior qualidade, fornecendo uma base para ir além e ajudar uns aos outros, efetuando, assim, níveis mais altos de desempenho da equipe e maior efetividade nas práticas de saúde. Esse processo depende, no entanto, de uma comunicação espontânea, no qual os membros da equipe de saúde devem se comunicar voluntariamente, de forma a ajudar o coletivo a resolver os desafios assistenciais, promovendo melhor distribuição de informações e geração de nova ideias (LIU, 2021).

Nas práticas de saúde, o controle dos momentos mais intelectuais do trabalho conferiu aos médicos um poder sobre o conjunto do processo, além de outras hierarquizações sociais importantes diante do restante da equipe (GONÇALVES, 1992). Vincula-se a isso a cultura hospitalocêntrica que, em muitos momentos, subestima a comunicação como meio terapêutico, que é imprescindível para o cuidado holístico (PAES *et al.*, 2021).

O ambiente hospitalar, muitas vezes, oferece uma equipe diversificada, um histórico de trabalho em equipe limitado, escassas chances efetivas de se trabalhar conjuntamente e equipes extensas. Esses fatores prejudicam o estabelecimento de uma relação saudável de confiança entre os profissionais e afetam a interdisciplinaridade no cerne das suas relações (LIU, 2021).

Segundo o observatório da Associação Nacional de Hospitais Privados – ANAHP (2017), os hospitais Europeus já estão redesenhando o seu funcionamento para otimizar a eficiência operacional. Estudo vinculado à Universidade de Navarra, na Espanha, apresentou como os hospitais do mundo estão se preparando para atender às necessidades futuras da população e do mercado de saúde e uma das tendências é o ambiente hospitalar se tornar um centro de inovação e tecnologia. Há algum tempo, a tecnologia já vem atuando no controle de performance no cuidado com os pacientes e na automatização de alguns processos como a comunicação por meio de sistemas integrados. Esse avanço facilita o acesso aos dados, mas pode também refletir na condução da interdisciplinaridade.

Liang, Shih e Chiang (2015) relatam que, em todo o mundo, os ambientes profissionais de saúde precisam cultivar a colaboração interdisciplinar, a fim de oferecer melhor atendimento ao usuário do serviço por meio da elaboração de um plano terapêutico assertivo. Este deve ser elaborado de forma conjunta pelas equipes assistenciais, especialmente quando se tratar de um usuário com quadro clínico complexo ou de alta vulnerabilidade, com o objetivo de reavaliar diagnósticos e redefinir as linhas de intervenção terapêutica, devendo ser registrado em prontuário unificado compartilhado pela equipe interdisciplinar (BRASIL, 2013).

De acordo com a Portaria Nº 3.390, de dezembro de 2013, o plano terapêutico é definido como “plano de cuidado de cada paciente, resultado da discussão da equipe multiprofissional,

com o objetivo de avaliar ou reavaliar diagnósticos e riscos, redefinindo as linhas de intervenção terapêutica dos profissionais envolvidos no cuidado” (BRASIL, 2013, p. 3). A intenção é contribuir com novas estratégias de atuação sobre o processo saúde-doença, indo além do modelo de atenção hegemônico centrado em procedimentos e especialidades, compreendendo o cuidado enquanto fazer ético, afetivo e estético de estar e de agir diante do outro (OROFINO, LIMA e SILVA, 2020). Uma importante ferramenta para articulação de ações e saberes singulares dos profissionais inseridos em um ambiente hospitalar é a corrida de leito.

3.4 Corrida de leito e seus propósitos agregadores para o cuidado centrado no paciente

Em torno de 1770, determinou-se que o médico deveria residir no hospital, colocando a visita médica como um protocolo a ser cumprido. A tomada do poder pelo médico se manifestou no ritual de sua visita, desfile quase religioso em que este, caminhando na frente, ia ao leito de cada doente seguido de todos os membros que compunham a mão de obra do hospital: assistentes, alunos e enfermeiras, definindo onde cada pessoa deveria estar posicionada. O médico era anunciado por uma sineta e a enfermeira se postava na porta com um caderno nas mãos para lhe acompanhar quando entrasse nas alas de internação (FOUCAULT, 2021).

Por mais de um século, as rondas à beira leito, processo em que um médico-professor e um aluno discutem a condição de um paciente hospitalizado e/ou uma equipe assistencial discute o plano de cuidados na presença do paciente, têm sido vistas como um método de aprendizado ideal no hospital. Essa prática oferece oportunidades para desenvolvimento de habilidades, observação, trabalho em equipe e comunicação, contribuindo para uma cultura de cuidado centrado no paciente (RATELLE *et al.*, 2022).

A partir das reflexões acerca da necessidade de abandonar um modelo assistencial centrado na racionalidade técnica e considerar o paciente integralmente enquanto sujeito do seu processo saúde-doença, intensificou-se a necessidade de ampliar os processos de humanização no cotidiano das práticas de saúde (WACHEKOWSKI *et al.*, 2022). Apesar dos benefícios das rondas à beira do leito, pesquisas recentes indicam que seu uso está diminuindo e especialistas em qualidade da assistência e segurança do paciente têm defendido o retorno das discussões interdisciplinares à beira do leito (BRYNE, WIESE, 2020).

É de conhecimento que, se bem conduzidas, as corridas de leito potencializam os saberes e as habilidades dos alunos, tendo um efeito comportamental positivo na prestação de cuidados de saúde por aperfeiçoarem as habilidades de comunicação de estudantes e residentes de medicina quanto à cultura de trabalho em equipe em unidades hospitalares (RATELLE *et*

al., 2022). Contudo, apesar da sua importância para a comunicação terapêutica interdisciplinar, percebe-se uma supervalorização da corrida de leito para a educação médica em detrimento de uma assistência holística, envolvendo outros profissionais.

Peters e Cate (2014) e Gonzalo *et al.*, (2014) defendem que o processo de corrida à beira leito oferece uma excelente oportunidade para a realização de uma anamnese e um exame físico eficientes, desenvolvendo profissionalismo e comunicação centrada no paciente. Apesar disso, alguns profissionais se sentem desconfortáveis diante do sujeito a ser cuidado. As razões para preferir se afastar do leito variam, mas cabe ressaltar a preocupação de cometer um erro e parecer incompetente ou de causar desconforto ao paciente; falta de liberdade para tirar dúvidas e discutir particularidades de um caso clínico e preocupações relacionadas à eficiência das condutas terapêuticas definidas (RABINOWITZ *et al.*, 2016)

Ratelle *et al.*, (2019), Gamp *et al.*, (2019) e Gross *et al.*, (2022) fornecem evidências de que as rondas à beira do leito não afetam negativamente os pacientes e podem melhorar os resultados terapêuticos por estarem associadas a melhores resultados, incluindo compreensão das avaliações e recomendações, adesão à terapia e satisfação do paciente com o atendimento.

A configuração dos processos de rondas à beira do leito também pode levar à motivação intrínseca, promovendo um senso de competência e valorização para os integrantes da equipe profissional, pois existe uma grande variabilidade na concepção, implementação e resultados esperados no cuidado centrado no paciente (RATELLE *et al.*, 2022).

O cuidado centrado no paciente envolve uma parceria entre o paciente e a equipe de saúde, um relacionamento construído com base na confiança mútua, empatia e conhecimento compartilhado (SHARP *et al.*, 2022). As rondas diárias são uma oportunidade primária para os pacientes e equipes interdisciplinares se comunicarem. No entanto, mesmo quando as equipes estão à beira do leito, perde-se a oportunidade de explorar a compreensão e a perspectiva do paciente, o que é importante para a tomada de decisão compartilhada e transições eficazes de cuidados (REDLEY *et al.*, 2019). Além disso, apesar do reconhecimento de que a comunicação centrada no paciente é essencial para o atendimento ao paciente, estudos continuam a demonstrar uma lacuna na comunicação e que os médicos subestimam suas deficiências na comunicação (SHARP *et al.*, 2022).

As discussões interdisciplinares podem ocorrer à beira do leito do paciente ou longe dele, dependendo da preferência médica, uma vez que a satisfação e o bem-estar dos médicos têm sido associados à prestação de cuidados de maior qualidade (WALLACE, LEMAIRE, GHALI, 2009). Segundo Gross *et al.*, (2022), os médicos preferem realizar discussões clínicas e definir plano terapêutico longe dos pacientes e a equipe de

enfermagem prefere exposições à beira do leito por ser mais informativo para os pacientes. Uma preocupação comum inclui a confusão dos pacientes devido ao uso de jargão médico e termos técnicos na ronda à beira do leito.

Com relação aos enfermeiros, de acordo com Wachekowski *et al.*, (2022), as visitas de enfermagem acontecem na admissão e diariamente para que o profissional conheça o estado de saúde e as condições físicas, emocionais e sociais do paciente. Trata-se de um momento importante de identificação das necessidades básicas dos indivíduos para implementar intervenções a fim de supri-las. As corridas de leito oportunizam a promoção de uma comunicação horizontalizada com o paciente para esclarecimento de dúvidas relacionadas à sua evolução e prognóstico, definição de procedimentos a serem realizados, nível de assistência necessária e educação interdisciplinar em saúde. Para além, entende-se a corrida de leito como uma prática capaz de mitigar a tensão e ansiedade que podem repercutir negativamente no quadro clínico do paciente.

Referencial Teórico

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Percurso de vivência, significação e a produção do discurso da verdade

“As contradições são o que há de mais humano no homem”
(Michel Foucault)

A história de vida está correlacionada à formação do sujeito pela garantia de que o tempo o reconstitui e restaura seu domínio sobre as coisas, uma vez que o tempo é concebido em termos de totalização, onde as revoluções jamais passam de tomadas de consciência não estruturais. A história é viva e contínua, nela, as questões do ser humano, da consciência, da origem e do sujeito se cruzam e se emaranham em uma população de acontecimentos dispersos (FOUCAULT, 2016).

Filho, neto e bisneto de médicos, Michel Foucault nasceu na França em 1926. Contrariando a sua formação profissional familiar, aos 20 anos, ingressou na École Normale, onde estudou fundamentos de Maurice Merleau-Ponty e Louis Althusser para obter licenciatura em filosofia. Após finalizar a primeira graduação em 1948, obteve licenciatura também em psicologia no ano de 1949 e se especializou em psicopatologia, subsidiando o seu primeiro livro relacionado à doença mental, História da Loucura. A partir de então, atrelado às suas vivências pessoais e profissionais, deu sequência a importantes publicações descortinando o redescobrimiento do sentido (CASTRO, 2015).

Foucault, “ao mesmo tempo insatisfeito e inquieto, estaria sempre à frente de si mesmo, da sua obra escrita, das suas próprias ideias e conceitos recolhidos, mas também sempre muito aquém do que investiga e estuda”. Segundo ele mesmo pressentia, seus livros foram baseados em pensamentos à frente do seu tempo e dependeriam, fundamentalmente, do futuro de suas interpretações (ROCHA, 2014, pág. 11). Foucault despertou que o meio cultural do sujeito deveria ser considerado na definição variante das suas subjetivações, sustentando a necessidade da análise do sentido e dos discursos (CASTRO, 2015).

Em meados de 1965, Foucault se interessou em compreender o processo de construção social dos discursos científicos e pressupôs que os discursos não se constituem propriamente falando, mas a partir da relação entre um sujeito e um objeto, a partir de uma experiência e de uma história (ROCHA, 2014; CASTRO, 2015).

A história, por sua vez, é permeada por movimentos discursivos e de enunciados que podem ser questionados, desfeitos, reconstituídos e recolocados. Portanto, a história é uma população de acontecimentos no espaço do discurso. A descrição dos acontecimentos

discursivos se manifesta como um horizonte para a busca das unidades que ali se formam, uma manifestação da existência do sujeito, uma expressão do seu saber (FOUCAULT, 2016).

Para Foucault, os discursos nascem de uma circunstância histórica, com premissas e ordens específicas, existindo um inconsciente do saber com regras manifestas, mas não vistas tão diretamente, que permitem a construção desse discurso. Desse modo, em uma cultura sem história e temporalidade, os discursos se justaporiam e seriam esquecidos (ROCHA, 2014).

Os objetos dos discursos mudam, pois estes existem sob as condições positivas de um feixe completo de relações, que são estabelecidas entre processos sociais, comportamentos, sistemas de normas, modos de caracterização. Essas relações não estão presentes no objeto, elas não definem a constituição interna do objeto, mas o que lhe permite aparecer, se justapor a outros objetos, situar-se em relação a eles, definir sua diferença, sua irreduzibilidade e, eventualmente, sua heterogeneidade, enfim, para ser colocado em um campo de exterioridade (FOUCAULT, 2016).

Foucault afirma que os homens desejam saber pelo prazer que o conhecimento da verdade produz, e de acordo com Nietzsche, tanto o conhecimento quanto a verdade tratam de uma invenção útil para o sujeito. A definição Foucaultiana do saber é referente àquilo que deve dominar a interioridade do conhecimento, para encontrar nesse conhecimento o objeto de um desejo, o instrumento de uma dominação, a vitória de uma luta pela prática do discurso – o alcance do poder pela verdade (CASTRO, 2015).

Nessa perspectiva, há de se indagar: qual é a relação entre os discursos e os efeitos de poder? Foucault afirma que o saber produz um discurso fundamentado, sendo capaz de sustentar um regime de poder na defesa da verdade. Contudo, o importante não é determinar se essas produções discursivas e esses efeitos de poder levam a formular a verdade ou a mentira, mas revelar a vontade de saber que lhe serve ao mesmo tempo de suporte e instrumento (FOUCAULT, 2020).

É precisamente no discurso que vêm a se articular poder e saber, e por essa mesma razão se deve considerar o discurso como uma série de efeitos descontínuos, cuja função tática não é uniforme e nem estável (FOUCAULT, 2020). Segundo Rocha (2014), é nesse cenário social da verdade, em que o saber, o poder e o sujeito se misturam na produção dos discursos.

4.2 Os corpos como campo de controle do saber e de intervenção do poder

“O velho direito de causar a morte ou deixar viver foi substituído por um poder de causar a vida ou devolver à morte”
(Michel Foucault)

O objeto discursivo é um fato que nem a língua e nem o sentido podem esgotar inteiramente a sua significação, pois o espaço em que esse discurso se desenvolve apresenta em muitos momentos, um jogo de relações, no qual os sujeitos se dispuseram desenvolvê-lo como campo de conhecimento na disputa pelo poder (FOUCAULT, 2016).

As grandes instituições de poder se apresentaram na Idade Média, consolidando uma prática de poder conflituosa, ligada à dominação direta e de servidão como estratégia de regulação para introduzir a ordem. Apesar da diferença entre épocas, por um período, a reprodução do poder se manteve marcada por uma monarquia jurídica que, aos poucos, foi atravessada por novos mecanismos de poder (FOUCAULT, 2020).

A partir de 1970, nos cursos ministrados no Collège de France, como professor, Foucault, além de abordar assuntos já estudados em novas perspectivas, concebeu novos temas e novas hipóteses, colocando em evidência a questão do poder. Neste período, o cerne do pensamento de Foucault foi representado pela maneira com que poder e saber se correlacionavam e a palavra saber foi associada à veridicção, o poder foi vinculado a técnicas de governamentalidade e o sujeito foi conectado à prática de si (CASTRO, 2015).

Para Foucault (2020), os dispositivos de poder e de saber são diferentes de ações repressivas, não havendo uso de força ou violência para se constituir, pois, em sua concepção, a repressão não é sempre fundamental e vitoriosa. Torna-se, portanto, necessário considerar esses mecanismos como algo positivo, como produtores de saber, multiplicadores de discursos, indutores de prazer e geradores de poder, ou seja, as estratégias de poder subjetivam uma vontade de saber.

O segredo, para o poder, não é da ordem do abuso; é indispensável ao seu funcionamento. E não somente porque o impõe aos que sujeita como, também, talvez porque lhes é, na mesma medida, indispensável: aceitá-lo-iam se só vissem nele um simples limite oposto a seus desejos, deixando uma parte intacta — mesmo reduzida — de liberdade? O poder, como puro limite traçado à liberdade pelo menos em nossa sociedade, é a forma geral de sua aceitabilidade (FOUCAULT, 2020, p. 83).

Segundo Foucault (2020), por mais que haja dificuldade de se afastar da imagem do poder como uma lei densa e violenta, faz-se necessário avançar em direção a uma outra concepção de poder, uma vez que ele está em toda parte porque emana de todos os lugares.

O poder não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada, pois o poder não se adquire ou compartilha, ele se exerce a partir de inúmeros pontos, em meio a relações desiguais e móveis (FOUCAULT, 2020, p. 89).

Em 1973, no curso *O poder psiquiátrico*, Foucault introduziu uma análise sobre os dispositivos de poder disciplinar, sustentando a partir daí que o poder opera como uma tática calculada (CASTRO, 2015). Entre 1974 e 1979, ele se empenhou em investigar e descrever os dispositivos de poder, tendo o termo disciplina um *locus* importante nas suas concepções. Refere-se como disciplina o conjunto de técnicas utilizadas para produzir corpos politicamente dóceis e economicamente rentáveis (CASTRO, 2015).

As disciplinas não são, por certo, uma invenção moderna; nós as encontramos antes nos quartéis e, muito mais cedo, nos conventos. Porém, a partir de finais do século XVIII, os dispositivos disciplinares sofrem uma série de transformações. Já não são uma maneira de neutralizar os perigos e transtornos que apresentavam os agrupamentos inúteis e agitados; doravante cumprem uma função positiva: aumentar a utilidade dos indivíduos. Eles deixam de estar circunscritos aos limites institucionais e se disseminam por toda a sociedade (CASTRO, 2015, p. 70).

Ao longo dos séculos XVII e XVIII, o processo de docilização de corpos se transfigurou em instrumentos de domesticação sem se apropriar fisicamente dos corpos e obtinha efeitos de utilidade de forma mais elegante e menos violenta. A disciplina, além de individualizar os corpos por uma localização que os distribui, é uma estratégia para integrar forças para obter um sistema eficiente, garantindo melhor economia de tempo e de gestos (FOUCAULT, 2014).

Nesse sentido, os “novos procedimentos de poder funcionam, não pelo direito, mas pela técnica, não pela lei, mas pela normalização, não pelo castigo, mas pelo controle, e que se exercem em níveis e formas que extravasam o Estado e seus aparelhos” (FOUCAULT, 2020, p. 86). Trata-se de um poder que se exerce positivamente sobre a vida, com controles precisos e regulações de conjunto, e que, por meio das suas estratégias, possui um papel importante de garantir, sustentar, reforçar, multiplicar a vida e colocá-la em ordem por meio de um poder disciplinar.

A morte como símbolo do poder soberano, foi meticulosamente recoberta pela administração calculista da vida, valendo-se de técnicas diversas para obter a sujeição dos corpos e o controle das populações (FOUCAULT, 2020). Essas técnicas possuem a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e a prática do exame como engrenagens fundamentais de um controle discreto e sutil (CASTRO, 2015).

Como uma das técnicas de sujeição para utilização dos corpos, a vigilância hierárquica surgiu como um controle intenso e contínuo e se tornou um operador econômico decisivo, na

medida em que é, ao mesmo tempo, uma peça interna no aparelho de produção e um mecanismo característico do poder disciplinar. A vigilância hierarquizada é uma importante criação que permitiu a concretização dessa nova mecânica de poder, pois ela repousa sobre os indivíduos por meio de uma rede de relações “de alto a baixo, mas também de um certo ponto de baixo para cima e lateralmente”, fazendo dos fiscais, sujeitos perpetuamente fiscalizados. Por controlar continuamente os corpos daqueles que estão encarregados de controlar, esse poder discreto é compartilhado em silêncio (FOUCAULT, 2014).

Considerando os princípios da vigilância hierárquica, a visibilidade se tornou uma armadilha. Como estratégia para essa normalização disciplinar, o modelo arquitetônico do panóptico descrito por Jheremy Bentham surgiu para distribuir o olhar no espaço, no qual quem habita a periferia pode ser visto por todos, mas não vê quem ocupa a parte central na estrutura, ou seja, “o vigiado não pode ver se é efetivamente vigiado, porém é consciente dessa possibilidade e a vigilância se torna contínua em seus efeitos, ainda que seja descontínua em seu exercício”, e cada um se converte em normalizador de si mesmo (CASTRO, 2015, p. 72). O panoptismo opera como uma máquina surpreendente que fabrica efeitos homogêneos de poder, por modificar o comportamento por meio de uma jaula cruel e sábia. A máquina de ver é uma espécie de câmera escura em que se espiona os indivíduos; ela se torna um edifício transparente onde o exercício do poder é controlável pela sociedade inteira (FOUCAULT, 2014).

Em uma passagem do livro *A História da Sexualidade: a vontade de saber*, Foucault alega que, quando o sujeito não se enquadra nas normas, deverá pagar as sanções (FOUCAULT, 2020). E por esse olhar, a sanção normalizadora atua como um mecanismo penal sutil de tudo que está inadequado à regra, tudo que se afasta dela, os desvios, tendo como objetivo precípuo a correção e a recompensa. A arte de punir relativa ao poder disciplinar não pretende a expiação e nem mesmo a repressão, intenciona, no entanto, uma penalidade perpétua que permite qualificar, classificar e punir. Nesse contexto, a normalidade se constitui como princípio de coerção, obrigando a aplicabilidade da homogeneidade. O poder da norma introduz a possibilidade de mensurar as diferenças individuais, pois estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade que os diferencia e os condena (FOUCAULT, 2014).

Segundo Foucault (2020), os dispositivos de poder pretendem impor regras meticulosas de exame de si mesmo e, dessa maneira, o exame associa as táticas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. A prática do exame é um ritual que estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e, por isso, sancionados. Cabe dizer que, “a superposição das relações de poder e das de saber assume no exame todo o seu brilho

visível”, já que nessa técnica estão implicados “todo um campo de saber, todo um tipo de poder” (FOUCAULT, 2014, p. 181). O exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber, no qual, em alguns momentos, a diferença individual se faz pertinente. Por meio do exame, articula-se o ritual do poder, legitima-se a experiência, confirma a força e instaura a verdade (FOUCAULT, 2014).

Entre técnicas de saber e estratégias de poder, surge um campo das correlações de força, e é nesse espaço que se deve analisar os mecanismos de poder. As relações de poder-saber não são formas dadas de repartição, são matrizes de transformações (FOUCAULT, 2020).

4.3 As relações de poder nas práticas de saúde sob a ótica de Michel Foucault

“O novo tipo de configuração que caracteriza a medicina moderna implica o surgimento de novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais”
(Michel Foucault)

Na busca por compreender o entrelaçamento dos efeitos de poder e de saber nas práticas de saúde, é relevante considerar que a medicina possui uma estrutura sólida enraizada profundamente nas estruturas sociais por meio do exercício da biopolítica (FOUCAULT, 2021). No século de XVIII, a eclosão populacional foi uma importante novidade para as técnicas de poder, alertando governos para a necessidade de controle sobre suas variáveis: natalidade, morbidade, esperança de vida, fecundidade, estado de saúde, incidência das doenças, forma de alimentação e de habitat. Uma das técnicas de poder se fez presente em todos os níveis do corpo social na tentativa de garantir relações de dominação e efeitos de hegemonia: a biopolítica (FOUCAULT, 2020).

Neste momento, emergiu um tipo de discurso que rompeu não somente com as proposições verdadeiras formuladas até então, mas influenciou o modo de falar e de ver e modificou todo o conjunto das práticas que serviam de suporte à medicina. Não se tratava unicamente de uma nova descoberta; ergueu-se, a partir daí, um novo processo no discurso e no saber (FOUCAULT, 2021). Esses discursos múltiplos, entrecruzados, sutilmente hierarquizados e estreitamente articulados em torno de um feixe de relações de poder agem como suporte móvel das correlações de força que, devido à sua desigualdade, induzem continuamente estados de poder, mas sempre localizados e instáveis (FOUCAULT, 2020).

Os discursos definem as ciências do homem e a análise dessas manifestações não está, de maneira alguma, limitada à semelhante esfera. O recorte do acontecimento não pode ser considerado como definitivo, nem como válido de forma absoluta; trata-se de uma aproximação que deve permitir o aparecimento dessas relações (FOUCAULT, 2016).

Sobre o discurso médico, a partir do século XIX, a medicina não representava mais somente um agrupamento de tradições e de soluções heterogêneas, mas um repertório de saberes que presumiam uma mesma visão das coisas percebidas, uma mesma análise sobre as patologias no corpo biológico, uma mesma maneira de registrar as observações, se organizando, assim, como uma sucessão de enunciados descritivos (FOUCAULT, 2016).

Na descrição de Foucault, a formação da medicina clínica percorreu um caminho que começa com a medicina das espécies, passa pela medicina das epidemias e chega à anatomopatologia. O último passo para a reorganização do olhar médico será dado pela denominada medicina das febres, que permitirá, com o desenvolvimento da fisiologia, estabelecer um nexo entre a anatomia patológica e a análise dos sintomas (CASTRO, 2015, p. 40).

Nesse contexto, é imperativo assumir que o discurso clínico era um conjunto de descrições que não se resumiam apenas a um conjunto de suposições sobre a vida e a morte, de sentenças terapêuticas para a cura, de deliberações institucionais e de modelos de ensino sobre práticas de saúde. À semelhança das descrições, as práticas de saúde foram evoluindo, tendo como exemplos da transformação as elaborações de escalas e marcos patológicos, a realização de testes biológicos para propedêutica adequada, reconstituição da comunicação devido ao refinamento dos processos fisiopatológicos e a estruturação de um conjunto de informações registradas em documentos sobre o observado, sobre os saberes médicos, uma evidência da nova medicina (FOUCAULT, 2016).

Os discursos médicos foram transformados, deixando de anunciar descrições puramente perceptivas, para relatar observações viabilizadas por instrumentos, por experiências laboratoriais, considerando inclusive cálculos estatísticos nas argumentações epidemiológicas ou demográficas. Percebe-se que enunciados dispersos e heterogêneos passaram a coexistir no cotidiano do discurso médico por meio de um jogo de revezamento, de posições e substituições, desse modo, é preciso distinguir as relações secundárias que podem estar formuladas no próprio discurso, considerando o seu objeto (FOUCAULT, 2016).

Para Foucault (2020), o sucesso do poder está na proporção daquilo que consegue ocultar dentre seus mecanismos sutis e delicados, deixando este poder tolerável. Infere-se a partir daí que, assim como nas situações cotidianas, nas práticas de saúde, as relações de poder são efeitos imediatos das desigualdades e desequilíbrios, intencionais e passíveis de resistência. Contudo, é preciso reconhecer que, nesse arcabouço complexo e instável, o discurso opera tanto como instrumento e efeito de poder quanto como um ponto de partida de uma estratégia oposta.

Seguindo um encadeamento de concepções, permite-se associar os mecanismos táticos de poder à história das práticas de saúde, pois o reconhecimento do hospital como aparelho de

examinar conferiu à medicina uma posição hierárquica bastante valorizada e reconhecida (FOUCAULT, 2014).

Considerando a medicina e a enfermagem, pelo fato de o desenvolvimento das práticas de saúde estar vinculado à dinâmica das estruturas sociais, continuamente, a supervalorização da profissão médica favorece à subordinação da enfermagem, desde o surgimento dessas profissões até a atualidade. No período pós-monástico, evidenciou-se a evolução das práticas de saúde nos movimentos Renascentistas e da Reforma Protestante e no mundo moderno as práticas de saúde sofreram interferência da Revolução Industrial (GIOVANINI, 1995; TURKIEWICZ, 1995). Segundo Foucault (2021), até o século XVIII, religiosos e leigos que atuavam nos hospitais não buscavam a cura do doente com suas práticas, mas almejavam sua própria redenção fazendo caridades que lhe assegurassem a salvação eterna.

Do ponto de vista técnico, nenhum dos profissionais que compõe a equipe de um hospital é dispensável, entretanto, o controle dos momentos mais intelectuais do trabalho garantiu ao médico o poder sobre o conjunto das práticas de saúde, acarretando contradições que opõem, de um lado, uma racionalidade puramente técnica e, do outro, a necessidade de reprodução das relações sociais (GONÇALVES, 1992).

Apesar de a medicina moderna se apresentar como uma estratégia biopolítica, as demandas cada vez menos anatômicas da doença resultaram em um conflito profissional entre os médicos e os demais profissionais que compõem a equipe de saúde, pois não era mais suficiente somente tratar a doença. Porém, ao colocar em jogo um conjunto de saberes em busca da verdade, gerou-se uma rede de tensão nas relações profissionais dentro das instituições hospitalares, se estendendo aos âmbitos externos do serviço de saúde (GONÇALVES, 1992).

Para Foucault (2021), a verdade não existe fora do poder ou sem o poder, por ser produzida graças às múltiplas coerções existentes, tanto no mundo social quanto no mundo do trabalho, gerando efeitos regulamentados de poder. O esforço para se obter espaço no campo da verdade gera confrontos sociais e profissionais em um combate ideológico.

Todo profissional que atua sobre os corpos traz para as práticas de saúde seus conhecimentos e, com isso, defende suas verdades. Na perspectiva de Foucault (2021), verdade não é aquilo que é, mas aquilo que se dá, um acontecimento, tendo em vista que a verdade não é encontrada, mas sim produzida. E nesse movimento contínuo de construção e reconstrução da verdade, estabelecem-se relações flutuantes, reversíveis, que lutam animosamente por controle, hegemonia e vitória de saberes: uma relação de poder.

Percurso Metodológico

5 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, será apresentada a trajetória metodológica do estudo, abrangendo a caracterização da pesquisa, cenário e participantes, estratégias, procedimentos e instrumentos utilizados na coleta de dados, bem como o recurso de análise dos dados e considerações éticas.

5.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa, de abordagem qualitativa, fundamentada em uma perspectiva pós-estruturalista, baseada no referencial teórico do filósofo Michel Foucault.

A abordagem qualitativa foi eleita nessa pesquisa pelo fato de se pretender aprofundar o conhecimento sobre o cotidiano, a vivência e a experiência dos indivíduos em seu *setting* natural, a fim de compreender os sentidos e as significações do fenômeno para as pessoas que os vivenciam (TURATO, 2003). Segundo Minayo (2017, p. 2), o estudo qualitativo “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

Yin (2016) pontua cinco características que distinguem a pesquisa qualitativa de outros estudos das ciências sociais. Destaca a questão do sentido e significado da vida dos indivíduos em seu ambiente real; as visões e perspectivas dos participantes da pesquisa; as condições sociais, institucionais e ambientais que os indivíduos vivem; explica o comportamento social humano por meio de revelações sobre conceitos existentes ou emergentes e, por último, ressalta a importância da utilização de diversas fontes de evidência para prover confiabilidade e credibilidade à pesquisa.

Adotou-se, como delineamento teórico deste estudo, o pós-estruturalismo, que se manifesta como uma tentativa de desconstrução de alguns conceitos declarados como verdades absolutas, por considerar a realidade como uma construção social subjetiva. Assim, trata-se de uma perspectiva de análise em que se questiona a maneira pela qual a sociedade se encontra estruturada em um determinado contexto e momento (AGUILAR; GONÇALVES, 2017).

Segundo Peters (2000), o pós-estruturalismo é um movimento inspirado principalmente em Nietzsche e Heidegger, que busca descentralizar as estruturas, a sistematicidade e a pretensão científica do estruturalismo. Pode ser visto como uma resposta filosófica que privilegia as ciências humanas que, além de revelar as leis internas de um sistema, busca

alcançar o entendimento e interpretação da realidade. O pós-estruturalismo é uma forma de escrita, um método, uma teoria que corporifica diferentes formas de prática crítica.

Neste estudo, utilizou-se o método, focando no caráter subjetivo do objeto a ser analisado por meio do discurso na perspectiva Foucaultiana, uma vez que o que está em jogo na análise da perspectiva pós-estruturalista é o próprio discurso (AGUILAR; GONÇALVES, 2017). Para Peters (2000), Foucault vê a verdade como o produto de regimes ou gêneros discursivos que têm seu próprio conjunto de regras para construir sentenças bem formadas.

Para Foucault (2014), o discurso se apresenta como uma prática socialmente embasada, que reflete, explícita ou implicitamente, as marcas da ideologia que o constitui, não sendo, portanto, neutro. Assim, considerou-se a dimensão subjetiva e relacional da linguagem, na qual reside sua profundidade e espessura, sem simplificação desse fenômeno.

5.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em dois setores assistenciais de um hospital geral, sendo eles, o Posto 04 da UNI e o CTI, pelo fato de ambos serem destinados à assistência de pacientes adultos clínicos e cirúrgicos, não críticos e críticos, respectivamente. Esse critério permitiu compreender a configuração da corrida de leito e as relações de poder, valendo-se da comparação da realidade entre um setor aberto e um setor fechado, tendo em vista que o pós-estruturalismo permite pensar nas várias experiências vivenciadas em diferentes contextos, por diferentes indivíduos (AGUILAR; GONÇALVES, 2017).

Considerou-se pertinente um estudo em diferentes setores, com rotinas de trabalho distintas porque, segundo Bittar (2004, p.2) “o hospital é a soma de diferentes tipos de organização” e, dessa maneira, cada setor possui suas peculiaridades. O autor afirma que os setores fechados possuem “grupos mais coesos, observadores de regras, de protocolos, enfim, de disciplina”. Por conseguinte, os setores abertos são influenciados por uma variedade maior de processos e profissionais, uma vez que recebem pacientes para continuidade do cuidado e atuação de múltiplos profissionais de diversas clínicas e saberes.

O CTI dispõe de 40 leitos destinados à internação de pacientes críticos. Quanto às categorias profissionais dos médicos e enfermeiros, o setor possui uma equipe assistencial composta por um coordenador médico, três médicos horizontais, 36 médicos plantonistas, nove médicos residentes, um coordenador de enfermagem, um enfermeiro horizontal, 17 enfermeiros e 100 técnicos de enfermagem, que atendem uma média de 170 admissões/mês. Salienta-se que, na pandemia de COVID-19, este CTI não foi reorganizado para atendimento específico da

doença, mas recebeu pacientes referenciados à unidade. Apenas alguns leitos foram destinados ao tratamento da COVID-19, mas no período da coleta de dados já não havia mais essa separação.

Por sua vez, a UNI possui 211 leitos distribuídos em seis postos com perfis assistenciais distintos. Destinados exclusivamente aos atendimentos do SUS, o Posto 01 é composto por leitos de enfermarias clínicas; o Posto 02 possui leitos de enfermaria cirúrgica; e o posto 03 possui leitos de enfermaria destinados a pacientes hematológicos. Para as internações provenientes da Saúde Suplementar e atendimentos particulares, o Posto 04³ possui 40 leitos de enfermaria clínica e cirúrgica; o Posto 05 é composto somente por apartamentos preferencialmente destinados a pacientes clínicos; e o Posto 06 apartamentos destinados aos pacientes cirúrgicos. A UNI tem uma equipe assistencial composta por 26 enfermeiros, 170 técnicos de enfermagem e possui corpo clínico misto, não sendo possível definir exatamente o quantitativo de profissionais médicos (SITE DO HOSPITAL, 2021).

Com relação ao tipo de corpo clínico, o Ministério da Saúde define três tipos. Corpo clínico aberto é uma modalidade de corpo clínico utilizado em hospitais do país e permite que quaisquer profissionais médicos habilitados (prestadores de serviço, cadastrados e/ou credenciados) internem e assistam pacientes. Outra modalidade é o corpo clínico fechado, quando o hospital possui corpo médico permanente e não tem atuação de profissionais externos. Existe ainda o corpo clínico misto, quando o hospital possui corpo clínico permanente, mas admite também que médicos externos internem e assistam seus pacientes (BRASIL, 1977).

Os dois setores cenários do estudo integram um hospital geral de grande porte e sem fins lucrativos do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, que atende pacientes do SUS, do sistema suplementar de saúde e particulares, comportando-se social e legalmente como instituição filantrópica. Trata-se de um hospital de alta complexidade que atua desde 1986 com a missão de assistir com excelência e de forma humanizada pacientes com câncer. É uma das três instituições de saúde do Estado classificada pelo Ministério da Saúde como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), mas também atende outras 30 especialidades clínicas e cirúrgicas (SITE DO HOSPITAL, 2021).

Ressalta-se que, neste serviço, os atendimentos realizados pelo SUS são exclusivamente referenciados para casos oncológicos via Central de Leitos. Já os atendimentos via planos de saúde e particulares são direcionados para todas as especialidades clínicas e cirúrgicas. No ano

³ A descrição da equipe e logística assistencial do Posto 04, cenário do estudo, está detalhada nos resultados: o ambiente de subjetivação e produção do sujeito, página 56.

de 2016, a instituição realizou mais de um milhão de procedimentos, disponibilizando aos pacientes e acompanhantes uma estrutura de ponta. Para oferecer uma assistência de qualidade, o serviço passa por um constante processo de modernização e atualização através de recursos captados por meio de parcerias e programas governamentais (SITE DO HOSPITAL, 2021).

O Hospital possui uma equipe de mais de 1.200 funcionários da área técnica, não médicos, com vínculos trabalhistas estabelecidos por meio de contratos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que exercem atividades nas diversas áreas assistenciais e administrativas e mais de 537 médicos, entre plantonistas permanentes, prestadores de serviço e residentes (SITE DO HOSPITAL, 2021).

Este hospital foi escolhido como local da atual pesquisa pela complexidade dos serviços prestados e por receber concomitantemente pacientes do SUS, de saúde suplementar e particulares para outras especialidades clínicas e cirúrgicas, o que suscita a necessidade da articulação de vários profissionais para lidar com essa realidade.

Cabe ressaltar que, trata-se de uma instituição hospitalar dedicada ao ensino, à pesquisa, à prevenção, ao tratamento e ao combate ao câncer, atuante e presente na vida dos mineiros há mais de 50 anos. Desde sua criação, na década de 1970, este hospital possui como missão precípua assistir, com excelência e de forma humanizada, o paciente com câncer e segue na busca constante por melhorias que beneficiem a continuidade dos resultados de excelência (IMP, 2021).

No ano de 2019, o hospital passou por uma reorganização da gestão e, desde então, uma série de ações foi colocada em prática, priorizando a valorização da equipe e a melhoria na relação com o corpo clínico (IMP, 2021). Diante da mudança de gestão, associada ao fato de que a instituição tem como um dos seus valores assistir seus pacientes e acompanhantes de forma humanizada e com respeito à qualidade de vida, gera um ambiente propício para estudo da configuração das corridas de leito como uma importante ferramenta terapêutica.

5.3 Participantes do estudo

Segundo Demo (2005), estudos qualitativos demandam suas aplicações em grupos menores, comunidades pequenas e instituições de tamanhos facilmente contornáveis, sendo essa limitação metodológica amplamente compensada pela profundidade dos procedimentos aplicados à amostra, sendo esta particularidade sua razão de ser. Segundo Minayo (2017, p.10), a amostra “[...] reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo”.

Quanto à seleção inicial dos participantes, o processo de amostragem teve como critérios de elegibilidade: ser médico residente, médico coordenador de clínica ou médico plantonista, ser enfermeiro em contrato efetivo no hospital e ter pelo menos seis meses de atuação nas unidades. Foram excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença médica no período da coleta de dados.

Por se tratar de categorias profissionais determinadas e alocadas em setores previamente escolhidos para serem observados e entrevistados, a amostra deste estudo pode ser classificada como intencional (TURATO, 2003). Delimitar a amostra é um dos grandes desafios das pesquisas qualitativas e, segundo Fontanella; Ricas e Turato (2008), a seleção dos elementos decorre, sobretudo, da preocupação de que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto, algumas delas em contínua construção histórica.

Tanto no CTI quanto no Posto 04 da UNI, médicos e enfermeiros são profissionais exclusivos destes setores para atendimentos dos pacientes em regime de internação em estado crítico e não crítico, respectivamente. Já os profissionais da equipe multidisciplinar atendem pacientes de diversos setores conforme demanda, não havendo regulamentação de exclusividade setorial, sendo, portanto, profissionais que atuam institucionalmente.

Além de 11 médicos e 18 enfermeiros, oito informantes-chaves também participaram da pesquisa (TABELA 01). Os médicos e enfermeiros foram escolhidos de maneira não probabilística por conveniência e os demais participantes foram arrolados como informantes-chaves por dois motivos: terem sido explicitamente citados pelos entrevistados (enfermeiros e médicos) em muitos momentos e por terem apresentado comportamento em destaque durante a observação das corridas de leito nos setores.

A escolha dos participantes médicos e enfermeiros ocorreu de acordo com sua disponibilidade na rotina de trabalho e de acordo com os setores. Participaram da pesquisa: seis médicos e 12 enfermeiros do CTI e cinco médicos seis enfermeiros da UNI. Os oito informantes chaves foram um médico horizontal, dois fisioterapeutas e dois técnicos de enfermagem do CTI e o restante compõe a equipe multidisciplinar: um médico no Núcleo de Regulação Interna (NIR), um enfermeiro da equipe de Cuidados Paliativos e um psicólogo, totalizando 37 entrevistados.

TABELA 01 - Distribuição dos participantes do estudo por setor e categoria profissional. Belo Horizonte/MG, 2022.

Categoria Profissional	CTI	UNI
	Nº de Participantes	Nº de Participantes
Enfermeiros	12	06
Médicos	06	05
Categoria Profissional Informantes-Chave	Nº de Participantes	Nº de Participantes
Técnico de Enfermagem	02	-
Fisioterapeuta	02	-
Médico Horizontal	01	-
Médico NIR		01
Enfermeiro Cuidado Paliativo		01
Psicólogo		01
TOTAL	37 participantes	

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Utilizou-se como critério para encerramento da inserção de novos participantes a saturação de dados. A amostra por saturação dos dados não é sustentada por critérios estritamente numéricos e nela não há, a priori, delimitação de número de entrevistados, pois a coleta é interrompida quando os dados se repetem, o que foi expresso quando se identificou redundância nas informações (TURATO, 2003; SAUNDERS, 2018).

5.4 Coleta de dados

Yin (2016) orienta que a pesquisa qualitativa deve abranger as condições contextuais e possibilitar a utilização de múltiplas fontes de evidências que podem auxiliar na explicação do comportamento social humano referente ao que se deseja pesquisar. Então, para subsidiar a apreensão da realidade e abordar o fenômeno, a proposta foi utilizar a triangulação de dados: análise documental, observação sistemática e entrevista com roteiro semiestruturado. Ressalta-se que, apesar de planejar diferentes estratégias para extrair os dados, com frequência, na pesquisa qualitativa, as suas etapas podem se sobrepor na fase de coleta de dados.

Além da triangulação de fontes, no intuito de garantir a credibilidade do estudo e mitigar a possibilidade de distorção dos dados, duas pesquisadoras realizaram a coleta de dados, sendo ambas enfermeiras experientes em serviço hospitalar, tanto na assistência ao paciente crítico, quanto na gestão de processos institucionais. A utilização de mais de um observador no campo de coleta de dados, segundo Yin (2016), possibilita aumentar a confiabilidade das evidências.

Previamente, realizou-se um estudo piloto com a finalidade de ambientar as pesquisadoras no cenário, validar os instrumentos de coleta de dados, avaliar a aplicabilidade do plano de observação e verificar a clareza das questões do roteiro semiestruturado. Os dados do teste piloto não fizeram parte do estudo e não foi necessário realizar modificações nos instrumentos. Os dados da tese foram coletados no período de setembro a dezembro de 2022.

Após a liberação de acesso ao serviço de saúde para coleta de dados, o projeto de pesquisa foi apresentado aos coordenadores médicos e de enfermagem do CTI e da UNI nos dias e horários disponibilizados por eles. No primeiro contato com os gestores dos setores cenários do estudo, solicitou-se o acesso aos documentos que normatizassem e padronizassem os processos assistenciais institucionais e/ou setoriais relacionados à rotina de corrida de leitos e discussão de casos interdisciplinares para realização da análise documental (APÊNDICE A).

A análise documental é uma metodologia de investigação que adota determinados procedimentos com o propósito de explorar e compreender o teor de documentos e, deles, obter significativas informações, conforme o problema de pesquisa (LIMA JÚNIOR *et al.*, 2021). Para Turato (2003) e Yin (2016), a análise de documentos pode representar uma valiosa técnica de abordagem de dados qualitativos, seja corroborando, contradizendo ou ampliando informações provenientes de outras fontes de evidência sobre um tema ou problema.

No entanto, segundo os gestores, o hospital não possui documentos norteadores desse processo em nenhum dos dois setores. Apesar de as pesquisadoras não terem tido acesso a documentos que tratassem da temática do estudo para análise, o fato de não existir protocolos já demonstrou que a corrida de leito não é uma prática normatizada institucionalmente.

Na reunião de alinhamento para início da coleta de dados, questionou-se sobre a rotina de corridas de leito nos setores para planejamento da observação. Os gestores da UNI informaram que o setor não realiza corrida de leito entre médicos e outros profissionais, não havendo, portanto, nada digno de nota a ser observado nesse sentido. Os gestores do CTI, por sua vez, informaram que as corridas de leito no setor acontecem entre equipe médica, fisioterapia e enfermagem, todos os dias pela manhã, porém, sem horário definido. Para cada dez leitos, há um médico horizontal responsável por discutir os casos com os médicos plantonistas e cada médico horizontal, chega em um horário diferente, o que dificultou sobremaneira a observação desse processo a beira leito no CTI.

Diante da situação, planejou-se então, o início da entrevista individual com roteiro semiestruturado. Segundo Minayo (2017), a entrevista é capaz de gerar dados objetivos e subjetivos, além de produzir os valores e as reflexões dos participantes, fundamentais para responder aos questionamentos da pesquisa. Com um roteiro semiestruturado (APÊNDICES B

e C), o pesquisador pode ter uma participação ativa no processo de entrevista, ultrapassando, sempre que necessário, as questões preestabelecidas. Esta técnica possibilita ao entrevistado abordar o tema, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador (TURATO, 2003; MINAYO, 2017).

Para o recrutamento de entrevistados que comporiam a amostra, solicitou-se a escala dos médicos e enfermeiros e, para cada setor, se elaborou uma lista com todos os médicos e outra lista com todos os enfermeiros em ordem alfabética. Em seguida, sorteou-se cinco profissionais que, inicialmente, seriam convidados para a entrevista e esse processo aconteceria até que se atingisse a saturação dos dados. O sorteio foi feito, mas não foi possível seguir por esse caminho, tendo em vista que a equipe gestora limitou os dias de coleta de dados, sinalizando o dia que as pesquisadoras poderiam estar presentes no setor, muitas vezes não coincidindo com o dia do plantão do profissional sorteado. E, nos dias em que a liberação da entrada no setor coincidiu com o fato de o profissional sorteado estar de plantão, não foi possível abordá-lo pela demanda assistencial dos pacientes em estado grave.

Diante dessa situação e da dificuldade em iniciar as entrevistas, optou-se por abordar os profissionais que estavam de plantão nos dias permitidos para coleta de dados. Assim, a amostra do estudo se configurou como não probabilística por conveniência, na qual “o pesquisador seleciona os elementos a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo” (GIL, 2008, pág. 94).

Houve acordo prévio com as coordenações médica e de enfermagem para definição do melhor horário para abordagem dos profissionais, visando resguardar a rotina assistencial do setor. A sequência das entrevistas foi definida, respeitando a disponibilidade dos participantes em seus respectivos plantões, em local privativo, na própria unidade de saúde.

Para os profissionais que concordaram, procedeu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, uma para os participantes e outra para o pesquisador. Dos profissionais disponíveis para serem entrevistados, apenas um médico do CTI se recusou a participar do estudo e os participantes foram abordados até que se atingiu a saturação dos dados.

O roteiro de entrevista continha informações sociodemográficas e algumas perguntas norteadoras. Durante as entrevistas, registrou-se notas de observação com impressões das pesquisadoras: expressões faciais, o não dito, interferências, postura, gestos etc. Os participantes médicos e enfermeiros foram identificados utilizando a letra inicial maiúscula, que corresponde à sua categoria profissional e setor de atuação, seguida do número correspondente à ordem da entrevista. As iniciais e números foram separados pelo caractere

underline. Os informantes chaves que atendem institucionalmente seguiram a mesma lógica de numeração, identificados com as iniciais IC seguido de EM referente à Equipe Multidisciplinar. (TABELA 02).

TABELA 02 – Identificação dos participantes do estudo. Belo Horizonte/MG, 2022.

Identificação	Categoria Profissional	Setor
E_CTI_1	Enfermeiro	Centro de Terapia Intensiva
E_CTI_2		
E_CTI_3		
E_CTI_4		
E_CTI_5		
E_CTI_6		
E_CTI_7		
E_CTI_8		
E_CTI_9		
E_CTI_10		
E_CTI_11		
E_CTI_12		
M_CTI_1	Médico	Centro de Terapia Intensiva
M_CTI_2		
M_CTI_3		
M_CTI_4		
M_CTI_5		
M_CTI_6		
E_UNI_1	Enfermeiro	Unidade de Internação
E_UNI_2		
E_UNI_3		
E_UNI_4		
E_UNI_5		
E_UNI_6		
M_UNI_1	Médico	Unidade de Internação
M_UNI_2		
M_UNI_3		
M_UNI_4		
M_UNI_5		
Identificação	Informantes Chave	Setor
IC_TE_CTI_1	Técnico de Enfermagem	Centro de Terapia Intensiva
IC_TE_CTI_2	Técnico de Enfermagem	
IC_FIS_CTI_1	Fisioterapeuta	
IC_FIS_CTI_2	Fisioterapeuta	
IC_M_HORIZ_CTI_1	Médico Horizontal	

IC_EM_1	Médico Núcleo de Regulação Interna	
IC_EM_2	Enfermeiro Cuidado Paliativo	Institucional
IC_EM_3	Psicólogo	

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

As conversas foram audiogravadas mediante autorização dos participantes e, posteriormente, transcritas para manter a fidedignidade das informações e tiveram duração total de seis horas e quarenta minutos (06h40m). Ao final da transcrição, a brochura de entrevistas apresentou 127 páginas, utilizando letra Times New Roman, tamanho 12, com espaço de 1,5cm.

Valendo-se das possibilidades do pós-estruturalismo, conversas informais com informantes-chaves foram realizadas. Conversas informais com agentes representativos servem de ponto de partida para aprofundamento do conhecimento sobre o fenômeno em investigação, por serem detentores de informações estratégicas sobre o estudo. A escuta atenta e ativa, sem demonstração de ansiedade, abre espaços para que os entrevistados articulem seu pensamento e expressem seus sentimentos sem pré-julgamentos que atrapalhem a percepção de sutilezas, evidenciando a importância, inclusive, de informantes não previstos no projeto original (TURATO, 2003; SAFFER, 2010; BARCINSKI, 2014). Assim como as entrevistas, as conversas informais também foram gravadas, mediante autorização e transcritas.

Por desejar ultrapassar os limites da palavra falada e analisar as ações na forma como naturalmente acontecem, procedeu-se a observação sistemática, que requer um planejamento para o registro dos fenômenos a serem observados. Segundo Caillaud e Flick (2017), observar com propósito científico é considerado o ato de perceber um fenômeno utilizando instrumentos elaborados para registro minucioso e organizado, nesse estudo, da dinâmica do setor e da corrida de leito. Ressalta-se a importância desse instrumento como fonte de dados, pois permite o contato com os participantes em ato, no contexto real, expressando valores, comportamentos, conceitos e estratégias que não necessariamente seriam captados por outros meios (YIN, 2016).

Mediante consentimento da equipe gestora, as pesquisadoras acompanharam as corridas de leito possíveis. Para o processo de observação, não havendo amostra definida, foram contemplados no cotidiano da UNI (Posto 4) e CTI somente os profissionais que estiveram presentes nas corridas de leito. Nesse processo de observação, os profissionais não foram isolados e a configuração do processo foi considerada em sua completude. Ainda sobre a etapa de observação, destaca-se que pacientes, acompanhantes e familiares não foram observados.

Para esta etapa, as pesquisadoras utilizaram um roteiro de observação (APÊNDICE D), cuja finalidade foi analisar a configuração da corrida de leito, identificar os profissionais presentes, focalizando médico e enfermeiro, verificar a participação de cada um no processo e

detectar elementos da relação de poder na estrutura dos discursos. Além disso, as pesquisadoras observaram o posicionamento de cada profissional nas discussões interdisciplinares.

Ressalta-se que, por meio de um informante-chave, as pesquisadoras tiveram acesso à informação de que, uma vez por semana, ocorre uma discussão de caso entre os médicos residentes da UNI, equipe multidisciplinar e equipe do Núcleo Interno de Regulação. Fez-se contato com a coordenação da equipe multidisciplinar para que fosse autorizado observar esse momento de discussão clínica. Mediante autorização, a observação foi programada e realizada.

Durante todo o processo de coleta de dados, as impressões e observações realizadas pelas pesquisadoras, totalizando 37h e 50 minutos, foram registradas em um diário de campo. Para Oliveira (2014), o diário de campo se configura como um dispositivo de registro das temporalidades cotidianas vivenciadas na pesquisa, ao potencializar a compreensão dos movimentos da pesquisa e das diversas situações inscritas no cotidiano ambiente pesquisado.

Relevante citar que, caso fossem observados incidentes em saúde, eventos adversos ou a prática de qualquer atividade assistencial inadequada, as pesquisadoras não registrariam em diário de campo. Nesses casos, as orientadoras do estudo acionariam com discrição e ética. Se fosse pertinente, formalizariam a ocorrência ao gestor responsável por escrito. Não foi o caso.

Importante informar que a observação e as entrevistas foram realizadas separadamente por setor e, somente após finalizadas no CTI, é que foi iniciada a coleta de dados no setor aberto, UNI, repetindo todo o processo.

5.5 Tratamento dos dados

O tratamento dos dados é o momento de apreciação crítica das informações obtidas durante coleta e deve atingir três objetivos: ultrapassar a incerteza, enriquecer a leitura e integrar as descobertas. No entanto, ao se iniciar a fase de análise dos dados, os pesquisadores costumam se deparar com três grandes obstáculos: ilusão da transparência, que é o risco de se compreender as coisas espontaneamente, como se o real se mostrasse nitidamente ao observador; a tendência de se prender aos métodos e técnicas e se esquecer do essencial e, por último, a dificuldade de associar teorias e conceitos abstratos aos dados recolhidos no campo (MINAYO, 2017).

Os dados analisados são resultantes das observações realizadas nos setores e entrevistas com roteiro semiestruturado, uma vez que não foi possível executar a análise documental por não haver documentos sobre o processo de corrida de leito. A análise documental foi proposta para otimizar a evidência das demais fontes de dados e proporcionar maior precisão das informações (YIN, 2016). A ausência de documentos normativos denota que a corrida de leito,

além de não ser normatizada, também não é institucionalizada, sendo a sua ocorrência algo intuitivo e conduzido de maneira assistemática.

O fato de não existir normas e rotinas que regulamentam a corrida de leito permitiu identificar manifestações de relações de poder no arcabouço estratégico do processo, deixando essa suposição para ser confirmada pela observação e discurso dos participantes. Por considerar que os regulamentos que normatizam os serviços de saúde refletem a estrutura de poder das organizações, a ausência destes, de certa forma, já delinea como gestores concebem a estrutura das relações interdisciplinares e, mais profundamente, entre médicos e enfermeiros.

A fase de observação auxiliou sobremaneira na compreensão da realidade das corridas de leito e como as relações de poder se manifestam no trabalho da equipe. Presenciar as corridas de leitos possíveis, permitiu entender como os discursos do saber estão constituídos e quais os contextos em que estes estão sendo produzidos.

A análise dos dados iniciou com a leitura cuidadosa do diário de campo e da transcrição das entrevistas. Em um primeiro momento, fez-se recortes dos discursos e grifos nas situações observadas que, potencialmente, responderiam aos objetivos do estudo. Para o armazenamento dos dados, o processo de codificação e a validação da codificação entre codificadores, utilizou-se o *Software* MAXQDA® versão 2022.

Tanto para os contextos descritos na observação quanto para as entrevistas, a Análise do Discurso (AD) foi utilizada na tentativa de compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido, já que é papel da AD descrever o sentido dos relatos, por meio dos objetos, dos tipos de enunciação, os conceitos, os temas e as teorias (CAPELLE; GOSLING, 2004).

A trajetória da AD passa pela necessária consolidação das opções teórico-metodológicas pelas quais tem sido capaz de transpor os obstáculos, instituindo no novo espaço epistemológico produzido no âmbito dos estudos da linguagem, em um processo de rupturas e continuidades em relação a certa tradição (ORLANDI, 2009). No referencial da AD, não há uma ditadura de método, de caminho a ser seguido, pois é formado por um conjunto de conhecimentos, conceitos, técnicas e concepções sobre o discurso e o sujeito, herdados de diferentes disciplinas. Assim, a ferramenta fundamental deste tipo de pesquisa é a capacidade interpretativa do investigador (CORNELSEN, 2009).

Para Carneiro (2011), utilizar a AD implica em abandonar a ideia de que somente a linguagem traz em si suas verdades, sendo o foco pretendido encontrar o sentido do dito, transcendendo o escrito e alcançando seu significado através de um estudo sobre o contexto e as circunstâncias que o formularam.

Foucault (2016) aborda a necessidade de se ver, no discurso, algo além de seus signos e códigos textuais. Para tanto, o autor argumenta que é preciso não mais tratar os discursos como conjuntos de signos, mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Na AD, considera-se o homem na sua história, os seus processos e condições da linguagem, além de se analisar a relação que se estabelece entre a língua e os sujeitos que a falam e as situações de produção do que é dito (ORLANDI, 2009).

Embora um olhar mais genérico sobre o discurso possa parecer pouca coisa, há que se considerar que as interdições que o atingem revelam sua intrínseca relação com o desejo e o poder. Nesse sentido, o discurso ultrapassa a barreira daquilo que manifesta ou oculta o desejo e atinge também o que é objeto do desejo. Ele não se restringe à tradução de lutas ou de sistemas de dominação, mas abrange questões que envolvem aquilo “por que se luta, pelo que se luta e do qual nós queremos apoderar” (FOUCAULT, 2009, p.10). Conforme propõe Foucault (2021), a AD foi utilizada como um processo de produção de sentidos, considerando os sujeitos, os discursos, os objetos do discurso, as estratégias de posicionamento, os procedimentos argumentativos, a memória, o interdiscurso, as continuidades e as rupturas.

A prática do discurso está vinculada a elementos como: emissor, receptor, código, referente e mensagem. O processo de comunicação se legitima quando o emissor transmite uma mensagem clara ou informação em código, que se refere a algo do seu cotidiano a um receptor. Porém, a AD ultrapassa a simples transferência de informação e desconsidera que haja separação ou distanciamento entre emissor e receptor, rompendo com o estabelecido de que haja uma sequência rígida na qual o primeiro fala e o segundo decodifica. Assim, a AD sugere que o processo de significação acontece simultaneamente para ambos, em sucessivos processos de identificação do sujeito, argumentação, subjetivação e de construção da realidade. Daí o discurso poder ser definido como “efeitos de sentidos entre locutores” (ORLANDI, 2009, p.21).

Conforme Minayo (2017), a operacionalização dos dados foi realizada em três etapas distintas: ordenação, classificação dos dados e análise final. A ordenação dos dados se referiu à transcrição das entrevistas, releitura do material, organização dos dados obtidos por meio dos relatos e observação. Na classificação dos dados, realizou-se leitura profunda e exaustiva dos textos, para que se apreendesse os tópicos de relevância e a constituição dos dados de comunicações. Por fim, a análise dos dados se constituiu do encontro do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais e a literatura científica sobre o tema.

Os dados obtidos da observação e conversas informais, registrados em diário de campo (situações, fala de observados, palavras-chave que se relacionam ao objeto) foram utilizados

para aprofundar a reflexão sobre as falas e, da mesma forma, analisadas conforme os direcionamentos da AD.

O presente estudo analisa os dados considerando a condição social na qual eles foram produzidos, seu(s) contexto(s) ideológicos(s), o cenário e personagens diretamente envolvidos, bem como aqueles referenciados. Observou-se como estes personagens se fundem, como as relações são estabelecidas, sendo possível perceber as estratégias de persuasão elaboradas pelos autores na prática do discurso. Seguindo a proposta de Faria e Linhares (1993), o tratamento dos dados abarca, além de identificar os personagens, o conceito lexical, a natureza do vocabulário formado e, a partir disso, selecionar ideias postas e pressupostas pelo dito e o não dito, possibilitando conhecer elementos silenciados pelos participantes fortemente imbricados nos aspectos ideológicos que permearam os discursos.

Embora a AD seja uma técnica qualitativa que valoriza a interpretação de textos, sua validade e confiabilidade são diferenciadas quando comparada a outras pesquisas tradicionais, uma vez que eventos e fenômenos estão implícitos em textos e não há um único significado. Assim, é importante considerar que a confiabilidade e validade nesta análise se baseiam na força e na lógica dos argumentos utilizados, bem como na sua coerência (ERASGA, 2012). Desta forma, na análise, desenvolveu-se uma compreensão crítica por meio do discurso de como as relações de poder influenciam na configuração da corrida de leito em diferentes setores de um mesmo hospital. Considerando que a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja verdadeira, serão fornecidos vários elementos para que o próprio leitor elabore sua opinião, além da conclusão do pesquisador. Neste momento, o referencial foucaultiano atuará sobremaneira, já que o sentido proferido aos resultados pelo leitor estará relacionado com suas vivências, experiências e inquietações (FOUCAULT, 2016).

Seguiu-se com o tratamento e interpretação dos resultados, sempre retornando aos objetivos do estudo e ao referencial teórico. Os resultados das etapas anteriores permitiram a descrição dos achados da pesquisa, expressos qualitativamente, com a categorização e interpretação dos dados. As categorias foram nomeadas e procedeu-se a apresentação e discussão dos dados.

1. Corrida de leito: elementos e circunstâncias;
2. A corrida de leito na percepção e subjetivação dos agentes envolvidos;
3. Composição de forças interdisciplinares na corrida de leito.

5.6 Aspectos éticos da pesquisa

Para atender aos aspectos éticos da pesquisa, acatou-se a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e a Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) sob o Parecer nº 5.543.957 e CAAE 59026522.0.0000.5149 (ANEXO 01). Após a aprovação, o projeto foi encaminhado às chefias do CTI e UNI, junto com a aprovação do projeto e a liberação pela Diretoria Geral do hospital com o objetivo de esclarecer sobre os objetivos da pesquisa e realizar o primeiro contato com os setores assistenciais.

Durante todas as etapas do estudo, respeitou-se todos os direitos dos participantes, privacidade e confidencialidade, garantindo-lhes o direito de recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo sem nenhum prejuízo funcional.

Pesquisas envolvendo seres humanos apresentam riscos e para este estudo, os riscos referem-se a possíveis constrangimentos do participante durante a fase de observação ou entrevista. Os participantes foram orientados a relatar imediatamente qualquer constrangimento às pesquisadoras, a fim de proceder a suspensão da coleta de dados. Ademais, foi informado que as pesquisadoras estavam disponíveis para ouvir e auxiliar os participantes em todas as etapas do estudo para evitar constrangimentos relacionados à participação da pesquisa.

Por outro lado, em relação aos benefícios, espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar tomadas de decisões acerca dos processos que garantam comunicação interdisciplinar efetiva nos hospitais, contribuir para alinhamento das rotinas de trabalho que favoreçam a participação interdisciplinar nas corridas de leito e possibilitar engajamento do enfermeiro nas tomadas de decisão terapêutica.

Somente compuseram a amostra, durante a fase de entrevista, os profissionais que aceitaram participar da pesquisa, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E) em duas vias, sendo-lhes entregue uma das vias.

Resultados e Discussão

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de analisar a configuração das corridas de leito sob a ótica das relações de poder constituídas nos e pelos saberes de médicos e enfermeiros em um setor aberto e um setor fechado de um hospital, buscou-se organizar os resultados e analisá-los à luz da literatura científica. Inicialmente, apresentou-se o campo e a caracterização dos profissionais entrevistados.

A despeito do objeto de estudo estar relacionado à corrida de leito, muito do que foi tratado extrapola o recorte da corrida de leito e aborda questões relacionadas à vivência do cotidiano da equipe de saúde no que tange às discussões clínicas.

6.1 O ambiente de subjetivação e produção do sujeito

A análise dos dados foi constituída a partir da observação da dinâmica do processo de corrida de leito no CTI e Posto 04 da UNI, do conteúdo das entrevistas realizadas com os médicos e enfermeiros destes setores, e de conversas informais com informantes-chaves.

A observação sistemática do campo permitiu que, gradualmente, fosse possível compreender a organização do trabalho das equipes nos dois setores cenários do estudo e sua composição, bem como a condução das corridas de leito e discussão de casos clínicos e o modo de estabelecimento das estratégias terapêuticas. Importante considerar as possibilidades de atuação das equipes, conforme o perfil dos pacientes assistidos, que interfere sobremaneira no direcionamento das práticas de saúde executadas a partir da interação entre os profissionais.

6.1.1 Centro de Terapia Intensiva

Observou-se que o CTI Geral Adulto agrega três UTI's no mesmo espaço, com leitos enumerados e identificados de 1 a 30, devidamente equipados para monitorização contínua de dados vitais e acomodação segura do paciente.

Com acesso restrito, a estrutura física do CTI contempla secretaria, sala de pré-auditoria de prontuários, farmácia satélite, sala da coordenação de enfermagem, sala de descanso médico, sala de materiais e equipamentos, copa, lavabo para higienização das mãos no hall de entrada, bem como em cada leito de internação, com dispenser de álcool gel, ilhas de computador em frente aos leitos para registro em prontuário eletrônico, sala de computadores reservada somente para os médicos, dois postos de enfermagem com bancadas de suporte e lavatórios, arsenal, depósito de materiais de limpeza (DML), uma sala de atendimento à família e dois expurgos.

O CTI dispõe de cinco carrinhos de reanimação cardiopulmonar, extintores de incêndio, leitos de isolamento aéreo para pacientes com bactéria multirresistente, estando assim em conformidade com o preconizado pelas RDC 07/2010 e RDC 50/2002 (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010). Chamou a atenção que os enfermeiros descansam na sala da coordenação de enfermagem, ao passo que há uma sala de conforto com televisor, frigobar, ar-condicionado, banheiro com chuveiro, de uso privativo dos médicos. Toda equipe técnica de enfermagem descansa externamente ao CTI e toda a equipe de enfermagem utiliza banheiros externos ao setor. A diferença de infraestrutura destinada à equipe médica e de enfermagem evidencia a menor valorização da enfermagem.

A disposição de médicos e enfermeiros no CTI, no período de 12 horas, é composta por três enfermeiros (um para cada 10 leitos), três médicos plantonistas (um para cada 10 leitos) e quantitativo variado de residentes de medicina, sendo em geral, um para cada plantonista. Os plantões diurnos contam com a presença da equipe gestora e apoio da equipe multidisciplinar em horário comercial e com a presença dos médicos horizontais (FIGURA 02). Os fisioterapeutas estão presentes nos plantões diurnos e noturnos, respeitando o quantitativo de um fisioterapeuta para cada dez leitos. O plantão noturno, por sua vez, mantém o número de médicos plantonistas, de enfermeiros e técnicos de enfermagem e apenas um médico residente. A equipe gestora apesar de não estar presente fisicamente, se materializa pela determinação das estratégias de atendimento setorial (FIGURA 03).

Segundo a Resolução do COFEN 543/2017, que revogou a Resolução COFEN 293/2004, para cuidados intensivos, exige-se que a equipe de enfermagem seja constituída de 52% de enfermeiros, no mínimo, e o restante de técnicos de enfermagem. Para além de enfermeiros, a RDC 07/2010 (BRASIL, 2010) determina um número mínimo de profissionais médicos por leito em ambientes de terapia intensiva:

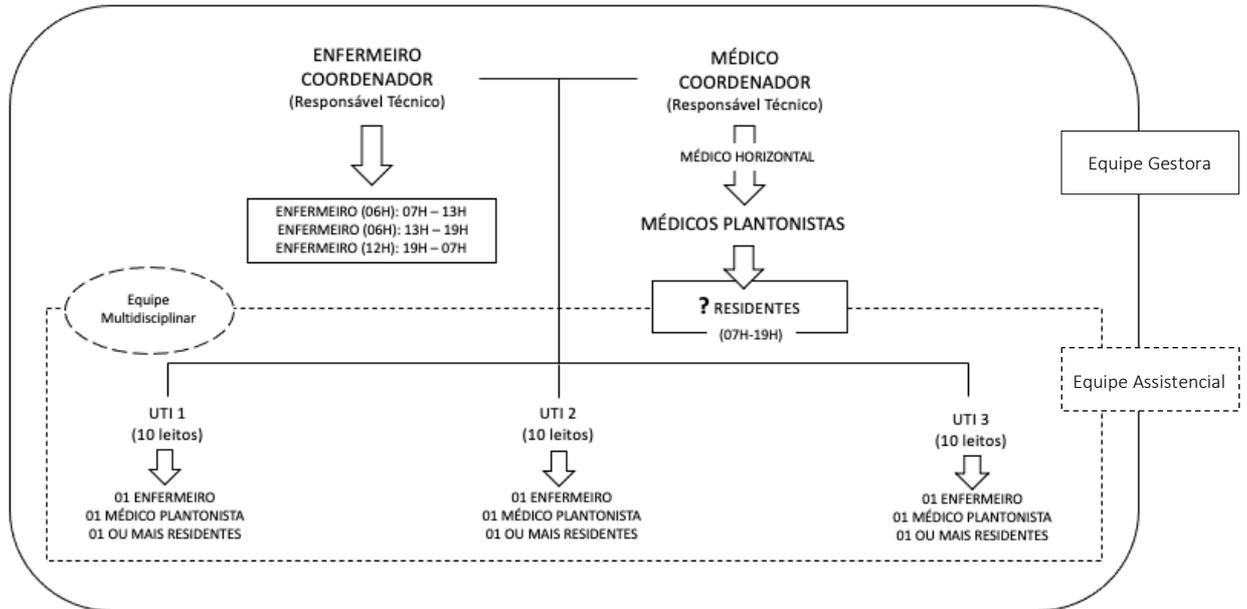
- Médico diarista/rotineiro: um para cada dez leitos ou fração, nos turnos matutino e vespertino, com título de especialista em Medicina Intensiva para atuação em UTI Adulto;
- Médicos plantonistas: no mínimo um para cada dez leitos ou fração em cada turno;
- Enfermeiros assistenciais: no mínimo um para cada oito leitos ou fração em cada turno.

O médico diarista, também conhecido como médico horizontal, é a referência dos plantonistas para realização das corridas de leito, discussão de casos e definição de condutas.

Corroborando os estudos de Schneider-Matyka *et al.*, (2023) e Araújo *et al.*, (2016), apesar de seguir as normas da RDC 07/2010, neste CTI a maioria da equipe de enfermagem é composta por técnicos de enfermagem, não atendendo ao quantitativo de enfermeiros

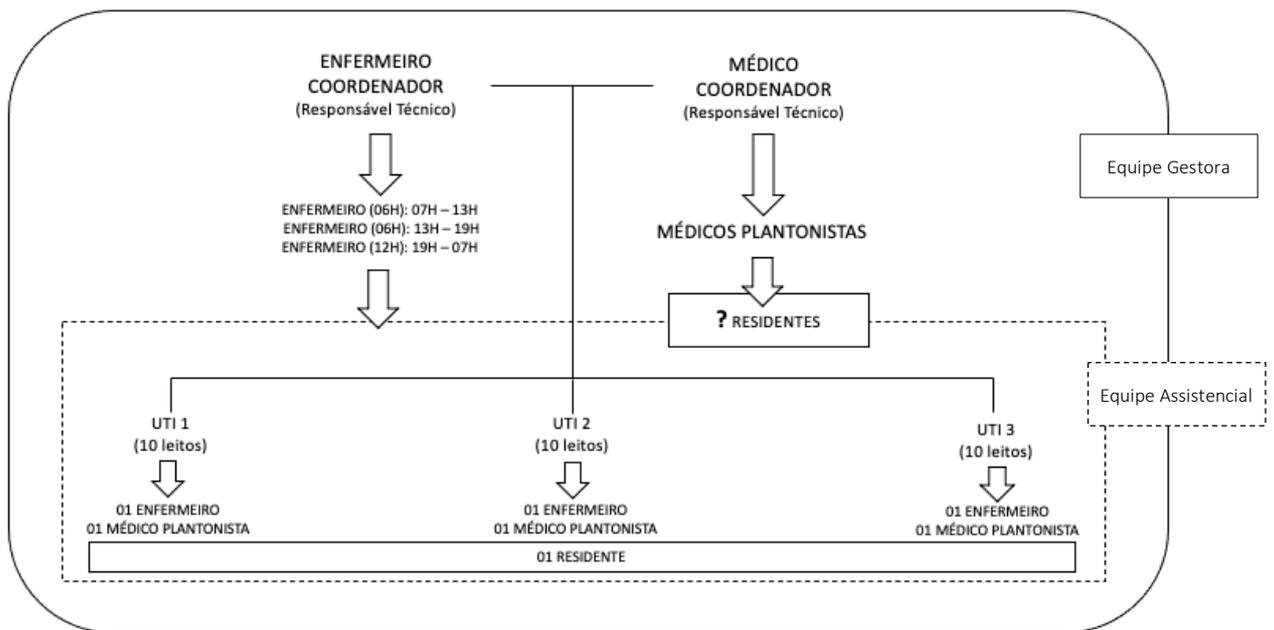
estabelecido pelo COFEN (2017), o que evidencia menor valorização dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem.

FIGURA 02 - Disposição da equipe no CTI em um plantão de 12 horas diurno.



Fonte: elaborada pela autora, 2023.

FIGURA 03 - Disposição da equipe no CTI em um plantão de 12 horas noturno.



Fonte: elaborada pela autora, 2023.

6.1.2 Unidade de Internação – Posto 04

O Posto 04, um dos cenários do estudo, possui 40 leitos de internação distribuídos em 14 enfermarias, sendo duas enfermarias reservadas para isolamento de pacientes com precaução por contato, gotículas ou aerossol, com dois leitos cada. As outras 12 enfermarias possuem três leitos de internação cada, sendo cada leito identificado pelo número do quarto, seguido das letras A, B e C. Cada leito possui uma régua de gases com saída para oxigênio e vácuo, não há dispositivo para ar comprimido. Ao lado de cada leito de enfermaria, há uma mesa de cabeceira, uma escadinha e uma poltrona para acompanhantes. Nas enfermarias e no banheiro, o armário para guarda de pertences é coletivo, a televisão é de uso compartilhado e os leitos são divididos por cortinas laváveis. Na entrada de cada enfermaria, há um lavatório com dispenser de sabão líquido, álcool em gel e papel toalha.

A estrutura física do Posto 04 contempla um posto de enfermagem com três computadores na bancada do corredor, sendo um de uso exclusivo da secretária, uma sala de pré-auditoria de prontuários com dois computadores para uso dos enfermeiros, um espaço para preparo de medicações com lavatório próprio e uma antessala com três computadores para uso da equipe de saúde. No total, o Posto 04 possui oito computadores para evolução de pacientes, acesso ao prontuário eletrônico, prescrição de medicamentos e de cuidados, acesso aos exames e atividades administrativas. A copa para dispensa de alimentação dos pacientes é compartilhada entre os postos 03 e 04, bem como o expurgo. Na UNI, há um refeitório para uso da equipe de enfermagem e demais profissionais, próxima ao posto 06.

A farmácia satélite da UNI atende todos os postos de internação para retirada de medicamentos e insumos. No setor macro, onde o Posto 04 está inserido, há uma sala de descanso médico com ar-condicionado, refrigerador, micro-ondas, televisor e banheiro de uso exclusivo para os médicos. Os enfermeiros possuem também uma sala para descanso com ventilador, frigobar, micro-ondas e armário para guarda de pertences. O setor conta com uma sala coletiva de materiais e equipamentos, sanitários para uso coletivo dos demais profissionais e depósito de materiais de limpeza (DML). No andar da UNI, há uma capela para orações.

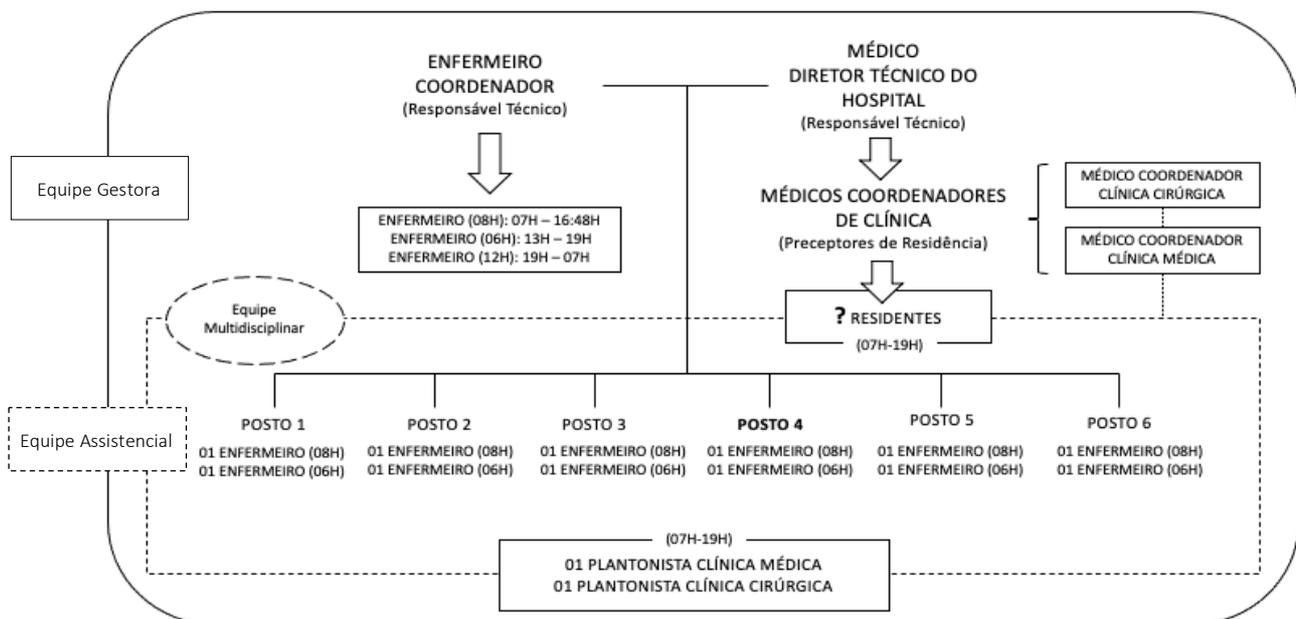
A UNI dispõe de três carrinhos de reanimação cardiopulmonar e extintores de incêndio localizados em pontos estratégicos entre os postos, leitos de isolamento para pacientes com bactéria multirresistente em todos os postos, em conformidade com a RDC 50/2002. O carrinho de reanimação que atende o Posto 04 atende também as emergências do Posto 03.

O quantitativo de médicos e enfermeiros nos Postos de Internação, no período de 12 horas diurno, é de dois enfermeiros por posto (12 enfermeiros no total), um médico plantonista

para a clínica médica e um médico plantonista para clínica cirúrgica, e os residentes das clínicas em especialização no serviço. Durante o dia, os residentes das várias clínicas são os responsáveis pelos pacientes dos chefes de clínica ou preceptores que, por um momento do dia, visitam o setor e discutem casos para definição de condutas. No diurno, também, há a presença da equipe gestora e da equipe multidisciplinar para acionamento (FIGURA 04).

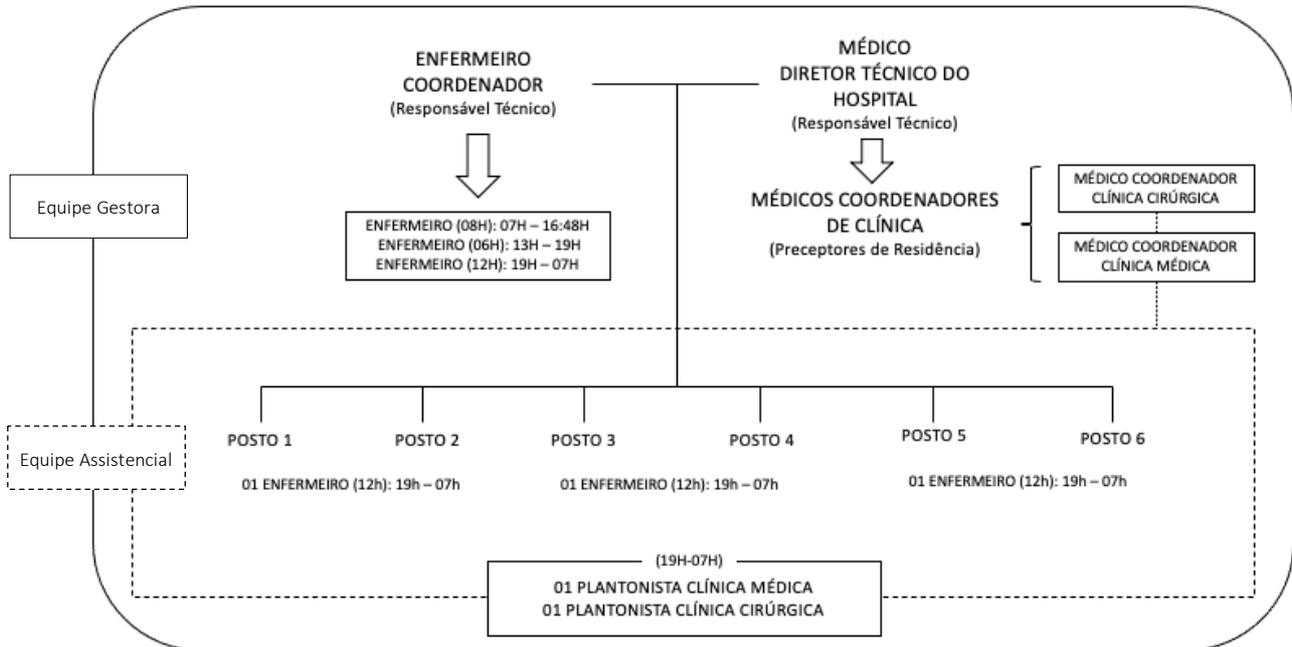
Por outro lado, no período noturno, a disposição de recursos humanos não mantém a estrutura do diurno. São apenas três enfermeiros para os seis postos, um médico plantonista para a clínica médica e outro plantonista para clínica cirúrgica. Não há residentes e nem a presença física da equipe gestora, responsável por determinar os processos assistenciais. Os plantonistas noturnos que atendem a UNI, incluindo o Posto 04, atendem somente intercorrências, não avaliam os pacientes (FIGURA 05). O Posto 04 tem dois enfermeiros no plantão diurno: um das 07h às 16h48min e outro das 13h às 19h. No plantão noturno, há apenas um enfermeiro para atender às enfermarias dos Postos 03 e 04, simultaneamente.

FIGURA 04 - Disposição da equipe na UNI em um plantão de 12 horas diurno.



Fonte: elaborada pela autora, 2023.

FIGURA 05 - Disposição da equipe em um plantão de 12 horas noturno.



Fonte: elaborada pela autora, 2023.

Um dos grandes desafios dos serviços de saúde está relacionado à estimativa adequada do quantitativo de enfermeiros, principalmente em setores abertos, como as UNI's, uma vez que, há correlação direta entre a relação de enfermeiros por pacientes e custos hospitalares (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Apesar de o COFEN estabelecer parâmetros para o dimensionamento do pessoal de enfermagem nas instituições de saúde, é imprescindível que, paralelamente, se adote um sistema de classificação de pacientes (SCP) para categorização da demanda de assistência prestada (AIKEN *et al.*, 2014). Um instrumento de classificação de cuidados de pacientes validado e disponível em literatura nacional é a Escala de Fugulin, que identifica o nível de complexidade assistencial dos pacientes, classificando-os quanto ao seu grau de dependência (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Embora os profissionais de enfermagem representem mais da metade da força de trabalho nos serviços de saúde, neste cenário, há uma defasagem do número de enfermeiros na UNI em comparação ao recomendado pela Resolução COFEN 543/2017 quanto à proporção entre as categorias enfermeiro/técnico de enfermagem por tipo de cuidado.

Pelo fato de a UNI atender pacientes com demandas de assistência mínima ou intermediária de alta dependência, espera-se que 33 a 36% da equipe seja composta por enfermeiros (mínimo de seis) e os demais, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem. Assim como

apresentado por Schneider-Matyka *et al.*, (2023) no seu estudo sobre racionamento do cuidado de enfermagem, neste serviço, o quantitativo de enfermeiros corresponde a 20% da equipe no plantão diurno, sendo que, no plantão noturno, essa proporção se refere a 5%.

Pelas estruturas setoriais apresentadas, percebe-se o CTI como um ambiente mais controlado e normalizado, e a logística assistencial do Posto 04 da UNI reflete certo abandono de espaços, equipe e pacientes, principalmente nos plantões noturnos.

6.1.3 A equipe multidisciplinar

Segundo Hunter *et al.*, (2021), a capacidade de trabalhar em equipe agregando saberes de diversas profissões melhora os resultados terapêuticos em saúde. A atuação multidisciplinar efetiva impacta positivamente na assistência por potencializar a qualidade do atendimento. No cenário de estudo, há uma equipe multidisciplinar que abrange categorias profissionais como estomatologia, farmácia clínica, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição clínica, serviço social, psicologia e terapia nutricional. Se acionada por interconsulta, essa equipe presta atendimento a pacientes internados tanto nas UTI's quanto nas UNI's, atuando também nos setores de Pronto Atendimento, Serviços Diagnósticos Terapêuticos, Ambulatórios e Centro Cirúrgico.

Apenas no CTI, profissionais da fisioterapia são escalados em plantões noturno, diurnos e finais de semana, junto com a equipe médica e de enfermagem. Os fisioterapeutas da UNI e os demais profissionais da equipe multidisciplinar possuem vínculo de trabalho de 40h, em horário comercial, de segunda a sexta-feira.

Cada categoria profissional possui um coordenador com formação específica da área e a equipe multidisciplinar, assim denominada no serviço, possui uma coordenadora que representa todas as áreas. Apesar de a multidisciplinaridade não ser o ideal como estratégia de cuidado participativo entre equipes, espera-se que esta prática capitalize os pontos fortes disciplinares e ofereça uma abordagem holística e abrangente adaptada às necessidades do paciente (COLLIN *et al.*, 2022).

6.2 Caracterização dos participantes

Associadas à observação, realizou-se entrevistas com membros das equipes, as quais foram feitas individualmente, respeitando-se a privacidade dos profissionais. No início das entrevistas, fez-se o levantamento de alguns dados dos participantes, de forma a caracterizá-los no estudo, de acordo com as seguintes variáveis: setor de trabalho, categoria profissional, sexo,

idade, tempo de formado, nível de qualificação, tempo de trabalho no serviço, turno de trabalho e número de vínculos empregatícios (TABELA 03).

TABELA 03 – Perfil geral dos participantes do estudo. Belo Horizonte/MG, 2023.

Características	Médicos				Enfermeiros				Informantes	
	CTI		UNI		CTI		UNI		Chaves	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo										
Feminino	02	33,3	04	80,0	11	91,6	04	66,7	04	50,0
Masculino	04	66,7	01	20,0	01	8,3	02	33,3	04	50,0
Idade (anos)										
20 a 24							01	16,7		
25 a 29	02	33,3	05	100,0	06	50	02	33,3		
30 a 34	04	66,7			02	16,7	01	16,7	02	25,0
35 a 39					01	8,3	02	33,3		
40 a 44					02	16,7			04	50,0
45 a 49					01	8,3				
55 a 59									01	12,5
60 a 64									01	12,5
Tempo de Formado (anos)										
01 a 05	03	50,0	05	100,0	08	66,7	02	33,3		
06 a 10	03	50,0			03	25,0	03	50,0	02	25,0
11 a 14					01	8,3	01	16,7	04	50,0
> 25									02	25,0
Nível de qualificação										
Nível Técnico									02	25,0
Graduação					03	25,0	01	16,7		
Especialização	06	100,0	05	100,0	09	75,0	05	83,3	06	75,0
Mestrado										
Doutorado										
Tempo de Trabalho no Serviço (anos)										
< 1	01	16,7	05	100,0	01	8,3				
1 a 5	02	33,3			11	91,6	02	33,3	02	25,0
6 a 10	03	50,0					03	50,0	03	37,5
11 a 14							01	16,7		
21 a 24									01	12,5
> 25									01	12,5
Turno de Trabalho										
Manhã					05	41,7				
Tarde							02	33,3		
Manhã e Tarde	05	83,3			01	8,3	04	66,7	08	100,0
Manhã, Tarde e Noite			05	100,0						
Noite	01	16,7			06	50,0				
Vínculos de Emprego										
1			01	20,0	07	58,3	02	33,3	04	50,0
2	04	66,6	03	60,0	05	41,6	04	66,7	03	37,5
3	01	16,7	01	20,0						
4	01	16,7							01	12,5

Fonte: dados da Pesquisa. Elaborado pela autora, 2023.

Participaram do estudo 37 profissionais, sendo 18 do CTI, 11 da UNI (Posto 04) e oito informantes-chaves. Do total, 45,9% são enfermeiros e 29,7% são médicos vinculados aos setores de estudo. Os demais, 24,4%, são informantes-chaves com categorias profissionais distintas. Com relação aos informantes-chaves, cinco atendem exclusivamente no CTI e 03 transitam entre os setores assistenciais da instituição.

Quanto ao sexo, 67,6% (25) da amostra se declararam do sexo feminino e 32,4% (12) masculino. Observa-se que, do total de 25 mulheres, 16 (64%) estão vinculadas à enfermagem. Por mais que se trate de um resultado restrito à amostra deste estudo e não seja possível generalizar o resultado em outros cenários e contextos, a premissa de que a profissão enfermagem é eminentemente feminina é reforçada tanto em estudos nacionais quanto internacionais (COFEN, 2020; MWIKALI *et al.*, 2023; UAAMNUICHAI *et al.*, 2023). Pesquisa multicêntrica desenvolvida em parceria pela IntraHealth International, Nursing Now e Johnson & Johnson apresentou que as mulheres representam 70% da força mundial de saúde (COFEN, 2019).

Em paralelo, associando as relações de gênero com a medicina, dos 11 médicos que compõem a amostra, seis (54,5%) são do sexo masculino e cinco (45,4%) do sexo feminino. Nesta análise cabe destacar que, a maioria (67%) das mulheres da categoria médica estão vinculadas às atividades de clínica médica⁴ (medicina interna) no setor de internação, menos crítico e menos invasivo, com menor demanda de tecnologias duras.

Sob uma perspectiva ampliada, esta amostra apresenta um perfil jovem. Com relação à variável idade, 40,5% da amostra apresenta idade entre 20 e 25 anos. Fator de destaque neste ponto é que a equipe médica dos dois setores está 100% concentrada entre 25 e 34 anos. A equipe médica do CTI, por ser necessário ter especialização em Terapia Intensiva para assumir plantões, demanda um pouco mais de maturidade associada ao fator tempo de dedicação à qualificação, assim, este estudo traz que eles estão concentrados entre 30 e 34 anos. Da amostra total, são os que possuem maior idade na categoria.

A equipe de enfermeiros, apesar de estarem mais concentrados entre 25 e 29 anos (44,4%), possui maior variação por apresentar participantes com idade entre 30 e 34 anos (03), entre 35 e 39 anos (03), entre 40 e 44 anos (02) e um participante na faixa entre 45 a 49 anos. Os informantes-chaves apresentam faixa etária entre 30 e 64 anos.

⁴ Segundo a Resolução CNRM nº 14, de 6 de julho de 2021, a especialização em Clínica Médica capacita o médico residente em Medicina Interna para executar atendimento clínico, nos âmbitos individual e coletivo, com conhecimento e expertise em áreas de abrangência necessárias na avaliação dos agravos clínicos em todos os graus de complexidade na população adulta.

Ao associar a idade com o tempo de formado e tempo de serviço nos setores, percebe-se que os participantes com maior idade possuem maior tempo de formação, interferindo também, de certa maneira, em maior tempo de trabalho no setor. Quanto ao perfil profissional, 48,6% dos participantes possuem entre um e cinco anos de formados e os demais: 29,7% entre 06 e 10 anos, 16,2% entre 11 e 14 anos e 5,4% acima de 25 anos.

No tocante à formação acadêmica, o nível de qualificação variou de nível técnico (dois informantes-chaves) até no máximo especialização, para os profissionais graduados. Ressalta-se que, nenhum dos participantes, independente da categoria profissional ou setor, cursou ou está cursando pós-graduação *stricto sensu*. Nos últimos anos, os ambientes hospitalares tornaram-se cada vez mais especializados e, para lidar com pacientes em situações complexas, os profissionais de saúde precisam de experiência e qualificação nas suas áreas de atuação (WILLMAN, NILSSON, BJURESÄTER, 2022).

Nessa perspectiva, em relação a ser especialista, a maioria é (74,3%), sendo que os cinco médicos que compõem amostra da UNI estão com especialização (clínica médica) em curso. Com exceção dos técnicos de enfermagem, os demais profissionais que compõem a amostra como informantes-chaves são especialistas em suas áreas de atuação, assim como os médicos do CTI são 100% especialistas em Clínica Médica e Terapia Intensiva. Sobre os enfermeiros, no CTI, dos 12 entrevistados, nove possuem especialização e oito são em Terapia Intensiva, já na UNI, dos seis enfermeiros entrevistados, cinco possuem especialização, por vezes mais de uma e os temas são diversos: auditoria e gestão, oncologia, estética, enfermagem do trabalho e terapia intensiva.

O tempo de trabalho no setor de atuação foi de um a cinco anos (57,1%) e os demais: 28,6% com menos de um ano, 8,6% entre 6 e 10 anos, 2,9% entre 11 e 14 anos e 2,9% acima de 25 anos. Ao se considerar os setores, 73,9% dos participantes do CTI possuem tempo de permanência no setor de um e cinco anos, e na UNI 61,5% possuem menos de um ano. Esse dado sofre interferência da equipe médica da UNI, uma vez que 100% deles estão no serviço a apenas nove meses. O restante dos profissionais que representam a UNI expõe uma realidade divergente: 37,5% com menos de um ano, 37,5% entre um e cinco anos e 25% entre seis e dez anos. O tempo de permanência em um espaço interfere na sensação de pertencimento do sujeito, uma vez que “os territórios dos afetos nos conduzem a um lugar comum, um tempo comum, a um trabalho de memória que atualiza nossa identidade e sentimento de pertença” (SILVA, FERREIRA, MORI, 2021, pág. 28).

Considerando a possibilidade de presenciar a corrida de leito nos setores, o turno de trabalho dos profissionais interfere sobremaneira na tentativa de compreender esse processo.

Nesse sentido, tem-se 45,9% (17) dos participantes atuando no período diurno, que contempla manhã e tarde. Os 20 demais participantes atuam: 16,2% transitando entre plantões diurnos e noturnos, todos médicos; 16,2% assumem o plantão somente na parte da manhã e 5,4% somente no período vespertino, todos enfermeiros e 16,2% são exclusivamente do plantão noturno, todos enfermeiros do CTI.

Com relação ao número de vínculos empregatício, por categoria profissional, 37,8% (14) possuem 1(um) vínculo; 51,4% possuem 2 (dois) e 10,8% possuem entre três e quatro vínculos. Dos 19 participantes que declararam ter dois vínculos; oito são médicos e assumem plantões em outras instituições; nove são enfermeiros e dois são fisioterapeutas. Dos enfermeiros e fisioterapeutas com dois vínculos, 82% compõem a equipe de saúde de outros CTI's e 18% atuam como docentes em curso técnico de enfermagem. Os quatro profissionais que possuem de três a quatro empregos são médicos.

A equipe médica, embora tenha se mostrado disponível para participar, não manifestou entusiasmo pelo assunto, sendo bastante objetivos nas suas colocações. Entretanto, as respostas foram assertivas em muitos aspectos que ilustram a presença do binômio poder-saber no processo de corrida de leito. Para Taquette e Minayo (2015), pesquisas qualitativas são pouco valorizadas por médicos, sendo realizadas geralmente por pesquisadores não médicos ou por aqueles que se debruçam sobre problemas de saúde coletiva e não exercem diretamente a prática clínica. Médicos possuem características mais positivistas e tendem a questionar a cientificidade de resultados qualitativos pela impossibilidade de generalização dos achados.

Para os enfermeiros, o tema do estudo apesar de relevante, é complexo, já demonstrando suas inquietantes percepções acerca das relações entre médicos e enfermeiros, possibilitando inferir que as relações sejam desgastantes para eles em muitos momentos. Neste sentido, Tang *et al.*, (2013) reforçam que a relação hostil entre as duas profissões apesar de histórica, ainda persiste nos hospitais de muitos países ocidentais, como o EUA, Itália, Alemanha, México e de países asiáticos como China e Japão.

O quantitativo de páginas transcritas e tempo de áudio obtidos das duas categorias profissionais (médicos e enfermeiros) nos permite inferir quanto à capacidade de entendimento das perguntas, sensação de pertencimento sobre o seu processo de trabalho, habilidade de elaborar respostas assertivas e valorização da oportunidade de escuta (TABELA 04). Para muitos enfermeiros, o momento das entrevistas significou um espaço de voz, de se expressar e ser ouvido, um desabafo.

TABELA 04 – Apresentação dos dados compilados. Belo Horizonte/MG, 2023.

Categoria Profissional (total)	CTI			UNI		
	Páginas transcritas	Tempo médio por entrevista	Tempo total de entrevista	Páginas transcritas	Tempo médio por entrevista	Tempo total de entrevista
Enfermeiros (18)	45	00:11:01	02:12:15	29	00:16:31	01:39:09
Médicos (11)	18	00:07:43	00:46:18	14	00:08:23	00:41:54
Total Parcial	63	00:18:44	02:58:33	43	00:24:54	02:21:03
Informantes-Chaves (08)	21 páginas transcritas			01:19:58 de entrevista		
Total Geral	127 páginas transcritas			06:39:34 de entrevista		

Fonte: dados da pesquisa, 2023.

No período de 06 de setembro a 06 de dezembro de 2022, realizou-se as 37 entrevistas audiogravadas, totalizando seis horas e quarenta minutos. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e, como forma de prepará-las para a análise do discurso, foi utilizada uma simbologia proposta por Marcuschi (2003) (FIGURA 06).

FIGURA 06 - Simbologia adotada para análise do discurso.

SIMBOLOGIA DE MARCUSCHI	
Símbolos	Significados
()	Incompreensão de palavras ou segmentos
(hipótese)	Hipótese do que se ouviu
/	Truncamento
MAIÚSCULA	Entonação enfática
:::	Prolongamento de vogal ou consoante
--	Silabação
?	Interrogação
...	Qualquer pausa
((minúscula))	Comentários descritivos
-- --	Comentários que quebram a sequência temática da exposição
[Superposição, simultaneidade de vozes
(...)	Indicação de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto
“ ”	Citações literais de textos, durante a gravação

Fonte: MARCUSCHI, 2003, p.9.

Acrescentou-se ainda a simbologia { } quando foi necessário registrar comentários com percepções da coleta ou da transcrição, por exemplo, {risos} ou {bocejo} e o tempo do áudio ([00:00:00.00]) quando ocorria incompreensão de palavras ou segmentos. A utilização de todos estes símbolos visou produzir um volume de dados minuciosamente transcrito.

No fluir da análise, os fragmentos das transcrições utilizados foram retratados em sua literalidade e os símbolos de quebra de sequência temática (--), pausa (...) e truncamento (/)

auxiliaram no processo de manter o sentido dos discursos, mesmo realizando recortes. Além disso, no processo de recortes, nos casos em que as frases precisaram ser recortadas, utilizou-se a simbologia [...]. Também foram acrescentadas as simbologias (P) para nomear falas do pesquisador e (XX) para substituir nomes de pessoas, locais ou expressões que poderiam, no conjunto das transcrições, propiciar a identificação dos participantes (RABELO, 2016).

Considerando-se que as relações de poder se fazem presentes em todas as relações humanas e não restritamente em relações específicas, não houve intenção de esgotar a discussão sobre configuração das corridas de leito sob a ótica das relações de poder constituídas nos e pelos saberes de médicos e enfermeiros em um setor aberto e um setor fechado de um hospital, mas de identificar nuances dessa estrutura que se apresentam no delineamento da estrutura do trabalho interdisciplinar e no arranjo das relações das equipes de saúde.

Ao longo da discussão, transcreveu-se trechos de falas dos entrevistados para exemplificar as situações analisadas. As notas de observação também foram utilizadas para subsidiar análises e percepções e foram identificadas com a sigla (NO). Entretanto, é importante ressaltar que o que se analisa não são as falas especificamente, mas os contextos nos quais elas foram produzidas e que foram observados durante a pesquisa, o que, de fato, constitui o discurso, ou seja, o discurso como prática social.

A seguir, inicia-se a interpretação dos dados expressos qualitativamente nas categorias produzidas.

6.3 Corrida de leito: elementos e circunstâncias

Esta categoria revela o que acontece no processo de corrida de leito, recurso compreendido como uma estratégia para o cuidado colaborativo interprofissional. As temáticas aqui trabalhadas direcionam para a construção de argumentos acerca da estrutura das corridas de leito como um dispositivo centralizado nos sujeitos que as realizam. Esse dispositivo pode ser compreendido como estratégia de poder, pois delimita espaços e ditam o fazer dos profissionais envolvidos no cuidado conforme subjetivação do sujeito que o conduz. Nesse sentido, as falas dos entrevistados associadas ao observado retratam a corrida de leito como um reflexo do ambiente relacional, que depende essencialmente da parcialidade e discurso dos profissionais envolvidos.

Deve-se olhar para a corrida de leito enunciada no *corpus* de análise deste estudo como objeto de uma prática discursiva que não opera isoladamente, pois demanda uma rede complexa de saberes e de poderes para vigorar (FOUCAULT, 2009). Nessa corrente, toma-se a corrida

de leito como uma produção discursiva, atrelada às questões sociais, políticas, econômicas, culturais e ambientais. Embora não haja denominações e conceitos claramente definidos sobre o tema, percebe-se que este campo de saber vem se constituindo de diferentes práticas muitas vezes instintivas. Por meio dos discursos, identifica-se pensamentos e posicionamentos em um campo que coloca em funcionamento relações de poder e que constitui sujeitos.

Para Foucault (2016), existem dois significados para a palavra sujeito, podendo se referir a alguém preso em sua própria identidade por uma consciência ou conhecimento de si mesmo ou um ser submisso a outro pelo controle e dependência. Nota-se que, em ambas as definições, o poder se manifesta subjugando e tornando o indivíduo sujeito a algo, colocando o sujeito como resultado da subjetivação pelas práticas discursivas e não-discursivas.

Foucault (2009) ainda supõe que a prática discursiva é controlada, selecionada, organizada e redistribuída taticamente com a função de conjurar seus poderes e ameaças. Assim como em outras áreas, no ambiente hospitalar, há discursos considerados legítimos e verdadeiros, que produzem um determinado tipo de sujeito, indicando sua forma de ser e agir perante o paciente e equipe interprofissional. Esse campo de estudo atribui aos fatores históricos uma função importante na análise das relações.

O cuidado colaborativo interprofissional é um processo assistencial em que profissionais de diferentes áreas trabalham juntos para melhorar a qualidade do serviço prestado. Espera-se que as práticas de saúde implementadas a partir da união de saberes de diferentes profissões otimizem os resultados, favorecendo o cuidado centrado no paciente. Embora as práticas de saúde em ambientes hospitalares demandem uma atuação interprofissional colaborativa para uma assistência segura e de qualidade, percebe-se que as corridas de leito entre médicos e enfermeiros, consideradas essenciais, não são bem estruturadas (GONZALO *et al.*, 2014b).

A corrida de leito também conhecida como huddle de cuidados de saúde, está sendo cada vez mais empregada em vários formatos nos ambientes hospitalares e os mecanismos subjacentes a esse dispositivo permanecem ainda relativamente desconhecidos (ROYSE, NOLAN, HOFFMAN, 2020).

Percebe-se a corrida de leito como um dispositivo articulado, que se constitui como um campo de saber, no qual as linhas de visibilidade e os seus regimes de enunciação possibilitam a produção de determinado domínio de saber, por ser acima de tudo, uma máquina de ver e falar (FOUCAULT, 2021). A corrida de leito, huddle ou round, é um momento em que os profissionais de saúde avaliam as condições de saúde do paciente, discutem a propedêutica para

um tratamento eficaz, sendo considerada peça importante na deliberação conjunta sobre boas práticas nos cenários de saúde (MARAN *et al.*, 2022).

Estudo sobre fatores associados às rondas interprofissionais à beira do leito em um hospital da Pensilvânia, Gonzalo *et al* (2014b) identificaram que as corridas de leito em um mesmo ambiente hospitalar ocorrem em diversos formatos e em horários distintos, ou seja, sem estrutura padronizada para um processo considerado de extrema importância para um cuidado seguro.

A fala de um médico do CTI retrata que a corrida de leito dentro dos padrões esperados, com uma estrutura e roteiros definidos, já fez parte da rotina assistencial do setor, mas que deixou de existir. O discurso desse participante remete a uma interpretação de que a corrida de leito atual não atende ao esperado quanto aos critérios para uma avaliação sistêmica, deixando de ser uma atividade que examina o paciente em sua completude para que as tomadas de decisão possam ser mais assertivas. Segundo o participante, o estilo da corrida de leito atual segue uma tendência mais objetiva.

[...] A gente /antigamente nas UTI's /a gente tinha corrida de leitos estruturada, que é uma corrida mais completa, que visava revisar histórico, prescrição, resultado de exame e... um pouco mais demorado, um pouco mais completo, não é nosso estilo aqui hoje. (M_CTI_1).

Segundo Foucault, a estrutura privilegia a sincronia por se tratar de um esquema preciso, pensando e elaborado para favorecer a continuidade. A estrutura oportuniza a aplicação da norma, compreendida como algo que descreve o funcionamento e a finalidade de um processo, padronizando as condutas dos indivíduos sobre comparações e regras a seguir e hierarquizando em termos de valor a capacidade de adaptação dos sujeitos (FOUCAULT, 2021).

Na tentativa de alcançar um discurso dos participantes sobre como acontecia a corrida de leito nos seus setores, a questão foi: “Fale sobre o processo de corrida de leito no seu setor de trabalho”. Em um primeiro momento, o que se pode perceber é que os participantes dos dois setores trouxeram de forma marcante que a corrida de leito acontece de acordo com o médico que a conduz. As falas tanto de médicos quanto de enfermeiros trouxeram que as corridas de leito são guiadas por um médico com maior expertise para definição de condutas terapêuticas. As experiências dos profissionais envolvidos no processo dependem, portanto, do perfil do médico condutor, uma vez que as corridas de leito se desenvolvem e se apresentam como um reflexo de quem a conduz. A partir das falas a seguir, deduz-se que a subjetividade do médico interfere nas práticas, sendo estas reveladas como desdobramentos positivistas do saber médico.

Ó, esse processo ele varia muito da equipe que a gente está correndo, assim dos preceptores, né? Cada preceptor tem um estilo, a gente sabe mais ou menos que alguns demoram mais, outros tem uma, uma dinâmica diferente de corrida. [...] Então, varia muito de preceptor para preceptor. [...] no geral eu acho que, variam muito desse preceptor. Varia também o horário, cada um tem um horário para vir. (M_UNI_5)

Depende, porque a corrida de leito é feita pelo horizontal. Nós temos 03 horizontais atualmente, então cada corrida de leito funciona de uma maneira diferente com cada um. [...] Uns são mais detalhistas pegam questões mais amplas, outros são mais diretos e mais restritos a coisas bem mais rápidas e específicas. (M_CTI_3)

Depende também do/da corrida, do [médico] horizontal. Se for a corrida do [médico] horizontal X é ok, dá para encaixar certinho, dependendo do outro [médico horizontal] é muito (...) a gente não consegue / tipo assim, encaixar [...] é uma coisa bem médico-centrada mesmo. Mas tem outro horizontal que é bacana, depende muito de quem está correndo o leito. (E_CTI_1)

As NO do Diário de Campo dos dias 19 e 20/08/2022 confirmam as falas acima:

Ao coordenador médico do CTI, pedi que me apresentasse algum documento que norteasse a corrida de leito no setor e ele me informou que não tem, que esse documento norteador não existe e que a corrida de leito acontece conforme o perfil do médico horizontal, e na hora em quem ele chega no setor, ou seja, conforme a sua disponibilidade. (NO)

Quando perguntei sobre a dinâmica da corrida de leito na UNI para minha programação, o coordenador médico me disse de maneira bem direta que na UNI não tem corrida de leito nos padrões desejados e que não há nada que documente esse processo. (NO).

As corridas de leito para discussão de casos clínicos constituem uma prática comum e habitual na carreira médica, na qual cada participante expressa sua opinião com base em seus conhecimentos e realiza uma análise conjunta do caso (ABALOS *et al.*, 2019). Por mais que não existam documentos normatizadores do processo no serviço, o fato das corridas de leito estarem sujeitas ao estilo dos médicos chefes de clínica é algo institucionalizado, pois acontece tanto no CTI quanto no Posto 04 da UNI, se percebe que, apesar de não haver registro formal normatizando o método, há uma cultura organizacional de como estas devem ser realizadas, aprovando o médico como figura central desse processo.

A existência da norma sugere uma necessidade de disciplinarização dos sujeitos com a finalidade de controlar as operações dos corpos, submetendo suas forças ao que se deseja. A disciplina individualiza os corpos por uma localização que os distribui e os faz circular em um fluxo de relações, sendo uma maneira de integrar forças para obter um sistema eficiente (FOUCAULT, 2014).

Segundo Rabinowitz *et al.*, (2016), os serviços hospitalares adotam diferentes modelos de corrida de leito pela demanda distinta de pacientes internados, incluindo em alguns a presença de médicos horizontais como norteadores desse processo. Outra variável importante

que interfere no processo é o quantitativo de pacientes para discussão clínica à beira leito, pois quanto maior o número de leitos no setor, menor o tempo disponível para a atividade, podendo interferir na qualidade da intervenção. Associada à influência das pressões de tempo, para os autores, as particularidades dos médicos condutores também são um ponto de perturbação para que o processo seja efetivo, resultando, inclusive, na insatisfação dos profissionais não médicos envolvidos nessa prática assistencial.

Estudo realizado em um hospital geral de Buenos Aires, para compreender a dinâmica das discussões clínicas, identificou que o fato de as corridas de leito serem disciplinares, de forma que o enfermeiro não é levado em consideração em sua participação é uma fragilidade. Outra desvantagem é que geralmente não são convidados nem como ouvintes nas conferências de outros profissionais (ABALOS; REQUE, 2019).

[...] a gente não tem esse COSTUME de fazer uma corrida de leito com a equipe de enfermagem, até acho que seria assim benéfico [...], mas na enfermaria é um pouco mais difícil, porque o volume de pacientes é muito grande e a rotatividade também, né? Então assim, às vezes tem muito paciente que tem alta o dia inteiro, os enfermeiros são muito atarefados, então é muito difícil [...]. (M_UNI_5)

[...] em alguns pacientes a gente pede auxílio do preceptor no leito também, para ele ir com a gente no leito. A gente passa mais cedo todo mundo sozinho, mas a gente as vezes passa com os preceptores também em alguns leitos que as vezes estão dando mais trabalho, tem alguma dúvida [...]. Beira leito somente se tiver demanda. A gente fica com muito paciente e não dá para fazer isso com todos não. (M_UNI_3)

Eu sinto [falta da corrida de leito] porque eu era intensivista até pouco tempo [...] sempre trabalhei em terapia intensiva [...], então corrida de leito é algo que sou acostumada na minha carreira, mas aqui, infelizmente, a gente não teve esse espaço ainda. (IC_EM_2)

[...] geralmente não, eles [os médicos] NÃO DISCUTEM o caso, eles [os médicos] entram e estão avaliando o paciente. Se eles tiverem lá a gente passa para um próximo paciente. A gente não fica próximo, não fica [...]. (E_UNI_6)

O volume de pacientes como um fator dificultador da corrida de leito não apareceu nos discursos do CTI pela diferença de estrutura, legislação e composição da equipe. Na UNI, o elevado número de leitos foi citado pelos médicos como um fator impeditivo para que a discussão clínica acontecesse à beira leito e com a presença de outros profissionais não médicos.

O participante M_UNI_5 ao dizer que “a gente não tem esse COSTUME de fazer uma corrida de leito com a equipe de enfermagem, até acho que seria assim benéfico” carrega em seu discurso que ele segue um padrão de corrida de leito por costume e não por eficiência clínica. Fica implícito que seria possível alterar esse modelo desarticulado se o trabalho em equipe com discussões interdisciplinares fosse implementado institucionalmente. O fato de “até

achar” que seria benéfico discutir o caso com a enfermagem, permite inferir que seria benéfico para o paciente e não para ele por uma questão de logística e organização do seu trabalho. Embora se espere que os esforços sejam centrados no paciente, observa-se que o bem-estar médico supera as necessidades de quem receberá o cuidado.

Quando o participante M_UNI_3 diz: “mas a gente as vezes passa com os preceptores também em alguns leitos que às vezes estão dando mais trabalho, tem alguma dúvida [...]. Beira leito somente se tiver demanda” confirma que a demanda para que a corrida aconteça à beira leito é do médico e não do paciente. A partir dessas falas, é possível entender como vem sendo construída a visão da corrida de leito: fortemente marcada por uma concepção biologicista, que anula as necessidades holísticas do paciente perante as premências da equipe médica.

Nessa configuração, perde-se o benefício da comunicação entre profissionais e a oportunidade de adotar uma abordagem ampliada do cuidado ao paciente em suas múltiplas necessidades de saúde, tais como seus medos, compreensão de sua situação, entendimento das intervenções propostas e sua atual condição de vida. Segundo Soares *et al.* (2022), apesar do beneficiário de um cuidado integrado ser o paciente, existem obstáculos que precisam ser superados, incluindo a dificuldade de comunicação entre os profissionais.

Tanto o discurso do informante chave IC_EM_2 quanto o discurso do enfermeiro do posto 04 trazem o que essa exclusão da corrida de leito representa para ambos. Enquanto um lamenta o fato, o outro apresenta uma reação inesperada para evitar o contato com a equipe médica quando está em momento de avaliação do paciente para definição de condutas. Quando E_UNI_6 diz que se ele entrar em um quarto em que a equipe médica esteja presente ele não fica próximo, permite inferir que ele já passou por alguma situação desconfortável que o deixa constrangido de permanecer no mesmo ambiente. Fica exposto como não dito que esse profissional já compreendeu os limites dessa relação, deixando o paciente de ser, mais uma vez, o objetivo principal das práticas de saúde.

Para Foucault (2021), é preciso compreender as relações de força colocadas em embate, entrando na ordem do discurso verdadeiro para se consolidar. Nesse movimento, é possível perceber de que modo os sujeitos são controlados, conduzidos e subjetivados por esse dispositivo, no caso, a corrida de leito. O dispositivo, portanto, está inserido em um jogo de poder, estando sempre ligado a configurações de saber operado pelo discurso.

Nas corridas de leito hospitalares, o discurso é uma ferramenta de compartilhamento de informações acerca dos pacientes e, nesse sentido, trata-se de um momento interativo e participativo, no qual os atores compartilham seus saberes para solucionar as diversas demandas assistenciais (GUZINSK *et al.*, 2019). O posicionamento nos discursos envolve relações de

poder que afetam o cotidiano das pessoas, sendo a linguagem um veículo de manifestação de forças e exercício de poder. Uma preocupação foucaultiana é o que constitui o sujeito, por meio da relação na qual ele se coloca e se reconhece, sendo que a subjetividade está relacionada aos jogos de poder estabelecidos pela linguagem, na busca de (re)conhecimento (FOUCAULT, 2021).

Sobre desconsiderar profissionais não médicos nas discussões, cabe refletir sobre trechos do livro *A História da Sexualidade* que traz: o que não é regulado, é ao mesmo tempo expulso, negado e reduzido ao silêncio. Não somente não existe, como não deve existir e à menor manifestação fá-lo-ão desaparecer. “A repressão funciona, decerto, como condenação ao desaparecimento, mas também como injunção ao silêncio, afirmação de inexistência e constatação de que não há nada para dizer, nem para ver, nem para saber” (FOUCAULT, 2020, p. 10).

Conforme exposto por Bonfanda, Pinno e Camponogara (2018), a autonomia profissional precisa estar direcionada ao trabalho coletivo, de forma compartilhada, pois os profissionais possuem formação e práticas distintas necessárias à realização das atividades.

A superespecialização das profissões associada à complexidade da medicina moderna requer das equipes de saúde um trabalho articulado para garantir cuidados de qualidade aos pacientes. Uma estratégia para garantir a comunicação entre profissionais de saúde, membros da equipe assistencial, é agendar discussões interdisciplinares estruturadas à beira leito (ROYSE, NOLAN, HOFFMAN, 2020).

A crescente necessidade de um trabalho coletivo e articulado não invalida ou nega a importância da abordagem disciplinar. Segundo Nogueira (1998), a verticalização das ciências deve ser acompanhada de sua complementação horizontal, buscando-se os nexos interdisciplinares necessários para uma aproximação do que se almeja coletivamente.

Segundo Johnston *et al.* (2022), é comum que em ambientes hospitalares coexistam equipes de diferentes especialidades médicas realizando corridas de leito matinais para discussões de casos clínicos. Nos hospitais da Inglaterra, as corridas de leito são, geralmente, conduzidas pelo médico responsável pelo paciente, acompanhado pela equipe de enfermagem, médicos residentes em formação e outros profissionais de saúde.

No CTI, cenário de estudo, os participantes trouxeram que a corrida de leito do setor acontecia pela manhã, na presença do médico horizontal, médico plantonista, fisioterapeuta e enfermeiro, mas sem horário definido.

A corrida de leito hoje acontece TODOS OS DIAS na parte da manhã, por volta de 10 horas [...]. (E_CTI_3)

E geralmente eles [médicos horizontais] chegam por volta das nove, entre nove, dez horas, antes da visita que é às dez e meia [...]. (E_CTI_4)

A corrida de leito, basicamente é feita na parte da manhã né? Até no máximo ali no início da tarde por volta de meio-dia. (E_CTI_12)

[...] é uma corrida de leito por dia, todos os dias, sempre no período da manhã, mas cada unidade tem a sua corrida de leito no horário que for mais ... conveniente [...]. (M_CTI_1)

O fato de trazerem que a corrida de leito acontece pela manhã, é porque não há um horário definido. No CTI, acontece no horário em que o médico horizontal chega, conforme a sua disponibilidade de agenda, não havendo um horário pré-estabelecido para sua chegada ao serviço, o que prejudica a participação dos profissionais não médicos.

Não haver um horário pré-estabelecido para que a corrida de leito aconteça por uma questão médica é um indicativo que a presença de profissionais não médicos é dispensável para o estabelecimento das estratégias terapêuticas, mantendo o médico como principal responsável por determinar as práticas de saúde. Assim, nas diversas formas de dominação, um determinado grupo social é visto como hegemônico, o qual estabelece relações de poder com outros grupos que são vistos socialmente como subordinados (FOUCAULT, 2021).

As notas de observação do Diário de Campo retratam a ausência de rotina para o início da corrida de leito no CTI, confirmando as falas dos entrevistados.

19/10/2022: Cheguei no início do plantão e aguardei sem sucesso para ver a logística da corrida de leito. Até 10:30 da manhã os horizontais ainda não tinham chegado. São 03 CTIs e 03 horizontais, um para cada 10 leitos e cada dia, cada um deles chega em um horário diferente, impactando a coleta por não ser possível organizar as visitas. Percebo que essa falta de rotina impacta o andamento das demandas do setor. (NO)

08/11/2022: Estou no CTI desde 07:30h aguardando os horizontais chegarem, mas nenhum dos 03 tem hora definida e horário compatível. Realizam a corrida conforme as suas disponibilidades individuais, o que tem dificultado muito o início da etapa de observação para coleta de dados. Corrida iniciada às 10:20h do leito 21 ao 30. Simultaneamente acontece a corrida do 11 ao 20, necessário optar. (NO)

09/11/2022: Às 10:30h, o médico horizontal que corre leito do BOX 11 ao 20 chegou [...]. Corrida do 21 ao 30 iniciou às 11:00h porque um segundo médico horizontal chegou. As corridas de leito duraram em média 50 minutos cada. (NO)

10/11/2022: Às 10:50h um dos 03 horizontais chega, esse ainda não observado por mim. Iniciado a corrida do leito 01 ao 10 somente com a médica plantonista. Curioso, sem nenhum residente. Corrida de leito durou 06 minutos. (NO)

A equipe que acompanha a corrida de leito no CTI é composta pelo médico horizontal, médico plantonista, residentes, enfermeiro e fisioterapeuta, profissionais exclusivos do setor. A presença dos demais profissionais da equipe multidisciplinar não é possível, assim como a presença do técnico de enfermagem também não é esperada, conforme abaixo.

[...] é... acompanhada do coordenador médico, o plantonista, geralmente o residente, ou OS RESIDENTES que estão cuidando daquele número de pacientes, o enfermeiro e o fisioterapeuta. A gente não tem uma corrida com profissionais de outras áreas não. (E_CTI_3)

[...] eles [técnicos de enfermagem] geralmente durante a corrida param em frente ao box para também ouvir. E depois os que não estão lá na hora, fazem outra demanda à gente [enfermeiro] passa depois para eles [técnicos de enfermagem]. (E_CTI_7)

É, aqui é, porque a gente não participa [técnicos de enfermagem] diretamente com eles não, mas a gente sempre tá perto, se perguntar, se precisar eles perguntam [...]. (IC_TE_CTI_2)

Não, eu [técnico de enfermagem] nunca fui chamado, os colegas também não. (IC_TE_CTI_1)

A fala do técnico de enfermagem IC_TE_CTI_2, participante do estudo como informante-chave, ilustra que apesar de não ser participante formal da discussão clínica, ele fica a postos para fornecer informação que a equipe médica venha precisar, por acreditar que possa contribuir. Infere-se que os técnicos de enfermagem estão à disposição da necessidade médica no processo de corrida de leito, apesar da logística do processo não favorecer sua presença e de não serem chamados a participar. A estrutura das falas permite pensar que os demais profissionais são acionados apenas para agregar no raciocínio médico.

O avanço da ciência vem produzindo um grupo seletivo de vozes autorizadas a falar, porque estes têm o conhecimento considerado verdadeiro. No campo da saúde, por exemplo, apesar de todas as categorias profissionais possuírem e produzirem saberes, o discurso médico possui uma valorização social por ser considerado o discurso da verdade, que possui legitimidade e reconhecimento científico (FOUCAULT, 2009).

Especificamente em CTI, a complexidade da condição clínica do paciente associada a possíveis falhas assistenciais pelas práticas de saúde serem mais invasivas demanda estratégias que qualificam o cuidado para que, de alguma forma, reduzam as ocorrências de iatrogenias ao paciente crítico (MARAN *et al.*, 2022). Com esse foco, a relação entre a má comunicação da equipe e os eventos adversos em saúde apontam para a necessidade de vincular práticas estruturadas de comunicação da equipe assistencial (ROYSE, NOLAN, HOFFMAN, 2020). A corrida de leito é considerada um procedimento que visa a segurança do paciente internado por favorecer tomada de decisão multidisciplinar (MARAN *et al.*, 2022).

O uso de um *checklist* ou um roteiro estruturado na corrida de leito auxilia na qualidade do cuidado por ser um meio de garantir que os profissionais da equipe de saúde atendam critérios que impactem diretamente na segurança do paciente (MARAN *et al.*, 2022).

Apesar de ter sido relatado pelos participantes do estudo que não há nenhum documento que padronize a corrida de leito nos setores, durante as entrevistas, os discursos trouxeram que, além da corrida de leito diária que acontece pelas manhãs na presença do médico horizontal, também há uma corrida multidisciplinar que acontece às segundas e quintas-feiras no período da tarde, às 15h, na presença do coordenador médico, implantada recentemente no CTI e que utiliza um checklist norteador.

[...] à tarde tem uma outra corrida de leito que é com o coordenador médico do CTI, juntamente com o menino da farmácia, psicologia, a outra menina fonoaudióloga, aí eles passam a tarde fazendo uma nova corrida de leito. Essa é uma corrida diferente da corrida da manhã e é nova, tem pouco tempo que está acontecendo. (E_CTI_5)

Hoje eu fiquei sabendo que tem uma segunda corrida de leito a tarde, na qual o coordenador médico passa com a equipe multi e os residentes, mas eu não cheguei a participar. Isso até onde eu sei é uma novidade, não é algo frequente aqui (M_CTI_4)

[...] a gente também tem checklist da corrida de leito da tarde semanal, são algumas coisas que a gente segue, [...], a gente sabe que a gente que preenche o checklist está fazendo profilaxia talvez por uma TEP [...], profilaxia de... como é que fala de... de pneumonia. Aqui dentro na segunda às 14 horas o pessoal faz a com a CCIH que TAMBÉM é uma outra corrida {risos}. (E_CTI_2)

Sobre esta corrida de leito recentemente implantada a tarde no CTI, o enfermeiro E_CTI_5, ao se referir aos profissionais da equipe multidisciplinar como “menino da farmácia” e “menina fonoaudióloga”, demonstra certa desconsideração pelas outras categorias profissionais, não creditando a essas profissionais a devida autoridade. Nota-se, portanto, que o cuidado desagregado favorece à desvalorização das profissionais que não atuam de maneira exclusiva no CTI. A corrida de leito não proporciona o contato necessário entre os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde, colaborando com ações médico-centradas.

Nesta segunda corrida citada, há presença da equipe multi, mas não há presença do enfermeiro, revalidando a não integração da equipe como um todo. Segundo Beltrammi e Reis (2019), os hospitais como instrumentos a serviço da medicina científica acabaram apartados dos compromissos de sustentação de uma visão de saúde integral.

Nota-se ainda que E_CTI_2 menciona em sua fala uma terceira corrida de leito no CTI. Além da corrida que acontece pela manhã com uma equipe para definição de condutas, há uma corrida à tarde duas vezes por semana com uma segunda equipe para checklist de segurança do paciente e agora surge uma terceira corrida do serviço de controle de infecção hospitalar no setor. A presença do riso em sua fala denota sarcasmo, ridicularizando o fato de haver mais uma corrida de leito no setor com pessoas e motivos distintos, colaborando ainda mais para uma comunicação fragmentada.

Uma comunicação estruturada, como se espera em uma corrida de leito interdisciplinar, oferece oportunidade para que os membros da equipe de saúde interajam rotineiramente em prol da segurança do paciente e de um plano terapêutico compartilhado e resolutivo. Corridas de leito são orientadas para objetivos comuns aos profissionais, pois aumentam a quantidade e a qualidade da troca de informações, potencializando a responsabilidade dos envolvidos com a segurança do paciente sob seus cuidados (ROYSE, NOLAN, HOFFMAN, 2020).

As falas abaixo demonstram que esse cuidado articulado, apesar de não ser frequente, favorece o paciente em seu processo de reabilitação, mesmo que o gatilho para implantação dessa avaliação não seja o paciente. Outro ponto a ser considerado é que, o fato de saber que em algum momento seu trabalho será conferido por uma auditoria faz com que os profissionais se empenhem nas suas práticas de saúde. Entende-se, portanto, que este momento não se enquadra nos critérios de uma corrida de leito, mas sim como uma conferência em equipe se todos os requisitos necessários para garantir a evidência do gerenciamento de risco assistencial estão sendo executados, uma exposição, um exame.

Não, a corrida de leito para segurança do paciente não acontece todos os dias. [...], vem várias pessoas. E DEPOIS DISSO, eu tenho percebido que os pacientes estão MELHOR assistidos em questão de posicionamento, de posicionamento de tubo de secreção, de etiquetas, porque AUTOMATICAMENTE você fica PREOCUPADO em manter tudo certo, porque, sabe que aquela equipe vai chegar a qualquer hora. (IC_FIS_CTI_2)

É... Melhorar sempre tem né? mas ela está sendo bem eficaz né? pega um paciente e destrincha ele todinho [...] uma fixação, tubo, infecções, como está o posicionamento e em cima de um paciente você fica quase que uma hora aí. Você destrincha tudo nele, detalhes, do que só fazer essa corrida de leito, e eu acho que isso tem que ser olhado em outros pacientes também. Esse paciente é escolhido [...], é uma corrida de auditoria do cuidado, que vem o coordenador médico do CTI, passa junto com a galera toda, olha se está com todas as etiquetas, faz uma auditoria mesmo. Essa acontece duas vezes na semana a tarde, [...]. (IC_FIS_CTI_1)

O medo da exposição diante da equipe pode ser considerado um dispositivo de disciplinarização, pois, se identificados desvios, o constrangimento opera como uma sanção. A sanção busca punir os sujeitos por suas falhas, no intuito, também, de prevenir que novas omissões ocorram. Assim, a mecânica do castigo representa um processo que passa pela expiação e arrependimento com o objetivo da não repetição da falha ou erro. Prosseguindo com os dispositivos de disciplinarização, o exame, por sua vez, associa as técnicas da hierarquia que vigiam com as técnicas da sanção que normalizam, estabelecendo sobre os indivíduos uma visibilidade que os diferencia e os condena (FOUCAULT, 2014).

Na tentativa de compreender a segunda corrida de leito no período da tarde no CTI, foi questionado a um informante-chave que acompanha esse procedimento o motivo da prática. A

sua explicação para mais de uma corrida de leito no setor está vinculada à necessidade de evidências para as auditorias externas de acreditação hospitalar e da saúde suplementar, uma vez que não há possibilidade de realizar uma única corrida de leito com a presença de todos os profissionais necessários envolvidos por uma questão de (in)disponibilidade médica.

Para ter evidência de auditoria. Foi mais fácil criar uma segunda corrida que adaptar a corrida da manhã. Isso chegou a ser discutido, na realidade o mais interessante seria ser todo mundo de manhã, porque se define condutas pela manhã, só que como o coordenador médico não está aqui de manhã, ele pediu que fosse a tarde com ele e de manhã também não tem horário para correr leito. O horizontal chega 10h ele corre 10h, ele chega corre 11h, e por aí vai, então, a equipe multi ela não é exclusiva do CTI, a única equipe que é exclusiva do CTI é enfermagem, médico e fisioterapia, o restante não é exclusivo. E a gente até se dispôs a participar dessa corrida de manhã, mas tinha que ter um horário estabelecido né? porque eu vou tirar a galera do ambulatório, da quimio, da rádio, de outros setores para correr leito, mas tinha que ter um horário estabelecido. Eu não consigo ficar a mercê desse horário. Nenhuma equipe consegue ficar, então teve que criar uma segunda corrida pela falta de processo da corrida de leito pela manhã no CTI e pela indisponibilidade do coordenador médico que só está no CTI a tarde. (IC_EM_3)

O discurso do entrevistado mostra a sua posição em relação à corrida de leito para gerar evidência quanto à segurança do paciente em momentos de auditoria e traz que as discussões clínicas interdisciplinares seriam importantes pela manhã, no momento de definição das condutas. A corrida de leito da tarde não gera benefícios diretos ao paciente, pois a comunicação entre as equipes de saúde permanece fragmentada em decorrência de uma necessidade médica. Novamente, o médico como centro das práticas de saúde, deixa claro que o processo está atrelado à disponibilidade dessa categoria profissional, desconsiderando a importância do conhecimento da equipe interdisciplinar nas discussões clínicas para um processo terapêutico holístico.

Johnston *et al.*, (2022) defendem que as discussões clínicas à beira leito reduzem o risco de eventos adversos e mitigam a angústia dos pacientes pela disautonomia percebida em seus próprios cuidados. No entanto, esse procedimento deve ser direito de todos os pacientes em regime de internação hospitalar e não benefício apenas de alguns selecionados. Para os autores, esses momentos devem ser utilizados para verificar itens essenciais de segurança do paciente, para registro preciso das estratégias terapêuticas interdisciplinares e, principalmente, para comunicação clara com o paciente, envolvendo-o na tomada de decisão compartilhada.

Para garantir que os pacientes internados recebam cuidados seguros e eficazes, muitas intervenções de saúde são necessárias, inclusive manter um bom resultado na avaliação de desempenho nas auditorias externas, nas quais a performance insuficiente pode levar a

classificações mais baixas que são divulgadas publicamente, gerando perda de receita e danos à reputação (JOHNSTON *et al.*, 2022).

No intuito de garantir uma prestação de cuidados compassivos, eficazes e seguros, as organizações de saúde são rotineiramente avaliadas quanto à experiência e segurança do paciente por meio de indicadores de qualidade. Para além das medidas de desempenho, que garantam a segurança do paciente e a geração de renda, um aspecto crítico do atendimento que deve ser garantido é a experiência e a dignidade do paciente (JOHNSTON *et al.*, 2022).

Em decorrência da atual política de saúde, discussões interdisciplinares envolvendo médicos, enfermeiros, coordenadores assistenciais e outros profissionais devem acontecer em prol de planos de cuidado colaborativo (GONZALO *et al.*, 2014b).

Com relação às várias corridas de leitos existentes no CTI citadas nas entrevistas, há uma NO registrada no Diário de Campo que aborda a situação na tentativa de compreendê-la:

Chego às 13h para acompanhar a corrida de leito da coordenação do CTI com a equipe multi para fins de segurança do paciente. Por 4 semanas sigo tentando acompanhar a corrida de leito da equipe multi no CTI, mas hoje também não ocorreu por falta de pessoal da equipe multi associado ao excesso de demanda deles, não possibilitando se deslocarem dos seus setores por aproximadamente duas horas. Enquanto aguardava, observei a coordenação de enfermagem finalizando outra corrida de leito, que desconhecia. Ao abordá-la, ela me informou sobre todas as corridas que existem no CTI, além da diária pela manhã:

- Segunda feira as 14h corrida de leito da coordenação de enfermagem com a enfermeira da SCIH, enfermeiros do núcleo de segurança do paciente e fisioterapia. Objetivo: selecionam aleatoriamente pacientes em ventilação mecânica e verificam tudo do paciente. Evitar infecção principalmente.
- Terça feira as 09h corrida de leito para lesão de pele. Com estomatologista. Objetivo: definir condutas para lesões de pele.
- Segunda e quinta feira 15h equipe multi para uma formalidade segundo a coordenação do setor, a título de evidência para auditoria. (NO)

A dificuldade em concentrar todos os profissionais da equipe multidisciplinar na corrida de leito que acontece pela manhã no CTI impede a organização de um ambiente onde os profissionais se sintam empoderados a participar, colaborando com sugestões. Embora a corrida de leito multidisciplinar vise maior efetividade e segurança do cuidado prestado ao paciente crítico, focando na comunicação direta entre os profissionais (BARBOSA *et al.*, 2020), a impossibilidade de estabelecer um horário definido para este processo desdobrou na ocorrência de quatro corridas de leito com objetivos diferentes e sem finalidade terapêutica direta.

Como todas as corridas de leito no CTI acontecem durante o dia, os participantes do plantão noturno manifestaram suas estratégias para otimizar a comunicação entre as equipes, uma vez que perceberam desvio de informação entre os plantões diurno e noturno.

[...] durante a noite não é feito [corrida de leito], e quando não os pego avaliando o paciente [médico de plantão] eu sento e chamo para fazermos uma corrida nossa, aí a gente passa propostas, o que mudou, se mudou alguma coisa de antibiótico, de dieta, solicitação de exames [...] a gente faz essa discussão, não é leito a leito [...] mas isso é coisa do enfermeiro, não é algo de rotina, agora de dia é rotina. (E_CTI_8)

Mas a noite [...] eu especificamente eu faço isso com meu médico, a gente vai box em box e eu pego orientação que veio do plantonista do dia [...] são plantonistas diferentes, além do horizontal. Então cada um acaba mudando algumas condutas por mais que acabou definindo uma questão na corrida de leito. Não são todas enfermeiras que fazem {risos}. (E_CTI_9)

Em suas falas, os enfermeiros entrevistados do turno da noite afirmam uma necessidade de alinhar suas práticas com a equipe médica no início do plantão, estando o médico como norteador das práticas de enfermagem em um espaço concedido. Como não dito, subentende-se que estes enfermeiros não se sentem seguros com as informações recebidas na passagem de plantão pelos seus colegas enfermeiros para continuidade do cuidado. O fato de nem todos os enfermeiros adotarem esse procedimento permite inferir várias questões interferentes: maior resolutividade de alguns enfermeiros durante a passagem de plantão, transferência do cuidado também desestruturada, vínculo entre médico e enfermeiro favorecendo ou desfavorecendo e a necessidade do enfermeiro para o direcionar as atividades a serem realizadas pela equipe.

No entanto, a possibilidade de se perder informações entre um plantão e outro não é uma preocupação somente do plantão noturno.

Eu sempre chego de manhã, é [...] uma forma que eu adotei, minha. É, eu me reúno com a enfermeira e com o fisio, para a gente passar algumas coisas que serão propostas, sempre, eu passo por escrito também, porque eu acredito que a passagem de plantão é algo que se perde muito. (M_CTI_2)

O discurso acima se refere a uma estratégia médica utilizada no plantão diurno para alinhar suas propostas para os pacientes. Como não dito, percebe-se que não há espaço para discussão, trata-se apenas de um momento formal para delegar ao enfermeiro o que já está proposto para os pacientes do setor. Nesse sentido, Foucault (2016) assegura que você se torna sujeito pelas relações estabelecidas e de acordo com sua posição nos discursos, a sua opinião é valorizada para mais ou para menos, assim, a posição que se ocupa pode ser muito restritiva e limitada, influenciando suas escolhas e suas práticas.

Para Johnston *et al.*, (2022), manter registro de todas as decisões tomadas a respeito do paciente permite uma transferência de cuidado mais suave entre as equipes, facilita a clareza em torno do plano de atendimento, melhora a eficiência do atendimento e pode auxiliar em uma revisão abrangente caso o paciente apresente piora clínica. Discussões clínicas sem evidências são consideradas inseguras e incompletas, gerando risco assistencial ao paciente.

Quanto à diferenciação entre setores aberto e fechado, percebe-se que, apesar de não ser estruturada, a corrida de leito interprofissional no CTI é mais regularizada que no Posto 04. As falas dos participantes da UNI quanto ao processo de corrida de leito no setor demonstram que não há nenhum tipo de conexão entre equipe médica e de enfermagem para discussão de casos e/ou definição de condutas, sendo à beira leito ou fora dele.

EU PASSO NOS LEITOS é... sozinha, as acadêmicas vão antes, elas vão por volta de oito, nove, nove e meia EU estou correndo leito [...]” Aí eu acho que a corrida de leito é minha, né? É eu faço sozinha, e eu acho que é BOM que seja sozinha para construção do vínculo médico e paciente. E eu nem gosto que os acadêmicos vão comigo. Se as vezes eles querem ir eu deixo ir na primeira semana, [...] e eu gosto de sentir como é que está o paciente naquele dia e então é um MOMENTO MEU com paciente. O preceptor, se precisar, vai depois e... e eu acho que assim a gente consegue construir uma relação de qualidade. (M_UNI_4)

[...] a gente [a enfermagem] faz a corrida de todos os leitos. [...] então essa enfermeira da manhã sempre realiza a corrida de leito de todos os leitos [...] SOZINHA. É a corrida de leito DELA [da enfermeira] sozinha, não existe corrida multidisciplinar aqui. Não existe. (E_UNI_3)

Sozinha [realiza a corrida de leito]. Eu levo meu passômetro, quem imprime o passômetro é o pessoal do diurno do dia anterior, ele vale 24 horas, aí a gente atualiza, escreve tudo no passômetro tudo sozinha, eu vou sozinha. (E_UNI_4)

Então, geralmente na parte da manhã, os médicos [residentes] eles têm até meio dia para passar no paciente e avaliar o paciente e reavaliar o paciente também e muitas vezes a gente não vê. São muitos médicos, equipe variada [...], então eles passam, avaliam o paciente e vão embora. (E_UNI_5)

Esses discursos provocam uma sensação de trabalho desalinhado e meramente disciplinar. A fala de M_UNI_4 deixa transparecer que a corrida de leito é do médico e para o médico e não do paciente e para o paciente. A organização desse processo é feita de maneira a satisfazer uma demanda médica, anulando as necessidades interdisciplinares dos pacientes. Infere-se a partir desses discursos que o paciente é considerado um objeto de poder médico e que ele é o único profissional necessário para deliberar o que deve ser feito, desconsiderando a imprescindibilidade de outros profissionais nesta decisão. Perpetua-se, assim, a fragmentação e hierarquização profissional, reforçando a questão do poder/saber nas práticas de saúde (FOUCAULT, 2021).

Os enfermeiros, por sua vez, confirmam que realizam a sua corrida de leito sozinhos sem alinhamento com equipe médica. Ao trazer em seu discurso que muitas vezes ele nem percebe o médico no setor avaliando os pacientes, é uma demonstração clara de que além de não haver interdisciplinaridade, o contato entre eles também não é um hábito. Percebe-se que médicos e enfermeiros não possuem proximidade no setor aberto, impedindo a concretização de um trabalho colaborativo. As equipes que acompanham cotidianamente e mais conhecem as

peças em cuidado hospitalar, supostamente, deveriam participar da formatação dos planos de cuidado auxiliando na produção de um cuidado efetivo. De acordo com Beltrammi e Reis (2019), corroborando esses dados, essa integração, contudo, parece cada vez mais distante.

Gonzalo *et al.*, (2014b) identificaram em seu estudo que as corridas de leito com a presença de diversos profissionais são mais prováveis de acontecer em unidades de atendimento de pacientes em cuidados intermediários e intensivos, sendo menos comum em ambientes assistenciais não críticos.

Diversamente ao que se realiza no CTI, a corrida de leito na UNI é individual, não havendo um momento que oportunize cooperação entre os principais atores desse cenário.

Os residentes / a gente passa inicialmente nos pacientes, e a nossa corrida de leito é feita com o preceptor. Nem sempre o chefe vai no leito [...] A gente não corre leito com o enfermeiro. Aqui a gente faz as corridas de leito/ primeiro a gente passa no leito sozinho e depois a gente corre os leitos com o chefe. A gente não corre com a enfermagem. (M_UNI_2)

Multidisciplinar nunca ocorre beira leito. As equipes passam meio que independentes, separados, residentes conversam entre os residentes. [...] Entre os médicos, entre o residente e o preceptor [...]. (M_UNI_3)

Uma corrida de leito multi? NÃO TEM. [...] Comissão de curativo, quando a gente tem aí nós somos bastante PRÓXIMOS, AÍ SIM acontece beira leito do paciente. Porque eles chamam a gente ou vice e versa, a gente avalia a lesão e entra em consenso da cobertura. Agora fora isso não tem corrida de leito multi AQUI NÃO. De equipe médica NÃO. (E_UNI_6)

Também, diferente do CTI, as discussões clínicas acerca dos pacientes internados no Posto 04 da UNI não acontecem à beira leito. Os discursos acima validam que médicos e enfermeiros realizam suas avaliações dos pacientes de maneira isolada e independente. Cada profissional examina o paciente sob sua responsabilidade em momentos distintos da manhã, ostentando maior visibilidade neste local de práticas coletivas. Para Foucault (2014), a visibilidade possui estreita relação com o poder e suas manifestações. Nas relações humanas, o poder está sempre presente e se movimenta à medida que a posição dos sujeitos se modifica na disputa pelo saber.

A fala de M_UNI_3 simboliza que não há diálogo entre médicos e outros profissionais, inferindo que os saberes e percepções médicas são exclusivamente médicas e que a ciência de outras categorias profissionais não agrega elementos necessários para uma definição de conduta mais assertiva.

Confirmando essa linha de análise, o discurso de E_UNI_6 sinaliza que, na contramão da equipe médica, há proximidade entre a comissão de curativos e o enfermeiro assistente do paciente. Porém, um fato importante nesta fala é que a comissão de curativos é composta por

enfermeiro especialista, um enfermeiro estomaterapeuta. Assim, compor a mesma categoria profissional seguramente viabiliza um cuidado colaborativo, com contribuições de seus saberes.

Os médicos plantonistas do CTI discutem caso com os médicos horizontais para definição de condutas, os médicos da UNI discutem caso com os seus preceptores e/ou chefes de clínica no início da tarde para confirmar se a condução do caso está correta. Em caso de necessidade, vão até o paciente, caso contrário, a discussão acontece no posto de enfermagem.

[...] eles (residente e preceptor) sentam-se em um posto específico, passam os casos e o preceptor nem vai no leito do paciente. (E_UNI_1)

Ela [corrida de leito] não existe presencialmente, eles não fazem corrida de leito. Eles se sentam no computador e discutem os casos, chamam isso de corrida de leito, muitas vezes ocupando os computadores da equipe de enfermagem {risos}. (E_UNI_4)

[...] a beira leito só quando é necessário, só quando a gente acha que tem alguma dúvida no exame do paciente, ou algo assim. (M_UNI_1)

[...] aí SE FOR NECESSÁRIO, eles vão no leito com a gente, se tiver uma demanda mais importante, se a gente estiver com dúvida, ou não, se tiver uma família que é um pouco mais demandosa, que PEDE, aí eles vão no leito com a gente. Mas a princípio isso é feito todos os dias, para todos os pacientes, mas não necessariamente no leito do paciente [...]. (M_UNI_2)

Com relação à discussão de casos entre residentes e preceptores, uma NO do dia 22/11/202 apresenta como ocorre esse momento.

No mesmo dia em que observei a discussão de casos da equipe multi da UNI, consigo observar uma corrida de leito da clínica médica com início às 11:25h. Uma médica preceptora e uma residente no computador do posto de enfermagem. Computador aberto para ver exames, discutindo prescrição, médica define conduta e ajuste de prescrição. Define quais exames serão solicitados. Mostra raio x. A enfermeira já correu leito logo cedo para conhecer os pacientes. Preceptora define propedêuticas futuras inclusive ambulatorial para alguns pacientes. Residente expõe sua opinião no caso, bem diferente do CTI onde apenas ouvem e quem discute é o plantonista e o horizontal. Na UNI residentes mais ativos assumem os casos. Duração de 1h. (NO)

Gonzallo *et al.*, (2014b) trazem que a maioria das discussões clínicas para estabelecimento de estratégias terapêuticas ocorre principalmente em corredores ou salas, e não ao lado da cama do paciente. Essa baixa incidência de corridas à beira do leito pode ser atribuída a vários fatores, incluindo limitações de tempo e conflitos de disponibilidade de horário das equipes. Segundo os autores, embora possam existir discussões à beira do leito em alguns setores hospitalares, sua avaliação e implementação ainda não é bem relatada.

Os discursos abaixo corroboram com o fato de não haver discussão de caso à beira leito do paciente no Posto 04 e apontam estratégias implementadas para que a equipe multidisciplinar pudesse acessar os pacientes para prestação de cuidados. Neste momento, a questão da

disponibilidade médica ser preponderante surge mais uma vez como um dificultador para o trabalho em equipe.

Também não é feito [discussão a beira leito com equipe multi], antigamente a gente tinha um processo que era o seguinte: vinha uma pessoa da psicologia representando essa equipe multi, pegava os casos dos pacientes, pedia que passasse pra ela dois casos que envolvesse várias equipes que eles iriam discutir esses casos, então se eu percebesse que tinha necessidade de avaliação da fisio, da fono, da psicologia, várias demandas, era para passar esses casos que eles iriam abordar, mas não é feito mais esse processo, nem isso é feito. (E_UNI_4)

A gente tinha antes uma corrida de leito multidisciplinar, mas nosso maior dificultador aqui, nosso gargalo sempre era a participação do médico, porque na Unidade de Internação são várias equipes médicas, e os coordenadores das equipes médicas correm leito no horário deles. Então, não era uma corrida de leito da equipe multi, era uma corrida de leito do médico e a gente tentava participar, mas era muito mal estabelecido horário, dia e a gente não conseguia acompanhar. (IC_EM_3)

Na tentativa de introduzir a equipe multidisciplinar na definição das condutas terapêuticas, criou-se uma corrida de leito na UNI, em um setor externo ao local de internação dos pacientes, como descreve o discurso abaixo.

E aí criou-se uma corrida de leito da equipe multi, só que sempre batia na tecla das auditorias que essa corrida tinha que ter médico, tem que ter definição de conduta médica, tem que ter abertura de plano terapêutico, [...]. Com a pandemia encerrou, depois a gente passou a discutir alguns casos, a gente não corria leito, cada equipe levava dois pacientes de um posto e a gente discutia esses casos. Sempre escolhia os pacientes conforme os critérios: tempo de internação, pacientes que ainda não eram acompanhados pela equipe multi, entendeu? (IC_EM_3)

[...] toda terça feira 09h tem essa discussão de caso que acontece no CIAM. (IC_EM_3)

Nesta discussão multidisciplinar sobre os pacientes internados na UNI, percebe-se novamente os enfermeiros fora do processo por uma questão de logística.

[...] realmente da equipe de enfermagem a gente não tem [na corrida de leito da equipe multi], não tem uma equipe de enfermagem suficiente para disponibilizar alguém por tanto tempo aqui né? mas do restante sempre vem alguém: farmácia clínica, nutrição sempre tem alguém, psicologia, serviço social, mas da enfermagem não tem. (IC_EM_1)

Nem sempre né [há a presença do enfermeiro], essa por exemplo da Unidade de Internação, eles não costumam participar, participa o pessoal aqui da gestão de leitos, a enfermeira deles, mas a enfermagem dos postos não participa da corrida de leito. Mesmo na Unidade de Internação, desde sempre a gente teve muita fragilidade com a participação da enfermagem, a participação da enfermagem nunca é muito ativa [...]. (IC_EM_3)

Nota-se de maneira frequente nas falas dos informantes-chave da equipe multidisciplinar que a participação do enfermeiro em discussões clínicas o afasta da sua rotina administrativa do setor, na função que hoje ele é reconhecido e considerado indispensável.

Saber clínico do enfermeiro concebido como irrelevante. Em um estudo realizado com enfermeiros do Rio Grande do Sul, Trindade *et al.*, (2022) identificaram que as funções administrativas e de gerenciamento do setor foram associadas à sobrecarga de trabalho, com repercussão desfavorável sobre a qualidade da assistência, por distanciarem os enfermeiros do leito.

Setores como o Posto 04 da UNI têm o perfil característico de alta rotatividade de pacientes que resulta em alta carga de atividades assistenciais que demandam rapidez. Por outro lado, há também pacientes com maior complexidade de cuidados devido ao quadro clínico, podendo ocasionar sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem. Nesse sentido, a adequação de recursos humanos de enfermagem pode repercutir na qualidade da assistência (AIKEN, *et al.*, 2014; MORAES *et al.*, 2021)

Estudo realizado na Suécia evidenciou que os enfermeiros consideram que, quando inseridos, o trabalho em equipe funciona bem. Trouxeram que a colaboração efetiva entre médicos e enfermeiros otimiza a assistência porque eles se complementam ao compartilharem suas diferentes experiências e conhecimentos, gerando sentimento de coletividade. Os autores descreveram, ainda, a importância de todos os membros da equipe terem informações atualizadas sobre os pacientes, mesmo que seja necessário se esforçar para compartilhá-las uns com os outros e seja estressante (WILLMAN, NILSSON, BJURESÄTER, 2022).

Tradicionalmente, as discussões clínicas à beira leito são um momento oportuno de tomada de decisão compartilhada e a presença de profissionais não médicos, principalmente enfermeiros, tem sido destacada como essencial para um cuidado efetivo. Entretanto, estudos demonstram que a ocorrência de corridas de leito em unidades de internação é limitada se comparada a setores de terapia intensiva (GONZALO *et al.*, 2014b).

Abalos e Reque (2019) confirmam que, apesar de a corrida de leito gerar um ambiente de trocas positivas que alimentam o conhecimento dos participantes sobre todos os aspectos dos casos clínicos discutidos, esse recurso é pouco praticado pelos profissionais em conjunto com a enfermagem.

Desde a década de 1960, discute-se a importância da interdisciplinaridade nas práticas de saúde e a necessidade precípua de incluir o enfermeiro neste movimento. Um trabalho em equipe, quando realizado por profissionais com saberes e práticas específicas, legitimadas institucionalmente, possuem elementos próprios que determinam o sucesso do trabalho em conjunto. No Brasil, o trabalho em equipe iniciou em 1924, entretanto, para que um trabalho com decisões assistenciais compartilhadas possa ser efetivo, deve ser realizado em um espaço institucional, onde há uma submissão à norma e uma idealização coletiva sobre o trabalho

interdisciplinar. Concretizar ações dessa natureza esbarra com a dificuldade imposta pela predominância do saber médico, como já dizia Nogueira em 1998, que incorporar e administrar novos saberes nesta prática é um obstáculo por romper com a hegemonia médica.

Uma corrida de leito estruturada e normatizada potencializa a confiança da equipe na reabilitação compartilhada do paciente. É importante ressaltar que uma discussão clínica formalizada com evidências para rastreabilidade torna os sujeitos condutores identificáveis e permite que toda comunidade hospitalar saiba a quem dirigir seus questionamentos em qualquer situação que exija confirmações ou enfrentamentos (JOHNSTON *et al.*, 2022).

Identificou-se que a inexistência de rotinas e normas que padronizem a corrida de leito impossibilita um cuidado colaborativo e interdisciplinar tanto na UI quanto no CTI. Embora existam diferenças entre as corridas de leito de um setor aberto e fechado, os elementos e circunstâncias que influenciam o sistema são similares. Em ambos os setores, identifica-se a necessidade médica como principal razão para organização do cuidado.

A forma como se pratica a corrida de leito vem fabricando e subjetivando os sujeitos, bem como certas práticas e atitudes e, embora seja uma necessidade, romper com uma visão de polaridades excludentes não é uma tarefa fácil. A corrida de leito foi se construindo e se fortalecendo através de concepções tradicionais, reproduzindo percepções diversas acerca desse processo. Segundo Foucault (2015), não há um padrão de como perceber o seu entorno, uma vez que o modo como enxergamos as coisas não é neutro e, tampouco, individual.

6.4 A corrida de leito na percepção e subjetivação dos agentes envolvidos

Esta categoria aborda a percepção da corrida de leito como um processo de subjetivação do sujeito inscrito no campo do verdadeiro e do falso, trazendo a maneira como os agentes envolvidos compreendem o ambiente e o seu lugar no espaço social das práticas de saúde. Os discursos carregam em si desejos que ilustram o significado e o sentido desse processo como instrumento de poder e manifestação das possibilidades de saber. Foucault (2016) considera que o poder se manifesta por meio do discurso; já que por ele se diz o que se sabe, concedendo poder à pessoa que o legitima pelo discurso da verdade.

Houaiss, Villar e Franco (2009) definem percepção como ato ou efeito de perceber, faculdade de apreender por meio dos sentidos ou da mente, consciência, impressão ou intuição. Por meio dos discursos, foi possível analisar o sentido da corrida de leito para os profissionais envolvidos no processo, no que tange à sua finalidade enquanto ferramenta assistencial para discussão de casos clínicos, definição de condutas e instrumento de educação médica. Os

trechos das falas também apresentam os desafios desse mecanismo para os profissionais não-médicos, sinalizando que a subjetivação dos sujeitos influencia na posição que eles ocupam durante este processo.

Para Orlandi (2009), o sentido só é possível a partir da sua materialização na linguagem, pois se encontra constituído nas e pelas formações discursivas. Dessa maneira, o sentido não existe em si mesmo, sendo determinado pela posição social daqueles que produzem as palavras. De maneira mais profunda, o sentido não emerge apenas do que é dito em determinado ambiente e momento, mas também do que não foi dito e do que poderia ser dito, mas não foi.

Pela ótica das relações de poder, a constituição da subjetividade se dá nos contatos estabelecidos entre os indivíduos por meio da posição que o sujeito ocupa no discurso. Assim, a subjetivação acontece quando se constitui uma identidade e, dependendo dessa identidade, a posição que você ocupa influencia o sentido das suas escolhas e práticas. A subjetividade é legítima e fundamentada por tomar forma nos gestos, na postura, no olhar e nos discursos (FOUCAULT, 2016).

Segundo Foucault (2016), o posicionamento diante da realidade implica em perduráveis jogos de resistência entre discursos e práticas discursivas e não discursivas. É preciso considerar que a análise de acontecimentos discursivos não pode ser generalizada e as situações não devem ser classificadas como definitivas e absolutas, pois se trata de uma aproximação que deve permitir o aparecimento de relações instáveis.

Assim, considerando os locais de fala dos entrevistados, os trechos abaixo demonstram como sujeitos de categorias profissionais distintas, porém inseridos no arcabouço assistencial de um mesmo setor, percebem a corrida de leito de maneira dissemelhante:

[...] aí é discutido os casos dos pacientes e o que vai ser feito no dia e quem vai de alta, quem vai ser transferido e, também, acontece a notícia para o familiar, depois da corrida de leito. (E_CTI_10)

Uns [médicos horizontais] são mais detalhistas pegam questões mais amplas, outros são mais diretos e mais restritos a coisas mais rápidas e específicas, mas de maneira geral, assim, ... a corrida de leito engloba questão do protocolo, principalmente para a gente avaliar questão de dieta, nova sedação, invasivos, antibióticos, esse tipo de coisa. (M_CTI_3)

Enquanto o médico do CTI compreende a corrida de leito como um momento para estabelecer condutas terapêuticas a partir de uma discussão clínica, o enfermeiro interioriza esse momento como um instrumento que determina suas ações, dando maior ênfase às suas atividades administrativas e de organização do setor, do que com o cuidado assistencial propriamente dito.

O CTI é um local destinado à internação de pacientes que necessitam de assistência complexa e monitorização contínua. Desde o fim da década de 1980, os enfermeiros têm convivido com o desafio de acompanhar a evolução tecnológica e manter suas habilidades de escuta dos sofrimentos, angústias e frustrações daqueles que estão sob os seus cuidados. Compete ao enfermeiro intensivista equilibrar a vida e a morte, o humano e o tecnológico, mantendo a estabilidade entre o cuidado do paciente e o bom funcionamento do setor (OUCHI *et al.*, 2018).

Corroborando o resultado deste estudo, Ouchi *et al.* (2018) afirmam que a atual realidade dos serviços de saúde exige que o enfermeiro seja capaz de conciliar a prática de uma assistência segura e humanizada com suas atividades administrativas e burocráticas, prejudicando o seu foco na execução do cuidado à beira leito. Ao enfermeiro intensivista, concerne possuir conhecimentos, habilidades e atitudes para sistematizar e decidir sobre o uso de recursos humanos, físicos, materiais e de informação tecnológica na assistência prestada.

Estudo realizado em um CTI de Belo Horizonte, Minas Gerais, identificou que no cotidiano do trabalho em saúde, geralmente os enfermeiros têm suas práticas voltadas para a gestão e atividades burocráticas, enquanto as práticas médicas são mais focadas na propedêutica e terapêutica dos pacientes (MATTAR E SILVA *et al.*, 2020). Neste ambiente, sustentando a fala de M_CTI_3, a prática médica é reconhecida e valorizada por desencadear todo o processo terapêutico para restabelecimento da saúde ao corpo biológico criticamente doente (RIAZ; HAIDER, 2010).

Em seu estudo sobre relações de poder nas práticas de saúde de médicos e enfermeiros na terapia intensiva, Mattar e Silva *et al.*, (2020) ainda constataram que, enquanto os médicos consideram o cuidado como identidade da sua profissão, os discursos dos enfermeiros apontaram um distanciamento da assistência direta ao paciente como foco de sua prática profissional, buscando em atividades administrativas a afirmação da sua importância no ambiente de trabalho.

Embora de setores diferentes, mas pertencente à mesma categoria profissional, o enfermeiro do Posto 04 da UNI também percebe a corrida de leito como uma ferramenta que irá determinar as suas ações a partir da discussão clínica entre médicos, uma vez que não há essa interação à beira leito entre médico e enfermeiro no setor.

[...] a nossa corrida de leito [da enfermagem] é para conhecer o nosso paciente, para ter um contato mais próximo, a gente vai em um por um. As condutas [médicas], a gente fica esperando o médico passar primeiro para definir a conduta [...], a gente [a enfermagem] já chega no paciente sabendo que tem essa demanda para ser realizada.

Então a gente [a enfermagem] sempre fica esperando eles passarem para ver qual vai ser o processo do dia [...]. (E_UNI_5)

Segundo Wachekowski *et al.* (2022), as visitas de enfermagem à beira leito possibilitam a avaliação e o conhecimento sobre o estado de saúde e condições do paciente sob sua responsabilidade. Este momento oportuniza uma comunicação horizontalizada com o paciente, esclarecimento de dúvidas, verificação e confirmação de procedimentos a serem realizados, abordar problemas, ouvir queixas, definir a assistência necessária e realizar educação em saúde de forma autônoma.

Todavia, quando E_UNI_5 diz que aguarda a corrida de leito do médico para definir as suas condutas, evidencia-se a perpetuação de que ao médico é delegado o principal saber, a responsabilidade em nortear as estratégias terapêuticas e direcionar o andamento da rotina assistencial. Pressupõe-se pela fala dos enfermeiros deste estudo uma submissão (in)voluntária à supremacia médica. Dessa maneira, o nível de visibilidade da equipe médica pode ser entendido como relativamente proporcional ao seu nível de responsabilidade, uma vez que alguns enfermeiros conferem ao médico uma soberania sustentada pelo reconhecimento do encargo da pressão pela tomada de decisões (MATTAR E SILVA *et al.*, 2020).

A percepção dos enfermeiros do CTI e da UNI transfere para a corrida leito um sentido único, no qual o médico opera como condutor do tratamento e o enfermeiro se comporta como condutor dos processos assistenciais vinculados ao bom funcionamento do setor. Santos *et al.* (2015) explicam que o cuidar como essência do trabalho do enfermeiro produz efeitos negativos, se comparado à visibilidade que a gestão do serviço pode trazer ao profissional. Pela ótica foucaultiana, a visibilidade possui estreita relação com o poder e suas manifestações (FOUCAULT, 2016).

O enfermeiro do CTI, ao salientar em sua fala a deliberação de altas e transferências como centralidade da sua ação, denota que se trata de algo importante para sua rotina burocrática de trabalho. Contudo, quando o médico diz: “resolver o problema... e resolvendo passa para o próximo paciente... de maneira mais objetiva” entende-se como não dito que o foco da discussão clínica também não é o paciente em sua plenitude. É possível subentender que, para este profissional, a objetividade da corrida de leito está relacionada ao tempo médio de permanência e giro de leito no setor, deixando as demandas precípuas do paciente: física, social, psicológica e espiritual às margens do processo.

[...] ela [corrida de leito] existe para identificar e RESOLVER o problema do paciente ali na hora né? [...] Então, esse paciente precisa do que para melhorar? Qual que é a perspectiva? Qual é a proposta para esse paciente? [...] E resolvendo o problema, passa

para o próximo. Então é uma coisa, corrida de leito um pouco mais objetiva.
(M_CTI_1)

Conforme o Observatório da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP, 2023), é desejável que os hospitais possuam rigoroso controle sobre o tempo de permanência do paciente em regime de internação. Para aprimoramento dos serviços prestados, os gestores hospitalares utilizam indicadores que avaliam a qualidade da assistência vinculada ao desempenho institucional (DAMASCENO; ALVES, 2020; ANAHP, 2023).

Segundo Ramos *et al.*, (2018), manter a taxa de ocupação hospitalar elevada é favorável, pois aumenta o número de pacientes atendidos e favorece uma distribuição melhor dos custos indiretos. Entretanto, uma maior taxa de permanência (tempo de internação) aumenta também os custos, mostrando que os indicadores de qualidade assistencial estão diretamente relacionados com desempenho financeiro e econômico. Uma melhor eficiência operacional é viabilizada quando o hospital apresenta elevada taxa de ocupação com o giro de leito otimizado, possibilitando novas internações frequentes e menor ocorrência de complicações (DAMASCENO; ALVES, 2020; LOKE *et al.*, 2019)

Jiménez; Swartz e McCorkle (2018) enfatizam que as corridas de leito na presença simultânea de médicos e enfermeiros resultam em melhores resultados clínicos, como a redução do tempo de permanência e diminuição dos custos, contribuindo para um melhor desempenho operacional. Atualmente, o serviço de saúde é um exemplo emblemático do modo de produção capitalista, no qual materializa-se o predomínio da eficiência operacional sobre o sujeito, estando as práticas de saúde influenciadas pela busca de menores custos hospitalares (HOLANDA, 2019).

Nessa lógica, estudo de Guimarães e Magni (2020) identificou, por meio do relato oral de uma enfermeira que vivenciou um processo de tratamento e intervenções com internações recorrentes, que ela hoje consegue perceber a mecanização do trabalho em saúde. Segundo a entrevistada, apesar de o processo de adoecimento interferir significativamente na vida do indivíduo, o cuidado multidisciplinar integral constitui um desafio. As tecnologias em saúde e o modelo de administração hospitalar estão comprometendo a percepção dos profissionais quanto às suas práticas. Segundo a entrevistada, é necessário lembrar que a equipe de saúde está diante de um ser humano como eles para conseguir enxergar o paciente como pessoa e não somente como doença.

Lima, Jesus e Silva (2018) defendem a importância de os profissionais de saúde refletirem sobre suas ações para que essas não sejam realizadas de forma mecanizada, sem olhar as subjetividades implicadas no processo do cuidar. Com o aumento dos recursos tecnológicos

em saúde, muitos profissionais acabam esquecendo da importância das relações humanas ao cuidar de pessoas.

A medicina moderna foi estabelecida em torno dos últimos anos do século XVIII, já embebida de ideias positivistas e os médicos passaram a perceber e escutar mais a razão, modificando a estrutura do saber. O corpo humano passou a se constituir de um atlas anatômico, sólido e visível, concedendo privilégios à anatomia patológica (FOUCAULT, 2022).

Segundo Foucault (2022), com a modernidade da assistência em saúde, o corpo passou a ser observado por suas lesões visíveis e ao médico coube desempenhar sua prática sobre a verdade, exercendo um poder que, de pleno direito, pelo seu saber, ele passou a possuir.

A medicina classificatória se mantém presente no cotidiano terapêutico há mais de um século, reverberando, ainda, como um importante instrumento que valida as práticas de saúde. Antes se configurava apenas a doença, no entanto, hoje ela permanece como o foco das práticas de saúde para garantir maior eficiência operacional dos serviços hospitalares, deixando a identidade do paciente como algo desnecessário a ser considerado.

A doença é percebida fundamentalmente como um espaço de projeção sem profundidade, existindo apenas em um plano e em um instante para se trabalhar seus fenômenos. Para Foucault (2022, pág. 12), “de uma doença a outra, a distância que as separa se mede apenas pelo grau de sua semelhança, sem que intervenha o afastamento lógico-temporal da sua genealogia”. Confirmando os achados, pelos discursos dos entrevistados, percebe-se a materialização do entorpecimento da sensibilidade, anulando a unidade da essência do ser cuidado. Observa-se uma gestão racional da terapêutica com finalidades particulares e institucionais, mas não direcionadas ao paciente.

A fala de outro enfermeiro do CTI confirma que a objetividade do discurso médico durante as discussões clínicas gera ansiedade e angústia no paciente.

[...] a corrida de leito é feita em horário de visita ou com o paciente consciente, os pacientes ficam um pouquinho {risos} porque os médicos são mais OBJETIVOS, né? Mas, muitas vezes, até um pouco mais frios, e os pacientes acabam sentindo isso, né? Então, a gente [enfermeiro] sempre termina a corrida, a gente fala com o paciente: “*Daqui a pouco a gente volta aqui*” {risos} para CONVERSAR. Porque tem alguns que são mais incisivos também, então às vezes o paciente fica um pouco ASSUSTADO {risos}. (E_CTI_7)

Contrariando o discurso acima, estudo realizado em Baltimore, Maryland, identificou que a comunicação centrada no paciente durante as corridas de leito está associada a melhores resultados para o paciente, incluindo compreensão das avaliações e recomendações, adesão à terapia e satisfação com o atendimento (SHARP *et al.*, 2022). No entanto, apesar de as corridas de leito serem uma oportunidade para pacientes e equipes se comunicarem, quando as equipes

estão à beira do leito, não exploram a compreensão e a perspectiva do paciente sobre seu processo terapêutico (REDLEY *et al.*, 2019; APKER *et al.*, 2019).

Sharp *et al.* (2022) salientam que ainda é comum pacientes não serem informados sobre o seu plano terapêutico, embora a medicina baseada em etiqueta, definida como tratar o paciente com cortesia e respeitar o seu espaço e perspectiva, tem sido cada vez mais reconhecida como importante para eles. Em estudo descritivo dos padrões de comunicação em corrida de leito realizado em Melbourne na Austrália, Redley *et al.* (2019) confirmam que, embora as corridas de leito sejam realizadas a beira leito, apenas 18% das discussões clínicas observadas consideraram a contribuição dos pacientes nas decisões sobre os seus cuidados.

Embora gere espanto, os pacientes preferem um modelo de corridas de leito à beira leito, pois percebem esse momento como uma oportunidade de obter uma comunicação mais clara dos médicos, e assim ter maior compreensão de suas condições clínicas (GONZALLO *et al.*, 2014b). Redley *et al.* (2018) identificaram que fornecer informações claras e compreensíveis encorajam e empoderam pacientes e familiares a participarem ativamente da discussão, podendo interferir no modelo de discussão clínica adotado, o que pode vir a ser um problema para as equipes de saúde centralizadoras.

Conforme Foucault (2014), o poder se adquire, não é algo ou uma entidade que se possui, trata-se, portanto, de uma posição que se conquista pelo conhecimento obtido. Assim, o poder é relacional e a maneira que se posiciona neste local é o que determina a simetria da relação. Conhecer seu estado clínico e as possibilidades terapêuticas gera possibilidade de fala para pacientes e familiares, trazendo maior sentimento de pertença à situação vivida, concedendo uma percepção mais humanista e questionadora para o processo de cuidado, vinculado à corrida de leito.

A corrida de leito observada no dia 08/11/2023 corrobora que os médicos apresentam comportamento pouco sensível para o ambiente de trabalho em saúde.

Observado muitas brincadeiras entre os médicos. Observado que durante a corrida iniciou o horário da visita e os familiares foram chegando assustados pelo volume de pessoas falando alto próximo ao paciente. Detalhe que o grupo de pessoas que falava sobre o paciente estava de costas para o próprio paciente na maioria do tempo e de costas inclusive para os familiares. Famílias ouvindo os termos técnicos com os rostos assustados. (NO)

Entretanto, é válido ressaltar que, o perfil do médico horizontal no momento da corrida de leito, além de afetar na condução do processo, interfere também no comportamento da equipe e na dinâmica da discussão clínica. Tendo corridas de leitos mais objetivas e incisivas,

tem-se médicos que, com seu comportamento mais prudente e moderado, proporcionam aos envolvidos uma discussão clínica mais humanizada.

Como demonstra o trecho abaixo, na corrida de leito, observada em 09/11/2023, a subjetivação do sujeito seguramente modela o processo.

Ao discutir o caso de um paciente consciente e com a filha presente, o médico horizontal 2 inclui a familiar na discussão. Observei que pela postura do médico, esta corrida de leito possui mais serenidade que outras. Percebo as mesmas pessoas mais concentradas. Atribuo essa mudança de comportamento ao perfil do médico horizontal. Muito didático, inclusive com os visitantes, o médico mantém a condução de toda a situação, não ignorando pacientes e familiares. Mesmo interagindo, observo alguns familiares assustados com os termos técnicos. (NO)

Mesmo sendo inseridos na discussão clínica em um momento mais intimista, percebe-se ainda que se trata de uma situação delicada para quem está sendo assistido no ambiente de terapia intensiva. A internação em si gera ansiedade e medo, e a necessidade de CTI potencializa a insegurança perante a manutenção da vida e do bem-estar, podendo gerar repercussões negativas no estado de saúde. Segundo RAI *et al.* (2020), a internação em CTI pode gerar deficiências mentais, como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático pelas situações vivenciadas no ambiente. Distúrbios do sono e delírio são problemas de saúde comumente percebidos entre os pacientes internados em terapia intensiva e são identificados como fatores de risco para o desenvolvimento de complicações psiquiátricas após a alta.

Devido à observação de um comportamento diferenciado na condução da corrida de leito no CTI, um dos médicos horizontais foi convidado a compor a amostra de entrevistados como informante chave. Na ocasião, seguindo os pontos de atenção durante a corrida de leito, questionado se teria algo em que melhoraria no processo, ele trouxe exatamente que a corrida à beira leito, se não for bem conduzida, pode se tornar um momento angustiante e uma experiência traumática para familiares e pacientes, como representa o trecho abaixo:

Eu particularmente acho que a corrida em BEIRA DE LEITO muitas das vezes com a presença do familiar junto naquele momento, às vezes gera uma situação de angústia grande, vai ter a comunicação com termos técnicos não plenamente compreendidos por ele, que pode gerar sofrimento. E eu acho que que é importante que todos tenham a passagem, vendo o doente, mas eu, se fosse possível, [...] eu preferia, por exemplo, uma sala em que pudesse ter todos sentados juntos ali, conversando sobre o caso [...] eu acho que isso talvez denotaria mais delicadeza no cuidado, falar de uma forma expositiva de frente para o leito todos os dias não é tão bonito, não é tão delicado. (IC_M_HORIZ_CTI_1)

Estudo randomizado e controlado realizado em três hospitais universitários suíços indicaram que, em corridas de leito à beira leito, os tópicos delicados são evitados e não ditos, gerando, com frequência, maior confusão por parte do paciente quanto ao seu estado de saúde.

O resultado apresentou que os médicos se sentem mais confortáveis com discussões clínicas longe do leito do paciente, uma vez que, para eles, a corrida à beira leito demanda mais tempo e compromete abordar temas sensíveis, gerando maior desconforto na equipe (GROSS *et al.*, 2022). Assim, o desejo por uma corrida de leito em outro local pode ser entendido como uma estratégia de conforto para a equipe, deixando o paciente de estar na centralidade do processo.

Para Redley *et al.* (2018), a análise das experiências dos pacientes na participação da corrida de leito em ambientes de terapia intensiva ainda é limitada e a investigação sobre a participação dos pacientes se centra predominantemente no envolvimento deles na tomada de decisões, mostrando que a preferência dos pacientes pela participação nos cuidados é de fato variável.

Segundo Gross *et al.* (2022), apesar de os médicos preferirem realizar as discussões clínicas fora do quarto, a equipe de enfermagem prefere apresentações à beira do leito por serem mais informativas para os pacientes. Para Guimarães e Magni (2020), o cuidado em saúde demanda a integração entre conhecimento técnico e cuidado humanizado, visando atender às necessidades dos pacientes e familiares. Nesse sentido, a equipe de saúde, principalmente, o enfermeiro, tem suas práticas permeadas por uma rede de relações, interações, associações e significados no processo de cuidado dos pacientes com maior humanização.

A Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) têm como intuito a coparticipação de todos os agentes envolvidos no processo de saúde, como usuário, trabalhador e gestor, a fim de proporcionar tratamentos de saúde de forma mais efetiva, respeitando a autonomia e protagonismo e práticas em saúde mais humanitárias (BRASIL, 2010).

Considerando a percepção dos profissionais a cerca da corrida de leito, para o médico plantonista da UNI, a corrida de leito à beira do leito tem outro sentido:

[...] converso com o paciente, converso com acompanhante, NÃO DOU MUITA ÊNFASE NO EXAME FÍSICO porque, paciente oncológico a gente tem muito mais demandas para olhar, então exame físico BÁSICO e rápido, mas É MAIS NA PARTE DA CONVERSA, pendências, dúvidas e principalmente sobre suporte de vida. Então às vezes eu tenho que ter uma conversa mais profunda para definir cuidado paliativo, definir o que que a família tem de expectativa. Então essa é a parte que mais demanda da gente na corrida de leito. Que eu tenho que dedicar um tempo maior para reunião familiar. Coisas que não teria numa enfermaria que não é oncológica. (M_UNI_4)

Para o entrevistado acima, a corrida de leito à beira leito não tem função clínica ligada às questões semiológicas. Para este médico, as questões fisiopatológicas do paciente não são objetivo precípua da visita ao leito, tendo este momento uma função mais direcionada à finitude da vida, enquanto no CTI o foco é a reabilitação do doente.

Comumente, o processo de adoecimento vem acompanhado de sofrimento intenso ao paciente e seus familiares, diante das incertezas, do medo da morte e afastamento social (GUIMARÃES; MAGNI, 2020). A integralidade do cuidado no processo saúde-doença deve considerar as necessidades individuais, focando na humanização da clínica e colocando o paciente como protagonista, porém, ainda se observa a dificuldade encontrada pelos profissionais em estabelecer relações para além da técnica e das tecnologias duras (PEDROSA; POLEJACK, 2016).

Apesar das recomendações de que a participação de pacientes e acompanhantes em rondas nas enfermarias do hospital seja uma boa prática, o papel do paciente durante as rondas na enfermaria é pouco compreendido, e quando presentes no momento da discussão, as preferências sobre os seus cuidados são pouco consideradas (REDLEY *et al.*, 2018).

Nesta situação, o conhecimento médico reverbera como produção da verdade, ambicionando controlar o cotidiano das práticas de saúde. A transmissão dessas verdades são, portanto, efeitos de relações de poder que se estabelecem a partir da produção, acumulação e circulação de saberes (FOUCAULT, 2020).

Por meio das discussões clínicas, articula-se o ritual do poder, se legitima a experiência, confirma a força e instaura a verdade (FOUCAULT, 2014). Associada ao conhecimento científico, a fim de atender a multidimensionalidade dos seres humanos, é primordial a troca de responsabilidades com o objetivo de atender, em conjunto, as necessidades dos pacientes e familiares (GUIMARÃES; MAGNI, 2020).

Apesar de já discutido na categoria anterior e seguindo o exposto acima, no Posto 04 da UNI, o médico traz que os casos dos pacientes são discutidos entre médicos e em locais distantes do leito, mas não por uma necessidade de preservar o paciente, como mencionado pelo médico horizontal do CTI, mas por uma questão de necessidade médica. A ida ao leito está condicionada à necessidade de conversar com familiares, possibilitando subentender que, se não houver informações a serem repassadas aos familiares, a ida ao leito é dispensável, uma vez que as informações necessárias para tomada de decisão estão disponíveis em computadores e prontuários.

Eles avaliam e depois o preceptor se senta com eles num determinado horário do dia para fazer a discussão de caso, é assim que acontece hoje. (E_UNI_2)

[...] os preceptores se sentam com a gente em um computador, discute cada caso, passa nos leitos com a gente se for preciso. (M_UNI_5)

[a corrida no leito acontece] Só se a gente precisar da ajuda dela, né, para conversar com a família etc. (M_UNI_4)

Considerando as particularidades de um setor aberto e um setor fechado, nos hospitais da Suíça, nas Unidades de Internação, também são médicos residentes que acompanham os pacientes e os casos são apresentados aos médicos preceptores para estabelecimento de medidas diagnósticas e terapêuticas (GROSS *et al.*, 2022).

No modelo estrutural dos hospitais, a organização dos leitos permite um controle articulado e detalhado, tornando visíveis aqueles que se encontram no ambiente, deixando os corpos expostos ao domínio das equipes de saúde. A organização dos hospitais tomou este formato visando otimizar a observação dos doentes e permitir melhor coordenação do cuidado. Segundo Foucault (2014), ao passo que o hospital passou a ser um operador terapêutico, passou também a ser um local da disciplina médica promovendo a visibilidade dos profissionais assistenciais tanto pela hierarquia quanto pelos pares e pelos usuários. Desse modo, o hospital passou a ser vitrine, no qual todos os presentes se encontram expostos, em proporções diferentes de exposição, visibilidade e reconhecimento, mas, de fato, sendo meticulosamente observados e controlados pelo sistema (FOUCAULT, 2014).

Na UNI, diferentemente do CTI, a corrida de leito não acontece à beira leito e as discussões ocorrem somente entre médicos. Um dos motivos nas falas dos entrevistados é a utilização desse momento para sanar dúvidas dos médicos em formação, por serem residentes em Clínica Médica. Infere-se que este momento reservado evita a exposição perante os outros profissionais quanto às suas dificuldades diante da assistência dos paciente, mesmo que o trabalho em saúde fique desalinhado e desarticulado.

Eu vejo que cada profissional aqui trabalha muito separado, o que é do enfermeiro é do enfermeiro, o que é do médico é do médico, fisioterapia, nutrição (E_UNI_3)

[...] tento também explorar aquelas doenças daquele paciente de forma mais acadêmica né, extrapolando um pouco o caso, e é isso. (M_UNI_1)

As falas acima trazem que não há comunicação entre os profissionais de diferentes categorias. O enfermeiro relata que o trabalho assistencial na UNI é disciplinar, cada área atua sem articulação com o conhecimento de outras ciências da saúde. O médico pontua que a discussão clínica com o médico preceptor para definição de estratégias terapêuticas vai além da condição do paciente, explorando temas relativos às doenças e suas fisiopatologias, para potencializar seu conhecimento científico. A corrida de leito, apesar de ser um momento para troca de informações e conhecimento entre profissionais e pacientes, também é considerado por muitos profissionais como um instrumento de educação médica.

Acho que você propor a conduta é uma coisa que faz você aprender, porque você pode estar errado, você pode estar certo, mas você cria o costume de propor coisas para o paciente e eles [preceptores] vão corrigindo a gente onde precisa, vão acrescentando, acho que essa maneira é uma coisa positiva pro aprendizado. (M_UNI_5)

Conforme revelado pelo médico entrevistado, embora ele seja responsável pelo acompanhamento clínico do paciente, em sua concepção é natural que haja enganos nas suas condutas, e a discussão clínica, que deveria ser à beira leito incluindo o paciente, acontece no intuito de direcioná-lo e ensiná-lo. Este médico do Posto 04 da UNI percebe este momento como uma ferramenta importante para o seu aprendizado, estando o paciente, mais uma vez, excluído da centralidade do processo.

De acordo com Gross *et al.*, (2022), discussões fora do leito do paciente podem ser mais teóricas e acadêmicas, concentrando-se nas demandas educacionais dos residentes e menos nos aspectos do atendimento ao paciente.

Já para os enfermeiros, a corrida de leito longe do leito é menos útil porque o ensino dos residentes absorve grande parte da discussão clínica, levando a longos períodos de espera em que os enfermeiros ficam distantes do seu processo de trabalho e do setor. Em 22/11/2022, foi possível observar um momento em que o médico do Posto 04 da UNI discute um caso com o médico preceptor, confirmando os relatos já recebidos sobre como transcorre o processo e sustentando o exposto acima por M_UNI_5.

Às 11h25min consigo observar uma corrida de leito [fora do leito] da clínica médica. Uma médica preceptora e uma médica residente sentadas em um computador do posto de enfermagem. Computador estava aberto para ver os exames, discutiram prescrição, médica preceptora definiu conduta e ajustou medicações prescritas indevidamente. Definiu quais exames serão solicitados. Visualizaram um raio x. Abriam muitas evoluções do mesmo paciente. Parecem não ter propriedade do caso porque precisam ver tudo em prontuário e correlacionar os dados para pensarem. Discussão pouco produtiva. Uma acadêmica de medicina assiste as duas sem opinar. Digno de nota: sugestão de mudança de antibiótico devido a clearance renal. Médica residente não tinha se atentado para isso, mantendo o antibiótico nefrotóxico. (NO)

Para contextualizar o cenário, na UNI não há uma corrida de leito com a participação de médicos e outros profissionais de saúde. As equipes avaliam os pacientes individualmente, em horários distintos, sem que haja comunicação e interação multi ou interdisciplinar. No CTI, as corridas de leito acontecem com a presença da equipe médica, participação de profissionais da fisioterapia e da enfermagem, todos os dias pela manhã, porém, sem horário definido.

Tanto no CTI quanto na UNI, médicos e enfermeiros são profissionais exclusivos destes setores para atender os pacientes internados. Já os profissionais de outras especialidades atendem pacientes de diversos setores conforme necessidade, não havendo exclusividade

setorial, sendo, portanto, profissionais que atuam institucionalmente sobre demanda. A equipe médica possui um médico plantonista responsável por acompanhar a evolução diária dos pacientes e por promover a continuidade dos cuidados. O médico plantonista estabelece o monitoramento e a implementação do plano assistencial diário com checagem de todos os processos essenciais na condução dos casos, em conjunto com o médico plantonista e o restante da equipe multiprofissional. Na UNI, o médico plantonista é o residente de clínica médica, sendo supervisionado pelos médicos preceptores, como o discurso abaixo de uma enfermeira:

Então, é geralmente cada médico, é... existem os médicos preceptores né? Mas quem da equipe médica faz realmente as avaliações são os residentes (E_UNI_3)

No setor de Terapia Intensiva, apesar de não ser o médico residente que assume o plantão e os cuidados com o paciente, a corrida de leito também é percebida como momento acadêmico e não somente clínico.

[...] gosto muito, eu acho que aproveito muito porque fiz clínica, eu tinha a preceptoria, eu tinha quem me orientar e o CTI é o único ambiente onde eu tenho um pouco esse feeling assim né, de ter um horizontal, com quem discutir, e por um manejo um pouco fora da zona de conforto de quem é clínico, então agrega conhecimento e crescimento. (M_CTI_6)

Eles [médicos] vão em cada box e fala / passa o caso do paciente e explica a situação, dependendo do médico que tiver na corrida / eles explicam mais parte teórica para os residentes e as condutas que devem acontecer no decorrer do dia. (E_CTI_1)

A questão da educação médica no momento da corrida de leito do CTI desconsidera a presença de outros profissionais podendo gerar interferências negativas no processo de trabalho do restante da equipe. As falas demonstram que, apesar da corrida de leito acontecer para definição de estratégias terapêuticas, ela também cumpre a função de capacitar médicos em formação durante o trabalho vivo em ato.

Poque como corre muitos residentes também, acaba que é uma aula para eles né. (E_CTI_3)

[...] como tem muito residente, os médicos acabam explicando teoria dentro da corrida de leito, isso acaba delongando muito. É muito interessante? Sim, mas acaba travando um pouco o processo, sabe? Isso podia ser para um outro momento. (E_CTI_4)

Em 08 e 09/11/2022, a observação no CTI validou que as corridas de leito possuem de fato, uma finalidade acadêmica, além de clínica. O fato de orientar médicos em formação não compromete a definição de condutas em si, mas implica na disponibilidade de os profissionais não médicos acompanharem e participarem ativamente da discussão, tanto pelo fator tempo quanto, por ficarem inibidos em se expor. Isto posto, infere-se que os médicos são ensinados desde a sua formação não integrar saberes.

08/11/22: Presentes na corrida de leito: 6 residentes, 1 médico plantonista, 1 médico horizontal, 1 fisioterapeuta, 1 enfermeiro e nenhum técnico de enfermagem.

09/11/22: Presentes da corrida de leito: 1 médico plantonista, 9 residentes e 1 fisioterapeuta. Horizontal conduz a corrida de leito e a discussão dos casos de forma bem explicativa e educativa para os residentes compreenderem a lógica do raciocínio para tomada de decisões, deixando o processo a beira leito bem acadêmico e pouco objetivo no que diz respeito à clínica. Familiares assustados.

Por mais de um século, as corridas de leito à beira do leito têm sido vistas como um método de aprendizado ideal nos hospitais. Trata-se de um método de ensino no qual um médico-professor e médicos em formação discutem a condição de um paciente hospitalizado e o plano de cuidados na presença do paciente (PETERS; TEN CATE, 2014). O médicos-professores ou médicos preceptores preferem as discussões clínicas à beira leito alegando que os sinais físicos podem passar despercebidos durante as discussões longe dos pacientes; embora os médicos em formação prefiram momentos que incluam liberdade de discussão e não incomodem o paciente com suas atividades acadêmicas (GROSS *et al.*, 2022).

Com o propósito de determinar se as rondas à beira do leito, em comparação com outras formas de rondas em ambientes hospitalares, melhoram os resultados de aprendizagem na educação médica, uma revisão sistemática realizada em Rochester, Nova York, identificou que as rondas à beira do leito podem melhorar o conhecimento e as habilidades dos médicos em formação e ter um efeito positivo no comportamento e na prestação de cuidados de saúde. No entanto, a percepção e a satisfação dos médicos com as rondas à beira do leito são mistas (RATELLE *et al.*, 2022).

Confirmando outros estudos e o nosso resultado, embora estudantes e residentes de medicina reconheçam o valor da presença do paciente nas discussões clínicas, muitas vezes preferem aprender fora da beira do leito pela preocupação de cometer um erro e parecer incompetente (RATELLE *et al.*, 2022).

Para Foucault (2022), há uma íntima relação entre o poder e o saber, entre a visibilidade e o conhecimento, e ser participante e ativo em qualquer processo acarreta visibilidade, mas ocasiona também um maior nível de responsabilidade e de exposição profissional. Discussões clínicas à beira leito podem de fato gerar exposição e delimitar quem tem maior nível de conhecimento sobre os demais, favorecendo maior notoriedade para eventuais falhas. Seguindo esse princípio, discutir casos em locais distantes dos pacientes, pode ser uma estratégia para não compartilhar saberes e mitigar as possibilidades de pacientes e familiares perceberem deslizes cometidos em seu processo terapêutico.

No CTI, pelo fato de estarem presentes na corrida de leito, há enfermeiros que se sentem contemplados com os saberes compartilhados e, por isso, não se incomodam com as “aulas” entre a equipe médica. Estes enfermeiros percebem a corrida de leito também como uma oportunidade de aprendizado e não somente como instrumento que determina suas atividades assistenciais e administrativas. No entanto, ao colocar como dito que os médicos “até ensinam para gente”, este enfermeiro concebe o médico como um profissional superior e com maior competência científica.

[...] todos os três [médicos horizontais] que eu participei, muito tranquilos, qualquer dúvida e qualquer coisa que a gente pergunta [...], eles até ensinam para gente [enfermeiros]. (E_CTII_8)

Segundo Ratelle *et al.* (2022), aprender é inseparável de fazer e novos conhecimentos são mais bem adquiridos em um contexto em que esse conhecimento pode ser facilmente aplicado. Dessa maneira, é melhor aprender a cuidar de pacientes com a presença de um paciente real.

Como já colocado, Bird, Kalis e Apalodimas (2023) corroboram que a comunicação e a colaboração interprofissional são fundamentais para a qualidade na assistência do paciente. Em estudo no Hospital Infantil Le Bonheur em Memphis, os autores identificaram que corridas de leito multidisciplinares à beira do leito para tomada de decisão compartilhada e colaboração em equipe beneficiaram diretamente os pacientes por meio da redução da morbidade, mortalidade e tempo de internação. Além disso, os benefícios se estendem aos funcionários através de sentimentos reforçados de valor e respeito. No entanto, há inúmeros obstáculos ao envolvimento dos enfermeiros à beira do leito durante as discussões clínicas.

Sobre o compartilhamento de informações, os enfermeiros do Posto 04 da UNI não possuem a mesma oportunidade, uma vez que, conforme o exposto por E_UNI_3, no seu setor de trabalho não há partilha de saberes entre as equipes.

E AQUI na Unidade de Internação, eu acho que essas relações são muito fragilizadas, principalmente em relação ao profissional médico. É, eu acredito, eles ainda têm uma visão muito médico centrado, de não dividir as funções, em relação a comunicar as condutas, de troca de conhecimento, de discutir o caso eu acho que é bem frágil nesse ponto, sabe? (E_UNI_3)

Outro estudo realizado em Baltimore sobre a participação da enfermagem em rodadas multidisciplinares defende que os enfermeiros possuem informações únicas e vitais que contribuem na avaliação e no cuidado dos pacientes. É de extrema importância que haja comunicação efetiva entre equipe médica e de enfermagem com o objetivo de melhorar a

segurança do paciente, a efetividade do cuidado e a satisfação de pacientes e familiares (DITTMAN; HUGHES, 2018). A não comunicação entre profissionais de diferentes categorias descaracteriza o trabalho em equipe (MATTAR E SILVA *et al.*, 2020).

Complementando a origem da palavra saber pelas lentes filosóficas de Foucault, o termo se refere ao que se fala com domínio e propriedade na prática discursiva. Quanto mais disfarçado o poder estiver, mais forte ele será, e uma considerável maneira de diminuir este poder é o saber (FOUCAULT, 2016). Trata-se, portanto, de uma relação retórica entre poder e saber na perseguição da verdade.

O que se espera é uma colaboração mútua em favor de melhor assistência ao paciente, o que beneficia a constante circularidade do poder. Cabe refletir que, à medida que as forças transitam pelo compartilhamento de saber, o poder circula e a relação entre o poder e o saber é o que atribui, ou não, visibilidade ao indivíduo (VELLOSO *et al.*, 2010). Para Foucault (2016), o conhecimento não é algo intrínseco do homem, mas algo inventado, produzido, adquirido.

Os pontos que trazem a percepção dos profissionais quanto à corrida de leito também sinalizam, de certa forma, situações desafiadoras relacionadas ao processo. Um exemplo citado por um enfermeiro do CTI é o fator tempo. Quanto à escala, os enfermeiros que trabalham no CTI durante o dia atuam em uma escala de seis horas diárias e, considerando este fato, uma corrida longa pode impactar negativamente na sua produtividade e condução das atividades em seu plantão.

É uma corrida rica sabe, a meu ver é uma corrida rica, APESAR DE QUE para ser muito sincera, para a gente da enfermagem ela requer um tempo que a gente precisa se organizar para poder ... dar conta, porque ela demanda um tempo MUITO GRANDE da gente. Então a gente tem que correr contra o tempo antes da corrida de leito. [...] A meu ver é um momento muito importante, MAS, que demanda um tempo muito grande. (E_CTI_3)

Bird, Kalis e Apalodimas (2023) reconhecem as corridas de leito como um pilar da comunicação entre as equipes de saúde, mas a sua realização não garante os resultados desejados se não houver um envolvimento adequado dos membros das diversas categorias profissionais. Os autores confirmam que, embora a participação da enfermagem seja de extrema relevância, as variações no fluxo de trabalho muitas vezes inibem a sua presença.

Estudo sobre as tendências na satisfação profissional entre enfermeiros alemães identificou que, ao longo dos anos, a satisfação desses profissionais sofreu um declínio constante e gradual, enquanto a satisfação de médicos aumentou. O declínio da satisfação foi maior para enfermeiros que trabalham seis horas por dia do que para enfermeiros que atuam

em plantões de 12 horas. Este dado pode estar relacionado ao ambiente de trabalho exigente e extenuante (ALLAMEDINE *et al.*, 2016), como relata E-CTI_3.

Com o objetivo de otimizar a presença e a participação dos enfermeiros nas corridas de leito à beira do leito, conduziu-se um projeto experimental no Hospital Infantil Stony Brook, em Long Island, Nova York. Os autores salientaram que a implementação de rondas à beira do leito melhora a comunicação e a colaboração entre médicos e enfermeiros, resultando em melhores resultados clínicos. No entanto, a literatura demonstra que continua a ser difícil para os enfermeiros participarem destes momentos se não puderem se programar (JIMÉNEZ; SWARTZ; McCORKLE, 2018).

Como resultado da participação efetiva dos enfermeiros nas corridas de leito, Jiménez; Swartz e McCorkle (2018) afirmam que, quando os enfermeiros foram notificados com antecedência sobre a corrida de leito, sua participação nas rondas aumentou de 44,4 para 73%. O tempo de permanência do paciente diminuiu de 2,5 dias para uma média de 2,10 dias. As pontuações nas pesquisas de satisfação de pacientes internados aumentaram de 82,4 para 92,2% e a comunicação de enfermagem melhorou de 83,3 para 95,65%.

Outra circunstância identificada como desafiadora para a equipe não médica é a insegurança de alguns médicos plantonistas em definir condutas sem a validação do médico horizontal ou preceptor de clínica, deixando toda equipe assistencial apreensiva e insatisfeita, conforme exposto por um enfermeiro do CTI:

Então, acho que vai do PROFISSIONAL mesmo que você está ATUANDO, assim como a gente já lida com profissionais de outras categorias tipo médico, mais INSEGUROS, que tipo assim a gente tem que ficar FALANDO e às vezes a gente CONVERSA e a gente sente que a pessoa não está SEGURA. (E_CTI_7)

Uma pesquisa transversal unicêntrica realizada no Canberra Hospital, na Austrália, comprovou que muitos médicos se sentem desconfortáveis e despreparados para lidar com as situações de saúde apresentadas por pacientes de cuidados intensivos. Este estudo, ao considerar o tempo de experiência dos profissionais, observou uma diferença significativa ao comparar o aumento de anos de experiência clínica com um conforto autorrelatado no cuidado de intercorrências em ambientes intensivos (RAI *et al.*, 2020). Fato que pode ser também observado no presente estudo, visto que a média de idade dos médicos do CTI é de 30 a 34 anos.

Seguindo nos pontos de análise, o quantitativo de recursos humanos interfere na dinâmica da corrida de leito, tanto na CTI quanto na UNI. Associado à falha de processo, o fato de não haver um horário que favoreça a participação dos profissionais envolvidos no cuidados

ininterruptamente, como o enfermeiro, pode gerar transtornos assistenciais. Como a corrida de leito com a equipe multidisciplinar da UNI acontece fora do setor, em um local externo, o enfermeiro é impossibilitado de comparecer.

[se a corrida de leito da equipe multi da UNI fosse no setor] quantidade de gente, muita gente e tumultuaria o setor. E é um enfermeiro né, se ele desce [para o CIAM] o setor fica desassistido. A logística também não favorece a participação do enfermeiro. (IC_EM_3)

Na corrida de leito do NIR, cada residente passa o caso a respeito do seu paciente e aí [...] o pessoal das outras equipes vão entrando se preciso. Obviamente, não tem como enviar um enfermeiro para essa discussão [...]. (E_UNI_2)

Assim como identificado por Mattar e Silva *et al.* (2020), o estudo de Gross *et al.* (2022) abordou que, em muitos momentos, a contribuição dos enfermeiros está sub-representada nas corridas de leito, sendo esta uma deficiência no processo como um todo. A pesquisa de Rai *et al.* (2020) identificou que o quantitativo de pessoal multidisciplinar inadequado foi frequentemente relatado como uma barreira à efetividade dos cuidados, identificando a escassez de pessoal de enfermagem como um empecilho para a qualidade da assistência.

O racionamento dos cuidados de enfermagem é entendido como reter, limitar ou omitir as atividades de enfermagem necessárias aos pacientes devido à falta de recursos de enfermagem (pessoal, habilidades, tempo). Inúmeros fatores afetam o racionamento dos cuidados de enfermagem, incluindo o ambiente de trabalho e recursos organizacionais. Estudo Polonês observou que conflitos nas equipas terapêuticas, condições de trabalho inadequadas e falta de possibilidade de participar no processo de tomada de decisão clínica implicam diretamente na constituição do enfermeiro como um profissional ativo nas práticas de saúde (SCHNEIDER-MATYKA *et al.*, 2023).

Assim como o enfermeiro da UNI não é inserido na corrida de leito por fragilidade no processo, no CTI, apesar de a discussão clínica ser mais estruturada, também não favorece a participação dos profissionais que assistem os pacientes ininterruptamente, como os técnicos de enfermagem, que podem atuar, inclusive, como barreira dos riscos assistenciais.

Mas eu normalmente, gosto assim, principalmente no meu box, eu gosto assim, não é toda vez que dá, porque às vezes eu tô muito apertado, [...] eu gosto de saber o que está acontecendo, sabe? O que vai falar, se vai ter uma tomografia, se vai mudar alguma medicação. Apesar que depois eles vêm com a prescrição nova, mas eu gosto de estar presente. (IC_TE_CTI_1)

Em observação realizada em 08/11/2022, confirmou-se que o fato da corrida de leito acontecer em horário de almoço, impossibilita a participação do técnico de enfermagem, uma vez que, nesse horário, a escala fica reduzida e aumenta a sobrecarga de trabalho. Neste momento, notou-se, por mero acaso, uma técnica de enfermagem atuando como barreira em

prol da segurança do paciente. Nos trechos relatados, percebe-se com clareza a contribuição de profissionais não médicos para a discussão clínica.

No BOX 26, a técnica de enfermagem está próxima à corrida de leito e acaba ouvindo e interferindo na discussão quando a fala médica não estava compatível com o antibiótico em uso e já sai imediatamente para resolver com a farmácia. (NO)

Outro técnico próximo à corrida de leito entra na conversa e traz informação da urina com odor fétido e presença de lesão com aspecto herpético sacral. Diante dessa informação o médico horizontal solicitou uma conduta diferente e pediu SVA para urocultura. (NO)

A enfermagem é considerada uma profissão exposta a alto risco de estresse devido, entre outros fatores, ao ritmo acelerado de trabalho. Isto pode estar relacionado com a carga de trabalho e fraca capacidade de decisão, mas também com a falta de comunicação e conflitos interpessoais. Em muitas situações, as exigências do trabalho podem não estar de acordo com as possibilidades, recursos ou necessidades de um funcionário. Dentre as atividades mais impactadas pela sobrecarga da equipe de enfermagem, a impossibilidade de ter uma conversa importante sobre o cuidado de um determinado paciente com outro membro de uma equipe interdisciplinar assume posição de destaque como bastante angustiante para esta categoria profissional (SCHNEIDER-MATYKA *et al.*, 2023).

A maneira como o sujeito se comporta e percebe o processo está intimamente ligada à sua subjetivação. Existem enfermeiros que se sentem valorizados durante a discussão de casos para definição de condutas, há profissionais que se sentem constrangidos e desvalorizados.

Eu gosto bastante das corridas daqui. Eu acho que eu tenho uma participação / acho que por conhecer bem a minha equipe é uma participação bem bacana, assim, geralmente eles escutam bastante a opinião e até um pouco das condutas sabe? A gente tem uma parte muito grande na definição do cuidado de enfermagem, sem sombra de dúvidas é a gente que define. (E_CTI_4)

[...] eu sempre tento participar, mas tem algumas vezes que não adianta eu querer porque eu não tenho voz na corrida. Você vai falar e fica aquela coisa meio vaga, mas eu tento. E eu vejo que isso não é só eu. Os outros enfermeiros também. (E_CTI_1)

No trecho acima, o enfermeiro E_CTI_4 menciona que sua participação na corrida de leito é ativa e registra conhecer bem a equipe, o que permite inferir que o tempo de convivência e as relações interpessoais interferem nesse processo assistencial, que deveria ser focado somente no profissionalismo em prol do paciente. A fala de E_CTI_1 ratifica a percepção de que convivência e tempo de experiência influenciam nas relações de confiança entre as equipes. Traços de personalidade individual explicam uma variabilidade significativa na percepção do sujeito ao ambiente e o sentido que transfere ao seu processo de trabalho (SCHNEIDER-MATYKA *et al.*, 2023).

Schneider-Matyka *et al.* (2023) comprovaram em seu estudo que enfermeiros mais jovens e de meia-idade experimentam estresse relacionado ao trabalho com mais frequência do que os mais experientes e com maior compreensão do ambiente de trabalho. Da mesma forma, a idade foi considerada um preditor de dificuldades entre enfermeiros que trabalham em hospitais na Arábia Saudita e Dubai.

No presente estudo, os resultados acima validam nossos dados, uma vez que, na análise de discurso, deve-se considerar o sujeito e sua subjetivação. A diversidade na percepção sobre o mesmo processo pode ser explicada pelo fato de E_CTI_4 ter cinco anos de graduação, possuir duas especializações e trabalhar no setor há dois anos. Já E_CTI_1 tem apenas um ano de graduação, uma especialização em curso e trabalha há menos de um ano como enfermeira no setor, sendo este o seu primeiro emprego.

O tempo e a experiência influenciam na subjetivação dos sujeitos, e pelos resultados apresentados, pressupõe-se que a partir das percepções elaboradas, as relações são estruturadas com diferentes níveis de profundidade. Segundo Moreira (2009) e Igor (2010), a experiência do vivido proporciona a construção de um sujeito dinâmico e cada indivíduo constrói sua história de acordo com suas subjetivações. Assim, pode-se afirmar que, mesmo que as pessoas ocupem espaços comuns, exerçam a mesma atividade, convivam com as mesmas pessoas e desempenhem a mesma função, nenhuma história ou percepção é igual.

Identificou-se, durante a etapa de observação no CTI, que na corrida de leito se forma uma roda de conversa entre médicos, no qual fisioterapeuta e enfermeiro, quando presentes, estão fora do círculo. O posicionamento dos corpos nos remete a uma marginalização dos profissionais não médicos presentes. Observou-se que, quando acolhido, o enfermeiro se sente confortável e valorizado em contribuir com informações técnicas, colaborando para o raciocínio clínico da equipe médica. No entanto, ao analisar a fala abaixo, sobre o que o enfermeiro se sente motivado a falar, capta-se que suas contribuições são puramente técnicas. Questiona-se assim uma posição de subserviência? Sente-se realizado por agregar informações para o conhecimento médico?

É fundamental, porque se o paciente comeu, não comeu, se ele tomou antibiótico naquela hora ou não, se ele tem lesões ou não, se ele tem diurese ou não, é tudo baseado na enfermagem, balanço hídrico é nosso, FALO. FALO SEMPRE. MUITO PRESENTE. Porque precisa EXPOR ali naquele momento. Então eu sempre faço QUESTÃO de estar sempre ali PARTICIPATIVA, em todos os momentos. (E_CTI_12)

Cada profissional, pelo menos das corridas que eu participei, tem a sua voz, a gente fica mais ouvindo, mas qualquer parte dentro da enfermagem que precisa ser ouvido, no caso que eles precisam passar informação para nós ou que a gente precisa falar alguma coisa sobre, é bem acolhido, pelo menos das que eu participei. (E_CTI_8)

[...] no geral sou bem aberto assim para opinião, comentários, não só de enfermeiros, fisioterapeutas, residente, paciente né? Paciente participa da corrida de leito, quando ele consegue, não tenho tanta certeza de que eu penso é exatamente o que o paciente precisa. {risos}. (M_CTI_1)

Embora já tenha sido identificado que a comunicação deficiente entre profissionais de saúde seja uma das causas mais comuns de erros clínicos evitáveis, Jiménez; Swartz e McCorkle (2018) demonstraram que os enfermeiros continuam a citar problemas de comunicação com os médicos com um fator interferente na qualidade da assistência. Relataram também que as pesquisas norte-americanas sobre corridas de leito têm sido limitadas, pois a inconstância de participantes nas rondas à beira do leito nos hospitais do EUA dificulta a implementação de ensaios clínicos randomizados desejáveis acerca do processo.

Ao resumir as evidências críticas sobre a colaboração interprofissional e seu impacto nas corridas de leito à beira do leito, Jiménez; Swartz e McCorkle (2018) relataram que para que haja de fato trabalho em equipe e ocorra efetiva colaboração entre profissões, é fundamental que se compreenda conceitos-chave como equidade e parceria. Definiram a parceria como essencial para a construção das relações por envolver todos os membros da equipe nas decisões e processos, ou seja, implica que cada membro da corrida de leito tenha um papel fundamental para a eficácia das estratégias terapêuticas. Elucidaram no estudo que a equidade, por sua vez, é um princípio orientador para a integração das funções e relacionamentos da equipe em estruturas e processos para alcançar resultados positivos para os pacientes e para os próprios profissionais. Desse modo, o trabalho em equipe baseado na equidade mantém o foco nos serviços, nos pacientes e na equipe, e indica que nenhuma função é mais importante que outra.

Segundo Batson (2004), embora possam existir diferenças em termos de âmbito de prática, conhecimento, autoridade ou responsabilidade, cada membro da equipe é essencial para a prestação de cuidados seguros e eficazes.

Estudo realizado em Rochester, que teve como objetivo avaliar a percepção de médicos e enfermeiros sobre colaboração e tomada de decisão clínica por meio de uma simulação, Maxson *et al.* (2011) demonstraram que enfermeiros e médicos têm percepções significativamente diferentes sobre a tomada de decisão clínica. Assim, a colaboração médico-enfermeiro pode ser afetada pela falta de compreensão do papel de cada um na equipe.

Há dez anos, estudo conduzido por Muller-Juge *et al.* (2013) sobre o papel de médicos e enfermeiros nos Hospitais Universitários de Genebra já identificou que as respostas gerais dos enfermeiros incluíam a definição do seu papel como algo associado aos cuidados de enfermagem e o atendimento ao paciente através de delegação médica, definindo o seu papel

como executor ordens médicas. Este resultado sugere que os desafios para sustentar resultados positivos para os pacientes decorrem da abordagem hierárquica na implementação das rondas, permanecendo os médicos como decisores.

Quando o enfermeiro E_CTI_8 traz em seu discurso que, quando ele precisou falar, foi bem acolhido “pelo menos das que eu participei”, ele não generaliza que o enfermeiro tem voz nas corridas de leito. Ele limita este fato à sua subjetivação e vivência, deixando como não dito que existem situações em que os enfermeiros não têm lugar de fala.

Seguindo na análise do trecho acima, o médico M_CTI_1 diz que, “no geral”, ele é bem aberto para opiniões de outros profissionais, ou seja, infere-se que existam momentos em que o seu posicionamento é supremo perante as considerações de terceiros, corroborando o exposto pelo enfermeiro no discurso acima. Enquanto condutor do cuidador, sobre a possibilidade de não ter certeza quanto às reais necessidades do paciente, este médico se abre para escuta, o que, de certo modo, é considerado positivo para relação entre a equipe e entre médico e paciente.

Sharma e Klocke (2014) afirmaram que os gradientes de poder impedem os enfermeiros de exigir corridas de leitos cooperativas. Na sua investigação, constataram que os enfermeiros percebem o momento da corrida de leito como um benefício que os tornam equivalentes no atendimento ao paciente com uma opinião valorizada.

Diferente de alguns enfermeiros, a equipe médica do CTI percebe a corrida de leito como um momento bastante confortável, no qual conseguem diálogo aberto e expor suas ideias com liberdade e tranquilidade. A posição que o sujeito ocupa no ambiente interfere nas suas percepções e sensações, sendo elas negativas ou positivas. A equipe médica, por historicamente ocupar uma posição social privilegiada, usufrui de um conforto maior perante esses momentos.

Eu acho bem bacana e interessante, a nossa participação aqui é muito boa! Quem propõe conduta esses tipos de coisa, a gente tem total liberdade de fazer isso! Então eu participo ativamente da corrida de leito, a gente troca ideia, discute, assim, aqui é supertranquilo em relação a isso. (M_CTI_3)

Ah, eu acho que do jeito que tem ser mesmo, igual eu te falei né, eles deixam, a gente tem o espaço de falar, a gente que acompanha o caso diariamente também. Eu acho que é uma participação importante porque tenho espaço para falar. (M_CTI_5)

Levando em conta o contexto como perfil do paciente e ambiente na UNI, a comunicação entre profissionais da mesma equipe é favorecida, porém, a comunicação interprofissional não acontece e cada um percebe essa situação de uma maneira diferente. Os trechos abaixo trazem como médicos e enfermeiros percebem a discussão de caso dos paciente internados no Posto 04 da Unidade de Internação:

Com o meu chefe [médico preceptor] eu acho muito tranquilo [discutir caso], eu não acho problema não [...]. (M_UNI_3)

Eu acho essencial discutir porque às vezes cada profissional vai ter uma visão, como eu falei dentro daquilo, dentro da sua atuação. Então às vezes o profissional MÉDICO, ele está focado em algumas questões que são importantíssimas e que não é da nossa competência, mas que algumas informações eles dependem porque está sob o controle do enfermeiro. [...] então é uma participação super é IMPORTANTE, não só do profissional enfermeiro como dos outros também. (E_UNI_3)

Minha participação ela é mais focada no paciente, para saber como é que ELE está naquele momento, e atender a demanda dele, fora isso a gente não tem tanta participação, [...]. Agora se for focado para a área multi a gente não tem muito o que estar completando ou agregando não. (E_UNI_6)

O médico carrega em seu discurso que a comunicação é tranquila “com o seu chefe”, que também é médico, deixando explícito que com outros profissionais da área de saúde a discussão pode ser mais conflituosa e/ou inexistente. Importante destacar como enfermeiros do mesmo setor trazem pontos de vistas diferentes quanto à discussão de casos. Enquanto E_UNI_3 sinaliza que seria de extrema importância a sua contribuição nas discussões clínicas, o enfermeiro E_UNI_6 aponta que ele não agrega em nada nesse momento, contribuindo para a manutenção da invisibilidade do enfermeiro nesse setor.

Pesquisas multicêntricas têm apontado que trabalhar em ambiente humanizado fomenta relações de confiança e gera maior satisfação entre os funcionários e clientes (SBIE,2017), e neste estudo, percebe-se pelas falas que o ambiente se manifesta de maneira diferente para médicos e enfermeiros, gerando motivação ou desconforto.

Quanto à efetividade da comunicação da equipe de saúde, é desejável que os enfermeiros sejam incluídos nas discussões clínicas e tenham um papel formal na troca de ideias durante a corrida de leito. É importante que as discussões clínicas à beira do leito promovam um ambiente que dê a todas as categorias profissionais a oportunidade de fornecer elementos facilitadores para uma comunicação frequente e eficaz (JIMÉNEZ; SWARTZ; MCCORKLE, 2018).

Estudos que analisaram a percepção dos enfermeiros sobre a prática colaborativa em corrida de leito demonstraram que permanece um desafio para os enfermeiros comparecer às rondas se a sua inclusão não for planejada e se não forem comunicados antecipadamente. Estes estudos também indicaram o tempo limitado de enfermeiros e médicos em suas rotinas diárias inibe, de certa maneira, que o contato efetivo e colaborativo entre eles aconteça (GONZALO *et al.*, 2014b; SHARMA *et al.*, 2014).

O ambiente hospitalar favorece a observação contínua de tudo e de todos, sem distinção. Nesse sentido, quanto mais o poder circula, maior capacidade analítica os potenciais

observadores adquirem (FOUCAULT, 2014), gerando um campo de possibilidades de luta e resistência pela defesa da verdade. Observa-se que as relações e as percepções dos profissionais, aqui analisadas, refletem o estado de visibilidade que o poder oferece no cotidiano das práticas de saúde. Desse modo, o que se percebe é que os sujeitos estão imersos em uma engrenagem na qual pouco importa quem exerce o poder, uma vez que, para Foucault (2014), qualquer indivíduo pode fazer o mecanismo funcionar.

Considerando as manifestações das relações de poder durante a realização da corrida de leito pela ótica dos profissionais envolvidos no estudo, nota-se uma necessidade permanente de controle dos indivíduos, na tentativa de sujeição ao que se deseja. Sob a perspectiva de Foucault, percebe-se que os profissionais, principalmente médicos e enfermeiros, ocupam lugares distintos no mesmo ambiente, atuam como peças combinadas em que uns devem se ajustar ao tempo e modo dos outros, de maneira que seja possível extrair a máxima quantidade de forças de cada um e combiná-las em um excelente resultado (FOUCAULT, 2014).

6.5 Composição de forças interdisciplinares na corrida de leito

Esta categoria aborda como as relações de poder interferem na configuração das práticas de saúde interdisciplinares em cada unidade cenário de estudo. As falas dos participantes e as situações observadas permitem analisar como o poder circula nas relações interprofissionais durante a realização da corrida de leito e/ou discussões de casos. Nesse contexto, o discurso manifesta-se como um instrumento valioso em um jogo de forças (in)consciente na prática assistencial.

Segundo Carvalho e Luz (2009), para se pensar em práticas de saúde, faz-se necessário considerar os corpos como uma esfera travestida de camadas relacionadas ao seu contexto social para superação do reducionismo implementado nos serviços de saúde. Ainda que a cisão corpo/mente represente um grande impulso para a ciência moderna no que tange à saúde, este desmembramento imprime um caráter fragmentário e mecanicista à integralidade humana do ser social.

Atualmente, percebe-se uma reprodução acelerada de práticas de saúde racionalistas, no qual o corpo é metaforicamente representado como um conjunto de máquinas com mecanismos regulados. Dessa maneira, “o corpo, como ponto de partida, e as práticas de saúde como espaço de objetivação e articulação de elementos simbólicos, são categorias estratégicas na construção de sentidos e significados” no processo assistencial (CARVALHO; LUZ, 2009, p. 16).

Nesse contexto, para Carvalho e Luz (2009), as práticas de saúde representam um campo de transformações que se estabelece com a construção simbólica de novos sentidos e significados em saúde, calcados em ações concretas. A corrida de leito, por sua vez, apresenta-se como uma estratégia positiva para implementação de práticas de saúde colaborativas, seguras e humanizadas por meio do compartilhamento de saberes.

Conforme Houaiss; Villar (2009), o ato de saber é permeado por conhecimentos e informações. Ter conhecimentos específicos significa ter força, meios de agir e persuadir, capacidade, possibilidade de fazer, pensar, falar ou habilidade para convencer. Para Foucault (2016), saber é algo em que se pode dizer com domínio e propriedade em uma prática discursiva.

Desde 388 a.C., saber e poder estão associados, uma vez que, já na Grécia Antiga, o conhecimento humano era considerado um atributo capaz de elevar o estado de potência existencial do ser. Segundo Bordin (2014), apesar de o conhecimento conferir autoridade ao homem, não significa que o saber está submetido ao poder.

Para Foucault (2021), o conhecimento é um dispositivo que possibilita ao sujeito tomar posição para falar, sendo definido como um conjunto de possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso. Por ser relacional, o poder se manifesta no discurso e reflete relações de poder, que podem ou não, encarcerar os sujeitos. Logo, uma estratégia viável de mitigar o poder soberano é a circulação desta força pelo domínio do saber (BORDIN, 2014).

As relações de poder existem entre aquele que sabe e aquele que não sabe, e nesse sentido, o corpo social é estruturado por essas relações em sua capilaridade, refletindo as relações de força. As relações de força, por sua vez, utilizam métodos e diferentes técnicas na luta pela verdade (FOUCAULT, 2016).

Neste mecanismo, há uma série de táticas pelos quais se exerce o poder, gerando resistência ou submissão, mostrando, assim, que o poder se movimenta (FOUCAULT, 2016). Dessa maneira, apesar das relações de poder serem relações de força, elas são sempre reversíveis, não existindo, portanto, uma relação de poder que seja completamente triunfante e estática. O poder se apresenta como uma “grande teia móvel e difusa que envolve as relações humanas” (MARQUES, 2015, p. 207).

A saúde, ciência interdisciplinar, por essência, encontra nas lentes filosóficas de Michel Foucault a possibilidade de enxergar o mundo sem reduzi-la a uma única área do conhecimento. Suas contribuições sobre o tema do poder se dão a partir de uma atitude interdisciplinar (MARQUES, 2015).

Ainda, para Marques (2015), o simples ato de pensar é considerado uma prática interdisciplinar por excelência, uma vez que qualquer ação do pensamento leva inevitavelmente a um cruzamento de diferentes áreas do saber. A divisão da saúde em categorias distintas, com saberes específicos e com fronteiras rigidamente estabelecidas é mera ilusão reducionista. Sobrepujar a fragmentação dos saberes possibilita que se alcance a interdisciplinaridade, potencializando um cuidado integral e com maior resolutividade, especialmente por ser centrado nas necessidades dos pacientes (FARIAS *et al.*, 2018; MARQUES *et al.*, 2020).

Nesta lógica, Japiassu (1976) define interdisciplinaridade como um mecanismo no qual ocorre interatividade mútua, em que distintas disciplinas são influenciadas umas pelas outras. Esta interação possibilita ampliar conhecimentos e mitigar as limitações. Para este estudioso brasileiro na área de saúde, a interdisciplinaridade se estabelece como prática e como ação, transpondo a dicotomia entre conhecimento e prática .

Para esta pesquisa, mais importante do que definir o conceito de interdisciplinaridade, foi buscar compreender como os profissionais de saúde a percebem por se tratar de uma arte capaz de potencializar as práticas assistenciais no ambiente terapêutico.

Assim, ao questionar a percepção dos profissionais sobre a interdisciplinaridade nas práticas de saúde, identificou-se em alguns momentos, uma compreensão equivocada da sua representação. Enquanto alguns profissionais trouxeram significações mais otimistas, outros apresentaram uma visão mais negativa do processo, sendo que, apenas uma minoria dos participantes expressou concepções mais realistas sobre o verdadeiro sentido do trabalho interdisciplinar no contexto em que atuam.

Abaixo, os trechos de discursos de enfermeiros, tanto do CTI quanto da UNI, determinam o mecanismo da interdisciplinaridade nas práticas de saúde como algo inexistente nas suas relações profissionais. As falas desses participantes carregam o peso da disciplinaridade nas práticas de saúde, demonstrando que as decisões médicas são soberanas e que cada profissional ocupa o seu espaço sem aproximações.

[...] O que acontece nessa questão da interdisciplinaridade, os médicos falam e a gente meio que tem que obedecer né. Eles FALAM, mas eles não participam do contexto não. (E_CTI_1)

Não tem muito o que falar não, eu acho que cada um tem suas funções, bem definidas, cada um foca num ponto, naquilo ali e cada um faz seu serviço [...] ah isso aqui é do enfermeiro, isso é do médico, isso é da fisio, não tenho nada que falar sobre isso não. (E_CTI_11)

Eu vejo que cada profissional aqui trabalha muito separado, então, o que é do enfermeiro é do enfermeiro, o que é do médico é do médico, fisioterapia, nutrição. Eu não vejo muita integração [...]. Eu acho que O QUE MAIS PROMOVE esses momentos são justamente momentos de DISCUSSÃO DE CASO, de ALINHAMENTO DE CONDUZAS, que aqui não tem né? (E_UNI_3)

É importante ressaltar que, no Posto 04 da UNI, não há corrida de leito com a participação simultânea de médicos e enfermeiros, e a percepção de um trabalho desarticulado se assemelha ao dos enfermeiros do CTI, onde há corrida de leito para discussão de casos e alinhamento de condutas. Este detalhe amplia a concepção de que a interdisciplinaridade não está vinculada somente à existência do processo de corrida de leito, mas depende também do comportamento dos sujeitos envolvidos no processo assistencial.

Embora tenha sido identificada certa resistência ao trabalho em equipe, para Marques (2015), é impossível estabelecer os limites entre as áreas do conhecimento. No espaço terapêutico, a fragmentação do cuidado predomina como prática, sendo que a base para um cuidado colaborativo e integrado é o diálogo entre as disciplinas. Dessa maneira, limitar as práticas de saúde a um paradigma monodisciplinar é negar a complexidade das necessidades humanas e decretar, a médio e longo prazo, o enfraquecimento do trabalho em equipe (PEREZ, 2018).

Por outro lado, a pesquisa identificou profissionais que apresentaram uma percepção positiva acerca da interdisciplinaridade como demonstra as falas abaixo:

Aqui funciona bem assim. Acho que o trabalho interdisciplinar é bem, é bem, feito aqui sabe? Funciona muito bem, tanto interdisciplinar, quanto multidisciplinar, a gente tem uma relação muito boa entre a equipe. (E_CTI_4)

Eu acho que sim, eu acho que no CTI é onde ela está mais presente assim, tipo fono um pouco menos, mas físeo está presente o tempo todo, o pessoal da nutrição e da fono acabam vindo quando tem demanda/as interconsultas com as outras especialidades e outros profissionais que acabam vindo aqui, o pessoal do serviço social as vezes precisa. (M_CTI_6)

Então, é::: aquela questão né? Existem algumas/ a gente tem os apoios, né? As equipes são bem atuantes sim, algumas mais, outras menos, mas a enfermagem em si ela tem muita AUTONOMIA de abrir uma interconsulta no sistema, [...], a gente abre e a gente tem até uma resposta muito boa, é uma troca pessoal muito boa, eles discutem os casos pessoalmente com a gente, “você pediu essa interconsulta aqui, eu avaliei, eu indico isso, tô evoluindo no sistema para qualquer coisa [...]. (E_UNI_4)

Para Baquião *et al.* (2021), a transversalidade da comunicação oportuniza a corresponsabilização, inclusive quanto à definição das práticas voltadas à promoção e recuperação da saúde.

Ao aprofundar-se nos discursos, nota-se que o enfermeiro do CTI vincula a interdisciplinaridade à boa relação da equipe, demonstrando desconhecimento sobre os propósitos e princípios de um trabalho alinhado e articulado com objetivos únicos. O fato é que, se no serviço “funciona muito bem, tanto interdisciplinar quanto multidisciplinar”, não há uma rotina institucionalizada de intersecção de saberes entre as categorias profissionais presentes no

cuidado. Esse resultado corrobora que a interdisciplinaridade está vinculada aos sujeitos que permitem que as forças e saberes se movimentem e se unam em benefício do paciente.

O discurso de M_CTI_6 expressa que no CTI a interdisciplinaridade está muito presente pela presença física de múltiplos profissionais atuando no mesmo ambiente. Entretanto, ocuparem o mesmo espaço não significa que estejam atuando juntos e compartilhando saberes para uma tomada de decisão coletiva.

Percebe-se que o enfermeiro da Unidade de Internação projeta na possibilidade de solicitar interconsulta uma autonomia reconhecida e valoriza o fato do profissional que ele acionou lhe repassar as decisões tomadas mesmo que isoladamente. Observa-se, portanto, categorias profissionais distintas e de setores distintos transferindo para o processo de interconsulta a materialização equivocada de uma assistência interdisciplinar.

Infere-se que, para o enfermeiro da UNI, uma conversa, um diálogo, um repasse de informação a respeito das condutas de outro profissional, o personifica como membro da equipe. Nota-se a comunicação gerando sentimento de inclusão.

Retomando a história, segundo Schmitt e Gomes (2005), a expressão interconsulta provém da interdisciplinaridade a partir da década de 80, quando médicos psiquiatras começaram a ser acionados em hospitais gerais para instrumentalizar o médico não psiquiatra a reconhecer e tratar situações de natureza psiquiátrica. A interconsulta, nesta época, viabilizou um plano terapêutico mais abrangente e efetivo por ser colaborativo.

O processo de corrida de leito interdisciplinar se aproxima da performance do modelo de Aprendizagem Colaborativa na Prática, no qual estudantes de diferentes estágios educacionais e categorias profissionais trabalham juntos para planejar, implementar e avaliar cuidados sob a orientação de um professor qualificado (WILLIAMSON *et al.*, 2020). Este método de ensino, com algumas variações, é amplamente utilizado no Reino Unido, Amsterdã, Escandinávia, Austrália, Nova Zelândia e Estados Unidos, já que o momento da discussão conjunta possibilita que os presentes se conheçam, compartilhem conhecimentos, experiências e estabeleçam vínculo (MARKOWISKI, 2022). A educação interprofissional é reconhecida como potencializadora de atitudes favoráveis ao trabalho em equipe (BAQUIÃO *et al.*, 2021).

A analogia da educação interprofissional com a corrida de leito se deve ao fato de que uma pesquisa realizada em uma maternidade de Londres identificou que discussões conjuntas potencializaram a confiança dos profissionais no trabalho em equipe, no apoio interdisciplinar e na prestação de cuidados, proporcionando além de confiança, um sentimento de inclusão, independência e autonomia sobre suas práticas (MARKOWISKI, 2022).

Estudo realizado em dois hospitais Noruegueses confirmou que a troca de saberes entre profissionais é um recurso importante para qualidade e segurança da assistência hospitalar, se os membros da equipe de saúde estiverem adaptados a uma abordagem proativa e colaborativa adequada (BERGERØD; WILLIAMS; WIIG, 2022).

Abaixo, um enfermeiro do CTI também projeta na possibilidade de solicitar a interconsulta certa valorização e visibilidade profissional. Acionar outros profissionais têm surgido nos discursos como algo que remete sensação de potência, importância, de reconhecimento e autonomia, sensação de poder.

Olha, aqui eu tenho que eu acho bem forte, sabe? É:::, uma das coisas que eu gosto daqui, a gente tem muita autonomia pra fazer interconsulta, [...], pelo menos posso te falar, dentro do centro de terapia intensiva, é o médico, enfermeiro e fisioterapeuta, são os três profissionais que FICAM AQUI naquelas vinte e quatro horas contínuas avaliando o paciente. CADA UM dentro das suas funções, TODO MUNDO JUNTO na mesma função do cuidar {risos}. Então, a gente tem a nossa interdisciplinaridade nessa parte desses três. O restante é via interconsulta, [...]. A indisciplinaridade até que eu vejo que funciona bem aqui, sabe? Acho muito bacana essa questão de liberar a interconsulta prá gente enfermeiro. (E_CTI_2)

O discurso acima, apesar de trazer que a interdisciplinaridade no seu ambiente de trabalho, é bem forte, pois novamente carrega a ilusão de uma prática interdisciplinar apenas por haver profissionais de categorias distintas envolvidos em uma função comum: o cuidar. Nota-se uma percepção velada de que havendo harmonia, há um cuidado colaborativo, mesmo sem transferência de saberes. Uma supremacia silenciosa.

Para Lima, Jesus e Silva (2018), a aceitação do pensamento interdisciplinar e interprofissional na saúde somente será consolidada se as experiências educacionais e de trabalho que produzam interações entre diversos coletivos de pensamentos forem ampliadas, disseminadas e potencializadas.

Um estudo sobre colaboração interprofissional entre médicos no contexto da atenção hospitalar identificou que uma das dificuldades para a aceitação do trabalho em equipe é a falta de informações mais detalhadas sobre as atribuições dos colegas de outras categorias profissionais, gerando estereótipos equivocados. Houve unanimidade entre os participantes no que se refere à compreensão de que esses estereótipos prejudicam e comprometem o atendimento das necessidades de saúde da população em regime de internação hospitalar (BAQUIÃO *et al.*, 2021). Estudos internacionais anteriores já destacavam que colaboração interdisciplinar somente pode ser eficaz quando os profissionais compreendem claramente os papéis uns dos outros (VEGESNA *et al.*, 2016; LANCASTER *et al.*, 2015).

Como já mencionado, iniciada no campo da medicina, a interconsulta é uma estratégia bastante utilizada na busca por uma prática interdisciplinar em saúde. Sua origem consistiu basicamente na presença de um profissional externo à equipe assistencial na unidade de saúde por solicitação médica para garantir maior integração no olhar sobre os pacientes. No tempo presente, a interconsulta é prestigiada por ser um dos campos de inter-relação entre saberes (BORTAGARAI et al., 2015).

Nessa lógica, analisar a base da interconsulta permite compreender o motivo pelo qual o enfermeiro se sente tão valorizado por solicitar a presença de outros profissionais de saúde na assistência ao paciente de maneira autônoma. A possibilidade de solicitar interconsulta acarreta uma visibilidade antes concedida somente ao médico.

Para Bortagarai *et al.* (2015), uma atenção holística no cuidado em saúde exige que a interdisciplinaridade prevaleça nas práticas de saúde em benefício da melhoria da qualidade do tratamento do sujeito assistido. Dessa maneira, espera-se que grupos com diferentes especializações profissionais trabalhem investindo em trocas de conhecimentos para alcançar um objetivo comum. O estudo de Lancaster *et al.*, (2015) realizado em UTI's norte americanas produziu resultados semelhantes que sugerem que o antigo relacionamento subserviente entre médicos e enfermeiros tem melhorado, uma vez que muitos médicos já reconhecem a importância do conhecimento e da perícia do enfermeiro.

Na UNI, uma estratégia para desospitalização foi a realização de uma discussão semanal entre os residentes da clínica médica com a “equipe multidisciplinar” do serviço de saúde. Apesar de o enfermeiro não estar presente, os médicos têm uma percepção de sucesso quanto à interdisciplinaridade.

Ó eu acho que, foi desenvolvendo ao longo desse ano métodos que favoreceram essa interdisciplinaridade, principalmente essas reuniões que eles criaram pra gente semanais, que a gente tem um contato com outras equipes, né? [...] Então essas reuniões trouxeram um benefício muito grande, eu acho para poder desenvolver esse lado que eu acho que é importante de o paciente ser abordado no momento com todas as disciplinas possíveis e não assim pontualmente só a clínica médica olhar e deixar, né? Das condutas, e eu acho que esse momento trouxe muito benefício. (M_UNI_5)

Eu acredito que sim, que a gente consegue trabalhar com interdisciplinaridade. Principalmente aqui no serviço né, que eu tenho essa experiência maior, eu vejo equipes engajadas e preocupadas em estar discutindo o quadro clínico com a equipe médica sabe, não vejo assim nenhuma barreira e nenhum problema maior. [...]. (IC_EM_1)

Os discursos médicos acima defendem a interdisciplinaridade no momento da discussão clínica semanal para os pacientes elegíveis da UNI, porém, não são todos os pacientes beneficiados por este momento. Quando M_UNI_5 diz que ter contato com outras equipes

favorece a interdisciplinaridade, ressalta-se que a equipe de enfermagem não está presente neste momento. O compartilhamento de informações entre médicos e outras equipes é considerado importante por ele para que tenha suporte nas decisões. Como não dito, fica que o saber da enfermagem não agrega, uma vez que eles não se comunicam no setor.

Apesar do exposto acima, estudo realizado no Hospital Universitário em Valência, na Espanha, identificou que os enfermeiros são os profissionais que passam a maior parte do tempo na assistência ao paciente, sendo, portanto, essenciais no estabelecimento de estratégias terapêuticas para garantir a qualidade do cuidado. Contradizendo nossos achados, Sosa-palanca *et al.* (2022) perceberam bom relacionamento da equipe em suas unidades, apoio entre os profissionais, colaboração em momentos de sobrecarga de cuidados e tratamento respeitoso entre os membros da equipe.

Para o diretor da OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, os enfermeiros são como a espinha dorsal do sistema de saúde e, por isso, faz-se necessário considerar a percepção, o conhecimento e o envolvimento destes profissionais no planejamento e implementação das práticas de saúde (GHEBREYESUS, 2017).

Estudo realizado na Universidade Estadual do Rio de Janeiro verificou que discussões periódicas entre os membros da equipe de saúde auxiliam a firmar pactos coletivos no que diz respeito às tomadas de decisões clínicas (ARRUDA; MOREIRA, 2018). Uma pesquisa sobre interdisciplinaridade na Atenção Primária observou que as discussões clínicas se configuravam como importantes dispositivos para manutenção do diálogo entre a equipe de saúde e manutenção das relações horizontalizadas (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

As corridas de leito ajudam os enfermeiros a resumir, interpretar e documentar os achados clínicos e o reconhecimento de anormalidades ou identificação de um diagnóstico diferencial para tomar decisões clínicas de maneira colaborativa (LIYEW; TILAHNUN; KASSEW, 2021). Logo, excluí-los e desconsiderar suas perspectivas neste processo prejudica sobremaneira o cuidado interdisciplinar.

Um estudo transversal multicêntrico realizado em unidades de terapia intensiva dos hospitais regionais de Amhara, no Noroeste da Etiópia, constatou que a avaliação física no momento da corrida de leito é uma competência central no âmbito da prática de enfermagem. Devido às crescentes complexidades observadas no mundo da saúde hoje, a avaliação física é responsabilidade tanto de enfermeiros quanto de médicos (LIYEW; TILAHNUN; KASSEW, 2021).

Neste estudo, um informante-chave que compõe o Núcleo Interno de Regulação (NIR) relata que percebe as equipes engajadas em discutir caso com os médicos, entretanto, o que não

se identificou até o momento na pesquisa foi o engajamento dos médicos em dividir forças com os demais profissionais de saúde.

Em 22/11/2023, foi possível observar um momento desta reunião entre residentes da UNI, coordenação médica do NIR e demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar convocada, com exceção da enfermagem.

Essa reunião ocorre em uma sala de estudos do primeiro andar, fora da UNI, não ocorre à beira leito. Profissionais da equipe multi (como se denominam) e residentes se deslocam para reunirem. Com início agendado para 09h até 09:20h nenhum residente compareceu e estão aguardando: nutricionista fisioterapeuta, psicologia, assistente social representante do EMAD (atenção domiciliar) e coordenação médica do NIR. Essa reunião diz respeito somente aos residentes da clínica médica que estão rodando escala nas enfermarias. Reunião inicia após chegada do primeiro residente às 09:20h e finaliza às 11:30. Compareceram 06 residentes e no total discutiram 45 pacientes. Fisioterapia precisou sair na discussão do 8º paciente. Nenhum profissional da equipe de enfermagem compareceu. (NO)

Percebeu-se, neste dia, que o foco dessa reunião era discutir casos de pacientes com demandas em atraso para acelerar o processo de alta e otimizar o giro de leito. Discussão bastante cansativa, pouco produtiva do ponto de vista clínico, com o foco direcionado para os fluxos internos para solução de pendências de laudo e outras demandas para desospitalização. Não se observou discussões voltadas para condutas terapêuticas com compartilhamento de saberes. Essas definições ficam a cargo dos chefes de clínica, que não tem processo definido para acontecer e, quando ocorre, é restrito ao corpo clínico.

Trabalhos anteriores como um estudo realizado na Austrália por Birks *et al.* (2013) revelou que muitos enfermeiros não realizam rotineiramente práticas de avaliação física e nem participam de discussões clínicas por falta de tempo disponível e pela presença ou ausência de outros profissionais de saúde, como médicos e pessoal de saúde aliado, que considerem o seu saber e suas percepções.

Para além, carga de trabalho pesada, falta de conhecimento, falta de confiança em suas habilidades, falta de experiência profissional, dependência de outros profissionais e a cultura da enfermagem foram algumas das barreiras enfrentadas pelos enfermeiros para participar de avaliações físicas e discussões clínicas interdisciplinares à beira leito (LIYEW; TILAHNUN; KASSEW, 2021).

Desse modo, seguindo na percepção dos profissionais quanto à interdisciplinaridade nas suas práticas de saúde, os participantes que demonstraram compreender o sentido do conceito de interdisciplinaridade acreditam que, naquele serviço de saúde, ela não acontece. De acordo com os trechos abaixo, o principal saber e poder no processo assistencial é culturalmente delegado ao médico, mesmo que, em algumas situações, alguns médicos reneguem essa responsabilidade unilateral.

Que é ruim! É... a gente pede as interconsultas, mas eu ainda não percebo que sejam várias pessoas juntas no processo de cuidado, eu acho que são várias pessoas separadas cuidando do paciente [...] Então eu acho que são várias pessoas olhando fragmentado o cuidado, [...] eu até brinco “ter CRM não é sinal de inteligência não”. Muitas vezes a decisão não é do médico, a decisão é da equipe. Não é porque o médico falou, por que não foi discutido? Porque não foi / então eu acho ruim a parte da equipe multi. [...] Ah isso ainda é muito cultural, então ainda é muito! ((enfermagem dar poder ao médico)) (M_CTI_2)

MULTIDISCIPLINARIDADE, MULTI, ainda não conseguimos evoluir para inter não. Eu acho que é cultural, eu acho que ainda precisa quebrar muito paradigma né, porque ainda tem muito que o médico é o dono do paciente, entende, então assim a equipe primeiro é a médica e depois a equipe multi toda. Ainda tem muito essa cultura que a gente já tem quebrado ao longo do tempo, mas ainda é difícil a gente pensar interdisciplinaridade. [...] É cultural. O estabelecimento da conduta terapêutica ainda é médico centrada porque é ele que vai demandar as metas terapêuticas, mas a equipe multi consegue entrar e contribuir. (IC_EM_3)

[...] é isso eu acredito que existe sim um trabalho bem ativo da equipe multi, mas eu entendo também eles são BEM CADA UM NA SUA CAIXINHA. As avaliações não são feitas coletivamente, sabe? Cada um no seu tempo, cada um no seu tempo de resposta também. É::: as ações não são em conjunto, é cada um atuando na sua área. (E_UNI_4)

Apesar dos obstáculos, Mezaroba *et al.* (2022) constataram que a prática interdisciplinar assegura a qualidade da assistência por meio da construção e reconstrução de conhecimentos diversos e das interações constantes entre os profissionais de saúde. Para mais, a integração das forças de trabalho entre as diferentes categorias profissionais propiciou o exercício da interdisciplinaridade, a aproximação entre os membros da equipe e o desenvolvimento de novas capacidades profissionais para uma atuação colaborativa em equipe, aumentando o potencial de resolutividade, bem como a garantia de uma atenção integral.

O trabalho em equipe favorece uma operação sinérgica e articulada das práticas de saúde colidindo com a estratégia assistencial resultante das relações hierarquizadas que ainda se mostram habituais no campo da saúde (BAQUIÃO *et al.*, 2021). Assim, na contramão do que se tem discutido mundialmente sobre a necessidade do trabalho em equipe nos serviços de saúde em prol da segurança do paciente, há profissionais que neguem a interdisciplinaridade como algo positivo por se apresentar como um gatilho pela disputa de saberes.

{respiração profunda} ((tempo longo para iniciar a reposta)) É boa, mas assim (...) DEPENDE de qual, de como, cada um se porta dentro do setor, assim, é::: cada um sabendo o que deve fazer e qual é suas atribuições e funções dentro do setor de terapia intensiva. Aqui a gente consegue trabalhar de maneira legal assim, cada um faz sua parte [...]. Eu acho que é bem importante ter a presença de outros é::: profissionais dentro do CTI, desde que isso não influencie no cuidado do doente, às vezes muitas pessoas no mesmo setor acabam atrapalhando também. Eu acho que às vezes ter a interdisciplinaridade é importante, mas é::: limitar também o número de pessoas eu acho importante também, porque senão acaba fragmentando demais em ter muitas opiniões em cima de um cuidado que é mais difícil, né? (M_CTI_3)

Para este médico do CTI, é mais confortável cada um trabalhar fazendo a sua parte, sabendo o que lhe cabe saber e fazendo que lhe cabe fazer. O fato de considerar prejudicial opiniões variadas sobre um mesmo processo demonstra que este profissional tem dificuldades de considerar o conhecimento do outro e utilizá-lo como agregador para uma tomada de decisão mais assertiva e segura para o paciente.

Para Bergerød, Williams e Wiig (2022), é preciso capacidade para aprender a trabalhar em equipe e para se adaptar a um cuidado compartilhado. Seguindo esse princípio, a aprendizagem colaborativa consiste em proporcionar aos profissionais características-chave como adaptação, ajuste e flexibilidade para um cuidados de saúde resiliente.

Estudo realizado em uma Estratégia de Saúde da Família localizada em um município no interior do Rio Grande do Sul identificou que o cuidado em equipe possibilitou aos profissionais ampliar as competências técnicas, as habilidades, o comprometimento, as considerações e as expectativas acerca das ações desenvolvidas no atendimento às gestantes e puérperas (MEZARROBA *et al.*, 2022).

Ressalta-se que, a resistência profissional à discussão de casos de maneira interdisciplinar no campo da saúde demanda a reorientação do modelo de formação. No Brasil, em instituições de ensino superior e em programas de pós-graduação, já se trabalha com métodos de colaboração interprofissional direcionada a diversos profissionais de saúde, exceto médicos (BAQUIÃO *et al.*, 2021).

Compartilhar forças e saberes não é uma tarefa fácil, pois a maioria dos profissionais costumam ser muito zelosos com seus saberes para manter a certeza identitária do que são e do que não são, e porque também implica renunciar à onipotência terapêutica, no caso da equipe médica (BORTAGARAI *et al.*, 2015).

Em vista disso, essas questões vão ao encontro da discussão trazida por Bortagarai *et al.* (2015), quando os autores apresentam em seu estudo que o que provoca a necessidade de uma interconsulta é o “não saber” do profissional de saúde sobre o paciente a ser atendido. Este desconhecimento, em uma relação interdisciplinar, não anuncia uma fragilidade, mas aponta a complexidade do caso a ser atendido e a necessidade de abordagens mais amplas que não somente as específicas do campo de conhecimento do profissional.

Nesta linha, o trecho abaixo, de um enfermeiro, apresenta o saber como ferramenta primordial para a consumação da interdisciplinaridade como pilar de uma assistência segura e de qualidade. Entretanto, obstáculos como a insegurança médica podem fragilizar todo o processo.

Hum... [...] a gente vêm de uma cultura que o saber médico é superior ao restante, então dependendo do profissional se ele não conseguir se expressar, se ele não conseguir se impor acaba que a prática baseada só no médico ela sobressai [...]. Como a gente já lida com profissionais de outras categorias tipo médico, mais INSEGUROS, que tipo assim a gente tem que ficar FALANDO e a gente sente que a pessoa não está SEGURA. Eu acho que quando a pessoa está segura no trabalho e cada um sabe do seu papel, é mais fácil ter essa interdisciplinaridade sabe? (E_CTI_7)

Ainda, este enfermeiro do CTI continua a defender que o conhecimento é a principal estratégia para esta disputa de forças no ambiente assistencial, visto que, historicamente, a supremacia médica tem se comportado como uma barreira para o cuidado colaborativo.

CONHECIMENTO [subsídio para se manifestar], primeiramente, conhecimento. E eu acho que entender, [...]. A gente é profissional de saúde, está todo mundo trabalhando no mesmo lugar. A gente está trabalhando em prol do paciente. Se eu tiver medo de discutir com o médico para o bem do paciente quem vai ser prejudicado, não sou eu, não é o médico é o paciente. Então acho que é conhecimento mesmo. Conhecimento, a prática. [...] tem coisa que é conduta médica e eu não tenho que, né! Mas pelo menos o meu PAPEL de ENTENDER o porquê daquilo e de falar que eu não concordo, EU FIZ. (E_CTI_7)

Segundo Foucault (2014), poder e saber estão intimamente relacionados e um saber fundamentado e reconhecido produz poder diante das relações estabelecidas. Assim, no ambiente hospitalar e em outros cenários, o poder não existe em si próprio, sendo constituído nas práticas cotidianas, materializando que, nas relações profissionais quem detém maior conhecimento assume uma posição privilegiada na luta pela verdade. A produção e transmissão dessas verdades são, portanto, efeitos de relações de poder que se estabelecem a partir da produção, acumulação e circulação de saberes, um jogo de forças (FOUCAULT, 2020).

Do ponto de vista histórico, a organização das profissões de saúde mostra a medicina como detentora legal do saber e componente central das práticas de saúde. Ainda que o controle médico sobre as demais profissões da área da saúde tenha sido amenizado, especialmente a partir dos séculos XIX e XX, o médico tem mantido certa hegemonia nas decisões terapêuticas. Dito isto, o hospital opera como agregador de conflitos nas relações profissionais, gerando desdobramentos negativos na assistência interdisciplinar (GONÇALVES, 1992; SILVA, 2006).

Ao investigar se a interação entre médicos e enfermeiros na corrida de leito possibilita o melhor cuidado ao paciente, identificou-se que, na UNI, o contato deficiente entre as equipes pode ser interpretado como uma estratégia de resistência à circularidade do poder e uma tática de manutenção da soberania médica sobre a determinação das estratégias terapêuticas.

Então não tem essa interação, acaba que essa interação é feita no é:: eu e o supervisor enfermeiro ou os técnicos de enfermagem é:: [...] se eu preciso de determinada coisa da enfermagem, [...] a gente vai diretamente na pessoa e já comunica. Fala assim: “olha, diminui o oxigênio, faz tal coisa, ou então quando a gente troca um antibiótico”.

O caso não é discutido junto com o enfermeiro ou com o técnico, mas isso é passado para eles de maneira indireta. (M_UNI_2)

Não [os enfermeiros não são comunicados das condutas definidas na corrida de leito], a gente só prescreve e entrega, não tem uma solicitação de opinião não. ÀS VEZES a gente pergunta certas coisas, por exemplo, nossos telefones ficam em todos os postos, então todo mundo ali tem o contato da gente, os pacientes que estão com certas queixas eles avisam que está com queixa, avisa que chegou um familiar, pessoal da comissão de curativo sempre acompanha junto e avisa a gente, e precisa prescrever alguma coisa que eles julgam necessário e se a gente concordar a gente vai e prescreve. (M_UNI_3)

Olha, [...] é uma comunicação assim bem rasa né? É bem assim, realmente o QUE É PRA SER FEITO. Então, por exemplo, o médico vai lá, avalia, ele vai iniciar uma medicação. Ele vai comunicar, mas é igual eu estou te falando. AS VEZES NEM ISSO. ÀS VEZES É UM ANTIBIÓTICO E NEM COMUNICADO É, DEIXA NA CAIXINHA LÁ, às vezes o paciente PERDE o horário do antibiótico porque, quando vai ver só a noite aquela prescrição vale, começa a ser válida a noite, é::: então assim, existe uma comunicação mínima? Existe, porque senão nada acontecia, mas não é muito efetivo. (E_UNI_3)

As falas acima demonstram que a interação existente é apenas para ordenar uma prática assistencial, para que a equipe de enfermagem execute tecnicamente um cuidado ou realize um procedimento encaminhado pela equipe médica. De certa maneira, entende-se essa interação como um instrumento de comando, no qual um profissional impõe o que o outro deve executar. Percebe-se que os enfermeiros da UNI não têm espaço para opinar e manifestar os seus saberes, recebendo as informações de maneira indireta, via prescrição médica.

A colaboração entre médicos e enfermeiros demonstram melhores resultados assistenciais no que diz respeito à qualidade dos cuidados com o paciente (VEGESNA, *et al.*, 2016). Embora seja comprovado que uma boa interação entre médico e enfermeiro favorece a terapêutica do paciente, Bujak e Bartholomew (2011) afirmam que atualmente os dois profissionais mais importantes responsáveis pelo cuidado do paciente - a enfermeira e o médico - muitas vezes nunca falam um com o outro, e quando o fazem, o intercâmbio é muitas vezes disfuncional.

Para Baquião *et al.* (2021), é responsabilidade dos serviços de saúde viabilizar espaços em que os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde tenham local de fala para discussão de casos clínicos.

Entretanto, por muito tempo, todas as etapas do processo de trabalho em saúde foram executadas por um único profissional: o médico, que se apropriou de todas as condições do processo de reabilitação do corpo individual debilitado, já que a chance de sobrevivência dos doentes se resumia ao seu conhecimento. Iniciou-se aí a soberania e a supremacia da medicina, com domínio médico sobre as práticas de saúde que levavam à cura (GONÇALVES, 1992),

levando outros profissionais a experimentarem a sensação de heteronomia, dependência, submissão e subordinação.

Assim como a solicitação de interconsulta significa autonomia para alguns enfermeiros, a prescrição médica representa a manifestação da autoafirmação médica no ambiente terapêutico, pois, ao médico cabe julgar se que o enfermeiro solicita é de fato necessário e coerente para a prática do cuidado. Em seu discurso, M_UNI_3 ostenta que cabe a ele validar o cuidado planejado por outro profissional não médico, se permitindo agir como um ser superior aos demais que julga.

Estudo realizado em serviços públicos noruegueses identificou que a determinação de prescrições médicas e planos de cuidados colaborativos demandam um empoderamento coletivo. Para que seja possível uma definição terapêutica não opressora, é preciso colaboração e diálogo ativos entre os profissionais médicos e não médicos (LARSEN; SAGVAAG, 2018).

O resultado do estudo de Larsen e Sagvaag (2018) apresentou um desequilíbrio relacional entre profissionais devido a uma rede de poder linear, onde a intermediação da equipe entre os pacientes e os tomadores de decisão era centralizada no médico.

Freire (2005) considera a opressão um obstáculo à busca de autoafirmação e libertação. Embora o conhecimento e o empoderamento coletivo sejam fundamentais para aquisição de autonomia, o autoempoderamento é um componente integral. Os indivíduos devem aproveitar o seu próprio empoderamento quando envolvidos na luta pela sua própria libertação. A liberdade da opressão é, portanto, conquistada e não concedida. Quando estão em posição de abraçar a sua liberdade, os oprimidos podem desvelar e confrontar a cultura de dominação através de ação e reflexão transformacionais em prol de uma assistência funcional.

Contudo, apesar da colaboração entre médicos e enfermeiros ser considerada particularmente importante nos serviços de saúde, um estudo realizado na Itália, região da Toscana, para avaliar a relação das práticas de saúde com a colaboração entre enfermeiros e médicos, de Vegesna *et al.*, (2016), identificou que, de fato, os enfermeiros são mais inclinados a atitudes colaborativas e ao trabalho em equipe do que os médicos.

Cabe ressaltar que, há fatores externos que influenciam diretamente na opressão de profissionais não médicos no processo assistencial. Associado a fatores históricos e culturais, há também uma forte demanda política e econômica em que os enfermeiros estão com suas atividades autônomas cada vez mais restritas tanto em serviços de alta complexidade como na atenção básica, conforme dispõe a Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013 que rege o exercício da medicina representada pelo Ato Médico (BRASIL, 2013).

Nota-se uma disciplinarização maciça da classe de enfermeiros através de leis e decretos, uma vez que, na prática, a autorização para que o enfermeiro realize determinados cuidados não cabe à instituição hospitalar, mas sim, às operadoras de saúde.

A saúde suplementar não arca com certas despesas da internação dos pacientes, se não houver prescrição médica confirmando e justificando a real necessidade do material ou do procedimento. Percebe-se, dessa maneira, que os convênios e planos de saúde também delegam poder aos médicos como os principais responsáveis pelas práticas de saúde e decisões clínicas. Segundo Silva (2006), no âmbito da enfermagem hospitalar, o novo desenho da profissão afunila o campo de atuação dos enfermeiros que quase se reduz a administrar e controlar o funcionamento do setor e a aplicabilidade de normas distanciando-os de uma assistência conjunta e interdisciplinar.

Na UNI, como não há corrida de leito, nota-se uma assistência disfuncional em decorrência do desalinhamento entre médicos e enfermeiros, uma vez que, para além da ciência, o momento da corrida de leito age como catalisadora para a qualidade dos relacionamentos interprofissionais. O fato de o médico afirmar com tranquilidade que, na UNI, a interação entre médicos e enfermeiros acontece por meio da prescrição médica, revela que ele acredita que seja o suficiente desde que façam o que é solicitado por ele.

No CTI, apesar de haver uma maior interação entre médicos, enfermeiros e outros profissionais, há ressalvas quanto a efetividade da participação do enfermeiro na corrida de leito. Os trechos abaixo pronunciam que os enfermeiros agregam valor com informações puramente técnicas, mais precisamente sobre necessidades fisiológicas como alimentação e eliminação, deixando livre o espaço para manifestação do poder médico sobre as questões clínicas.

Mais médico-centrado, dificilmente a gente [enfermagem do CTI] participa de alguma coisa. Só quando é uma coisa bem específica. O paciente tá intubado e eles vão lá e perguntam alguma coisa da ventilação pro fisioterapeuta, aí para a enfermagem pergunta: “tem quantos dias que não evacua”? Dependendo só nos incluem em coisa específica, no mais é médico-centrado. (E_CT1_1)

Sim, o enfermeiro muitas vezes tem dados que a gente não possui, é::: eu acho que muitas vezes eles contribuem bastante para algumas intervenções, que às vezes passa despercebida, [...]. (M_CT1_3)

Participa [o enfermeiro participa da corrida de leito]. A gente [o médico] faz perguntas, inclusive em relação ao cuidado: tantos dias sem evacuar, o cateter você sabe de quando é, tem coisas que eles têm o controle melhor que o nosso. (M_CT1_4)

As relações e situações não são estáticas e as forças tendem a se movimentar quando o discurso, independentemente de quem o anuncie, vem carregado de sabedoria e segurança. Ao demonstrar conhecimento e capacidade argumentativa, a tendência é a conquista de um espaço

reconhecido. A fala abaixo demonstra que a manifestação do saber científico é um importante recurso antagônico à supremacia médica. Mesmo sem espaço concedido, é possível alcançar notoriedade se impondo e lutando pelo reconhecimento da sua verdade por meio do seu saber.

É uma corrida de LEITO em que o médico começa a contar no caso do paciente, aí as coisas mais pontuais, assim, DA ENFERMAGEM na hora da corrida, a gente a gente fala, então se a gente notou alguma coisa, igual já aconteceu de um paciente, por exemplo, que estava com edema em membro inferioroooo, uma perna mais em empastada, ninguém tinha visto, tipo durante a corrida de leito eu falei: “*Olha, esse paciente tem que avaliar a perna dele!*” e olharam, falaram: “*Ah vamos pedir um doppler*”, então tipo assim, é uma coisa multidisciplinar mesmo. Então a gente tem essa liberdade de falar, né, de expor [...]. (E_CTI_7)

Os trechos abaixo demonstram que o arranjo das relações interprofissionais é permeado pelas relações de poder e influenciado pela qualidade do discurso dos sujeitos envolvidos. Aprofundando nos desdobramentos da composição de forças entre médicos e enfermeiros, percebe-se que a negação à integração entre as equipes para alinhamento de condutas terapêuticas compromete a solução de demandas assistências desvinculadas da discussão clínica. O embate decorrente da resistência ao trabalho em equipe resulta em dificuldades no atendimento de urgências e intercorrências de pacientes internados na Unidade de Internação.

Parada cardíaca acontece demais à noite, por conta disso. A GENTE VÊ que fica um clima ruim, sabe? Entre a equipe médica e a equipe de enfermagem principalmente, ATÉ PARA PASSAR o caso né? Do telefone, que a gente fica com bip às vezes, chega lá que um paciente ESTÁ GRAVÍSSIMO e a gente não conseguiu saber isso na comunicação dele. [...] talvez se tivesse um treinamento constante eles teriam uma condição de passar melhor do caso e a gente conseguiria entender melhor o que que está acontecendo e também, O CONTRÁRIO. As vezes o paciente não está TÃO GRAVE e eles falam que ESTÁ GRAVÍSSIMO e chega lá e não está. (M_UNI_4)

Hoje eu ligo para o plantão, informo que o paciente está sentindo dor, e a pergunta que eles me fazem é: “tem alguma alteração de dados vitais? Porque se não tiver eu não tenho que avaliar”. Paciente com dor, dentro de um hospital oncológico, vai esperar alterar dados vitais? São coisas que você não sabe nem o que você fala! (E_UNI_2)

O médico da Unidade de Internação, M_UNI_4, revela em seu discurso a dificuldade dos enfermeiros comunicarem as demandas clínicas dos pacientes de maneira objetiva e utilizando linguagem técnica. Em contrapartida, é possível constatar no discurso do enfermeiro E_UNI_2 a indignação pela não valorização da dor pela equipe médica por ser um dado subjetivo. Identifica-se no cenário um combate entre a visão positivista do médico sobre as questões de saúde dos pacientes e a crença de um cuidado mais humanizado por parte do enfermeiro.

Um estudo de Rosenstein (2002) sobre as percepções de 720 enfermeiros e 173 médicos de 84 hospitais do norte da Califórnia destacou que as enfermeiras muitas vezes falharam ao reunir as informações relevantes do paciente antes de chamar os médicos. Essa comunicação

pouco clara fez com que os médicos reagissem rudemente, afetando significativamente as futuras atitudes dos enfermeiros para o cuidado do paciente.

Estudos internacionais identificaram que a comunicação, respeito, confiança e poder desigual entre médicos e enfermeiros são fatores importantes que afetam a relação profissional entre as duas categorias e que a comunicação entre as categorias profissionais tende a ser pouco clara e imprecisa (ROBINSON *et al.*, 2010; WELLER; BARROWE; GASQUIONE, 2011).

Há uma necessidade de refinar a comunicação no campo da saúde, pois para Baquião *et al.* (2021), o uso de jargões típicos de determinadas categorias associado a um discurso pouco técnico favorece um conflito interprofissional. A maneira como um profissional de saúde se dirige ao outro pode tanto favorecer quanto dificultar o estabelecimento da cultura de grupo de que depende uma atuação cooperativa para discussão de casos clínicos (CLARK, 2014).

Essa análise alcança a complexidade da subjetivação de médicos de enfermeiros em relação ao processo saúde-doença e abre a possibilidade de inferir que o saber da enfermagem é pouco considerado pelos médicos pela tendência dos enfermeiros considerarem questões que extrapolam o biológico. Nesta situação citada acima, nota-se um paradoxo, pois, apesar da dor ser algo subjetivo, têm a capacidade de alterar sinais vitais. O fato de não haver alteração hemodinâmica no momento não invalida a sensação e o incômodo, sendo, inclusive, uma possibilidade real de evitar uma piora do quadro clínico.

Sorensen e Iedema (2007), ao realizarem um estudo etnográfico em Sidney para avaliar a capacidade dos enfermeiros para defender pessoas que morrem em unidades de terapia intensiva, identificaram que o conflito entre enfermeiros e médicos, a supremacia científica de medicina sobre enfermagem e a insuficiente autonomia da enfermagem na UTI limitam os enfermeiros em processos decisórios sobre o cuidado humanizado.

Em seus achados, Baquião *et al.* (2021) identificaram que se a equipe de saúde como um todo se comprometesse com o atendimento humanizado, o trabalho em equipe seria mais qualificado mediante uma estruturação em torno de uma premissa comum.

O discurso do enfermeiro abaixo materializa as consequências de um cuidado desalinhado e desarticulado em um ambiente assistencial. Evidencia-se certo alívio do profissional em estar recebendo as prescrições médicas em mãos.

Eu acredito MUITO por conta dessas questões, os pacientes aqui intercorrem muito e muitas coisas poderiam ser evitadas por quê/se tivessem pelo menos uma comunicação efetiva né? [...]. Acho muito importante que tivesse, porque certas coisas os médicos tomam como conduta e não comunicam o enfermeiro né? A gente tem feito algumas práticas pra melhorar isso, então, prescrições de urgência, agora são entregues na mão do enfermeiro pra gente tentar ganhar tempo, pra gente ter mais

ciência do que acontece com o paciente, isso é uma prática de AGORA, mas antes nem isso era feito. (E_UNI_4)

No CTI, a situação se apresenta de outra forma. O fisioterapeuta, participante da pesquisa, contribuiu com o seu olhar sobre os benefícios de um compartilhamento de informações mais estruturado. De acordo com o trecho abaixo, a corrida de leito enobrece o cuidado e mitiga as chances de ocorrências iatrogênicas no processo assistencial.

O paciente hoje, ele é beneficiado pelo processo da corrida de leito que existe hoje nesse CTI. Porque, por exemplo, tem alguns médicos que eles deixam a gente a par de TUDO o que está ACONTECENDO, mesmo que não seja da minha área, ali, do meu interesse em saber, mas se você quiser saber, se você quiser tiver interesse, você fica sabendo de tudo, sabe? Então é::: questão de posicionamento de um paciente, questão da medicação do paciente, é social do paciente, sabe? Tudo isso é questão de cuidado mesmo. A gente PERCEBE que é um lado positivo. (IC_FIS_CTI_2)

Diferentemente da UNI, no CTI, apesar de a comunicação ser mais estruturada, a equipe não médica, em algumas situações, ainda luta por um local de fala. Na UNI, os profissionais são silenciados pela prescrição médica, soberana ao diálogo neste setor aberto.

Não [não têm local de fala] (...) dependendo do paciente e do contexto a gente não tem encaixe. Se a gente vai falar, muda o assunto. Eles [os médicos] falam, a gente não consegue se posicionar e se a gente for posicionar ele acha que é uma coisa que não é relevante. [...] Isso não é só enfermagem, fisioterapia também. Se a gente não concordar com a conduta que eles querem tomar, a gente não tem voz. (E_CTI_1)

Eu acho que NÃO [não acredita que a forma como se estabelece a interação entre médicos e enfermeiros na corrida de leito favorece o cuidado]. Porque eles não, não dão ABERTURA, não dão oportunidade as vezes de falarmos mais sobre aquele paciente, né? É poucos QUEREM saber se há alguma, alguma lesão, mesmo a gente RELATANDO, né? Que existe alguma lesão cavitária, lesão em uso às vezes, até de medicações, é metronidazol, é ::: coberturas. (E_CTI_12)

A fala médica abaixo confirma que a atuação do outro depende do espaço ser cedido pela equipe médica, que concede se há interesse nas informações a serem fornecidas ou se há confiança conquistada pelo saber. Pela fala do informante-chave, se é a “maioria” dos médicos que ouve é porque tem uma parcela da equipe médica que de fato subestima as contribuições de profissionais não médicos.

((silêncio prolongado)) Eu acho que sim ((fala tímida novamente)), é::: quando se abre possibilidade do outro profissional dar a visão dele do paciente sobre o que está acontecendo, [...]. (M_CTI_4)

A gente fica responsável pela parte respiratória né, [...] a MAIORIA [dos médicos], escuta bem a gente sabe? Tem uma parte que não acata, ele tem a opinião dele, não escuta e se tiver uma parada: “eu vou lá te chamo” {risos}, tipo assim né. (IC_FIS_CTI_1)

Ponderando sobre o reflexo da composição de forças entre profissionais nas discussões clínicas e estabelecimento de estratégias terapêuticas, observa-se o paciente como ser holístico submetido em práticas de saúde especializadas por meio de um cuidado fragmentado e pouco longitudinal.

Baquião *et al.* (2021) reconheceram que o modelo tradicional de educação pode ser considerado a origem de barreiras à efetivação de um cuidado colaborativo por valorizar as competências altamente especializadas.

Para Bortagarai *et al.* (2015), a transição do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial exige importantes mudanças na organização e concepção do trabalho em saúde, considerando principalmente as consequências da forte especialização e parcelamento sobre as práticas de saúde. A interdisciplinaridade nas discussões clínicas à beira leito visa assegurar uma assistência integral e, por isso, demanda que os profissionais de saúde, independente da sua categoria, estejam preparados para intercambiar saberes e dividirem forças. Para tal, é necessário submeter-se a uma comunicação ativa em discussões periódicas para troca de saberes consistentes que sustentem uma prática clínica colaborativa.

A fala de um médico do CTI sinaliza que há a necessidade de um cuidado mais descentralizado considerando a atuação mais ativa de outros profissionais. Por ser médico plantonista, o participante abaixo acredita que não deve ser somente o médico horizontal o responsável por definir condutas. Embora no CTI haja maior interação de equipes que na UNI, ainda precisa evoluir para horizontalização do cuidado e das práticas de saúde.

Eu acho que essa ideia do CTI, de vir, ter uma corrida só e ele [médico horizontal] ser o ditador da conduta isso vai acabar, porque isso é uma visão horizontal do cuidado, ó, horizontal não vertical do cuidado. (M_CT1_2)

Na UNI, corroborando falas já analisadas sobre interconsultas, os enfermeiros do Posto 04 da UNI confirmam que até mesmo o saber soberano da medicina está fragmentado, acarretando prejuízos assistenciais ao paciente. Nesse sentido, questiona-se se a disputa de espaço e poder entre a própria equipe médica contribui para uma maior vulnerabilidade do paciente.

De verdade, a gente está com uma equipe médica onde é tudo muito fragmentado, então eu sou hematologista, e se tem algum problema clínico eu não assumo [...] Então o que a gente está tendo muito hoje é isso, esse cuidado fragmentado. Se eu sou cirurgião, então eu cuido da cirurgia, e se paciente tem qualquer tipo de alteração clínica, não sou eu que vou olhar, é a clínica. (E_UNI_2)

Na perspectiva dos enfermeiros da UNI, o médico como detentor das práticas de saúde controla os doentes sobre sua responsabilidade determinando as condutas a serem executadas pelos enfermeiros e interferindo na condução do planejamento do cuidado de enfermagem.

[...] alguns médicos eles precisam olhar o paciente como um todo, não visar somente a doença, porque as vezes não é só a doença que está prejudicando aquele paciente né. Mas tem outros problemas que [...] é uma coisa boba, que não tem nada a ver com a doença, mas o paciente não consegue dormir a noite e::: muitas vezes a gente comunica com médico e ele não prescreve a medicação para o paciente e ele fica sem dormir e vai gerando um stress no paciente [...]. (E_UNI_5)

[...] É::: igual esses dias mesmo foi instalado uma VNI no paciente e a enfermagem não foi comunicada, né? Então são práticas muito isoladas. Paciente feito teste de deambulação com ele, não comunica e a gente tá dando banho de leito no paciente até hoje, porque ele prefere, mas a gente não sabia que ele já foi testado, que ele já foi avaliado. Então, normalmente as condutas clínicas aqui são médicas, né? É::: e nem sempre o enfermeiro tem ciência delas. E eu te falo porque eu tive essa semana, um paciente que entrou em protocolo de sepse e o enfermeiro não foi comunicado. (E_UNI_4)

Além da falta de comunicação materializada nos discursos acima, observa-se que a equipe médica sobrevaloriza demandas que não são mensuráveis, desconsiderando sinais fisiológicos apontados pela equipe de enfermagem sobre as necessidades do paciente. A fala de E_UNI_4 anuncia que a comunicação frágil gera transtornos no planejamento de cuidados básicos e dificulta o acompanhamento da evolução clínica do paciente por parte da enfermagem. Esses inconvenientes favorecem ações iatrogênicas comprometendo sobremaneira a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

Confirmando nossos achados, para Markowski (2022), o contexto do ambiente de uma enfermagem é uma barreira à comunicação entre os profissionais de saúde, propiciando uma assistência descontínua e fragmentada.

Acrescentando essa análise, Aguiar, Oliveira e Schraiber (2013) confirmam que a medicina exerce, de fato, um poder histórico nas relações de cuidado, concentrando em si o poder do diagnóstico e da intervenção terapêutica, assumindo uma autoridade técnico-científica, por vezes, supervalorizada.

Nesse sentido, embora no Brasil a importância do trabalho em equipe para o atendimento das necessidades de saúde da população tenha sido enfatizada desde o advento da Reforma Sanitária, ainda é necessário superar a fragmentação do trabalho no campo da saúde decorrente de um contexto histórico e cultural das relações desiguais no cenário da saúde público e privado (CARVALHO; LUZ, 2009).

Essa redução e desumanização do sujeito a ser cuidado é produto do contexto capitalista instaurado no enredo social desde a desestruturação do sistema feudal. Para garantir a produtividade em todos os sentidos, políticas foram estabelecidas no intuito de docilizar e disciplinar corpos (CARVALHO; LUZ, 2009).

Pensando no contexto da saúde, na obra *O Nascimento da Clínica*, Foucault (2022), explica que a organização da disciplina implicou em uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos implantando um mecanismo de gestão dos corpos, implicando em um registro contínuo e com utilização de técnicas que garantissem o sistema de poder. Introduziu-se, assim, os mecanismos disciplinares no ambiente hospitalar e, devido a uma transformação no saber médico e suas práticas, a disciplina hospitalar tornou-se médica e o poder disciplinar passou a ser confiado ao médico. Passa a existir, assim, o hospital como um meio de intervenção sobre o doente criando o espaço hospitalar medicalizado em sua função e em seus efeitos (FOUCAULT, 2021).

Para Foucault (2021), nas relações de poder não há um polo que somente domina e outro que somente sofre a dominação, uma vez que este é exercido numa cadeia de submissões da qual ninguém é o alvo único.

Em geral, as principais condutas terapêuticas são definidas NA CORRIDA DE LEITO. E aí é o que eu te falei, se a gente sentir necessidade de entrar com alguma NOVA CONDUCTA, a gente até pode OPINAR {risos}, A GENTE DÁ a sugestão, entendeu? Então tipo assim cabe a ele acatar ou NÃO. (E_CTI_2)

Eu consigo expor bem, não vejo tanta dificuldade. As vezes tem uma resistência um pouco maior, as vezes perde informação dependendo de qual é o médico, alguns médicos não aceitam muito bem opinião, mas na minha atual situação, com a minha plantonista, eu consigo expor super bem tudo que eu preciso. Os plantonistas estão fixos e a gente roda junto. Então está sendo bem mais fácil expor.” (E_CTI_5)

Os fragmentos acima trazem posicionamentos dissemelhantes de enfermeiras do mesmo setor (CTI) quanto à possibilidade de expor opiniões no momento da corrida de leito no que tange ao planejamento assistencial. Enquanto E_CTI_2 manifesta que cabe ao médico acatar ou não o que o enfermeiro sugere, E_CTI_5 traz de maneira velada a mesma dificuldade percebida pela colega. A facilidade de E_CTI_5 em opinar na discussão clínica está diretamente relacionada ao fato de ela ter um bom relacionamento com a “sua” médica plantonista. Analisando essa situação sob uma perspectiva Foucaultiana, ambas são do mesmo sexo e já estão habituadas uma a outra, havendo um vínculo pré-estabelecido que deixa essa relação mais fluida em sua capilaridade. Contudo, a fala de E_CTI_5 deixa implícito que, em um contexto diferente, com outros atores, a sua opinião não seria bem-vinda e nem considerada.

Estudo realizado para analisar as relações de poder estabelecidas no trabalho da Estratégia Saúde da Família identificou que, neste cenário, mesmo com uma estruturação de equipe mais horizontalizada que o setor terciário, na Atenção Primária permanece o médico como a figura central, operando como uma autoridade. Demonstra-se, dessa maneira, que independentemente dos lugares ocupados, relações de poder são marcantes na hierarquia entre

os profissionais de saúde (VILLA *et al.*, 2015). Com os trechos analisados abaixo, percebe-se que a hierarquia médica se estende tanto aos profissionais quanto aos pacientes, comprometendo a autonomia de todos os envolvidos no processo assistencial.

Na corrida de leito o médico fala, o horizontal questiona, conversa com o plantonista e define. BASICAMENTE ISSO. Realmente como se estivessem dando uma ordem do que se fazer. É:::, acho que é isso, isso mesmo. Não tem aquela coisa / dependendo do caso do paciente pergunta “ah o que que você acha?” Mas é muito RARO a gente opinar, eu como enfermeira opinar [...] É difícil a gente falar “eu não concordo”. (E_CTI_1)

Na hora da corrida. Aí o médico decide, aí depois faz a prescrição. Eles correm leitos, depois faz a prescrição, entrega o enfermeiro e aí ele passa pelo técnico. (E_CTI_6)

A gente passa no paciente, avalia o paciente e depois discute com a preceptoria e aí A GENTE vê o que que a gente faz. (M_UNI_3)

As três falas, embora de profissionais distintos e de setores diferentes, carregam o mesmo significado. Tanto um representante da equipe médica da UNI e enfermeiros do CTI evidenciam que a decisão do processo terapêutico é puramente médica, ordenado aos demais profissionais o que deve ser feito por meio de uma prescrição médica que valida seu poder soberano.

Sobre o domínio do poder-saber, Foucault (2021) destaca que em qualquer circunstância dialógica pode haver disputa pelo poder, ainda que nem tudo seja dito de maneira direta. De acordo com Cadoná e Scarparo (2015), embora exista um movimento emancipatório para uma participação ativa dos membros das equipes assistenciais, ainda há evidências e reflexos de uma postura submissa, tanto de profissionais e de pacientes, que permanecem na expectativa de módulos de conduta médico-centradas.

Desse modo, segundo Villa *et al.* (2015), na relação de cuidado, compete ao profissional de saúde possibilitar a autonomia do seu paciente, mesmo que relativa e estruturar o seu *corpus* de emancipação nas práticas de saúde. É basilar, portanto, que o dispositivo assistencial esteja pautado numa relação dialógica, sem o peso da hierarquia de poder-saber, para que todos os envolvidos possam se expressar a partir das experiências vividas. Faz-se necessário ultrapassar as barreiras existentes considerando o trabalho vivo em ato, como um espaço de produção de possibilidades.

Assim como outros estudo europeus, estudo africano sobre fatores associados à capacidade de trabalho em ambiente hospitalar identificou que, apesar dos enfermeiros serem o maior grupo de profissionais em qualquer instituição de saúde, a capacidade para o trabalho é significativamente menor entre os profissionais de enfermagem se relacionada a outras categorias profissionais (ABEBE *et al.*, 2023).

Ainda segundo Abebe *et al.* (2023) em comparação com outros profissionais de saúde, os enfermeiros são mais propensos a sofrer de fadiga relacionada com o serviço pela estrutura organizacional e administrativa do hospital que influencia a cultura geral de trabalho.

Mesmo havendo um consenso de que as ações técnicas pertinentes a cada área profissional estejam bem definidas, cabendo a cada categoria determinada tarefa bem específica, podem existir algumas situações nas quais essas fronteiras não estão bem delimitadas, causando certo desconforto quando o espaço do especialista é invadido.

A gente tem alguns conflitos entre equipes assim, cirurgia e clínica, cirurgia e ortopedia, ortopedia e clínica, isso sempre existe em todos os hospitais, né. Porque as vezes o seu trabalho é diferente do trabalho do outro, então o outro não tem a percepção do que é importante para aquela clínica, acha que aquilo é supérfluo e não é. Então assim, acho que tem esse embate em alguns momentos, mas no geral, é tranquilo. (M_UNI_1)

O trecho acima mostra uma disputa de saberes entre as especialidades médicas. Já não bastando haver esse jogo de forças com profissionais não médicos, ainda há uma luta por defesa de espaço e interesse entre a mesma classe, com especialidades distintas. Como não dito, subentende-se que o trabalho colaborativo não depende apenas de alinhamentos entre profissionais da mesma categoria, o ego também opera sobre profissionais da mesma categoria, deixando o paciente de ser o principal sujeito desse processo. Infere-se sobre a existência de uma vaidade que permeia a medicina e suas próprias especialidades, deixando o orgulho superar a necessidade do paciente e expondo a equipe interdisciplinar a uma condição desconfortável para garantir ao paciente internado uma assistência segura e livre de danos.

Corroborando nossos achados, Bortagarai (2015) identificou que, quanto mais complexo for o caso clínico em termos de patologias biológicas, condições mentais e sociais, mais profissionais devem trabalhar em busca de alternativas pensadas a partir do conhecimento de outras áreas. Na contramão do que muitos consideram como invasão de espaços e disputa, as discussões à beira por diversos profissionais deveriam ser consideradas como um espaço para produção de novos saberes. Esta ação conjunta subsidia uma tomada de decisão mais eficaz e resolutiva e um ambiente de trabalho mais harmônico e menos hostil.

Percebe-se, pelas falas analisadas, como os participantes deste estudo se reconhecem na profissão exercida, tendo nesta cognição um reflexo da sua identidade, uma questão de (in)visibilidade. Ao abordar a maneira como ocorre o estabelecimento das estratégias terapêuticas nos setores, desponta de maneira natural como a legitimação do poder se cumpre no emaranhado discursivo produzido pela corrida de leito.

Para auxiliar na compreensão desse jogo de forças, Michel Foucault (2011) em sua obra “O governo de si e dos outros”, pondera que o exercício de uma discurso é capaz de persuadir os que estão ao seu redor, dando possibilidade para que assumam posição de comando, por terem conhecimento, constituindo a parresia. A parresia, por sua vez, consiste em convencer os outros pelo discurso, por meio de uma fala franca.

Embora seja perceptível que a equipe médica exerce poder sobre corpos sadios e doentes no ambiente terapêutico, é preciso destacar que, todos os sujeitos envolvidos no processo são livres e capazes de compartilhar conhecimentos, e que pelos seus discursos de verdade, podem modificar as coisas, executar umas e impedir outras, em prol de uma melhor assistência para o paciente.

É possível, portanto, que as forças hoje opostas se integrem produzindo cordialidade na disputa pela verdade, respeito e confiança dos profissionais entre si, como uma equipe, sem que, no entanto, seja suprimida a disputa por espaços de poder.

Considerações Finais

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estruturação da corrida de leito hospitalar não favorece a articulação do trabalho entre médicos e enfermeiros, inibe a circulação do poder prejudicando iniciativas interdisciplinares e mantém o médico como agente principal nas decisões clínicas, comprometendo a integralidade do cuidado. Os discursos aqui analisados aduzem uma concepção biologicista centrada na equipe médica que silencia a interdisciplinaridade, permitindo concluir, inclusive, que sua reprodução é intencional. Isto posto, além de agir como uma barreira à circulação do saber, alimenta estrutura patriarcal da medicina.

Por meio da análise de discurso sob uma perspectiva pós-estruturalista, foi possível perceber que os efeitos do relacionamento entre os agentes do cuidado constituem fatores que influenciam na visibilidade dos profissionais e na qualidade da assistência como um todo. Logo, a partir do referencial teórico de Michel Foucault, esta tese confirma que as relações de poder imbricadas no processo de corrida de leito interferem negativamente na interdisciplinaridade das práticas de saúde entre médicos e enfermeiros no ambiente hospitalar, acarretando prejuízo assistencial ao paciente.

Neste estudo, percebe-se um trabalho colaborativo mais dito do que realizado. Além de não existir interdisciplinaridade, os profissionais de saúde não compreendem o seu conceito, trabalhando com a manutenção de uma falsa hierarquização, no qual o médico perdura como decisor nas práticas de saúde.

O ambiente e a estrutura das equipes influenciam na organização do processo em ambos os setores. A inexistência da norma demonstra que a corrida de leito não é institucionalizada, sendo a sua ocorrência algo intuitivo e conduzido de maneira assistemática. A corrida de leito não regulamentada anuncia manifestações de relações de poder no arcabouço do processo, pois são estruturadas como um dispositivo centralizado nos sujeitos que as realizam. Esse dispositivo é compreendido como estratégia de poder por delimitar espaços e ditar o fazer dos profissionais envolvidos no cuidado. A privação da norma sugere uma estratégia de resistência à disciplinarização dos sujeitos envolvidos nas práticas de saúde, ou seja, a corrida de leito interdisciplinar é silenciada pela ausência da norma em papel.

Embora se espere que os esforços sejam centrados no paciente, observa-se que o bem-estar médico supera as necessidades de quem receberá o cuidado. Apesar de existir diferenças entre as corridas de leito entre um setor aberto e fechado, os elementos e circunstâncias que as influenciam são similares. A necessidade médica é a principal razão para organização do cuidado.

A corrida de leito não se apresenta na configuração tradicional nos setores investigados e, por isso, existem mais de três corridas de leito com finalidades distintas. A corrida de leito para definição de estratégias terapêuticas é centrada no médico, já as demais, para fins de desospitalização, evidência para auditoria, segurança do paciente e Estomatoterapia, o médico não participa de maneira efetiva.

Sobre a percepção dos profissionais acerca da configuração do processo de corrida de leito vivenciado por eles no setor aberto, alguns enfermeiros lamentam não ter um contato efetivo com a equipe médica e há enfermeiros que, devido às experiências pouco positivas, evitam esse contato como estratégia protetiva e de resistência. Neste estudo, foi possível observar que, para os médicos, a corrida de leito se apresenta como um momento terapêutico e que, para os enfermeiros, opera como uma ferramenta que norteia suas atividades administrativas que garantem o bom funcionamento do setor.

A subjetividade do médico influencia o cuidado por meio dos desdobramentos positivistas do seu saber e os enfermeiros apresentam uma postura mais humanizada e subjetiva quanto ao cuidado. Apesar de não haver normatização do método, há uma cultura organizacional de como as corridas de leito devem ser realizadas, validando o médico como figura central do processo.

O paciente, um ser holístico, está submetido a práticas de saúde especializadas por meio de um cuidado pouco longitudinal. Até mesmo o saber reinante da equipe médica está fragmentado, acarretando prejuízos assistenciais ao paciente. A disputa por espaço e poder entre a própria equipe médica contribui para uma maior vulnerabilidade do paciente.

A identidade, a disciplina e circulação do poder são elementos entrelaçados e interdependentes que se misturam em um movimento contínuo de subjetivação do sujeito. Os profissionais vivenciam relações geradoras de conflitos em virtude da diversidade de opiniões e posturas, sendo que, em algumas situações, há tentativa de dominação profissional com centralização das decisões e organização do serviço, ainda que não seja oficialmente instituída.

As corridas de leito simbolizam um momento de educação médica, absorvendo grande parte da discussão clínica e prejudicando profissionais não médicos a participarem ativamente pelo fator tempo e por ficarem inibidos. Observou-se que, quando presentes e questionados, as contribuições dos enfermeiros são técnicas e pouco científicas.

O conhecimento é considerado a principal estratégia para dissipar forças no ambiente assistencial, visto que, historicamente, a supremacia médica tem sido uma barreira para o cuidado colaborativo. O contato deficiente entre as equipes, nesse caso, pode ser interpretado como uma estratégia de resistência à circularidade do poder.

Quanto à legitimação do poder nas corridas de leito realizadas na UNI e CTI, a corrida de leito não proporciona o contato necessário entre os diversos profissionais que compõem a equipe de saúde e quando presentes nas corridas de leito, os enfermeiros pouco manifestam seus saberes.

Este estudo revelou que médicos e enfermeiros transferem para o processo de interconsulta a materialização equivocada de uma assistência interdisciplinar. A solicitação de interconsulta significa autonomia para alguns enfermeiros e a prescrição médica representa a manifestação da autoafirmação médica como tática de silenciar profissionais não médicos. No processo de corrida de leito, a hierarquia médica se estende tanto aos profissionais quanto aos pacientes, comprometendo a autonomia dos envolvidos no processo assistencial, exercendo poder sobre corpos sadios e doentes.

Diante das considerações apresentadas, necessita-se, portanto, de estratégias que visem horizontalizar as relações de trabalho e cuidado neste ambiente hospitalar. Faz-se necessário prospectar processos que criem espaços de reflexão, cocriação e partilha de conhecimento entre médicos e enfermeiros de setores abertos e fechados do hospital. Para mitigar a hierarquização e o autoritarismo entre profissionais da mesma equipe de saúde, é importante que se estabeleça um modelo de gestão que produza maior eficácia e eficiência no trabalho colaborativo interdisciplinar.

O presente estudo retrata as diferentes relações de poder-saber entre as categorias profissionais, além de identificar caminhos em direção à construção de novas formas relacionais entre os envolvidos no processo de cuidado. O poder mobilizado e construído no trabalho em saúde hospitalar sugere, portanto, que a gestão do poder tem a potência de modificar os sujeitos e as situações e de reverter os padrões dominantes de subjetividade no trabalho.

Alguns paradigmas das relações de poder/saber existentes nas estruturas de serviços de saúde dificilmente são modificados, especialmente quando são vistos de forma naturalizada. No entanto, há necessidade de rompimento com alguns desses padrões, por meio de atitudes singulares que reflitam maior confiança e firmeza de posicionamento de algumas categorias profissionais não médicas.

Desenvolver esse trabalho possibilitou uma visão mais ampla sobre a complexidade da rede de relações de poder/saber que se constitui nas corridas de leito em ambiente hospitalar, bem como as dimensões práticas alcançadas por essas relações ao longo da estrutura do serviço. Há que se considerar que, as discussões ora apresentadas são aplicáveis ao cenário deste estudo, que, se comparadas a outros contextos, é possível que se identifique situações semelhantes vivenciadas no cotidiano, caracterizando a generalização naturalística.

Diante das respostas alcançadas, não houve a mínima pretensão e nem seria possível de se fazer um esgotamento dos enunciados presentes nos discursos sobre a configuração das corridas de leito na perspectiva das relações de poder, pois cada análise depende do prisma visualizado pelo autor. Dessa maneira, os eventos e fenômenos expostos e implícitos não possui um único significado, uma vez que, a realidade pode ser vista sob diferentes perspectivas, não havendo uma única que seja verdadeira.

Os resultados evidenciam uma importante fragilidade assistencial interdisciplinar como produção dessas relações, uma vez que, o campo da interdisciplinaridade pode aparecer nos ambientes de saúde como um discurso falseado possivelmente induzido pela imposição do mercado da saúde.

Para finalizar, este estudo reafirma a premissa de Foucault que de fato o hospital moderno é um ambiente que modifica a visão do poder, pois mantém em sua capilaridade as relações de poder concebidas desde os séculos XVIII e XIX.

Referências

REFERÊNCIAS

ABALOS, Emma Mariana; REQUE, Marcos. Los ateneos clínicos, un recurso didáctico utilizado en la carrera profesional de enfermería. **Rev. Hosp. Ital. B.Aires**, Buenos Aires, v. 38, n. 2, p. 66-69, maio 2019.

ABEBE, Gebremeskel Kibret; MELKIE, Kibret Asimare; ALAMAW, Addis Wondmagegn; ZEMARIAM, Alemu Birara; WORKNEH, Belayneh Shetie. Perceived work-ability and its associated factors among nurses working in the Northwest of Amhara regional state Referral Hospitals, Northwest Ethiopia, 2022. **Bmc Public Health**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-10, 31 jul. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-023-16386-0>.

AGUIAR, Janaina Marques de; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 29, n. 11, p. 2287-2296, nov. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00074912>.

AGUILAR, Márcia Adriana Brasil; GONÇALVES, Josiane Peres. Conhecendo a perspectiva pós-estruturalista: breve percurso de sua história e propostas. **Conhecimento Online**, Novo Hamburgo, v. 1, n. 9, p. 36-44, jun. 2017. Disponível em: https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimento_online/article/view/460. Acesso em: 13 abr. 2021.

AIKEN, Linda H; SLOANE, Douglas M; BRUUAENEEL, Luk; HEEDE, Koen van Den; GRIFFITHS, Peter; BUSSE, Reinhard; DIOMIDOUS, Marianna; KINNUNEN, Juha; KÓZKA, Maria; LESAFFRE, Emmanuel. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **The Lancet**, [S.L.], v. 383, n. 9931, p. 1824-1830, maio 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)62631-8).

ALAMEDDINE, Mohamad; BAUER, Jan Michael; RICHTER, Martin; SOUSA-POZA, Alfonso. The paradox of falling job satisfaction with rising job stickiness in the German nursing workforce between 1990 and 2013. **Human Resources For Health**, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 15-55, 29 ago. 2017. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-017-0228-x>.

ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados (São Paulo) (org.). **Observatório 2017**. São Paulo: Anahp, 2017. 254 p. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-anahp-2017/>. Acesso em: 06 mar. 2023.

ANAHP, Associação Nacional de Hospitais Privados (São Paulo) (org.). **Observatório 2023**. São Paulo: Anahp, 2023. 322 p. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/publicacoes/observatorio-2023//>. Acesso em: 19 set. 2023.

ARAÚJO, Meiriele Tavares *et al.* Dimensionamento de pessoal de uma unidade de internação cirúrgica. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [s. l], v. 7, n. 2, p. 650-669, jan. 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3519>. Acesso em: 24 fev. 2023.

ARAÚJO NETO, João Dutra de *et al.* Profissionais de saúde da unidade de terapia intensiva: percepção dos fatores restritivos da atuação multiprofissional. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 29, p.43-50, mar. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4043/pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2021.

ARRUDA, Liziene de Souza; MOREIRA, Carlos Otávio Fiúza. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do núcleo de atenção ao idoso da universidade estadual do rio de janeiro (nai/uerj), brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 64, p. 199-210, 12 jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ksjHYN9wYWnnWLS3QKd34mD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2023.

BABBIE, Earl. **The basics of social research**. 4. ed. Belmont: Thomson Wadsworth, 2017. 535 p. Disponível em: https://nareswari.web.ugm.ac.id/wp-content/uploads/sites/8668/2017/10/Earl_R.Earl_R._Babbie_Babbie_The_Basics_of_SocBookZZ.org.pdf. Acesso em: 04 jan. 2022.

BAÈRE, Thais Delmonte de; FAUSTINO, Andréa Mathes; MIRANDA, Alexandre Franco. A importância da prática interdisciplinar da equipe de saúde nos cuidados paliativos. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, v. 7, n. 53, p. 5-19, ago. 2017. Disponível em: <https://revistalongeiver.com.br/index.php/revistaportal/article/viewFile/673/742>. Acesso em: 05 abr. 2021.

BAINES, Rebecca *et al.* The impact of patient feedback on the medical performance of qualified doctors: a systematic review. **Bmc Medical Education**, United Kingdon, v. 173, n. 18, p. 1-12, jul. 2018. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1277-0>.

BAQUIÃO, Ana Paula de Sousa Silva; GUEDES, Leonardo Melo; MÁRMORA, Claudia Helena Cerqueira; PERES, Rodrigo Sanches; GRINCENKOV, Fabiane Rossi dos Santos. Interdisciplinarity and interprofessionality in teamwork: perceptions of multiprofessional residents in hospital care. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, [S.L.], v. 43, p. 1-7, 26 fev. 2021. Universidade Estadual de Maringa. <http://dx.doi.org/10.4025/actascihealthsci.v43i1.54332>. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/54332/751375151694>. Acesso em: 11 out. 2023.

BARBOSA, Rubens Vitor; LOPES, Maria Áurea Catarina Passos; PACHECO, Gilielson Monteiro; PINTO, Janaina Irai da Silva; MONTEIRO, Yara Fernandes Barbosa; PINTO, Stephanie da Costa; MONTEIRO, Kelly Cristina Gadelha; SILVA, Jeridiano Garcia da. Benefícios do round multidisciplinar na unidade de terapia intensiva / Benefits of the multidisciplinary round in the intensive therapy unit. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 3, n. 6, p. 17989-18001, 2020. Brazilian Journal of Health Review. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv3n6-203>.

BARCINSKI, Mariana. O lugar da informalidade e do imprevisto na pesquisa científica: notas epistemológicas, metodológicas e éticas para o debate. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 9, n. 2, p. 279-286, dez. 2014.

BATSON, Vicki. Shared governance i n an integrated health care network. **Orn Journal**. [S.L.], p. 494-514. dez. 2004.

BELTRAMMI, Daniel Gomes Monteiro; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 5, p. 94-103, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s508>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2019.v43nspe5/94-103/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

BERGERØD, Inger Johanne; WILLIAMS, Robyn Clay; WIIG, Siri. Developing Methods to Support Collaborative Learning and Co-creation of Resilient Healthcare—Tips for Success and Lessons Learned From a Norwegian Hospital Cancer Care Study. **J Patient Saf**, Filadélfia, v. 18, n. 5, p. 396-403, ago. 2022. The Author(s). Published by Wolters Kluwer Health, Inc..

BIRD, Lindsey; KALIS, Vanessa; APALODIMAS, Leah. Nurse-Led Rounds in the Pediatric Intensive Care Unit. **Critical Care Nursing Clinics Of North America**, [S.L.], v. 35, n. 3, p. 327-336, set. 2023. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2023.05.013>.

BIRKS, Melanie; CANT, Robyn; JAMES, Ainsley; CHUNG, Catherine; DAVIS, Jenny. The use of physical assessment skills by registered nurses in Australia: issues for nursing education. **Collegian**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 27-33, mar. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2012.02.004>.

BITTAR, O.J.NV. **Cultura & qualidade em hospitais. In: Quinto Neto A, Bittar OJNV. Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas.** Porto Alegre: Da Casa, 2004. Cap.1.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONFADA, Monica Strapazon; PINNO, Camila; CAMPONOGARA, Silviamar. Potencialidades e limites da autonomia do enfermeiro em ambiente hospitalar. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 12, n. 8, p. 2235-2247, 4 ago. 2018. Revista de Enfermagem, UFPE Online. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963-v12i8a234915p2235-2246-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234915>. Acesso em: 09 jan. 2023.

BORDIN, Tamara Maria. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. **Saberes**, Natal, v. 1, n. 10, p.225-235, nov. 2104. Disponível em: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/5088-15376-1-PB.pdf>. Acesso em: 02 outubro 2023.

BORTAGARAI, Francine Manara; PERUZZOLO, Dani Laura; AMBRÓS, Tatiane Medianeira Baccin; SOUZA, Ana Paula Ramos de. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 392-400, jun. 2015.

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares; OLIVEIRA, Celina Maria Ferro de. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; NORONHA, Osé Carvalho de; CARVALHO, Antonio Ivo de. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 577-608. 3a reimpressão.

BRASIL. Secretaria de Ações Básicas de Saúde. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília: Seção de Artes Gráficas da Fsesp, 1977. 36 p. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar – **Portaria 312 de 2 de maio de 2002**. Brasília, DF, 02 mai. 2022. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/portarias/312.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Constituição (2012). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente / Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 40 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 26 jan. 2022

BRASIL. Constituição (2016). Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. **Resolução Nº 510, de 07 de abril de 2016**. Brasília, DF, 24 mai. 2016. Seção 1. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. **RDC 50**: Resolução-RDC No 50, de 21 de fevereiro de 2002. 1 ed. Brasília: Anvisa, 2002. 117 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 11 jan. 2023.

BRASIL. Constituição (2013). Portaria nº 3390, de 2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013. Portaria Nº 3.390, de 30 de Dezembro de 2013**. 1. ed. Brasília, DF, 30 dez. 2013. p. 1-11. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. **RDC 07**: Resolução Nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010. 1 ed. Brasília, 2010. 13 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 06 jan. 2023.

BRASIL. Constituição (2013). Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013. **Dispõe sobre o exercício da medicina**. 1. ed. Brasil, BR: CFM, 10 jul. 2013. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12842-10-julho-2013-776473-veto-140401-pl.html>. Acesso em: 20 de out. 2023.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Departamento de informática do SUS. Consulta Leitos, 2023. Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp. Acesso em: 11 jan. 2023.

BRASIL. Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. Estabelecer os parâmetros mínimos para dimensionar o quantitativo de profissionais das diferentes categorias de enfermagem para os serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem. **Resolução Cofen 543/2017**. Brasília, DF, 12 maio 2017. Revoga a Resolução 293/2004. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html. Acesso em: 25 fev. 2023.

BRASIL. Hc-Ufmg - Hospital das Clínicas da Ufmg. Ministério da Saúde. **Metas Internacionais de Segurança do Paciente**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sudeste/hc-ufmg/saude/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente/metas-internacionais-de-seguranca-do-paciente>. Acesso em: 26 mar. 2023.

BRYNE, Abigail; WIESE, Jeff. Using Bedside Rounds to Change Culture. **Medical Clinics Of North America**. Chicago, p. 739-750. jan. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32505264/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

CAILLAUD, Sabine; FLICK, Uwe. Focus Groups in Triangulation Contexts. **A New Era In Focus Group Research**, [S.L.], p. 155-177, 2017. Palgrave Macmillan UK. http://dx.doi.org/10.1057/978-1-137-58614-8_8.

BUJAK, Joseph; BARTHOLOMEW, Kathleen. Transforming physician-nurse communication. Deteriorating relationships must be reversed for the benefit of patients, staff and the organization. **Healthc Exec**, [s.l.], v. 26, n. 4, p.56-59, jul. 2011.

CADONÁ, Eliane; SCARPARO, Helena. Construcionismo social na atenção básica: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 9, p. 2721-2730, set. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.13552014>.

CAPELLARI, Claudia; RIBEIRO, Mariele Cunha. ROUNDS CLÍNICOS: EXPERIÊNCIA DE RESPONSABILIDADE SOCIAL UNIVERSITÁRIA. In: RODRIGUES, Jaqueline Fonseca (org.). **Gestão, Avaliação e Inovação no Ensino Superior**. Ponta Grossa: Atena Editora, 2019. p. 1-23. Disponível em: <https://cdn.atenaeditora.com.br/documentos/ajustado/2019/10/E-book-Gestao-Avaliacao-e-Inovacao-no-Ensino-Superior.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2023.

CAPELLE, M. C.; GOSLING, M. Análise de conteúdo e análise de discurso em ciências sociais, Mimeo. 2004.

CARTAS, Urbano Solis *et al.* El pase de visita docente como herramienta didáctica en el proceso de formación de los médicos de pregrado. **Revista Cubana de Reumatología**, Cuba, v. 21, n. 1, p. 1-8, jan. 2019. [Http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2566547](http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2566547).

CARVALHO, Maria Cláudia da Veiga Soares; LUZ, Madel Terezinha. Práticas de saúde, sentidos e significados construídos: instrumentos teóricos para sua interpretação. **Interface: comunicação saúde e educação**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 313-327, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/yZDLwcdZM9TvVftc4LhBv9v/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

CASTRO, Edgardo. **Introdução à Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2015. 133 p. Tradução Beatriz de Almeida Magalhães

CAVALCANTI, Maria Conceição Sousa *et al.* A evolução da enfermagem: um recorte histórico, político e cultural. In: congresso brasileiro de enfermagem, 17., 2014, Belém. In: Belém: CBCENF, 2014. p. 1 - 10. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I53331.E12.T10220.D8AP.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J. *et al.* (Orgs.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 295-316.

CHAUI, Marilena. Neoliberal Totalitarianism. **Anacronismo e Irrupción**, Buenos Aires, v. 10, n. 8, p. 307-328, out. 2020. Disponível em: <file:///Users/tauanamattar/Downloads/Dialnet-OTotalitarismoNeoliberal-7456781.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2022.

CLARK, Phillip. Narrative in interprofessional education and practice: implications for professional identity, provider-patient communication and teamwork. **Journal Of Interprofessional Care**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 34-39, 13 nov. 2013. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013.853652>.

COLLIN, Cali-Ryan *et al.* Interprofessional skills as a predictor of culturally congruent practice behaviors. **Families, Systems, & Health**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 513-518, dez. 2022. American Psychological Association (APA). <http://dx.doi.org/10.1037/fsh0000762>. Disponível em: <https://go-gale.ez27.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?p=AONE&u=capes&id=GALE%7CA734516964&v=2.1&it=r>. Acesso em: 24 fev. 2023.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Constituição (2017). Resolução nº 543, de 18 de abril de 2017. **Resolução Cofen 543/2017**. Brasília, DF, 12 maio 2017.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Obstáculos relacionados ao gênero enfraquecem trabalho de enfermeiras**. 2019. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/obstaculos-relacionados-ao-genero-fortalecem-potencial-de-enfermeiras-diz-pesquisa_71605.html>. Acesso em: 04 abr. 2023.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Enfermagem em Números**. 2022. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/enfermagem-em-numeros>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil: banco de dados**. 2020. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/index.html>>. Acesso em: 04 abr. 2023.

CORNELSEN, Elcio Loureiro. Análise do discurso no âmbito dos estudos organizacionais: uma abordagem teórica. In: CARRIERI, Alexandre de Pádua *et al.* **Análise do Discurso em Estudos Organizacionais**. Curitiba: Juruá, 2009. Cap. 1. p. 21-44.

COSTA, Laís Miranda Crispim. *et al.* Produção de pesquisa histórica relativa a criação de cursos de graduação em enfermagem: uma revisão integrativa. **Hist. Enf. Rev. Eletr (HERE)**,

v. 3, n. 1, p. 1-16, 2012. Disponível em: <http://www.here.abennacional.org.br/here/vol3num1artigo1.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2023.

COSTA, Diovane Ghignatti da; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; PASIN, Simone Silveira; COSTA, Francis Ghignatti da; MAGALHÃES, Ana Maria Müller de. Patient experience in co-production of care: perceptions about patient safety protocols. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.L.], v. 28, n. 3272, p. 1-9, fev. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3352.3272>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/n773ypFVK4kS99w7fTGRH6y/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 nov. 2022.

DAMASCENO, Viviane Alves; ALVES, Kelle Karolina Ariane Ferreira. Aplicação e contribuições dos indicadores hospitalares: uma revisão integrativa. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 1-16, 2 ago. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.6637>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/6637>. Acesso em: 14 set. 2023.

DEMO, Pedro. **Avaliação Qualitativa**. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2005. 109 p.

DITTMAN, Karen; HUGHES, Stephanie. Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction. **Critical Care Nursing Clinics Of North America**, [S.L.], v. 30, n. 4, p. 445-455, dez. 2018. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnc.2018.07.002>.

DORIGATTI, Alcir Escocia *et al.* Como se Sentem Pacientes Quando Examinados por Estudantes de Medicina? um misto entre ambiguidades e satisfações encontradas em estudo qualitativo. **Rev. Bras. Educ. Med**, [s. l.], v. 39, n. 1, p. 95-111, mar. 2015. [Http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02072013](http://dx.doi.org/10.1590/1981-52712015v39n1e02072013).

ERASGA D. S. **Methodological promises of discourse analysis in Philippine environmental research**. *Pacific Asia Inquiry*, 3(1), 116-131, 2012.

FARIA, Antônio Augusto Moreira da; LINHARES, Paulo de Tarso Frazão Soares. O preço da passagem no discurso de uma empresa de ônibus. In: MACHADO, Ida Lúcia. **Análises de discursos: Sedução e persuasão**. 10. ed. Belo Horizonte: Napq - Fale, 1993. Cap. 3. p. 32-38.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de; RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz Silva; ANJOS, Ulisses Umbelino dos; BRITO, Geraldo Eduardo Guedes de. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, [S.L.], v. 16, n. 1, p. 141-162, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s8LvmxwJSDXWRNWsQt7JH3b/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

FLICK, Uwe. Introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p. 17-27, jan. 2008.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 19. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

FOUCAULT, Michel. **O governo de si e dos outros**. 1 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento da prisão**. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 302 p. 1ª Reimpressão.

FOUCAULT, Michel. **Arqueologia do saber**. 9. ed. São Paulo: Edição 70, 2016.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2020.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.

FOUCAULT, Michel. **A história da sexualidade II: o uso dos prazeres**. 10. ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2020.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. 7. ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2022.

FREIRE, Paulo. **Pedagogy of the Oppressed 30th Anniversary Edition**. New York City: The Continuum International Publishing Group, 2005. 183 p.

GAMP, Martina; BECKER, Christoph; TONDORF, Theresa; HOCHSTRASSER, Seraina; METZGER, Kerstin; MEINLSCHMIDT, Gunther; LANGEWITZ, Wolf; SCHÄFERT, Rainer; BASSETTI, Stefano; HUNZIKER, Sabina. Effect of Bedside vs. Non-bedside Patient Case Presentation During Ward Rounds: a systematic review and meta-analysis. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 34, n. 3, p. 447-457, 2 jan. 2019. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-018-4714-1>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30604116/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

GENTA-MESA, Giuseppe; FLÓREZ, Iván D.. Relación médico-industria y los conflictos de interés: aspectos históricos y normativos, impactos negativos y propuestas. **Iatreia**, Antioquia, v. 32, n. 4, p. 298-310, jan. 2019.

GEOVANINI, Telma (et.al.) **História da Enfermagem: versões e Interpretações**. Rio de Janeiro, Revinter, 1995.

GHEBREYESUS, Tedros Adhanom. **Enfermeras Son La “Columna Vertebral Del Sistema Sanitario**. 2017. Disponível em: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/para-adhanom-las-enfermeras-son-la-columna-vertebral-del-sistema-sanitario--90302>. Acesso em: 13 nov. 2023.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992. 53p. (Cadernos CEFOR). Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/61303995/Ricardo-Bruno-Mendes-Goncalves-Praticas-de-Saude-Processos-de-Trabalho-e-Necessidades>. Acesso em: 16 dez 2021.

GONZALO, Jed D. *et al.* Identifying and Overcoming the Barriers to Bedside Rounds: A Multicenter Qualitative Study. **Academic Medicine**. Washington, p. 326-334. fev. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24362381/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

GONZALO, Jed D.; WOLPAW, Daniel R.; LEHMAN, Erik; CHUANG, Cynthia H.. Patient-Centered Interprofessional Collaborative Care: factors associated with bedside interprofessional rounds. **Journal Of General Internal Medicine**, [S.L.], v. 29, n. 7, p. 1040-1047, 11 mar. 2014b. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-014-2817-x>.

GROSS, Sebastian; BECK, Katharina; BECKER, Christoph; GAMP, Martina; MUELLER, Jonas; LORETZ, Nina; AMACHER, Simon A.; BOHREN, Chantal; GAAB, Jens; SCHUETZ, Philipp. Perception of physicians and nursing staff members regarding outside versus bedside ward rounds: ancillary analysis of the randomised bedside-outside trial. **Swiss Medical Weekly**, [S.L.], v. 152, n. 0304, p. 1-11, 19 jan. 2022. SMW Supporting Association. <http://dx.doi.org/10.4414/smww.2022.w30112>.

GUIMARÃES, Tamara Borox; MAGNI, Cristiana. Reflexões sobre a humanização do cuidado na presença de uma doença ameaçadora da vida. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, [s. l.], v. 1, n. 28, p. 43-48, jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692020000100006. Acesso em: 19 set. 2023.

GUZINSKI, Célia *et al.* Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s.l.], v. 40, n. , p.1-5, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180353>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472019000200807>. Acesso em: 12 abr. 2021.

HOLANDA, Maria Norma Alcantara Brandão. Ideology and alienation: a necessary relationship. **Revista Katálysis**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 235-251, maio 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02592019v22n2p235>.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1986 p.

HUNTER, Jennifer; MAJD, Iman; KOWALSKI, Matthew; HARNETT, Joanna e. Interprofessional Communication—A Call for More Education to Ensure Cultural Competency in the Context of Traditional, Complementary, and Integrative Medicine. **Global Advances In Health And Medicine**, [S.L.], v. 10, p. 216495612110141, jan. 2021. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/21649561211014107>. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8126956/pdf/10.1177_21649561211014107.pdf. Acesso em: 25 fev. 2023.

IMP - INSTITUTO MARIO PENNA (Belo Horizonte). **Relatório de Gestão: 2019 - 2021**. Belo Horizonte: Imp, 2021. 70 p. Mariopenna.org.br.

IGOR, Erick. Formação da identidade profissional de enfermagem: uma reflexão teórica. **Revista de Psicologia: UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.967-971, set. 2010. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v10n3/artigos/pdf/v10n3a20.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2023.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. 111 p. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/399993354/JAPIASSU-Hilton-Interdisciplinaridade-e-patologia-do-saber-pdf>. Acesso em: 11 nov. 2023.

JIMÉNEZ, Rafael Acal *et al.* Improving Quality Through Nursing Participation at Bedside Rounds in a Pediatric Acute Care Unit: a pilot project. **Journal Of Pediatric Nursing**, [S.L.], v. 43, p. 45-55, nov. 2018. Elsevier BV.

JOHNSTON, Judith; STEPHENSON, John; RAJGOPAL, Anu; BHASIN, Neeraj. 'Every patient, every day': a daily ward round tool to improve patient safety and experience. **Bmj Open Quality**, [S.L.], v. 11, n. 3, p. 1-7, set. 2022. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2022-001829>.

LANCASTER, Gwendolyn *et al.* Interdisciplinary Communication and Collaboration Among Physicians, Nurses, and Unlicensed Assistive Personnel. **Journal Of Nursing Scholarship**, [s.l.], v. 47, n. 3, p.275-284, 19 mar. 2015. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/jnu.12130>.

LARSEN, Tone; SAGVAAG, Hildegunn. Empowerment and pathologization: a case study in norwegian mental health and substance abuse services. **Health Expectations**, [S.L.], v. 21, n. 6, p. 1231-1240, 3 set. 2018. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12828>.

LIANG, Hsiao-Yun; SHIH, Hsi-An; CHIANG, Yun-Haw. Team diversity and team helping behavior: The mediating roles of team cooperation and team cohesion. **European Management Journal**. London, p. 48-59. jan. 2015.

LIMA, Adeânio Almeida; JESUS, Daniele Santos de; SILVA, Tainara Leal. Densidade tecnológica e o cuidado humanizado em enfermagem: a realidade de dois serviços de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 28, n. 3, p. 1-15, 20 dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280320>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hyG95Z36vtmCP37Rp4SSBgH/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2023.

LIMA JUNIOR, Eduardo Brandão *et al.* Análise documental como percurso metodológico na pesquisa qualitativa. **Cadernos da Fucamp**, Uberlândia, v. 20, n. 44, p. 36-51, abr. 2021. Disponível em: <https://www.fucamp.edu.br>. Acesso em: 23 out. 2021.

LOKE, H. Y.; KYAW, W. M.; CHEN, M. I. C.; LIM, J. W.; ANG, B.; CHOW, A.. Length of stay and odds of MRSA acquisition: a dose-response relationship?. **Epidemiology And Infection**, [S.L.], v. 147, p. 1-8, nov. 2019. Cambridge University Press (CUP). <http://dx.doi.org/10.1017/s0950268819001110>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6625199/pdf/S0950268819001110a.pdf>. Acesso em: 19 set. 2023.

LIU, Hsing-Yuan. The relationship between swift trust and interaction behaviors on interdisciplinary and non-interdisciplinary teams in nursing education. **Nurse Education In Practice**, Elsevier, v. 51, n. 1, p. 1-744, jan. 2021.

LIYEW, Bikis; TILAHUN, Ambaye Dejen; KASSEW, Tilahun. Practices and Barriers towards Physical Assessment among Nurses Working in Intensive Care Units: multicenter cross-sectional study. **Biomed Research International**, [S.L.], v. 2021, p. 1-12, 14 jul. 2021.

Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1155/2021/5524676>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8294977/pdf/BMRI2021-5524676.pdf>. Acesso em: 13 out. 2023.

MACHADO, Eliana Cacia de Melo. Processo de trabalho em saúde: gestão do perfil do profissional de enfermagem. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, Belo Horizonte, v. 7, n. 4, p.1-17, jan. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/349-1649-1-PB.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2023.

MARAN, Edilaine; MATSUDA, Laura Misue; MAGALHÃES, Ana Maria Muller de; MARCON, Sonia Silva; OLIVEIRA, João Lucas Campos de; CAVALCANTI, Alexandre Biasi; HADDAD, Maria do Carmo Fernandez Lourenço; REIS, Gislene Aparecida Xavier dos. Multiprofessional round with checklist: association with the improvement in patient safety in intensive care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 43, n. , p. 1-12, dez. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2022.202100348.en>.

MARKOWSKI, Marianne; YEARLEY, Carole; BOWER, Heather. Collaborative Learning in Practice (CLiP) in a London maternity ward-a qualitative pilot study. **Midwifery**, [S.L.], v. 111, p. 103360, ago. 2022. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2022.103360>.

MARQUES, Marcos Aurelio. Interdisciplinaridade e poder em Michel Foucault: encontro com a geografia. **Espaço Plural**, Cascavel, v. 32, n. 15, p. 204-223, jul. 2015.

MARQUES, Bruna Leticia *et al.* Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 1-8, nov. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0098>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/hR4MwpCd88cvTfs9ksLJGFs/?lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2023.

MATTAR e SILVA, Tauana Wazir e *et al.* Circulação do poder-saber na constituição das práticas profissionais de médicos e enfermeiros. **Rev Baiana Enferm**, Salvador, v. 28234, n. 32, p. 1-11, fev. 2018. DOI 10.18471/rbe.v32.28234

MATTAR e SILVA, Tauana Wazir *et al.* Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. **Rev Bras Enferm.**, [s. l.], v. 20180629, n. 73, p. 1-8, dez. 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0629>

MATTAR e SILVA, Tauana Wazir; MCLEAN, Donna; VELLOSO, Isabela Câncio. Disciplinary power on daily practices of nurses and physicians in the hospital. **Nursing Inquiry.**, United Kingdom, v. 12455, n. 1, p. 1-8, ago. 2021. <https://doi.org/10.1111/nin.12455>

MATOS, Eliane; PIRES, Denise Elvira Pires de; SOUSA, Gastão Wagner de. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 5, n. 63, p. 775-781, out. 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000500013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 11 abr. 2021.

MAXSON, Pamela M. *et al.* Enhancing Nurse and Physician Collaboration in Clinical Decision Making Through High-fidelity Interdisciplinary Simulation Training. **Mayo Clinic**

Proceedings, [S.L.], v. 86, n. 1, p. 31-36, jan. 2011. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.4065/mcp.2010.0282>.

MENDES, Eugênio Vilaça. Organização Pan-americana de Saúde. As redes de atenção a saúde. 2ed. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde 2011. 549 p. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 13 abril 2021.

MEZARоба, Ernanda; ARAUJO, Bárbara Rodrigues; CANABARRO, Simone Travi; MATTEI, Franciele. Interdisciplinaridade no cuidado às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal. **Saúde em Redes**, [S.L.], v. 8, n. 3, p. 479-492, 29 dez. 2022. Associação Brasileira da Rede Unida. <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n3p479-492>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MORAES, Rúbia Marcela Rodrigues; NISHIYAMA, Juliana Aparecida Peixoto; BÁO, Ana Cristina Pretto; COSTA, Francine Melo da; ALDABE, Lisiane Nunes; OLIVEIRA, João Lucas Campos de. SIZING OF NURSING STAFF IN CLINICAL, SURGICAL AND PEDIATRIC HOSPITALIZATION UNITS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 30, p. 1-13, nov. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0377>.

MOREIRA, Virginia. Da empatia à compreensão do Lebenswelt (mundo vivido) na psicoterapia humanista-fenomenológica. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p.59-70, mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v12n1/a05v12n1.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2023.

MORENO, Ramon Alfredo *et al.* MedCast - Sistema Colaborativo para Discussão de casos clínicos. **J. Health Inform.**, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 109-117, set. 2011. Trimestral.

MULLER-JUGE, Virginie *et al.* Interprofessional Collaboration on an Internal Medicine Ward: role perceptions and expectations among nurses and residents. **Plos One**, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 1-7, 28 fev. 2013. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0057570>.

MWIKALI, Mwajuma; SALIM, Nahya; SYLVESTER, Isabella; MUNUBHI, Emmanuel. Nurses' knowledge, perceived challenges, and recommended solutions regarding premature infant care: a mixed method study in the referral and tertiary hospitals in dar es salaam, tanzania. **Plos One**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 1-18, 29 mar. 2023. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0281200>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10057798/pdf/pone.0281200.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2023.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **Katálisis**, Santa Catarina, v. 02, n. 1, p. 40-48, mar. 1998.

OLIVEIRA, Ana Maria de *et al.* Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 2, n. 10, p.433-439,

dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s2/23.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2021.

OLIVEIRA, Rita de Cássia Magalhães de. (ENTRE)LINVC HAS DE UMA PESQUISA: o Diário de Campo como dispositivo de (in)formação na/da abordagem (Auto)biográfica. **Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos**, Salvador, v. 2, n. 4, p. 1-19, jan. 2014.

ORLANDI, Eni. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.

OROFINO, Maria Marta; SILVA, Márcia Ivana de Lima e. Narrativas em saúde: quinze minutos de literatura na produção do cuidado em equipe multiprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 24, p. 1-14, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/interface.190775>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MNTLpByXVgtqYNm8vV3zNmB/citation/?lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2023.

OUCHI, Janaina Daniel *et al.* O PAPEL DO ENFERMEIRO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DIANTE DE NOVAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE. **Revista Saúde em Foco**, Teresina, v. 1, n. 10, p. 412-428, jan. 2018. Disponível em: https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/07/054_O_PAPEL_DO_ENFERMEIRO_NA_UNIDADE_DE_TERAPIA_INTENSIVA.pdf. Acesso em: 13 set. 2023.

PAES, Marcio Roberto; SILVA, Alice Costa; KOWALSKI, Isabela Cristina da Luz; NIMTZ, Miriam Aparecida; SILVA, Otilia Beatriz Maciell da; PAES, Robson Giovani. Mental health in a general hospital: perception of the nursing team / saúde mental em hospital geral. **Revista de Pesquisa Cuidado É Fundamental Online**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1460-1466, 22 set. 2021. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro UNIRIO. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.10130>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/10130>. Acesso em: 10 jan. 2023.

PEDROSA, N.T.; POLEJACK, L.. Cuidado e Autocuidado em Oncologia: significados para profissionais e usuários. **Mudanças - Psicologia da Saúde**, [S.L.], v. 24, n. 2, p. 1-10, 30 dez. 2016. Instituto Metodista de Ensino Superior. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v24n2p1-10>. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/6402>. Acesso em: 20 set. 2023.

PEREIRA, Bruna Tinoco; BRITO, Camila Alessandra de; PONTES, Gabriela Corrêa; GUIMARÃES, Eliane Marina Palhares. A passagem de plantão e a corrida de leito como instrumentos norteadores para o planejamento da assistência de enfermagem. **Reme - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 1-6, jan. 2011.

PEREZ, Olívia Cristina. O Que é Interdisciplinaridade? Definições mais comuns em Artigos Científicos Brasileiros. **Interseções: Revista de Estudos Interdisciplinares**, [S.L.], v. 20, n. 2, p. 1-19, 3 jan. 2019. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/irei.2018.39041>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/39041>. Acesso em: 11 nov. 2023.

PETERS, Michael. **Pós-estruturalismo e filosofia da diferença**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. 96 p. (II). Tradução Tadeu Tomaz da Silva.

PETERS, Max; CATE, Olle Ten. Bedside teaching in medical education: a literature review. **Perspectives On Medical Education**, [S.L.], v. 3, n. 2, p. 76-88, 19 set. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/s40037-013-0083-y>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24049043/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

PINTO, Juliana de Fátima; PAULA, Ana Paula Paes de. CONTRIBUIÇÕES DA EPISTEMOLOGIA QUALITATIVA DE GONZÁLEZ REY PARA ESTUDOS TRANSDISCIPLINARES. **Psicologia & Sociedade**, Campo Grande, v. 166100, n. 30, p. 1-11, 01 abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/npMBwR54kzjpC56tB4mxP9c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 dez. 2021.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 31 ago. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SZLhTQGyXHDZKfdzZDBhRPS/citation/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 dez. 2022.

PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 39, p. 1-9, 2 ago. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0132>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/YDQZsCw6nLGf7p6Jn7WKb4M/?lang=pt>. Acesso em: 16 out. 2023.

RABINOWITZ, Raphael; FARNAN, Jeanne; HULLAND, Oliver; KEARNS, Lisa; LONG, Michele; MONASH, Bradley; BHANSALI, Priti; FROMME, H. Barrett. Rounds Today: A Qualitative Study of Internal Medicine and Pediatrics Resident Perceptions. **Journal Of Graduate Medical Education**. Chicago, p. 523-532. jan. 2016.

RAI, Sumeet *et al.* Barriers to rehabilitation after critical illness: a survey of multidisciplinary healthcare professionals caring for icu survivors in an acute care hospital. **Australian Critical Care**, [S.L.], v. 33, n. 3, p. 264-271, maio 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aucc.2019.05.006>. Disponível em: [https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314\(18\)30354-0/fulltext](https://www.australiancriticalcare.com/article/S1036-7314(18)30354-0/fulltext). Acesso em: 20 set. 2023.

RAMOS, Fernando Maciel; PARIZOTTO, Eduardo Luiz; SILVA, Anderson Santana da; RAMOS, Juliana Maciel; BAMPI, Gabriel Bonetto. Relação entre indicadores de qualidade e econômicos: um estudo em uma rede de hospitais do terceiro setor do sul do brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 453-461, dez. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800040196>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/rkjKR6FqSRdRVzn6hxcPwgf/>. Acesso em: 16 set. 2023.

RATELLE, John T; SAWATSKY, Adam P; KASHIWAGI, Deanne T; SCHOUTEN, Will M; ERWIN, Patricia J; GONZALO, Jed D; BECKMAN, Thomas J; WEST, Colin P. Implementing bedside rounds to improve patient-centred outcomes: a systematic review. **Bmj Quality &**

Safety, [S.L.], v. 28, n. 4, p. 317-326, 17 set. 2018. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007778>.

RATELLE, John T *et al.* Relationships Between Time-at-Bedside During Hospital Ward Rounds, Clinician–Patient Agreement, and Patient Experience. **Journal Of Patient Experience**, Vanderbilt, v. 8, n. 1, p. 1-8, jan. 2021. DOI: 10.1177/23743735211008303.

RATELLE, John T. *et al.* The Effect of Bedside Rounds on Learning Outcomes in Medical Education: A Systematic Review. **Academic Medicine**. Washington, p. 923-941. jun. 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35020612/>. Acesso em: 10 jan. 2023.

REDLEY, Bernice; MCTIER, Lauren; BOTTI, Mari; HUTCHINSON, Alison; NEWNHAM, Harvey; CAMPBELL, Donald; BUCKNALL, Tracey. Patient participation in inpatient ward rounds on acute inpatient medical wards: a descriptive study. **Bmj Quality & Safety**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 15-23, 23 fev. 2019. *BMJ*. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007292>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475980/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

RIAZ, Adnan; HAIDER, Mubarak Hussain. Role of transformational and transactional leadership on job satisfaction and career satisfaction. **Beh - Business And Economic Horizons**, Prague, Czech Republic, v. 1, n. 1, p.29-38, abr. 2010. ISSN: 1804-1205 | www.pieb.cz. Disponível em: http://www.academicpublishingplatforms.com/downloads/pdfs/beh/volume1/201103201428_05_V1_PAKISTAN_BEH_Adnan_Riaz_d.pdf. Acesso em: 16 setembro 2023.

ROBINSON, F. Patrick *et al.* Perceptions of Effective and Ineffective Nurse-Physician Communication in Hospitals. **Nursing Forum**, [s.l.], v. 45, n. 3, p.206-216, 3 ago. 2010. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00182.x>.

ROCHA, Jorge Alberto. **Michel Foucault: crítico-esteta-cínico mitigado** [online]. Campina Grande: Eduepb, 2014. 319 p. (ISBN - 978 - 85 - 7879 - 180 - 3 (Livro impresso) ISBN - 978 - 85 - 7879 - 184 - 1 (e-book)). SciELO Books. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/r9b6b/pdf/rocha-9788578791841.pdf>. Acesso em: 09 jan. 2023.

ROSENSTEIN, Alan H.. Nurse-Physician Relationships: Impact on Nurse Satisfaction and Retention. **Ajn, American Journal Of Nursing**, [s.l.], v. 102, n. 6, p.26-34, jun. 2002. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/00000446-200206000-00040>.

ROYSE, Lisa; NOLAN, Nathaniel; HOFFMAN, Kimberly. Using a Sociogram to Characterize Communication During an Interprofessional Team Huddle. **Journal Of Multidisciplinary Healthcare**, [S.L.], v. 13, p. 1583-1593, nov. 2020. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.2147/jmdh.s273746>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7683826/pdf/jmdh-13-1583.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2023.

SAFFER, Dan. **Designing for interaction: creating innovative applications and devices**. 2. ed. Berkeley: New Rider, 2010. Disponível em:

http://www.sylviafredriksson.net/PCA/CD/IM2016/documents/readings/DSaffer_C1.pdf.

Acesso em: 04 dez. 2021.

SANTOS, Paola Souza *et al.* RELAÇÃO ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS DO HOSPITAL REGIONAL DE CÁCERES DR. ANTÔNIO FONTES: A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO. **Revista Ciência e Estudos Acadêmicos de Medicina -**, Cáceres, v. 1, n. 4, p. 10-28, dez. 2015. Universidade do Estado de Mato Grosso -UNEMAT (Cáceres). Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/911/895>. Acesso em: 14 set. 2023.

SANTOS, Grazielle Rezende da Silva dos; CAMPOS, Juliana Faria; SILVA, Rafael Celestino da. Handoff communication in intensive care: links with patient safety. **Escola Anna Nery**, [s.l.], v. 22, n. 2, p.1-8, 1 mar. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0268>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n2/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0268.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2021.

SARASWATHY, T.; NALLIAH, S.; ROSLIZA, A. M; RAMASAMY, S; JALINA, K.; SHAHAR, Hayati Kadir; AMIN-NORDIN, S.. Applying interprofessional simulation to improve knowledge, attitude and practice in hospital- acquired infection control among health professionals. **Bmc Medical Education**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 482-493, 9 set. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-021-02907-1>.

SAUNDERS, Benjamin. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Qual Quant**, [s. l.], v. 52, n. 1, p. 1893-1907, set. 2017.

SBIE. Humanização hospitalar. Disponível em: <http://www.sbie.com.br>. Acesso em: 13 de setembro de 2023.

SCHMITT, Ricardo; GOMES, Roberta Horn. Aspectos da interconsulta psiquiátrica em hospital de trauma. **Rev Psiquiatr Rs**, Porto Alegre, v. 27, n. 1, p. 71-81, abr. 2005.

SCHNEIDER-MATYKA, Daria; TONIOWSKA-LONC, Natalia s'Wia; SKI, Jacek Polan; SZKUP, Małgorzata; GROCHANS, Elz Bieta; SKA, Beata Jankowska-Polan. Assessment of The Effect of Stress, Sociodemographic Variables and Work-Related Factors on Rationing of Nursing Care. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Denver, v. 20, n. 2414, p. 1-14, jan. 2023. [Doi.org/10.3390/ijerph20032414](https://doi.org/10.3390/ijerph20032414). Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/3/2414>. Acesso em: 24 fev. 2023.

SETTANI, Sthefani Souza *et al.* Comunicação de enfermagem e as repercussões na segurança do paciente. **Revista de Enfermagem Ufpe On Line**, [S.L.], v. 13, n. 8, p. 1-7, 13 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239573>.

SHARMA, Anjali *et al.* A Quality Improvement Initiative to Achieve High Nursing Presence During Patient- and Family-Centered Rounds. **Hospital Pediatrics**, [S.L.], v. 4, n. 1, p. 1-5, 1 jan. 2014. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/hpeds.2013-0055>.

SHARMA, Umesh; KLOCKE, David. Attitudes of nursing staff toward interprofessional inpatient-centered rounding. **Journal Of Interprofessional Care**, [S.L.], v. 28, n. 5, p. 475-477, 9 abr. 2014. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.907558>.

SILVA, Itala Maria Bazzarelli Pereira. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiros no contexto hospitalar**. 2006. 157 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.cerelepe.faced.ufba.br/arquivos/fotos/19/arelacaoconflituosaentremedicoseenfermeirasnocontextohospitalar.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2022.

SILVA, Juliana Lucchesi Carneiro Leão; SILVA, Thálita Cavalcanti Menezes da; ALENCAR, Luiz Cláudio Arraes de. O Paciente e a Vivência da Visita médica à Beira do Leito. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 4, n. 40, p. 704-712, jan. 2016.

SILVA, Maria Angelita; FERREIRA, Jarliane da Silva; MORI, Nerli Nonato Ribeiro. IDENTIDADE E PERTENCIMENTO: QUANDO A NATUREZA, SUJEITO DE DIREITO, PROMOVE O DIREITO DOS SUJEITOS. **Revista Videre**, Dourados, v. 13, n. 27, p. 26-56, ago. 2021.

SHARP, Michelle; WILLIAMS, Nicole; TACKETT, Sean; HANYOK, Laura A.; CHRISTMAS, Colleen; RAND, Cynthia S.; ZIEGELSTEIN, Roy C.; RECORD, Janet D.. Observation tool to measure patient-centered behaviors on rounds in an academic medical center. **Medical Education Online**, [S.L.], v. 27, n. 1, p. 1-9, 7 jan. 2022. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.1080/10872981.2021.2024115>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34994682/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SOARES, Mariana Lacerda; AQUINO, Daniel Farias; SOUSA, Giovana Marina Lucena de; QUEIROZ, Jean Lopes; MATOS, Jonathan Moreira Silva de; SANTIAGO, Larissa Bezerra; GOMES, Yuri Valentim Carneiro; LOBO FILHO, Herald Guedis. O papel da equipe interdisciplinar no tratamento de pacientes / The role of the interdisciplinary team in the treatment of patients. **Brazilian Journal Of Health Review**, [S.L.], v. 5, n. 3, p. 11424-11433, 17 jun. 2022. South Florida Publishing LLC. <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv5n3-285>.

SORENSEN, Roslyn; IEDEMA, Rick. Advocacy at end-of-life. **International Journal Of Nursing Studies**, [s.l.], v. 44, n. 8, p.1343-1353, nov. 2007. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.019>.

SOSA-PALANCA, Eva María; SAUS-ORTEGA, Carlos; GEA-CABALLERO, Vicente; ANDANI-CERVERA, Joaquín; GARCÍA-MARTÍNEZ, Pedro; ORTÍ-LUCAS, Rafael Manuel. Nurses' Perception of Patient Safety Culture in a Referral Hospital: a cross-sectional study. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 19, n. 16, p. 10131, 16 ago. 2022. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph191610131>.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Características de estudos qualitativos conduzidos por médicos: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 20, n. 8, p. 2423-2430, ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.18912014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zGwrCW5czMqLyFxlPk7S6Rs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2023.

THARIQ, Muhammad *et al.* The learners' perspective on internal medicine ward rounds: a cross-sectional study. **Bmc Medical Education**, United Kingdom, v. 53, n. 10, p. 1-9, dez. 2010. DOI: 10.1186/1472-6920-10-53.

TRINDADE, Liliane Ribeiro; SILVA, Rosângela Marion da; BECK, Carmem Lúcia Colomé; CARDOSO, Leticia Silveira; FREITAS, Etiane de Oliveira; LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; TRINDADE, Maiara Leal da. Sobrecarga de trabalho em unidades hospitalares: percepção de enfermeiros. **Saúde e Pesquisa**, [S.L.], v. 14, n. 4, p. 1-14, 15 jul. 2021. Centro Universitario de Maringá. <http://dx.doi.org/10.17765/2176-9206.2021v14n4e8063>.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

TURKIEWICZ, Maria. **História da Enfermagem**. Paraná, ETECLA, 1995.

UAAMNUICHAI, Sutira *et al.* Knowledge, Moral Attitude, and Practice of Nursing Students Toward Abortion. **Inquiry: The Journal of Health Care Organization**, New York, v. 60, n. 1, p. 1-7, fev. 2023. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10041611/pdf/10.1177_00469580231163994.pdf. Acesso em: 04 abr. 2023.

VEGESNA, Ashok *et al.* Attitudes towards physician–nurse collaboration in a primary care team-based setting: Survey-based research conducted in the chronic care units of the Tuscany region of Italy. **Journal Of Interprofessional Care**, [s.l.], v. 30, n. 1, p.65-70, 2 jan. 2016. Informa UK Limited. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2015.1081878>.

VELLOSO, Isabela Silva Câncio *et al.* Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Rev. Gaucha Enferm.**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p.388-391, jun. 2010. Trimestral. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/26.pdf>>. Acesso em: 17 maio 2021.

VELLOSO, Isabela Silva Câncio. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 2011. 129 f. Tese (Doutorado) - Curso de Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem, Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: <<http://www.enf.ufmg.br/pos/defesas/638D.PDF>>. Acesso em: 04 jun. 2021.

VILLA, Eliana Aparecida; ARANHA, Antônia Vitória Soares; SILVA, Liliane de Lourdes Teixeira; FLÔR, Cristina Rabelo. As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. 107, p. 1044-1052, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070365>.

WACHEKOWSKI, Giovana; BORCHARTT, Dara Brunner; MOURA, Valéria Lemos; BITTENCOURT, Vivian Lemes Lobo; MENEGHETE, Maria Cristina; SOARES, Narciso Vieira. Strengthening visits at bedside:: proposal for a systematic guide. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 4, p. 1-9, 14 mar. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27110>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/27110>. Acesso em: 07 mar. 2023.

WALLACE, Jean e; LEMAIRE, Jane B; A GHALI, William. Physician wellness: a missing quality indicator. **The Lancet**. Cambridge, p. 1714-1721. jan. 2009. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19914516/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

WELLER, Jennifer M; BARROW, Mark; GASQUOINE, Sue. Interprofessional collaboration among junior doctors and nurses in the hospital setting. **Medical Education**, [s.l.], v. 45, n. 5, p.478-487, 17 mar. 2011. Wiley-Blackwell. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03919.x>.

WILLIAMSON, Graham R.; KANE, Adele; PLOWRIGHT, Hayley; BUNCE, Jane; CLARKE, Danny; JAMISON, Caroline. 'Thinking like a nurse'. Changing the culture of nursing students' clinical learning: implementing collaborative learning in practice. **Nurse Education In Practice**, [S.L.], v. 43, p. 102742, fev. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102742>.

WILLMAN, Anna; NILSSON, Jan; BJURESÄTER, Kaisa. Professional development among newly graduated registered nurses working in acute care hospital settings: a qualitative explorative study. **Journal Of Nursing Management**, [S.L.], v. 30, n. 7, p. 3304-3312, 2 set. 2022. Hindawi Limited. <http://dx.doi.org/10.1111/jonm.13771>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (unic Rio): Relatório Mundial da Saúde, 2014. 49 p. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World health statistics 2022: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, 2022**. 131 p. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240051157>>. Acesso em: 12 jan. 2023.

YIN, Robert K.. **Pesquisa qualitativa do início ao fim [recurso eletrônico]**. Porto Alegre: Penso, 2016. 313 p. Tradução: Daniel Bueno. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/n5v0ee>. Acesso em: 13 fev. 2021.

Apêndices e Anexo

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DOCUMENTAL

Acervo: _____

Título do documento: _____

Tipo de fonte: _____

Data da publicação: ____ / ____ / ____

Referência bibliográfica: _____

Data da coleta: ____ / ____ / ____

Conteúdo: _____

Documento aborda a configuração das corridas de leitos ou processo de discussões interdisciplinares? Se sim, descrever e se não registrar sua ausência.

Documento normatiza o processo de comunicação efetiva entre as equipes? Se sim, descrever.

Considerações da Pesquisadora:

APÊNDICE B - ROTEIRO DA ENTREVISTA (ENFERMEIRO)

IDENTIFICAÇÃO: _____ Data: ___/___/___ Entrevista N° _____
 Código do Entrevistado*: _____
 Entrevista: () On-line () Presencial - Local de realização: _____
 Horário de início: _____ Horário de término: _____
 Idade: _____ Sexo: () F () M Estado civil: _____
 Ano de conclusão graduação: _____ Especialização: () Sim () Não Qual: _____
 Especialização _____ Ano: _____
 Mestrado _____ Ano: _____
 Doutorado _____ Ano: _____
 Tempo de trabalho no setor: _____ Tempo de trabalho na instituição: _____
 Turno de trabalho: () Diurno () Noturno Carga Horária mensal: _____
 Possui outro vínculo além desse? () Sim () Não. Qual: _____
 Possui curso técnico? Qual? _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale-me sobre seu trabalho nessa unidade e as relações interprofissionais.
 - E com a equipe médica, especificamente?
2. Fale sobre o processo de corrida de leito no seu setor de trabalho.
3. Quanto à interdisciplinaridade nas práticas de saúde, qual a sua percepção?
4. Você acredita que a forma como se estabelece a interação entre médicos e enfermeiros na corrida de leito possibilita o melhor cuidado possível ao paciente? Por quê?
5. Relate sobre o estabelecimento das estratégias terapêuticas no seu setor. Como ocorre?
6. Sobre expor suas ideias diante da equipe, como você percebe esse momento?
7. Se você pudesse melhorar alguma coisa no processo da corrida de leito, o que você melhoraria?
8. Como você percebe/avalia sua participação na corrida de leito?

Observações da Pesquisadora:

* Cada entrevistado deverá apresentar o mesmo código na observação e entrevista, embora possa haver mais profissionais observados que entrevistados.

APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA (MÉDICO)

IDENTIFICAÇÃO: _____ Data: ___ / ___ / ___ Entrevista N° _____
 Código do Entrevistado*: _____
 Entrevista: () On-line () Presencial - Local de realização: _____
 Horário de início: _____ Horário de término: _____
 Idade: _____ Sexo: () F () M Estado civil: _____
 Ano de conclusão graduação: _____ Especialização: () Sim () Não Qual: _____
 Especialização _____ Ano: _____
 Mestrado _____ Ano: _____
 Doutorado _____ Ano: _____
 Tempo de trabalho no setor: _____ Tempo de trabalho na instituição: _____
 Turno de trabalho: () Diurno () Noturno Carga Horária mensal: _____
 Possui outro vínculo além desse? () Sim () Não. Qual: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Fale-me sobre seu trabalho nessa unidade e as relações interprofissionais.
 - E com os enfermeiros, especificamente?
2. Fale sobre o processo de corrida de leito no seu setor de trabalho.
3. Quanto à interdisciplinaridade nas práticas de saúde, qual a sua percepção?
4. Você acredita que a forma como se estabelece a interação entre médicos e enfermeiros na corrida de leito possibilita o melhor cuidado possível ao paciente? Por quê?
5. Relate sobre o estabelecimento das estratégias terapêuticas no seu setor. Como ocorre?
6. Sobre expor suas ideias diante da equipe, como você percebe esse momento?
7. Se você pudesse melhorar alguma coisa no processo da corrida de leito, o que você melhoraria?
8. Como você percebe/avalia sua participação na corrida de leito?

Observações da Pesquisadora:

* Cada entrevistado deverá apresentar o mesmo código na observação e entrevista, embora possa haver mais profissionais observados que entrevistados.

APÊNDICE D - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

Setor: () UNI – Posto 04 () CTI

Data: ____ / ____ / ____ Horário: _____

Observadora: _____

- Ambiente físico onde a corrida de leito se desenvolve (características físicas e estruturais);
- Atores envolvidos na corrida de leito (quem, quantos, características dos atores);
- Descrição do contexto no qual a interação entre os profissionais acontece durante a corrida de leito;
- Como é a interação interdisciplinar durante a corrida de leito;
- Enfermeiro presente? Observar comportamento e postura;
- Descrever aspectos que expressam facilidades e/ou dificuldades para o enfermeiro expor suas ideias durante a corrida de leito;
- Descrever como médicos e enfermeiros se posicionam durante a interação interdisciplinar;
- Sinalizar elementos que caracterizam a qualidade do discurso na corrida de leito;
- Pontuar elementos que simbolizam a manifestação do poder identificados durante a corrida de leito (identificar as pistas das relações de poder como: momentos em que o profissional se manifesta por meio do discurso, atentar para o não verbal do coletivo; silêncio prolongado e prontidão de resposta ao surgir questionamentos; reação do grupo quando há expressão de dúvidas por parte de um integrante da equipe; codificação da mensagem: emissor x receptor / submissão x resistência).

Dados Gerais:**Registro Conversa Informal (se houver):**

- Categoria profissional do informante: _____
- Número que corresponde à conversa informal: _____
- Situação observada em destaque e aprofundamento (contexto como direcionador):

APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr.(a):

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “UMA ANÁLISE FOUCAULTIANA DA CORRIDA DE LEITO NO AMBIENTE HOSPITALAR: disputa de saberes, poderes e produção de verdades” para fins de obtenção do título de Doutora em Enfermagem da pesquisadora Tauana Wazir Mattar e Silva, sob a orientação das Professoras Dr^a Marília Alves e Dr^a Isabela Silva Câncio Velloso, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

Objetivo do estudo: analisar a configuração das corridas de leito sob a ótica das relações de poder constituídas nos e pelos saberes de médicos e enfermeiros em um setor aberto e um setor fechado deste hospital.

Para esta pesquisa, os riscos identificados referem-se a possíveis constrangimentos durante a participação. Caso não se sinta confortável você deve relatar ao pesquisador imediatamente para a suspensão da observação e/ou entrevista. Os pesquisadores estarão disponíveis para ouvir e auxiliar os participantes em todas as etapas deste estudo para evitar e reduzir os possíveis danos relacionados aos riscos da pesquisa.

Em relação aos benefícios, espera-se subsidiar tomadas de decisões acerca dos processos que garantam comunicação interdisciplinar efetiva nos hospitais, contribuir para alinhamento das rotinas de trabalho que favoreçam a participação interdisciplinar nas corridas de leito e possibilite um engajamento do enfermeiro nas tomadas de decisão terapêutica.

A coleta de dados será desenvolvida em três fases: análise de documentos, observação no momento da corrida de leito e realização de entrevistas guiadas por roteiro semiestruturado a médicos e enfermeiros.

Sua participação na pesquisa será respondendo a entrevista e na observação do processo de corrida de leito. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será audiogravada e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que será desenvolvida por meio da Análise de Discurso.

A observação acontecerá durante as corridas de leito interdisciplinares e devido à pandemia de Covid-19, serão respeitadas as recomendações sanitárias. O tempo estimado para a entrevista será de 40 minutos. Para isto, é necessário esclarecê-lo(a) em relação a alguns procedimentos:

- Serão garantidos anonimato, privacidade e sigilo em relação às informações e declarações prestadas antes, durante e depois da realização da pesquisa.
- As informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo das pessoas, inclusive em termo de autoestima, prestígio e/ou econômico-financeiros.
- Será garantida a liberdade de interromper a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ou penalidades para o participante.
- Não haverá despesas pessoais e nem remuneração para o participante em qualquer fase do estudo. Em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, fica o pesquisador obrigado a indenizar o participante.
- Concluída a pesquisa, os resultados serão divulgados e ficarão acessíveis a qualquer pessoa.

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

- Em qualquer momento poderá pedir informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa, bem como, sair da mesma e não permitir a utilização de seus dados, sem prejuízo algum.

Agradecendo sua colaboração, solicitamos a declaração de seu consentimento livre e esclarecido rubricadas em todas as suas páginas, assinadas pelo pesquisador e por você, participante da pesquisa, em 2 (duas) vias, com uma delas para sua posse.

Acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados e as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo.

Local/Data _____, _____, _____ de 20__.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do pesquisador

Rubrica do participante

Rubrica da pesquisadora

Orientadoras:

Prof. Dr^a Marília Alves – marilix.alves@gmail.com
 Prof. Dr^a Isabela Silva Cândia Velloso – isacancio@gmail.com
 Avenida Alfredo Balena, 190/sala 516, Santa Efigênia
 Belo Horizonte – MG. CEP 30 130 000. Fone: 3409-9851

Pesquisadora:

Tauana Wazir Mattar e Silva – twmattar@gmail.com
 Rua Fidélis Martins, 34/501 - Buritis
 Belo Horizonte – MG. CEP 30575-090. Fone: 3327-6931 / 98314-2865

Comitê de Ética em pesquisa com seres humanos da UFMG – COEP/UFMG
 Av presidente Antonio Carlos 6627 – Unidade administrativa II, sala 2005.
 E-mail coop@prpq.ufmg.br Fone 3409-4592

ANEXO 01 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A configuração da corrida de leito em ambiente hospitalar: uma análise foucaultiana

Pesquisador: MARILIA ALVES

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59026522.0.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.543.957

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo delineado sob uma perspectiva pós-estruturalista, baseada no referencial teórico do filósofo francês Michel Foucault. A pesquisa será desenvolvida em dois setores que integram um hospital geral de grande porte e sem fins lucrativos do município de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), do sistema suplementar de saúde e particulares, comportando-se socialmente e legalmente como instituição filantrópica. Trata-se de um hospital classificado pelo Ministério da Saúde como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), mas que também atende outras 30 especialidades clínicas e cirúrgicas. Os setores hospitalares assistenciais cenários da coleta de dados serão: (1) Posto 04 da Unidade de Internação; (2) Centro de Terapia Intensiva (CTI), justificados pelo fato de ambos serem destinados à assistência de pacientes adultos clínicos e cirúrgicos, não críticos e críticos, respectivamente.

A população do estudo será composta por médicos e enfermeiros que compõem a equipe interdisciplinar do Posto 04 da UNI e do CTI do hospital cenário da pesquisa.

Os dados serão coletados por: (1) análise documental de protocolos de corrida de leito do hospital; (2) observação sistemática com roteiro estruturado para registro, (3) entrevista com enfermeiros e médicos por meio de roteiro semiestruturado. A observação e as entrevistas serão realizadas separadamente por setor, e somente após finalizar no setor fechado é que será iniciada a coleta de dados no setor aberto, repetindo todo o processo.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar 2 Sala 2006 2 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br