



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



MARINA KELLY SANTOS BAPTISTA

**O PODER NA RELAÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM: A VOZ  
DO PACIENTE**

MACEIÓ  
2016

MARINA KELLY SANTOS BAPTISTA

## **O PODER NA RELAÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM: A VOZ DO PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

**Orientadora:** Prof. Dra. Regina Maria dos Santos.

**Área de Concentração:** Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida.

**Linha de pesquisa:** Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos.

MACEIÓ  
2016

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

B328p

Baptista, Marina Kelly Santos.

O poder na relação de cuidado de enfermagem: a voz do paciente /Marina Kelly Santos Baptista. – 2016.  
111 f. : il.

Orientadora: Regina Maria dos Santos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.  
Escola de Enfermagem e Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.  
Maceió, 2016

Bibliografia: f. 80-93.

Apêndices: f. 108-111.

Anexos: f. 94-107.

1. Enfermagem. 2. Poder. 3. Relação enfermeiro-paciente. 4. Cuidados de Enfermagem. I. Título.

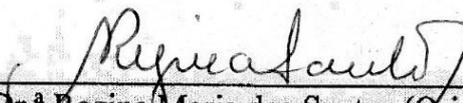
CDU: 616-083

## Folha de Aprovação

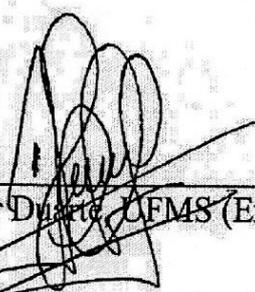
**AUTOR: MARINA KELLY SANTOS BAPTISTA**

**O Poder na Relação de Cuidado de Enfermagem: A Voz do Paciente**

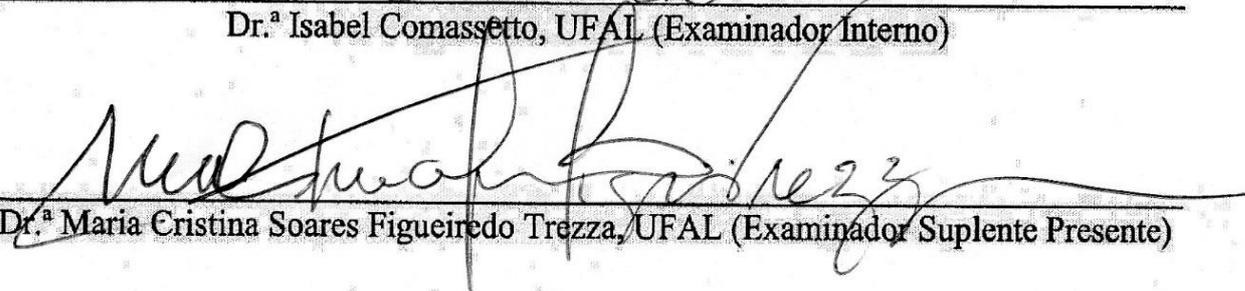
Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Mestrado da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 22 de fevereiro de 2016.

  
\_\_\_\_\_  
Dr.<sup>a</sup> Regina Maria dos Santos (Orientadora)

### **Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_  
Dr. Sebastião Junior Duarte, UFMS (Examinador Externo)

  
\_\_\_\_\_  
Dr.<sup>a</sup> Isabel Comassetto, UFAL (Examinador Interno)

  
\_\_\_\_\_  
Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina Soares Figueiredo Trezza, UFAL (Examinador Suplente Presente)

*Aos pacientes que deram voz à sua dor, suas inquietações e suas convicções, que compartilharam comigo um universo de experiências, as quais, primeiramente, propiciaram o meu próprio amadurecimento enquanto enfermeira.*

*A estes valentes dedico este trabalho.*

## AGRADECIMENTOS

- A Deus por todo o amor, cuidado e misericórdia que tem me dado todos os dias desde sempre. Glórias sejam dadas a Ele!
- Aos meus pais Onivaldo Aparecido da Silva Baptista e Marly Fernandes Santos Baptista, por todo o apoio, carinho e, principalmente, por terem deixado tudo para trás para que pudessem cuidar de mim, saibam que os amo muito. À minha irmã, Ohana Michelli Santos Baptista, que também deixou planos em stand by, para que estivéssemos todos juntos aqui, nos apoiando mutuamente.
- À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Regina Maria dos Santos, minha orientadora, por acreditar em mim e na realização deste estudo, por ter sido uma das responsáveis pela minha decisão de encarar a docência, por seu cuidado e compreensão nas fases em que mais precisei, sendo muitas vezes, mais mãe do que professora.
- À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Cristina Trezza pelo carinho e atenção que sempre teve por mim, e pelas significativas contribuições desde o princípio do mestrado acadêmico.
- Aos membros da banca examinadora, Titulares e Suplentes, Prof.<sup>o</sup> Dr.<sup>o</sup> Sebastião Júnior Henrique Duarte (UFMS), Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Isabel Comassetto (ESENFAR/UFAL), Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Joséte Luzia Leite (UFRJ), por todas as contribuições feitas para este estudo.
- Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem – PPGEnf da Universidade Federal de Alagoas – UFAL, pelo mestrado cursado e ao Corpo Docente, por compreenderem as minhas necessidades e procurarem fazer o melhor possível para atender cada uma delas.
- Às minhas queridas amigas e colegas de turma da ESENFAR: Alba França, Bárbara Oliveira, Fabiani Tenório, Givânia Bezerra, Keyesse Mesquita, Lays

Nogueira, Natália Palmoni, Talita Lúcio, Silvana Barros e Vívian Marcela, por trilharem comigo esse caminho e por muitas vezes terem sido usadas por Deus para me levantar de muitas das quedas que, por vezes, a estrada nos proporciona.

- À Doutoranda Amanda Macedo pelo mesmo carinho, paciência e colaboração, sempre! E aos membros do grupo de pesquisa GEDIM, pela constante motivação e cooperação, com destaque para Larissa Barros que muito me ajudou.
- Aos amigos, os de perto e os de longe, por permanecerem sempre em oração e por torcerem por cada uma de minhas vitórias.
- Ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), pela prontidão em atender aos pesquisadores.
- Aos enfermeiros Paulo Sérgio Gomes da Silva e Vanessa Cavalari, das Clínicas Cirúrgica e Médica, respectivamente, pelo apoio e disponibilidade, tanto em atender a qualquer necessidade do estudo, quanto compreender e viabilizar os meios para que eu pudesse ter acessibilidade enquanto portadora de necessidades especiais;
- Aos pacientes que aceitaram, tão humildemente, compartilhar comigo sua história e suas inquietações.

Em uma de minhas visitas à clínica médica, tive a oportunidade de conhecer alguém com quem tão prontamente me identifiquei. Ela concordou em me contar sua história logo depois de eu ter compartilhado a minha, e foi tão tocante ouvi-la me perguntar “você passou por isso também?”, sentia-se só e ao terminar de contar sua trajetória, pediu-me que eu a visitasse mesmo que não precisasse mais de sua entrevista, “Sim, claro” foi o que respondi. E combinamos de conversar novamente dois dias depois, um sábado. Quem dera tivesse dedicado à ela mais um minuto naquele dia[...]

Sábado, o dia começou com uma manhã tão serena que, pensava eu, anunciaria um dia incrível! Como estava enganada! Ao chegar ao quarto de minha mais nova amiga, me deparei com seu corpo nu e exposto a qualquer um que entrasse, o cheiro forte das fezes e urina era notável, ela respirava de maneira descompensada e ao me ver entrar, esticou sua mão pedindo a minha. Não me importei com cheiro, nem com sua nudez, ela precisava de mim! Aproximei-me e ouvi sua voz tão baixa dizer “você passou por isso? Estou com medo de morrer!”, ela buscou mais ar e disse “você está aqui, então pode ser que eu consiga”.

Minha condição no momento me impediu de agir da forma que eu queria, do contrário eu teria lhe proporcionado o mínimo de conforto para passar por aquilo, mas fiz por ela a única coisa que podia [...], apertei sua mão e orei por ela. Ela não queria me deixar ir, mas eu precisava buscar alguém que pudesse fazer o que eu não pude.

Saí e me certifiquei de que alguém iria até lá; fui embora com o coração pequeno de tão apertado, mas respirei fundo e fui em frente. À noite meu telefone toca: “é a enfermeira Marina? Olhe estou ligando para avisar que ela faleceu, logo depois que a senhora saiu[...]”, fui invadida por um silêncio tão grande, mas tive que rompê-lo para perguntar: “eles pelo menos limpam ela?” Chorei ao saber que não houve tempo para isso, minha nova amiga se foi sem conforto e sozinha.

Hoje sei que fiz muito mais do que ela conseguiu ter, ao menos teve sua mão amparada mesmo que por poucos minutos.

**Dep.006**  
**In Memoriam.**

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

**Carl Jung**

## RESUMO

Estudo cujo objeto foi o poder que permeia as relações de cuidado de Enfermagem ao paciente internado. Teve como objetivos analisar no discurso de pacientes internados como o poder se revela nas relações de cuidado de Enfermagem e analisar as estratégias utilizadas pelos pacientes para proteger sua liberdade e autonomia diante do poder presente nesta relação. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritivo-analítica, cujos participantes foram pessoas na condição de pacientes, internados nos setores de clínica médica e cirúrgica de um hospital de Maceió- AL, incluídos por terem sido considerados como necessitados de cuidados intermediários ou semi-intensivos após serem avaliados pelo Sistema de Classificação de Pacientes proposto por Perroca e Gaidzinski. 137 pacientes foram avaliados e 16 foram incluídos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas conforme Parecer Consubstanciado de n.º1189934. As informações foram produzidas no período de agosto a dezembro de 2015, através de entrevistas baseadas em roteiro semiestruturado, as quais foram transcritas e autorizadas pelos participantes, lidas exaustivamente e de onde emanaram 6 categorias interpretativas, construídas à luz dos conceitos de Liberdade e Relações de poder, de Michel Foucault, sendo elas: 1. O Poder de sujeição das normas e rotinas; 2. O Poder-Saber na relação de cuidado de Enfermagem, composta por três subcategorias (A- Eles sabem. B- Eles mandam. C- Eles controlam); 3. Dóceis corpos de cuidados; 4. Do Poder Pastoral ao cuidado mais humano; 5. Reagindo à altura e 6. Protegendo sua liberdade, composta por duas subcategorias (A - Estudando para proteger-se e B - Buscando novas formas de relacionar-se). A análise das informações evidenciou que o poder se revela pela rigidez e exigência de cumprimento das normas e rotinas hospitalares; que os profissionais usam autoritariamente o seu saber para conduzir arbitrariamente cada ação do paciente, entendendo que tudo é para o bem das pessoas, assim docilizando o paciente por meio da vontade que este tem de se curar e sair do hospital, levando-o a aceitar determinadas condutas que acredita serem necessárias a esse fim. Viu-se que apesar do exercício de poderes disciplinares e controladores, a enfermagem também exerce um poder pastoral que pôde transformar as relações de cuidado em relações mais humanas e motivadoras. Por outro lado, a liberdade também foi exercitada, pois, quando necessário, os pacientes resistiram ao poder dos profissionais protegendo sua liberdade, aprendendo a relacionar-se de outras formas com a enfermagem ou estudando para assegurar o cuidado adequado. Os resultados ensejaram recomendar às instituições formadoras, aos dirigentes de instituições hospitalares e às organizações de classe, que aprofundem as discussões sobre os princípios éticos que regem a conduta humana e em especial o trabalho da Enfermagem, para que a presença do poder não tenha caráter dominador, mas que possa fomentar o espaço para a construção de relações mais simétricas.

**Descritores:** Enfermagem. Poder. Relações Enfermeiro-paciente.

## ABSTRACT

Study whose object was the power that pervades relations Nursing care to the patient in the hospital. Aimed to analyze the speech of inpatients, as power is revealed in the relationships of Nursing care and analyze the strategies used by patients to protect their freedom and autonomy before the power in this relationship. This is a qualitative study with descriptive-analytical approach whose participants were people on condition of patients hospitalized in the medical and surgical clinic of a hospital in Maceió-AL, included because they have been considered to be in need of intermediate or semi-intensive care after being evaluated by Patient classification system proposed by Perroca and Gaidzinski. 137 patients were evaluated and 16 were included. The project was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas as Opinion Embodied in paragraph 1189934. The information was produced in the period from August to December 2015, through script-based semi-structured interviews, which were transcribed and authorized by the participants, read extensively and where issued interpretive categories 6, built in the light of the concepts of freedom and power relations, of Michel Foucault, namely: 1. The power of entry rules and routines; . The power-Know the relationship of Nursing care, made up of three subcategories (A- they know. B- they send. C- they control); 3. Gentle care bodies; 4. The Pastoral care more human Power; 5. Reacting to the height and 6. Protecting your freedom, composed of two subcategories: "- Studying to protect itself" and "B-Seeking new ways to relate". The analysis of the information showed that the power is revealed by the stiffness and compliance requirement and hospital routines; what the pros use their knowledge to conduct by authority arbitrarily every action of the patient, understanding that everything is for the good of the people, thus guiding the patient through the wish that this has to heal and leaves the hospital, leading him to accept certain conduct that believe are necessary to that end. It has been seen that despite the exercise of disciplinary powers and controllers, nursing also exerts a power that could transform pastoral care relationships in human relations and motivating. On the other hand, the freedom was also exercised because, when necessary, the patients resisted the power of professionals protecting their freedom, learning to interact in other ways with nursing or studying to ensure proper care. The results longed for recommending training institutions, the heads of hospitals and organizations of class, to deepen the discussions on the ethical principles governing human conduct and in particular the work of nursing, so that the presence of power has not domineering character, but that can promote the space for the construction of more symmetrical relations.

**Keywords:** Nursing. Power. Nurse-patient relations.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1-</b> Quantitativo de artigos encontrados nas bases de dados .....	<b>20</b>
<b>Figura 2-</b> Inter-relação entre os fatores componentes do sistema de diferenciação conforme proposto por Foucault (2002) e ilustrado pela autora .....	<b>51</b>

## LISTA DE TABELAS E QUADROS

<b>Tabela 1</b> -Quantidade de artigos selecionados conforme critérios de inclusão e exclusão .....	<b>20</b>
<b>Tabela 2</b> - Distribuição dos pacientes investigados para definição do grau de dependência do cuidado de Enfermagem para possível inclusão na pesquisa .....	<b>47</b>
<b>Quadro 1</b> -Caracterização dos sujeitos segundo dados demográficos e grau de dependência conforme instrumento de Perroca e Gaidzinski (1998) .....	<b>49</b>

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>14</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>22</b>
<b>3 PROPOSTA METODOLÓGICA .....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 Cenário da Pesquisa .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3 Participantes da Pesquisa .....</b>	<b>33</b>
3.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	34
3.3.2 Definição do Grau de Dependência .....	34
<b>3.4 Produção de Informações .....</b>	<b>35</b>
3.4.1 Instrumentos.....	35
3.4.2 Procedimentos de Aproximação dos Participantes e de Realização da Entrevista .....	36
<b>3.5 Análise das Informações .....</b>	<b>38</b>
<b>3.6 Aspectos Éticos.....</b>	<b>39</b>
3.6.1 Riscos e Dificuldades .....	41
<b>3.7 Referencial Teórico .....</b>	<b>41</b>
3.7.1 O Conceito de Liberdade em Michel Foucault.....	42
3.7.1.1 Liberdade, Poder e Ética .....	42
3.7.1.2 Liberdade e o Cuidado de Si .....	43
3.7.1.3 Liberdade e a Ética da Amizade .....	43
3.7.2 O Conceito de Relações de Poder .....	44
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>47</b>
4.1 O Poder de Sujeição das Normas e Rotinas .....	52
4.2 O Poder-Saber na Relação de Cuidado de Enfermagem .....	55
4.2.1 Eles Sabem .....	56
4.2.2 Eles Mandam .....	57
4.2.3 Eles Controlam .....	60

4.3 Dóceis Corpos de Cuidado.....	63
4.4 Do Poder Pastoral ao Cuidado Mais Humano.....	66
4.5 Reagindo à Altura.....	69
4.6 Protegendo Sua Liberdade.....	71
4.6.1 Estudando Para Proteger-se.....	73
4.6.2 Buscando Novas Formas de Relacionar-se.....	74
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>

## **ANEXOS**

Anexo A – Instrumento de Perroca e Gaidzinski – Sistema de Classificação de Pacientes (Grau de Dependência) .....	95
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	99
Anexo C – Autorização Institucional (Acesso aos Prontuários) .....	101
Anexo D – Autorização Institucional (Acesso ao Hospital) .....	102
Anexo E – Folha de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) .....	103
Anexo F – Declaração de Cumprimento das Normas da Resolução 466/12, de Publicitação dos Resultados e Sobre o Uso e Destinação do Material/Dados Coletados .....	107

## **APÊNDICES**

Apêndice A – Roteiro Para Entrevista .....	109
Apêndice B – Termo de Cessão Gratuita de Direitos de Depoimento Oral e Compromisso Ético de Não Identificação do Depoente .....	111

## APRESENTAÇÃO

Este estudo teve como objeto o poder que permeia as relações de cuidado de Enfermagem ao paciente internado. Trata-se de um estudo desenvolvido como dissertação de mestrado no Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), na linha de pesquisa “Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos”, a qual está inserida na área de concentração “Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida”.

É um estudo que também está vinculado ao Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre/Universidade Federal de Alagoas (GEDIM/UFAL), registrado no CNPq, na linha “Ética e Legislação Profissional”, sendo resultado de experiências de cuidado em Enfermagem, tanto pelo exercício profissional quanto pela condição de paciente que a pesquisadora tem vivenciado há mais de um ano.

O interesse pelo tema surgiu desde a época da graduação no Curso de Enfermagem, quando foi realizada uma revisão de literatura a respeito de como os profissionais de enfermagem lidavam com o fato de que suas ações, invariavelmente, atingem de forma direta a privacidade e a autonomia dos pacientes. A partir da leitura de um dos artigos que compuseram a amostra daquela revisão, a pesquisadora teve seu primeiro contato com os preceitos filosóficos de Michel Foucault a respeito do poder emanado das relações.

Inicialmente a ideia era compreender como os profissionais lidavam com essa questão frente ao cuidado de seus pacientes, entretanto, por motivos de doença, a pesquisadora enfrentou situação de internamento prolongado e, a partir dessa experiência, percebeu que sua verdadeira inquietação era saber como esse poder se revelava nas relações de cuidado a partir da perspectiva de quem sofre esta ação. Daí por diante deu-se início às pesquisas de que se trata este estudo.

# 1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem vem sendo compreendida como:

“[...] um componente próprio de conhecimentos científicos e técnicos, construído e reproduzido por um conjunto de práticas sociais, éticas e políticas que se processa pelo ensino, pesquisa e assistência. Realiza-se na prestação de serviços à pessoa, família e coletividade, no seu contexto e circunstâncias de vida.” (COFEN, 2007)

Neste contexto, conforme indica o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007), decorre o entendimento de que o serviço de Enfermagem é um trabalho que envolve uma relação entre o profissional e a pessoa cuidada.

Aceitando-se esta premissa, é possível também aceitar que as pessoas assistidas pelos profissionais de Enfermagem são susceptíveis ao desenvolvimento de relações de poder no processo de cuidar, principalmente quando o grau de dependência é alto e a liberdade da pessoa de intervir no cuidado está diminuída. Nesta pesquisa, se compreende que o profissional cuidador e a pessoa cuidada compõem um grupo social e acata-se o princípio foucaultiano de que todo agrupamento humano sempre estará envolto por relações de poder, uma vez que a existência desse tipo de relação é coexistente com a vida social (FOUCAULT, 2015) corroborando o pensamento de que “uma sociedade sem relações de poder só pode ser uma abstração” (FOUCAULT, 2010, p. 244).

Neste caso, toma-se o ambiente hospitalar como espaço onde se estabelecem relações de dependência entre profissional e pessoa cuidada, que doravante, pela posição que ocupa na relação de cuidado, passa a ser chamada de paciente, torna essa relação vertical, onde o conhecimento técnico-científico sobrepuja a subjetividade do paciente, podendo conferir a esta relação algum exercício de poder do profissional sobre o ser cuidado (SANTOS, et al 2010).

Considerando o pensamento de Foucault (2013a) de que o corpo está diretamente mergulhado num campo político, onde as relações de poder têm alcance imediato sobre ele, as práticas de atenção à saúde vêm sendo alvos de reflexões e discussões acerca da efetividade dos serviços e das ações implementadas pelos profissionais de saúde no campo mais íntimo do ser humano (VIEIRA, SILVEIRA, FRANCO, 2011; PUPULIN, SAWADA, 2012).

Observando o contexto hospitalar, desde o século XVII, como evidenciam os

escritos de Foucault (2011), o olhar clínico nesta época era centralizado no corpo e nas doenças, que eram categorizadas por suas semelhanças ou diferenças, de acordo com aquilo que ela proporcionava ao corpo. Já no século XVIII, houve uma reconfiguração e o foco da prática clínica passou a ser a institucionalização da doença e dos cuidados à pessoa doente e é neste contexto que o hospital ganha espaço, passando a ser visto como um local de vigilância constante onde há a disseminação de crenças e práticas sociais que inibem a prática da autonomia diante da enfermidade, da dor e da morte.

Foi esta institucionalização o alvo da crítica de Ivan Illich em sua obra “A expropriação da saúde”, na qual ele afirma que:

“A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano” (ILLICH, 1975, p. 6-7).

Considerando a realidade daquela época, tal como descrita por Illich, e o fato de que a ruptura do modelo biomédico e a mudança dos paradigmas assistenciais da Enfermagem quanto à humanização do seu cuidado seja alvo de reflexões que tem perdurado todo este período até a contemporaneidade, ainda é possível verificar elementos oriundos das práticas clínicas do século XVIII em meio à prática da Enfermagem atual (SILVEIRA; et al, 2013), e é nessa conjunção nosológica e muitas vezes destituída da sensibilidade humana, que se sujeitam os pacientes internados.

Diante desta discussão envolvendo o caráter subjetivo do ser humano, é essencial considerar que o internamento influencia sobremaneira as mudanças na vida da pessoa em situação de doença, e as consequências desse processo se refletem diretamente na capacidade de compreender situações, em sua cooperação no processo de tomada de decisões e, por fim, no exercício de um papel ativo no processo de cuidados (HENRIQUES; CABANA, 2013).

Nesta conjuntura, os danos causados pela presença de uma doença são universais, não se limitam a um dado espaço ou mesmo a um tempo, mas assumem uma natureza existencial bem clara e distinta em diferentes contextos: a vivência de

uma situação de crise, motivada pela doença, elimina do paciente o seu caráter de aptidão para controlar o seu corpo, os seus sentimentos e a imprecisão quanto ao seu futuro, bem como para realizar os seus papéis sociais, isso afeta a sua capacidade de exercer os seus direitos e influenciar as decisões sobre os seus cuidados, deixando-o em posição de dependência e inferioridade diante de outrem (PASSOS; SADIGUSKI, 2011).

O indivíduo, em meio a essas circunstâncias, perde a sua identidade para assumir outra que lhe é atribuída pela classificação da doença (COLLIÈRE, 2012). A pessoa deixa de ser vista como um ser único em suas particularidades, ou seja, ser e ter um corpo: um corpo que é visível aos outros por sua matéria, mas que, concomitantemente, é um corpo subjetivo que vivencia e interpreta o mundo de uma forma própria, um corpo que diz “eu sou o meu corpo” (FERREIRA, 2011, p.255) e que por sua visão única do mundo “vive de dentro para fora” (FERREIRA, 2011, p.258).

Compreende-se, então, que o ambiente hospitalar configura-se como um núcleo onde se encontram pacientes em diferentes níveis de complexidade e onde, portanto, há considerável dependência dos cuidados realizados pelo profissional de Enfermagem (SILVA; ALVIM, 2010). Também é um ambiente de rotina rígida, onde esses mesmos profissionais, habituados a realizar os procedimentos em cumprimento dessa rotina, na maioria das vezes, não percebem como essas ações e procedimentos podem ser agressivos ao paciente do ponto de vista da autonomia, já que tais rotinas passam a controlar e determinar as ações dos mesmos (NEGREIROS, et al 2010).

Assim, a relação do profissional de Enfermagem com o paciente internado é de complexidade crescente em comparação com o grau de dependência e pode ser conflituosa por envolver uma lida constante com a nudez e a invariável ruptura da privacidade (PUPULIN; SAWADA, 2012), muitas vezes determinada pelo cumprimento de protocolos de cuidado que não levam em conta a singularidade de cada um, seu pudor, sua vontade ou sua cultura.

Esta dimensão de comportamento encontra-se nos relatos de situações de cuidados que atropelam a dignidade humana dos pacientes (STUMM, et al 2008; FONSECA, PARCIANELLO, ZAMBERLAN, 2013; VEIGA, GOMES, MELO, 2013), sem que os infratores reconheçam que lesaram os seus deveres profissionais e deontológicos. Estas situações são ainda hoje uma realidade e evidenciam a

necessidade de mais estudos e reflexões acerca do poder no cuidado de Enfermagem.

A necessidade dessa compreensão e conscientização será tão grande quanto for a dependência, a vulnerabilidade e a fragilidade da pessoa doente para exercer a sua força e o seu poder. Assim, acredita-se que o paciente, como ser humano, cria maneiras de interagir com o mundo, ou seja, toda a história individual e coletiva da humanidade está fundamentada em seu convívio social (MELLO; TEIXEIRA, 2012) e desta forma ele pode, com sua experiência, contribuir significativamente para o alcance dos objetivos desse estudo, bem como para o entendimento do objeto em investigação.

Sabe-se que a prestação do cuidado de Enfermagem implica numa relação entre pessoas, no mínimo duas: o profissional e o paciente. O poder se insere na forma como o profissional se aproxima, comunica ou não o que vai fazer, indaga ou não o que precisa fazer e na forma como operacionaliza o cuidado, protegendo ou não a pessoa e o seu entorno. É o momento em que as crenças, pudores e vontades precisam ser respeitados, em nome da autonomia do sujeito.

Assim, considerando que o profissional de Enfermagem, em razão da natureza íntima da relação de cuidado, pode aprender muito sobre como deve se comportar e superar os conflitos éticos advindos da observância das normas hospitalares em vez da observância de princípios tão claros como o da autonomia, para explorar os significados atribuídos pelos sujeitos à experiência de ser cuidado, uma narrativa da vivência é necessária para poder estar em contato com os sentimentos e significados que esta relação desperta e, neste sentido, aceita-se que o discurso do sujeito que vive a experiência é que a torna conhecida e a análise deste discurso é a expressão verbal da experiência vivida. Eis porque, na linha que conduziu o estudo, é no discurso do sujeito que se vai revelar o exercício de poder nas relações de cuidado de Enfermagem.

Ao se falar da experiência do paciente e de como ela pode fomentar os recursos necessários à compreensão da temática abordada neste estudo, faz-se necessário entender que o discurso é como a extensão de uma verdade que se origina diante do próprio sujeito (SILVA; MACHADO JÚNIOR, 2014), pensamento que emana do conceito apresentado por Foucault (2010) que aponta o discurso como um conjunto de proposições que adquirem caráter verídico passando a constituir princípios aceitáveis de comportamento. Nesta perspectiva, Foucault

(2014a) traz a ideia de que a produção discursiva não se dá de forma aleatória, contudo é permeada pelas relações de poder que a produzem, dando ao discurso o caráter de ocorrência, pois se materializa nas práticas sociais dos sujeitos nos quais produz efeitos reais.

Ante esta problemática, pode-se estabelecer as seguintes **questões norteadoras** para este estudo:

- Como o discurso de pacientes revela o poder que permeia a prestação do cuidado de Enfermagem?
- Como eles protegem a sua autonomia e liberdade diante de relações de poder no processo de cuidar pela Enfermagem?

Com o intuito de responder a estas perguntas, estabeleceu-se os seguintes **objetivos**:

- Analisar no discurso de pacientes internados como o poder se revela nas relações de cuidado de Enfermagem.
- Analisar as estratégias utilizadas pelos pacientes para proteger sua liberdade e autonomia diante do poder presente nesta relação.

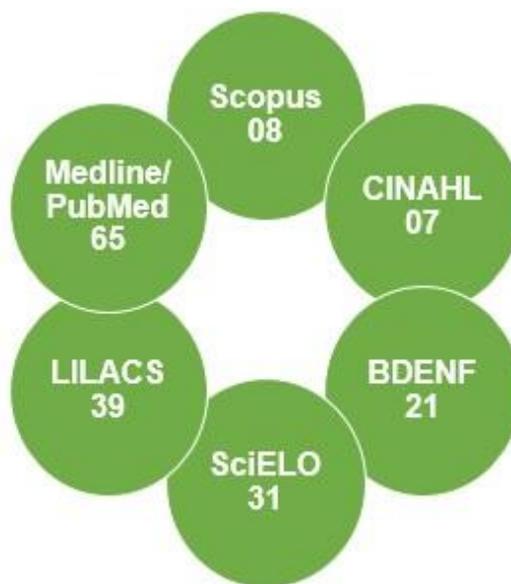
Para constatar a relevância científica do estudo, realizou-se uma busca prévia nas principais bases de dados com o uso dos descritores 'Enfermagem', 'Poder (psicologia)', 'Pacientes internados' e 'Ética', de acordo com o índice Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), e os termos '*Nursing*', '*Power (Psychology)*', '*Inpatients*' e '*Ethics*' de acordo com o *Medical Subject Headings* (MeSH), obtendo um total de 171 artigos.

Em razão desta quantidade de artigos abordarem a temática do poder sobre aspectos muito diversificados, houve a necessidade de estabelecer os seguintes critérios de inclusão: abordar diretamente o estudo do poder; estarem disponíveis integralmente *online*; publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola e a partir do ano 2000. No caso de estudos com participantes, optou-se por aqueles estudos cujos informantes eram pacientes em acompanhamento, em qualquer modalidade de atendimento.

Devido aos aspectos distintos para o acesso às fontes de dados selecionadas, as estratégias de busca utilizadas para localização dos artigos foram adaptadas de forma a adequar-se a cada uma delas, contudo, tomando-se como base a questão norteadora da pesquisa e os critérios de inclusão, previamente estabelecidos, no intuito de garantir a coerência na busca dos artigos e evitar

possíveis vieses.

A Figura 1 mostra o número dos artigos encontrados nas fontes de dados pesquisadas.



**Figura1** – Quantitativo de artigos encontrados nas bases de dados

A tabela 1 traz o percurso para a seleção final dos artigos da revisão.

**Tabela1** – Distribuição dos artigos selecionados segundo critérios de inclusão e exclusão. Maceió, 2015

Bases de Dados	Medline/P ubmed	Lilacs	SciELO	Bdenf	Cinahl	Scopus	Total
Leitura dos títulos	65	39	31	21	07	08	171
<b>Critérios de inclusão</b>							
Disponíveis integralmente <i>online</i>	65	39	31	21	07	08	171
Em língua inglesa, portuguesa ou espanhola	65	39	31	21	07	08	171
Abordando o Poder de forma direta	25	16	11	08	05	06	71
A partir do ano 2000	06	04	05	06	04	03	28
<b>Critérios de exclusão</b>							
Estudos cujos participantes não eram pacientes	04	02	03	03	02	00	14
<b>Total de artigos selecionados</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>02</b>	<b>0</b>	<b>10</b>

Fonte: BAPTISTA, 2015

Cabe ressaltar que os artigos encontrados em mais de uma base de dados foram contabilizados apenas uma vez e na primeira base em que foram encontrados. Nos 10 artigos selecionados, houve contribuições efetivas para uma reflexão crítica acerca do poder circulante nas relações de cuidado de Enfermagem que serão apresentadas na revisão da literatura do presente estudo.

Embora os artigos selecionados tenham trazido suas contribuições, foi possível constatar, também, a necessidade de mais estudos e reflexões sobre a temática proposta. Diante do exposto, justifica-se a relevância científica desta pesquisa, visto que quaisquer contribuições ou reflexões que este estudo possa gerar serão no sentido de somar ao conhecimento já existente sobre a questão do Poder nas relações de cuidado de Enfermagem e de complementar o espaço necessário para ampliar as formulações teóricas a esse respeito.

Portanto, o estudo deste tema, sob a perspectiva do paciente, pode contribuir para o conhecimento sobre o processo de cuidar em Enfermagem e para a qualidade da assistência à saúde, ajudando o profissional a discernir as estratégias viáveis e aconselháveis para cada situação; compreender melhor e elucidar alguns dos problemas enfrentados pela profissão, tais como os aspectos psicológicos e éticos do paciente. Sob este prisma, o estudo que consiga mergulhar na subjetividade desta relação e revelar como o seu poder é participante, certamente pode contribuir para uma autorreflexão do profissional em direção ao cuidado mais humano e respeitoso aos pacientes.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

Desde o princípio da história da humanidade, o cuidado se fez presente, ora como a função de assegurar a continuidade da vida do grupo e da espécie, através da garantia da manutenção das funcionalidades vitais (SILVA; LACAVA, 2010), ora como uma atividade religiosa, onde as experiências eram passadas de geração a geração (PADILHA; BOREINSTEIN; SANTOS, 2015) marcadas pelo altruísmo, caridade e piedade.

Atualmente, apresenta-se como uma atividade profissional que busca a combinação dos conhecimentos técnico-científicos com os princípios da prudência advindos do preceito fundamental do respeito pela vida e pela dignidade da pessoa (MIRANDA; CONTRERAS, 2014), passando a ser visto como atributo de profissionais da saúde e, sobretudo, na profissionalização da Enfermagem o cuidado ganhou espaço e singularidade (SILVA; LACAVA, 2010).

Do ponto de vista da filologia, a palavra “cuidado” deriva do latim *cura* (*coera*), a qual era empregada para contextos de relações de amor e amizade, pois por meio dela se expressava atitudes de dedicação, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato e extrema preocupação por algo ou alguém (BORDINI, 2014). Entretanto, outros consideram que a origem da palavra advém do termo latino *cogitare-cogitatus* e das palavras derivadas *coeydar*, *coidar*, *cuidar*, cujo sentido é semelhante ao da palavra *cura*, desta forma, o cuidado é tido como o fundamento das relações que constituem todas as coisas (BOFF, 2011).

O autor complementa que o ato do cuidado implica na intimidade das relações que se estabelecem, de forma que o cuidar seja o acolher, o respeitar, o assegurar sossego e repouso, de um modo geral, significa estar sintonizado, afinado com o objeto do cuidado, tendo como o centro deste relacionamento o *pathos* (sentimento) e não mais o *logos* (a razão). Em outras palavras: para Boff (2011), o cuidado é um modo-de-ser no qual o indivíduo centra-se no outro com carinho, sendo esta uma atitude fundamental para este exercício.

Já na óptica existencial de Heidegger (HEIDEGGER, 2012, p.33), “o cuidado é algo que existe antes de qualquer comportamento humano, ou seja, está presente em toda atitude e situação”, é um fenômeno ontológico o que implica dizer que é o modo-de-ser fundamental da humanidade e portanto essencial para a compreensão

e interpretação do sujeito (OLIVEIRA; CARRARO, 2011). Sob esta perspectiva, o cuidado constitui-se como tarefa de todos e isto implica no cuidado ao planeta, cidades, países, no cuidado ao próximo, à criança, ao idoso, àquele que sofre, àquele que pede por cuidado e também àquele que não consegue pedir (LUZ; MIRANDA, 2010).

Noddings (2013) ainda traz o cuidado como a compreensão da realidade do outro, saindo da própria referência estrutural, onde essa realidade do outro chega até nós de maneira empática e a tolerância é requisito fundamental para essa prática, já que para ela o cuidado representa-se como um acordo onde há o envolvimento entre pessoas com a finalidade de promover o bem estar do outro, definindo-se como atitude relacional.

Nestes termos, compreendendo o cuidado como fenômeno ontológico, o qual confere o caráter humano às pessoas (HEIDEGGER, 2012), observando o contexto do cuidado como parte fundamental na construção da identidade científica da Enfermagem e a discussão trazida por Waldow (2011) de que cuidado e humanização se entrelaçam de maneira a tornarem-se apenas um, busca-se compreender a dinâmica desse cuidado diante da relação vertical entre o profissional do cuidado (detentor do saber científico) e o ser cuidado (detentor da necessidade e dependência do outro).

Ao discutir o estabelecimento de relações verticalizadas no ambiente hospitalar, devido à grande influência, ainda, do modelo biomédico, é possível perceber um distanciamento daquilo que tem sido discutido amplamente nas últimas décadas, relacionado a humanização dos serviços de saúde e sua profunda relação com a abordagem ao paciente.

Segundo a política do Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o assunto, especificamente a Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS (BRASIL, 2004) humanizar é, sobretudo, dar valor a todos os sujeitos que participam do processo de produção de saúde: gestores, profissionais de saúde e, principalmente, usuários. Logo, todos têm o direito de dizer o que pensam e propor mudanças, gerando uma forma de responsabilidade conjunta, onde todos podem suprir sua necessidade de compreender como funciona esse processo, bem como para os usuários, saber da sua própria saúde e de como tratá-la e protegê-la.

Estudo comenta que ações contrárias à preservação da individualidade do paciente, bem como a não incorporação do mesmo no processo de autocuidado,

promovem a violação da privacidade e atenta contra seu decoro (BETTINELLI; POMATTI; BROCK, 2010). Ações como estas podem ferir, segundo a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), um direito básico do paciente, pois o homem, como ser humano, necessita manter a salvo sua individualidade e isso funciona como uma maneira de se sentir único e senhor de seu espaço, regulando também quem pode ter acesso a ele (PUPULIN; SAWADA, 2012).

Diante das muitas questões que esta reconsideração suscita, destaca-se a banalização do caráter humano dos serviços de saúde (ALCÂNTARA; VIEIRA, 2013), o que, conseqüentemente, aplicado ao ambiente hospitalar, implica em uma dificuldade profissional para lidar com os usuários dos serviços de saúde em sua amplitude subjetiva.

Quanto ao ambiente hospitalar, um estudo o apresenta como “um ambiente de dor intensa, aflição, solidão e abandono” (SANTOS, et al 2011, p.235), sentimentos que expõe a vulnerabilidade do paciente diante da internação hospitalar, haja vista que sua inserção num contexto novo favorece essa fragilidade, pois o indivíduo se vê convivendo com pessoas alheias à sua rotina habitual, vestindo roupas que não são as suas, sofrendo imposição de horários, tudo isso aliado à doença, às dores, aos medos, aos procedimentos e à espera do diagnóstico, se constituem como fatores que contribuem para a perda da identidade e da percepção de liberdade desse paciente (RAZERA; BRAGA, 2011; TAVARES; PAWLOWYTSCH, 2013).

A presença desses fatores influencia diretamente na capacidade do paciente de compreender situações, de discernir entre imposição e proposição, refletindo incisivamente em sua colaboração no processo de tomada de decisões e, finalmente, no exercício de um papel ativo no processo saúde-doença (HENRIQUES; CABANA, 2013), fomentando espaço favorável ao exercício do poder por parte dos profissionais envolvidos na implementação dos cuidados em saúde, fazendo com que o profissional assuma o controle e conduza a situação de acordo com as queixas do paciente e não leve em conta a multiplicidade de aspectos, também subjetivos, que envolvem a condição de saúde desse indivíduo.

Além desses elementos, que podem ser caracterizados como subjetivos, um outro estudo traz a ideia de que a estrutura hospitalar - representada por suas normatizações e rotinas - e a hierarquização dessa estrutura regimentada pelo exercício do biopoder por parte dos profissionais de saúde, restringem o espaço

para o exercício da autonomia do paciente (CARRETA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011; PASSOS; SADIGUSKY, 2011). Quanto a esta conjuntura, cabe destacar que, na segunda metade do século XIX, o hospital adquiriu a incumbência de ser um ambiente de cura e cuidado, guiado por normas técnico-científicas e racionais, as quais lhe conferiam uma estrutura hierarquizada, inflexível e limitada (XAVIER; GOMES; SALVADOR, 2014).

Atualmente, aspectos relacionados aos avanços da tecnologia na saúde e o crescente aprimoramento do conhecimento técnico-científico na área, tem favorecido essa hierarquização e fornecido espaço para o paternalismo dos profissionais de saúde, fazendo com que o cuidado seja, muitas vezes, empregado apenas como aplicação de procedimentos técnicos com caráter quase mecânico, restringindo o espaço para a autonomia do ser enquanto paciente (PERES; BARBOSA; SILVA, 2011) e, por conseguinte, abrindo precedentes para o espaço do poder em detrimento da autonomia e liberdade desse indivíduo.

No que concerne à ciência e à tecnologia, no campo da saúde observa-se que há uma crescente inquietação entre os profissionais no sentido de aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos e científicos, promovendo o seu aprimoramento e, conseqüentemente, ampliando suas responsabilidades em relação ao nível e qualidade da assistência prestada por eles (SANTOS; VEIGA; ANDRADE, 2011). No entanto, tais práticas assistenciais e o próprio ato de cuidar, sofreram – e sofrem - influência do modelo biomédico hegemônico, ainda presente tanto nos estabelecimentos de saúde, quanto nas instituições de formação profissional (GOMES, et al 2010; SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011).

Em virtude disso, percebe-se que a função do profissional alimentada por esse modelo se firma na expectativa de promover a cura e restabelecer a saúde (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011), fornecendo subsídios para que haja uma distinção cartesiana entre mente e corpo, proporcionando a análise do corpo como máquina – dotada de peças – minimizando quaisquer aspectos sociais, comportamentais e psicológicos (GOULART; CHIARI, 2010).

Com base nessas afirmações, neste estudo, especificamente se fala dos profissionais de Enfermagem, pois estes estão diretamente ligados ao cuidado do paciente durante toda sua permanência no ambiente hospitalar (SANTOS, et al 2010), tornando-o portanto, parte essencial na relação da qual este estudo se propôs a investigar.

Esse panorama conduz as ações da Enfermagem na direção de uma prática guiada pela doença, desconsiderando a vivência da pessoa que precisa dos cuidados e fazendo com que o enfermeiro se afaste cada vez mais do paciente, pelo fato de centrar-se num tipo de cuidar quase que exclusivamente guiado pela tecnologia (SILVA; CAMPOS; PEREIRA, 2011) que, segundo Santos et al (2011), favorece o emprego de técnicas padronizadas e atitudes estereotipadas que priorizam a rotina e a comodidade da equipe em detrimento do bem-estar do paciente.

Estudo vem referendar esta questão quando comenta que a Enfermagem apresenta ao enfermeiro o desafio de cuidar da vida que foi colocada em suas mãos, em confiança e em poder, afirmando o compromisso e a competência técnica e científica deste profissional para com o seu paciente, favorecendo a existência de uma relação assimétrica onde o saber científico de um se sobrepõe ao saber e à necessidade de cuidado do outro, restringindo o espaço para a autonomia deste sujeito (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

Um outro estudo conclui, com base no contexto pesquisado, que os profissionais de saúde alegam deter a legitimidade do conhecimento para oferecer tecnologias contemporâneas a seus pacientes, fomentando espaço para a supervalorização da tecnologia em detrimento do caráter humano da assistência (OLIVEIRA, et al 2013), confirmando a ideia de que a prática do poder e do cuidado humano estão fundamentados nesse paradigma técnico-científico da modernidade (MORAIS, et al 2014).

Compreende-se que o conhecimento técnico e científico é essencial para a prática do cuidado profissional e, portanto, inseparável tanto da prática quanto daquilo que o regulamenta (normas, rotinas, códigos de ética), tudo isso gera um discurso admitido como verdade e descrito como uma relação de saber/poder, através da qual se pode exercer o próprio poder (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

Ao considerar-se o contexto dos estabelecimentos de saúde, o pensamento apresentado pelo estudo citado acima encontra apoio nas ideias de Foucault (2015) que incita o entendimento de que a coexistência entre as normas reguladoras institucionais – regimento profissional e de instituições de saúde – e a legislação de proteção ao paciente, ambos frutos de jogos de poder e saber, constituem-se como dispositivos de poder disciplinar por meio dos quais as relações de poder entre profissionais e pacientes se materializam.

Essa tecnicidade e o saber altamente especializado contribuem sobremaneira para a redução dos indivíduos a uma classificação puramente nosológica, caracterizada pela ênfase que é dada à natureza e cura da doença, e pela redução dos cuidados a um bem de consumo (SANTOS; MARTINS, 2013), como já afirmava Illich (1975) dizendo que a crescente industrialização da saúde e medicalização da vida em nossa sociedade revela diversas formas de danos à saúde, resultantes da perda da autonomia das pessoas diante da enfermidade, da dor e do envelhecimento.

Nesta circunstância, é inevitável que a pessoa sofra um processo de massificação ou, como ensina Collière: “o indivíduo perde a sua identidade própria e passa a assumir a identificação da doença que invade todo o seu campo espacial, temporal e relacional” (COLLIÈRE, 2012, p 141) suprimindo o caráter humano na relação entre o ser que cuida e o ser cuidado.

Um outro estudo traz para esta discussão a ideia de que, por serem detentores de conhecimento específico, os profissionais de saúde desenvolveram uma concepção estereotipada na qual o paciente é um ser desprovido de conhecimento e por essa razão o considera incapaz de compreender o que acontece em seu corpo, relegando-o à categoria de objeto submisso aos cuidados profissionais (LIMA, et al 2014), ideia com a qual outro estudo concorda apontando o paciente como objeto “cuja voz não se faz ouvir” (SANTOS, et al 2011, p. 235).

Esta conjuntura é retratada como uma relação de autoridade onde o paciente é estabelecido como subordinado, situação que Foucault (2013a) apresenta como a produção de um corpo disciplinado e produtivo cuja supressão evidencia a perda da autonomia sobre o corpo desse paciente, conseqüentemente, apontando para a construção da heteronomia nas relações estabelecidas nos serviços de saúde, indo cada vez mais na direção do conceito de iatrogênese social tal como Illich (1975) afirmava ser, entre outras coisas, a disseminação do papel de doente como comportamento apassivado e dependente da autoridade.

A perda da autonomia sobre o corpo também condiciona o paciente a perder seu espaço na tomada de decisões que envolvem sua saúde, haja vista que em um estudo foi possível identificar a omissão/regulação das informações sobre cuidados ou procedimentos, bem como a não solicitação do consentimento informado, podem contribuir substancialmente para a manutenção da desigualdade de poder entre profissionais de saúde e pacientes (DELMAR, 2012).

Corroborando essa concepção de desequilíbrio de poder, outro estudo destacou que os profissionais de Enfermagem não estavam abertos ao compartilhamento de seus conhecimentos e poder de decisão com seus pacientes, evidenciando que estes profissionais detêm considerável poder e que o utilizam para a regulação daquilo que os pacientes podem ou não fazer, argumentando que isso pode ser fruto de sua necessidade de obter respeito, a qual assume papel regulador do conceito de que o paciente pode usar sua autonomia para negociar seus cuidados (STEIN-PASBURY, 2014).

Embora muitos profissionais estejam ressignificando esses comportamentos, os estudos mostraram que este profissional promove uma restrição - mesmo que nem sempre seja consciente - que pode resultar num paternalismo propriamente dito, onde a autonomia do paciente é afetada pela conduta pessoal do enfermeiro e do poder advindo de sua profissão (DELMAR, 2012).

E é esta multiplicidade de sinais e sintomas em que se transforma o paciente, que passa a ser o foco de atenção da Enfermagem, em outras palavras: o paciente deixa de ter uma oportunidade para decidir de que modo deseja participar no processo de sua recuperação e readaptação e se transforma num instrumento de execução das ordens provenientes da Enfermagem, tendo prejudicada a promoção de sua autonomia (NEGREIROS, et al 2010).

Tendo em mente essa relação entre profissional e paciente e o grau de dependência deste pelos cuidados de Enfermagem, considera-se o pensamento emanado de Foucault (2015) de que o poder emerge de uma rede de relações que se formam num determinado espaço e tempo e se efetua na relação interpessoal, caracterizando-se como uma relação entre duas forças que se atingem mutuamente, num incessante jogo de poder vivenciado e exercido na interação entre as partes.

Segundo Weiss e Tappen (2015), as concepções sobre o poder em Enfermagem que surgem a partir da década de 1970 tratam o tema de maneira genérica, concebendo-o como algo que influencia, controla ou tem domínio sobre algo ou alguém, manipulando-o socialmente. Também se refere à valorização do reconhecimento social da profissão, como uma função primordial à sociedade, o que em si configura uma declaração do poder da Enfermagem enquanto profissão da área da saúde e a este poder, que decorre do seu código profissional, acrescenta-se o poder do seu saber que, ao se estabelecer como saber específico, produz ações de poder.

Esta afirmação encontra bases na ideia de Foucault (2012a) de que saber e poder se envolvem de maneira mútua ao ponto de que qualquer exercício de poder cria continuamente objetos de saber, os quais sempre são manipulados e se transformam no próprio saber e este em poder, num ciclo tão complexo que um é condicionante e condicionado pelo outro.

Observando essa realidade apresentada pela literatura sobre o poder contido no saber da Enfermagem, não restam dúvidas de que os cuidados empreendidos pelos enfermeiros existem num âmbito que prima o uso da ciência, da tecnologia e da experiência humana com o intuito de cessar e erradicar o processo patológico. É compreensível que esta finalidade seja fundamental à disciplina de Enfermagem, mas, como enfatiza Benner (2005), quando mal utilizados, esses três fundamentos podem transformar-se em instrumentos que ameaçam a lógica do cuidar em Enfermagem.

Para Pires (2005), o caráter do cuidar, como gesto e atitude solidária, tende à proteção e para assegurar vida, direitos e cidadania. Entretanto, a relação fraterna criada nesse espaço também é opressora e subjugante, e busca manter-se em posição de domínio. Assim entende-se que o cuidado como ajuda que se reelabora na relação de poder encontra alicerces na politicidade<sup>1</sup> dessa ajuda, a qual é compreendida tanto pelo seu modo de ser solidário, como pelo seu modo de vir a ser político.

Deste modo, compreende-se que uma relação de ajuda sempre se constitui como um mecanismo de “poder elegante”, termo para o qual Gronemeyer (2000) dá a seguinte contribuição:

“O poder elegante jamais é identificado como poder. E ele é verdadeiramente elegante quando, cativados pela ilusão de liberdade, os que a eles estão submetidos negam, repetidamente sua existência. É uma forma de manter o cabresto na boca dos subordinados sem deixar que eles sintam o poder que está dirigindo. Em suma, o poder elegante não força, não recorre ao cacete nem às correntes, simplesmente ajuda.”  
(GRONEMEYER, 2000, p.18)

Observando este conceito, a ajuda se desenvolve através de dispositivos camuflados, abrindo mão de apelos explícitos no intuito de consolidar sua hegemonia. Dessa maneira, tendo o ambiente hospitalar como cenário do cuidado,

---

1- habilidade política humana de saber pensar e intervir criticamente, numa busca imanente por autonomia crescente (DEMO, 2002)

como se pode duvidar daqueles que, neste ambiente, estão empregando seu saber e seu fazer para que se possa recuperar a saúde de outro ser humano? Nesse caso, a ajuda como “poder elegante” mostra-se em sua forma mais encoberta, tanto porque a situação de doença nos fragiliza diante da iminência da morte, quanto porque historicamente a ajuda no campo da saúde sempre esteve próxima do poder do sacerdócio e da benevolência, legitimando hegemonias seculares (PIRES, 2005).

Contudo, apesar das reflexões já realizadas sobre a temática do poder, as concepções teóricas produzidas ao redor da disciplina de Enfermagem não se referem ao conceito de poder na descrição e especificação dos fenômenos centrais à profissão. Esta ausência é relatada na obra *La Pensée Infirmière* (2010), onde Kérouac expõe as concepções teóricas do pensamento em Enfermagem e os princípios que regem a prática do cuidado, não citando o poder como um conceito a ser levado em conta no ato dos cuidados.

A reflexão sobre relações de poder na prática de Enfermagem, sob um primeiro olhar, pode se limitar a situações específicas de nosso cotidiano de trabalho como, por exemplo, relações enfermeiro-médico, enfermeiro-paciente, enfermeiro-equipe. Contudo, tendo por base estudos sobre o tema de autores pós-estruturalistas, é possível notar que as discussões envolvendo essa temática são bastante complexas e perpassam tanto as práticas profissionais, quanto à subjetividade dos sujeitos envolvidos nessas relações (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

Isso vem legitimar o fato de que um conhecimento mais profundo acerca do poder nas relações de cuidado permite a conscientização de um fenômeno que ocorre no âmago da relação entre o profissional e o paciente e que indaga a compreensão do doente enquanto sujeito de cuidados, as ações do profissional enfermeiro e, até mesmo, a própria finalidade do cuidado.

## **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **3.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritivo-analítica, o qual permite estudar detalhadamente os significados das ações e relações humanas, contemplando os objetivos deste estudo. A escolha desta abordagem se deu pela sua capacidade de incorporar o pleito do significado e da intencionalidade como iminentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, as quais são tomadas como construções humanas significativas (MINAYO, 2014).

Da mesma forma, Bassoura e Campos (2010) corroboram a afirmativa de Minayo, quando dizem que esse tipo de abordagem consegue trazer à realidade contextual e interpretativa da ciência, aquilo que antes era apenas subjetivo. Destarte, destaca-se que a pesquisa qualitativa apresenta visão idealista, subjetivista e interpretativa da realidade, possibilitando o olhar compreensivo das relações constituídas em meio às situações de encontro/interação, nas quais as palavras, gestos, e vários outros fatores simbólicos se misturam e permitem uma interpretação única (LACERDA; LABRONICI, 2011).

É um estudo descritivo analítico, porque tanto busca descrever as características, propriedades ou relações existentes no fenômeno investigado, quanto propicia o estudo e avaliação aprofundados das informações, na tentativa de explicar o contexto deste fenômeno. Neste sentido, exige do pesquisador “trato especial [...] no uso ou criação de categorias” para proceder à análise ordenada das informações (RICHARDSON, 2011) sem que se perca em descrições extensas e detalhadas, porém que não convergem para nenhum sentido sustentável.

### **3.2 Cenário da pesquisa**

As relações de cuidado de Enfermagem acontecem nos mais diversos cenários: hospitalares, ambulatoriais e no domicílio. Em qualquer desses ambientes, o poder permeia as relações de cuidado e pode se manifestar no discurso de pacientes que vivenciaram as mais diversas situações clínicas, em qualquer lugar onde se encontravam. No entanto, foi necessário estabelecer um cenário específico

onde fosse possível iniciar um processo de identificação e aproximação com pessoas que pudessem contribuir com o estudo.

Para tanto, considerou-se iniciar a busca dos participantes pelos setores de clínica cirúrgica e clínica médica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), tanto pelas evidências científicas que mostram estes setores como cenários de cuidados de Enfermagem intermediários e semi-intensivos (BRITO; GUIRARDELLO, 2012; RUFINO, et al, 2015), quanto pelo acesso da pesquisadora aos enfermeiros responsáveis por eles.

O HUPAA é um órgão complementar da Universidade Federal de Alagoas - UFAL, que mantém uma relação funcional com as Unidades Acadêmicas da área da Saúde e afins, com ações que integram as áreas de ensino, pesquisa e assistência não só à comunidade assistida pelo SUS na cidade de Maceió - AL, mas também para pacientes das cidades do interior do estado, constituindo-se um hospital de referência. Com vistas a um maior crescimento e desenvolvimento da saúde em Alagoas, seu corpo funcional é formado por equipes multiprofissionais dos níveis universitário, intermediário e de apoio, que se distribuem em 16 linhas de cuidado para assistir os 209 leitos existentes no hospital.

As informações foram produzidas no período que compreendeu o mês de agosto até dezembro do ano de 2015, nos cenários das clínicas médica e cirúrgica. Quanto aos subsídios fornecidos pela literatura científica que propiciaram a escolha dos setores, destaca-se a afirmativa de Sousa et al (2013) de que ao admitir o paciente na clínica cirúrgica, o profissional de Enfermagem estrutura o cuidado partindo do motivo da internação (patologia ou tipo de cirurgia a ser realizada) e de acordo com as rotinas da própria unidade, em outras palavras: o cuidado de Enfermagem na unidade de internação cirúrgica organiza-se prioritariamente com base nos aspectos clínicos das doenças da clientela, rotinas setoriais e especificidades da intervenção cirúrgica.

Já a clínica médica foi escolhida por apresentar maior índice no Tempo médio de permanência (BRASIL, Portaria n.º 1101/GM - 2002 do Ministério da Saúde; ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2009), bem como por abrigar pacientes em níveis distintos de complexidade. Neste contexto, sob o ponto de vista biologicista, a clínica concretiza-se na abordagem dos fenômenos patológicos relacionados apenas ao corpo, porém, sem relação com os âmbitos de onde se originam os corpos, ou seja, os sujeitos, suprimindo o caráter subjetivo do mesmo

(VIEIRA; SILVEIRA; FRANCO, 2011).

Além destas razões, as quais parecem favoráveis ao desenvolvimento de relações de poder, o fato de os pacientes serem rapidamente levados a situações de desnudamento, troca de roupas, banho de leito, curativos e sondagens, podem sugerir situações que venham a violar a intimidade ou privacidade do paciente, sendo espaço para naturalização da quebra da autonomia.

No decorrer do período de produção das informações, para atender ao desejo dos participantes em contribuir com a pesquisa, foi necessário incluir pacientes que, embora tivessem passado por algum período de internação nas clínicas selecionadas, no momento da entrevista estivessem frequentando centros de fisioterapia ou já tivessem recebido alta hospitalar.

### **3.3 Participantes da pesquisa**

Da mesma forma, pessoas em situação de necessidade de cuidado de Enfermagem estão em todos os lugares, vivendo as mais diversas situações de saúde ou doença. Pelas mesmas razões que determinaram a escolha dos setores, as pessoas que participaram deste estudo são indivíduos que passaram por internamento em ambiente hospitalar, nos setores das clínicas médica e cirúrgica.

Neste cenário, tem-se no paciente um ser humano que, como qualquer outro, vive em ininterrupta interação e relacionamento com o mundo ao seu redor, ou seja, o contexto social onde vive e onde se situa e é através destas relações que o homem desenvolve sua consciência ética. À vista disso, o indivíduo carrega com ele, independentemente de onde se encontre, uma carga de valores tanto éticos quanto morais, que são assimilados no decorrer de toda sua vida (VIANA, et al 2013).

Além disso, a situação de internação traz para ele uma dependência, parcial ou total, da Enfermagem para suprir várias de suas necessidades, transformando-o num objeto de manipulação que, em muitas ocasiões, reflete a fragmentação do cuidado (SILVA; ALVIM, 2010). Para a Enfermagem, pode ser vista como a situação em que é possível reconhecer a não linearidade nas relações de cuidado, ao passo que revela como os profissionais da área agem/lidam com as situações que emergem de sua teia de relações que sustentam o cuidado de Enfermagem (SILVA et al, 2015).

### 3.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram convidados a integrar o grupo de participantes os pacientes internados nas clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário por, no mínimo, 72 horas, considerando que o tempo de permanência hospitalar nesses setores varia entre 3 e 10 dias, a depender da situação do paciente. Deste modo, considerou-se o tempo de 72 horas porque ele já foi submetido ao procedimento cirúrgico (no caso da clínica cirúrgica), já passou pelo período de pós-operatório imediato e já retornou à clínica.

Em se tratando da clínica médica, esse período é considerado como reconhecimento do espaço pessoal e territorial do paciente, possibilitando ao sujeito da pesquisa falar das experiências vividas até aquele momento. É necessário que os participantes estejam lúcidos e responsivos, classificados como pacientes de cuidado intermediário a semi-intensivo, de acordo com suas características apresentadas no Sistema de Classificação de Pacientes (PERROCA; GAIDZINSKI, 1998) e tenham, no mínimo, 18 anos de idade, para que seja garantida a autonomia de decidir participar, respondendo pelos seus atos (BRASIL, 2002).

A condição social, a etnia ou a pertença a qualquer grupo social não foi considerada porque todos estão sujeitos ao exercício de poder nas relações de cuidado de Enfermagem e conforme citado acima, estão aptos a decidir sobre sua participação no estudo. Foram excluídos pacientes que se encontravam, mesmo passadas 72 horas, em uso de sondas nasais ou orais por qualquer razão. Também foram excluídos pacientes portadores de infecção transmissível, contribuindo com a manutenção das medidas de controle de infecção hospitalar.

### 3.3.2 Definição do grau de dependência do participante

Foi necessário considerar que para o estabelecimento do grau de dependência do paciente em relação ao cuidado de Enfermagem, está sendo aplicado instrumento validado (Anexo A) proposto por Perroca e Gaidzinski (1998), estruturado segundo a avaliação de indicadores, baseados nas necessidades humanas básicas preconizadas por Horta (2011).

Para os fins desta pesquisa, utilizaram-se os conceitos de Cuidados Intermediários e Cuidados Semi-intensivos empregados no instrumento supracitado, os quais são, respectivamente: cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista

clínico e de Enfermagem, com parcial dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas e cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém com total dependência das ações de Enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

Foram visitados e avaliados 137 pacientes dos quais, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, resultou um grupo de 39 pacientes que preenchiam os demais critérios de inclusão. Com estes pacientes a pesquisadora conversou individualmente e em seguida teve acesso ao seu prontuário na sala de prescrição das clínicas escolhidas para aplicar o instrumento de classificação do grau de dependência. Dentre os que foram classificados como de grau intermediário ou semi-intensivo, 16 aceitaram participar e foram incluídos na pesquisa.

### **3.4 Produção de informações**

#### **3.4.1 Instrumentos**

Para esta pesquisa, foram adotados dois instrumentos para a produção de informações. Um foi utilizado para certificar o critério de inclusão “estar dependente do cuidado de Enfermagem”, sendo este um instrumento validado por outros estudos já publicados. O outro foi construído para apreender do discurso do sujeito acerca do objeto da pesquisa.

O instrumento proposto para determinar o grau de dependência dos cuidados de Enfermagem utiliza 13 indicadores críticos que contemplam não apenas a esfera biológica, mas também a dimensão psicossocial do cuidado. Os 13 indicadores críticos considerados para compor o instrumento são: Estado Mental e Nível de Consciência; Oxigenação; Sinais Vitais; Nutrição e Hidratação; Motilidade; Locomoção; Cuidado Corporal; Eliminações; Terapêutica; Educação à Saúde; Comportamento; Comunicação e Integridade Cutâneo- Mucosa. Este instrumento pode ser visto no Anexo A.

O segundo instrumento desta pesquisa é um roteiro semiestruturado para entrevista, composto de quatro partes, sendo a primeira destinada à preparação do campo, após a aproximação do sujeito e sua concordância em participar do estudo; a segunda parte contém perguntas que caracterizarão o conjunto de sujeitos participantes em variáveis independentes que poderão explicar partes do teor das

entrevistas. A terceira parte traz as perguntas que abordarão diretamente o objeto da pesquisa e a quarta parte encerra o encontro e garante o retorno, se for necessário. Este roteiro pode ser visto no Apêndice A.

#### 3.4.2 Procedimentos de aproximação dos participantes e realização da entrevista

Após a autorização para a realização da pesquisa pelo CEP, a pesquisadora realizou inicialmente visitas semanais aos setores escolhidos da instituição a fim de que pudesse acompanhar o fluxo de internamento e alta e detectar a presença de pacientes em dependência de cuidados de Enfermagem, com a finalidade de proceder à abordagem inicial aos indivíduos internados, potenciais entrevistados.

Ao primeiro momento, a pesquisadora visitou os setores especificados como cenário para a pesquisa e se apresentou ao enfermeiro responsável, a fim de que este lhe fornecesse informações que, juntamente com as informações contidas nos prontuários, lhe permitiu identificar os possíveis participantes da pesquisa. Em seguida, a estes pacientes aplicou-se o instrumento de classificação de Perroca e Gaidzinski (Anexo A) para determinar o grau de dependência dos mesmos, o que foi feito em conjunto com a leitura dos prontuários e mediante conversa com os pacientes.

Para as primeiras conversas, a pesquisadora foi apresentada ao paciente pelo enfermeiro do setor, para que este se familiarizasse com ela. No entanto, dada a frequência da pesquisadora no cenário em razão de necessidades próprias, a apresentação formal nem sempre foi necessária. Depois de efetuadas as apresentações, a pesquisadora explicava resumidamente sobre o instrumento de classificação de pacientes e procedia ao questionamento visando obter os dados que caracterizassem os sujeitos estudados.

Aquele paciente cujo grau de dependência foi um daqueles constantes nos critérios de inclusão foi explicitamente convidado a participar do estudo e, numa linguagem comum, a pesquisadora explicou resumidamente sobre a pesquisa. Com aqueles que se dispuseram a contribuir com o estudo foi realizada uma entrevista, gravada em aparelho eletrônico de áudio, guiada por um roteiro semiestruturado (Apêndice A) com questões disparadoras que proporcionaram ao entrevistado desenvolver seu discurso acerca da temática estudada. Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora se apresentou formalmente e procedeu de modo a explicar o porquê

do uso do gravador, apresentando também o aparelho para familiarização por parte do entrevistado.

Para minimizar quaisquer reservas que o sujeito tenha tido em relação às informações cedidas para a entrevista, foi explicado que não se tratava de uma pesquisa midiática na qual os nomes são divulgados abertamente, ao contrário, lhe foi garantido o anonimato. Neste momento, foi procedida a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B) para que fosse assinado, caso tenha permanecido disposto a contribuir com a pesquisa. Para finalizar este encontro, a pesquisadora agendava com o paciente o melhor momento para a realização da entrevista e em seguida comunicava ao responsável pelo setor quais os dias marcados e por quais pacientes. Este procedimento foi mantido até a conclusão da produção de informações.

No dia marcado para realização da entrevista, a pesquisadora se apresentou e procedeu de acordo com o roteiro semiestruturado (Apêndice A), que continha 10 questões norteadoras e, sempre que o entrevistado se distanciava do assunto, a entrevistadora utilizava estratégias para retomar o foco das informações, tendo sido usada como estratégia para essa retomada a inserção de novas perguntas.

O teor das entrevistas trouxe à tona muitas lembranças que fizeram com que a maioria dos pacientes entrevistados se emocionassem em algum momento, mas as estratégias empreendidas pela pesquisadora funcionaram satisfatoriamente e as entrevistas foram concluídas. Ressalta-se que tais estratégias estão descritas em item específico (Item 3.6.1) do tópico referente aos Aspectos Éticos da pesquisa.

Tendo encerrado a entrevista, o gravador era desligado e explicado ao entrevistado sobre a transcrição da entrevista na íntegra e posterior retorno para a aprovação da mesma, feito isso, foi explicado que se houvesse necessidade, o paciente poderia ser contatado novamente para complementar a entrevista já concedida, o que foi aceito pelos entrevistados. A pesquisadora depois deste momento despedia-se agradecendo e deixando o campo.

As entrevistas não tiveram um período de tempo pré-estabelecido, e foi interrompida todas as vezes que o participante julgou necessário, foram realizadas 16 entrevistas e o seu uso na pesquisa foi autorizado pelos participantes. Cabe ressaltar que não foram selecionados novos participantes devido ao fato de que até a análise das entrevistas transcritas não houve acréscimos nas contribuições trazidas em cada uma delas, indicando a saturação das informações. Para declarar

a saturação dos dados, a pesquisadora também levou em conta os estudos que compuseram a revisão de literatura, em especial a pesquisa realizada por Pereira (2004) e o estudo de Santos e Shimo (2008) os quais apresentaram saturação dos dados com 11 e 16 participantes respectivamente.

### **3.5 Análise das informações**

Depois de produzidas, as informações foram analisadas tendo em vista o método da Análise de Conteúdo (AC), conforme proposta de Minayo (2014), na modalidade temática, onde os dados coletados foram transcritos fielmente em forma de relato. Segundo Minayo (2014), o objetivo da análise temática consiste em revelar os núcleos de sentido presentes na comunicação, cuja presença ou frequência tenham algum significado para o objeto de estudo. A análise temática compreende, segundo a autora, a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

A pré-análise é a fase inicial da análise de documentos a partir da retomada dos pressupostos e dos objetivos iniciais da pesquisa. Ela pode ser dividida em leitura flutuante, que significa tomar contato direto e intenso com o material de campo, relacionando os pressupostos iniciais e as emergentes, para deixar a leitura mais sugestiva; constituição do Corpus, que corresponde à distribuição do material de forma que responda às normas de avaliação: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, que se refere à retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e as indagações iniciais (Minayo, 2014).

Nesta fase pré-analítica, são determinadas: a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a modo de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que irão orientar a análise (Minayo, 2014).

A segunda etapa consiste na exploração do material, que corresponde ao momento em que os dados serão trabalhados para melhor esclarecimento do texto. A análise temática trabalha com partes do texto como, por exemplo, uma palavra, uma frase, um tema, depois define as regras de contagem e em terceiro lugar classifica e agrega os dados.

E, por fim, a terceira etapa: o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que é o momento em que se realiza a interpretação dos mesmos, inter-relacionando com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abrindo novas pistas em torno de novas dimensões teóricas, sugeridas pela leitura do material (Minayo, 2014). Para esta fase, foi produzido um quadro onde os núcleos de sentido encontrados foram relacionados e as falas foram recortadas, a fim de serem exploradas até a exaustão, daí sendo extraídas categorias agregadoras de como o poder se manifesta nas relações de cuidado de Enfermagem e que estratégias eram desenvolvidas por eles para proteger sua liberdade e sua autonomia.

Este trabalho de composição do *corpus*, exploração e recomposição é solitário e se sustenta na sensibilidade e conhecimento do pesquisador sobre a problemática que contém o objeto da pesquisa. A revisão integrativa realizada e a experiência pessoalmente vivida contribuíram significativamente para encontrar núcleos de sentido robustos para evidenciar como o poder se faz presente nas relações de cuidado de Enfermagem.

### **3.6 Aspectos éticos**

Os princípios éticos que regem a atividade do pesquisador foram respeitados em todo o seu percurso, envolvendo a concepção do objeto da pesquisa, o estabelecimento dos objetivos e da questão norteadora. Entende-se que o estudo não só aborda uma questão ética no trabalho do profissional de Enfermagem, como exige um percurso metodológico que observe em todo o seu trajeto a subjetividade do tema e a preservação dos sujeitos envolvidos, a fim de que tenham confiança em expor suas experiências durante o seu internamento sem que venham a sofrer qualquer tipo de interferência no seu cuidado pela participação na pesquisa.

A observância dos princípios éticos também pode ser constatada pela preservação da instituição onde as informações estão sendo produzidas, garantindo que sua imagem não é exposta e que somente com seu aval a pesquisa está sendo realizada. Para tanto, foram encaminhadas ao Hospital Universitário Professor Alberto Antunes duas solicitações para que se autorizasse a realização da pesquisa, as quais podem ser vistas nos Anexo C e D.

De posse das autorizações da instituição participante, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), através da Plataforma Brasil,

para análise, tendo sido aprovado conforme o Parecer Consubstanciado n. 1189934 e CAAE n. 45801615.3.0000.5013, o qual pode ser visto no Anexo E. No mês de agosto de 2015, deu-se início à coleta das informações onde os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo B) e todas as recomendações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde foram acatadas e respeitadas, por se compreender que:

A eticidade da pesquisa implica respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer ou não, na pesquisa, por intermédio, de manifestação expressa, livre e esclarecida; ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (BRASIL, 2012, p.03).

Foram respeitados os princípios bioéticos da beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade durante todo o processo da pesquisa, não apenas no levantamento dos dados, mas também nas etapas de análise e interpretação deles, com o objetivo de garantir os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa. Além disso, foi conservado o esclarecimento sobre o estudo, objetivo e finalidade do trabalho, forma de coleta dos dados e de apresentação do relatório, garantindo-se o anonimato das informações.

Para assegurar que todos estes princípios foram respeitados, tanto a pesquisadora quanto os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Cessão Gratuita de Direitos e Depoimento Oral e Compromisso Ético de Não Identificação do Depoente (Apêndice B), no qual o sujeito autoriza o uso e publicação da entrevista e seu uso em pesquisas futuras, bem como firma o compromisso da pesquisadora com o seu anonimato.

Da mesma forma, as pesquisadoras responsáveis (Orientadora e Orientanda) assinaram a Declaração de Cumprimento das Normas da Resolução 466/12, de Publicitação dos Resultados e Sobre o Uso e Destinação do Material/Dados Coletados (Anexo F) firmando seu compromisso ético com a pesquisa. Também foi assumido que os resultados finais serão publicados, sejam eles positivos ou negativos, confirmem ou neguem os pressupostos de sustentação do estudo.

### 3.6.1 Riscos e dificuldades

No que se referem aos entrevistados, devido ao tema ser complexo e que poderia envolver fortes opiniões, os possíveis riscos foram: medo de serem prejudicados pela Enfermagem caso suas respostas não agradassem, sentirem-se envergonhados em responder alguma pergunta formulada pela pesquisadora ou ainda se confessarem esquecidos, ficando constrangidos por não colaborar como gostariam, se sentirem cansados, entediados ou emocionados durante a entrevista.

Ressalta-se que nas vezes em que o entrevistado se emocionou ou demonstrou-se ansioso, a pesquisadora interrompeu a entrevista, falou de coisas amenas, desligou o gravador e aguardou conversando o tempo que fosse necessário para retomá-la. Estava previsto que, se necessário, ela verificasse seus sinais vitais e, se fosse preciso, chamasse a equipe de saúde para realizar os cuidados pertinentes. Importante destacar que não foi preciso utilizar nenhuma dessas alternativas até o fim da produção de informações.

A pesquisadora poderia se sentir apreensiva quanto ao sucesso na realização das entrevistas, pois todas as pessoas que foram convidadas a participarem do estudo, conforme os princípios éticos que sustentam a prática da investigação científica, poderiam não aceitar o convite. Além disso, ela também poderia se emocionar ao reviver experiências semelhantes às da sua história de vida. Nas ocasiões em que isso aconteceu, a própria pesquisadora lançou mão das mesmas estratégias que aplicava aos entrevistados.

Quanto ao desenvolvimento da pesquisa, faz-se necessário ressaltar que uma dificuldade que poderia interferir no cumprimento das ações planejadas e no alcance das metas estabelecidas diz respeito à perda das informações coletadas. Para garantir que isso não ocorresse, as informações foram gravadas e copiadas em duas vias (CD, pendrive) e quanto ao seu armazenamento, foram devidamente guardados em local adequado e seguro no arquivo do Grupo de Estudo D. Isabel Macintyre (GEDIM), situado na Escola de Enfermagem e Farmácia (EENFAR), na Universidade Federal de Alagoas, visando o anonimato dos participantes e o não vazamento de informações.

### **3.7 Referencial teórico**

A fim de guiar o processo de interpretação dos dados, foi adotado como referencial teórico o pensamento de Michel Foucault, utilizando-se dos conceitos de

Liberdade e Relações de Poder, os quais são fundamentais para a compreensão de como se comportam essas relações, pois, segundo a concepção de Foucault, não há relação de poder onde não há liberdade (GONÇALVES; ASSMANN, 2012).

Nestes termos, este autor nos permite lançar um olhar crítico que possibilita problematizar os dispositivos presentes no cotidiano, apresentando uma visão de poder como fenômeno relacional, que ocorre no exercício da convivência humana, em todos os momentos e em todos os espaços da vida social diária, onde os indivíduos vivem, onde está o seu discurso e a sua prática de vida (SILVA, 2010).

### 3.7.1 O conceito de Liberdade em Michel Foucault

Embora a liberdade não tenha sido o foco de seus estudos, Foucault a concebia como um instrumento natural de luta do ser humano e, da mesma forma, a tinha como um escudo de proteção, uma vez que, segundo ele, ninguém consegue manipular a liberdade de ninguém. Logo, quando temos nossa liberdade atingida é porque assim consentimos, ou seja, cada indivíduo é senhor de sua liberdade e, assim sendo, pode administrá-la como desejar (MARINHO, 2008).

Essa liberdade da qual se fala é a liberdade dos seres humanos de criticar, resistir e desobedecer tudo aquilo que se impõe a eles, tudo aquilo que ultrapassa seus limites e construir novas situações históricas. Entretanto, para apresentar este conceito, é necessário que usemos as “lentes” por meio das quais o filósofo concebeu a liberdade, são elas: liberdade, poder e ética; liberdade e o cuidado de si e a liberdade e ética da amizade.

#### 3.7.1.1 Liberdade, poder e ética

Michel Foucault (2010) define o poder como um modo de ação sobre ações e isso ocorre quando uns tentam conduzir a ação de outrem, assim o poder só se exerce sobre sujeitos livres enquanto livres. Com essa afirmação, não se nega a existência de estados de dominação - onde a liberdade é insatisfatória e desigual – antes, porém, apontamos para o fato de que para que exista uma relação de poder, é essencial que se traga sujeitos que tenham à sua frente um campo de possibilidades, onde possam ter condutas, comportamentos e reações distintas (GONÇALVES; ASSMANN, 2012). Para exemplificar, diz-se que a escravidão é uma

relação física coercitiva e não uma relação de poder, entretanto a simples possibilidade de escapar desta coerção tornaria essa relação uma relação de poder (mesmo que desigual).

O autor também compreende a liberdade como uma condição necessária da ética, a qual ele vê como o espaço onde, por meio de práticas de liberdade, o sujeito pode constituir a si mesmo. Conforme suas próprias palavras: “A liberdade é a condição ontológica da ética. Mas a ética é a forma refletida assumida pela liberdade” (FOUCAULT, 2012b, p.267), assim, para ele, a ética não é um “livro” de regras a serem seguidas, mas sim uma prática, um modo de ser que se refere à relação consigo mesmo, cujo aspecto mais importante é a liberdade, sem a qual é impossível constituir a si mesmo (GONÇALVES; ASSMANN, 2012).

#### 3.7.1.2 Liberdade e o cuidado de si

Conforme Foucault, a noção de “cuidado de si” constitui o modo pelo qual a liberdade foi pensada como ética no mundo greco-romano, portanto, para que a liberdade fosse praticada adequadamente, fazia-se necessário cuidar de si mesmo (FOUCAULT, 2012b). Assim, ao incorporar a noção do cuidado de si em sua relação com a liberdade e a ética, o autor assumiu uma posição mais ativa frente ao poder, transformando a “ética do cuidado de si” num modo de produção de práticas de liberdade. Em outras palavras, consiste na liberdade de adotarmos uma postura mais autônoma na construção de nossas subjetividades, nos permitindo uma mudança, tanto interna quanto externa, que pode servir como ferramenta essencial de resistência ao poder e afirmação da liberdade (GONÇALVES; ASSMANN, 2012).

#### 3.7.1.3 Liberdade e a ética da amizade

Com base nas duas primeiras observações do filósofo francês, a questão da ética como sendo a liberdade do indivíduo constituir a si mesmo e o trabalho sobre si que ele exerce nesse processo, relacionando-se em seu meio social, levou Foucault a falar de uma “ética da amizade” onde o indivíduo tem a possibilidade de criar novas formas de se relacionar socialmente, diferindo daquelas já institucionalizadas (FOUCAULT, 2012b).

### 3.7.2 O conceito de Relações de Poder em Michel Foucault

Considerando que o cuidado de Enfermagem somente acontece numa relação interpessoal entre o profissional que cuida e a pessoa usuária do cuidado, o conceito de Relações de Poder de Foucault também é central para a interpretação dos resultados, trazendo o foco da atenção sobre os dados apreendidos no discurso dos sujeitos que foram submetidos a esse tipo de relação de cuidado.

É importante destacar a subjetividade de uma relação tão íntima quanto restrita a um grupo tão pequeno quanto um profissional de Enfermagem cuidador e uma pessoa recebendo o cuidado. É nesse tipo de relação que o poder pode se fazer mais presente e mais opressor, porque não está sob as vistas públicas e está sujeito apenas aos dois envolvidos, sendo que um, o sujeito receptor, está em posição de dependência do outro que, além do saber, detém os instrumentos e o poder de cuidar. Foucault chama a atenção para estes aspectos quando diz que:

Quando se fala de poder, as pessoas pensam imediatamente em uma estrutura política, um governo, uma classe social dominante, o mestre frente ao escravo, etc. isto não é de nenhum modo aquilo que eu penso quando falo de relações de poder. Eu quero dizer que, nas relações humanas, qualquer que sejam - que trate de comunicar verbalmente, como fazemo-lo agora, ou que trate-se de relações amorosas, institucionais ou econômicas - o poder continua presente: eu quero dizer a relação na qual um quer tentar dirigir a conduta do outro. Estas são, por conseguinte, relações que pode-se encontrar em diversos níveis, sob diferentes formas; estas relações de poder são relações móveis, ou seja elas podem alterar-se, elas não são dadas de uma vez para sempre (FOUCAULT 2001, p. 1538).

Com base nas próprias palavras de Foucault, pode-se afirmar que este considerou como relação de poder todo envolvimento no qual o ser humano é comprometido, onde há a tentativa de direção da conduta de um sobre o outro. Nesta perspectiva, em toda e qualquer ação do cotidiano, tem-se uma relação de poder. Entretanto, é importante ressaltar que quando o autor usa a palavra “dirigir”, ele não está desconsiderando o impulso natural do ser humano de conduzir a outro, ao contrário, ele entende que neste processo em que vivemos (a crença do poder extático, onipotente) isso é uma consequência natural, visto que fomos educados dessa maneira.

Contudo, nas relações de poder em Foucault, depreende-se que ambos os lados dessa relação têm noção de duas coisas importantes: de que a liberdade de cada indivíduo é intocável pelo outro e de que o poder não deve ser usado para

manipular o outro, mas para promover o crescimento desses indivíduos. Em outras palavras, quando o autor nos apresenta as relações de poder, refere-se à maneira como os indivíduos experienciam o exercício de sua liberdade (MARINHO, 2008).

Levando em consideração esta interpretação, é possível afirmar que, para Foucault, havia princípios e ideais que deveriam orientar as relações de poder, a saber: a depender do nível de consciência social do indivíduo, essas relações o impeliriam a amadurecer ao ponto de exercer sabiamente a sua liberdade e, considerando esse amadurecimento, as relações de poder se realizariam de forma a fornecer o espaço necessário para que esse indivíduo exerça essa liberdade e tome suas decisões em função de seus valores e ideais.

Toda esta reflexão sobre as relações de poder sugere que seu objetivo nunca foi de manipulação e sim de troca de exercício de liberdade, implicando dizer que se deve ter consciência da autonomia de nossa liberdade, pois é esta consciência que tornará inviável as tentativas de condução de nossas ações. Considerando que para ele uma relação de poder devia ser vista como um meio de amadurecimento social, é correto dizer que a consciência dessa situação (de ambos ou dos dois lados dessa relação) leva a uma responsabilidade social com o outro, pois aquele que tem essa consciência deveria saber respeitar o que ainda não a adquiriu, e ajudá-lo a crescer (MARINHO, 2008). Assim, é evidente que é preciso compreender a importância das relações de poder para a sociedade e buscar aprimorá-las.

Pela visão tradicional, o poder é facilmente definido como algo que diz não, que impõe limites e que castiga. Ao contrário disto, para Foucault (2015),

O poder é algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia [...] funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. (FOUCAULT, 2015, p.284)

Assim, o estudo das relações de poder na prática de Enfermagem nos permite compreender melhor os diferentes jogos e lutas nos quais a relação enfermeiro(a)/paciente estão, continuamente, envolvidos, haja vista que conforme Foucault (2015, p. 278) “[...]em uma sociedade como a nossa, mas no fundo em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social[...]”. Destaca-se que, como área de conhecimento e de prática profissional, a Enfermagem é constituída

fundamentalmente na relação entre seres humanos, cuja compreensão torna-se um importante sinalizador do cuidado em saúde (JESUS, et al 2013).

Autores como Costa et al (2008) consideram que os estudos que trazem o pensamento de Michel Foucault para análise e interpretação dos dados proporcionam uma perspectiva analítica diferente e proveitosa das práticas assistenciais desenvolvidas pelos profissionais da saúde, à medida em que seus preceitos teóricos nos permitem compreender como dadas verdades são instituídas e apreciar as relações de poder atuantes nos serviços e ações de saúde institucionalizadas.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para chegar aos 16 participantes, foram verificados 137 pacientes internados nos setores escolhidos da instituição pesquisada. Sete pacientes dentre os 16 participantes na ocasião do internamento estavam classificados como dependentes de cuidados intermediários, contudo no momento marcado para a entrevista já haviam recebido alta. Esses pacientes mantiveram a intenção de contribuir com o estudo e todos já haviam passado por longos períodos de internamento, com muito que dizer sobre a questão aqui abordada.

A tabela 2 apresenta os dados decorrentes da análise dos 137 pacientes investigados para definição dos entrevistados:

**Tabela 2** – Distribuição dos pacientes investigados para definição do grau de dependência do cuidado de Enfermagem para possível inclusão na pesquisa. Maceió, 2015.

<b>Critérios de Seleção</b>	<b>Clínica Médica</b>	<b>Clínica Cirúrgica</b>	<b>Totais</b>
Total de prontuários analisados	83	54	137
<b>Critérios de Inclusão</b>			
Maiores de 18 anos	67	44	111
Tempo de internamento superior a 72 horas	45	36	81
Lúcidos e responsivos	33	26	59
<b>Critérios de exclusão</b>			
Em uso de sondas nasais ou orais, traqueostomia	14	06	20
Infecção transmissível	00	00	00
<b>Subtotal</b>	19	20	39
Classificados como Cuidado Intermediário	11	12	23
Classificados como Cuidado Semi-Intensivo	04	02	06
Pacientes aptos	15	10	35
Aceitaram participar do estudo	06	10	16
<b>Total</b>	<b>06</b>	<b>10</b>	<b>16</b>

Fonte: BAPTISTA, 2015.

Os dados demonstrados na Tabela 2 foram obtidos por meio do seguinte processo de filtragem: número total de leitos ocupados (representando o total de prontuários analisados), aos quais foram aplicados os critérios de inclusão “maiores de 18 anos”, “Interno há no mínimo 72 horas” e “estarem lúcidos e responsivos” (informações coletadas no prontuário eletrônico de cada paciente); do total obtido após a averiguação dessas informações, foram aplicados os critérios de exclusão: “Uso de sondas nasais ou orais, traqueostomia” e “portadores de infecção transmissível”, a partir dos quais foi obtido o subtotal informado na Tabela 2.

Nestes, foi aplicado o Instrumento de classificação de pacientes de Perroca e Gaidzinski (1998), resultando no total de pacientes classificados entre cuidados intermediários e semi-intensivos, portanto aptos a participar do estudo. Todos foram convidados, mas apenas 16 manifestaram o desejo de contribuir com a pesquisa. Vale ressaltar que este processo não menospreza a experiência dos demais sujeitos, mas busca aqueles que mais dependem dos cuidados de Enfermagem para fortalecer a discussão deste estudo.

Uma vez recolhidas informações dos dezesseis participantes, as entrevistas transcritas e seu uso tendo sido autorizado, os documentos resultantes passaram por um processo de leitura exaustiva. A análise foi dividida em duas fases cujo objetivo foi apenas para organizar as informações em blocos que permitissem caracterizar os participantes e apreender como o poder se fazia presente nas relações de cuidado de Enfermagem, bem como as estratégias utilizadas pelos pacientes para proteger sua liberdade e autonomia.

Na primeira fase os participantes foram caracterizados por meio dos dados de reconhecimento pessoal, como: idade, sexo, tempo de internamento, diagnóstico, grau de instrução, presença de acompanhante e os dados resultantes da aplicação do instrumento de classificação de pacientes (ANEXO A) para definição do grau de dependência de Enfermagem.

O Quadro 1 mostra a caracterização dos sujeitos segundo os dados demográficos:

**Quadro 1** – Caracterização dos sujeitos segundo dados demográficos e grau de dependência conforme instrumento de Perroca e Gaidzinski (1998). Maceió, Alagoas, Brasil, 2015.

Sujeitos	Sexo	Idade	G.I.	Diagnóstico	T.inter./dias	Acomp.	Escore	Class. Pct.
Dep.001	Masc.	42	Superior	Tumor Intestinal	20	sim	28	Intermediário
Dep.002	Masc.	45	Fund. Incomp.	Fístula Esofágica	109	sim	27	Intermediário
Dep.003	Masc.	50	Superior	Diverticulite/colite	20	sim	27	Intermediário
Dep.004	Masc.	49	Médio	CA não definido	16	sim	27	Intermediário
Dep.005	Fem.	67	Não alfabet.	Neoplasia uterina c/ Metastase	20	sim	32	Intermediário
Dep.006	Fem.	26	Médio	Sarcoma Mielóide	30	não	40	Semi-Intensivo
Dep.007	Fem.	73	Médio	Parkinson	120	sim	32	Intermediário
Dep.008	Fem.	52	Sup.Completo	Neoplasia Óssea	9	sim	29	Intermediário
Dep.009	Fem.	44	Sup.Completo	Artrodese de coluna lombar	3	sim	27	Intermediário
Dep.010	Fem.	42	Sup.Completo	Doença Falsiforme	90	sim	27	Intermediário
Dep.011	Masc.	49	Médio Incomp.	Ascite/Cirrose Hepática	26	sim	32	Intermediário
Dep.012	Fem.	42	Sup.Completo	Linfoma	42	sim	32	Intermediário
Dep.013	Fem.	50	Sup.Completo	Apendicite	5	sim	29	Intermediário
Dep.014	Masc.	59	Médio	IAM, Angioplastia	10	não	32	Intermediário
Dep.015	Masc.	22	Sup. Incompleto	Apendicite	5	sim	27	Intermediário
Dep.016	Masc.	80	Médio	Cirurgia proctológica	90	não	32	Intermediário

Fonte: BAPTISTA, 2015.

Como os dados do Quadro 1 evidenciam, há um número equivalente de homens e mulheres, com idades entre 22 e 80 anos, sendo que 68,75% deles estava entre 42 e 59 anos. Entre eles foi possível constatar que o grau de instrução varia entre o ensino fundamental incompleto e graduação de nível superior completa, à exceção de uma participante não alfabetizada; também foi possível verificar uma variedade de diagnósticos entre os sujeitos, com predominância de neoplasias de diversos órgãos.

A totalidade dos participantes apresenta tempo de internamento variando entre 03 e 120 dias, sendo a duração média de internamento de aproximadamente 39 dias

– considerando-se os dois setores. Faz-se necessário ressaltar que um dos informantes tem tido períodos recorrentes de internamento ao longo dos 7 anos de seu tratamento e a paciente número 10, hoje com 42 anos, passa por períodos de internamento de duração variável desde os 11 anos de idade, todos no hospital escolhido, onde já é conhecida por todos.

Com exceção de dois participantes, todos possuíam acompanhantes. Com relação à classificação dos pacientes segundo o instrumento de Perroca e Gaidzinski (1998), a maioria foi classificada como de cuidado intermediário, tendo apenas um participante sido classificado como de cuidado semi-intensivo. Por estes dados de caracterização, pode-se afirmar que todos os entrevistados vivenciaram relações de cuidados de Enfermagem, com níveis diferentes de dependência de cuidados, garantindo confiabilidade, fidedignidade e propriedade às suas narrativas.

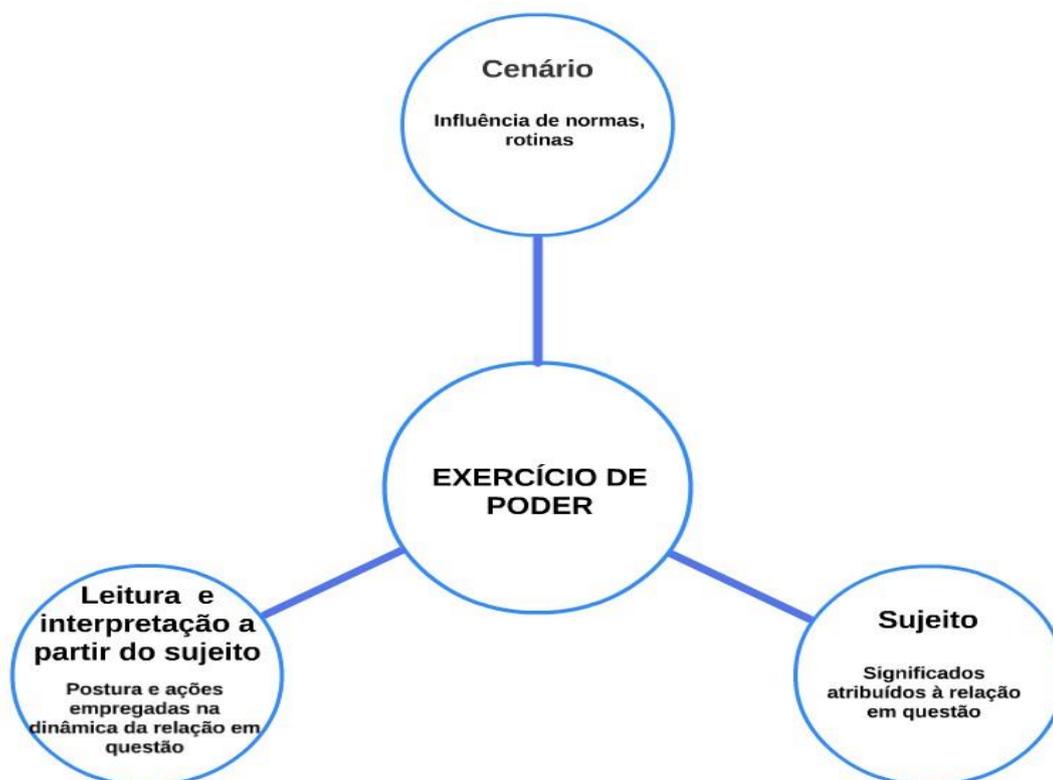
O conjunto das informações permitiu verificar que, nos casos dos participantes, o poder contido nas relações de cuidado com o grau de dependência da Enfermagem mostrou que quanto mais dependente maior o poder exercido pelos profissionais. Da mesma forma, foram diferentes as estratégias de reação entre os que tinham maior escolaridade, variando em aceitar por constrangimento, reagir à altura ou estudar para se proteger. A idade não pareceu intervir nas respostas ao poder, mas interviu nas reações de vergonha, diante da exposição do seu corpo ou do cuidado brusco, enquanto que as pessoas mais idosas se envergonharam e sofreram ao serem cuidadas por profissionais do sexo oposto.

Na segunda fase, são apresentadas as categorias encontradas durante a análise das entrevistas transcritas acerca do poder nas relações de cuidado de Enfermagem e das formas buscadas por cada paciente para proteger sua liberdade. É importante salientar que a experiência de estar com cada paciente e ouvir seu relato sobre momentos de dor, de impotência frente a própria saúde e de situações vivenciadas no período de hospitalização, permitiu à pesquisadora captar a intensidade e a profundidade das falas de cada participante, facilitando o processo de sintetização das informações obtidas.

Antes de dar seguimento às categorias propriamente ditas, é necessário compreender aquilo que Foucault (2002) chamou de sistema de diferenciações, ou seja, os fatores que apontam para as condições do exercício do poder. O primeiro dos fatores está relacionado ao cenário em que as ações se passam, em outras palavras, se este cenário é regido por normas e rotinas as quais, por si só, se

constituem como forma de ação sobre a ação de outros que estão inseridos nesse contexto; o segundo fator está diretamente ligado ao sujeito e ao significado que ele atribui à determinada relação e o terceiro fator diz respeito à leitura e interpretação que este sujeito faz da postura ou das ações empregadas pelo outro na dinâmica da relação. A Figura 2 apresenta a inter-relação entre os fatores apresentados.

**Figura 2** – Inter-relação entre os fatores componentes do sistema de diferenciação conforme proposto por Foucault (2002) e ilustrado pela autora, Maceió, Alagoas, Brasil, 2016.



Nesse sentido, quaisquer que sejam as influências do cenário, as diferentes posições ocupadas na implementação dos cuidados, os distintos valores culturais e pessoais, as diferenças de saber e competências serão convertidas em condições que influenciam os resultados, em outras palavras, cada uma dessas diferenças podem definir distintas formas de poder dentro de uma relação.

Tendo em vista este sistema e em conformidade com os objetivos deste estudo, compreende-se que o primeiro fator abrange a influência das normas e rotinas que regem os cenários das clínicas médica e cirúrgica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes; como segundo fator se observa os significados que os pacientes atribuem aos cuidados de Enfermagem e, por fim, a

leitura e interpretação que o paciente faz a respeito da postura e das ações empreendidas pelo profissional de Enfermagem no ato do cuidado.

Seguindo este raciocínio, o exame minucioso de cada depoimento possibilitou a identificação das seguintes categorias referentes ao poder velado nas relações de cuidado de Enfermagem: o poder de sujeição das normas e rotinas; o Poder-Saber na relação de cuidado de Enfermagem, composta por três subcategorias (1- Eles Sabem. 2- Eles mandam. 3- Eles controlam); Dóceis corpos de cuidados e Do Poder Pastoral ao cuidado mais humano.

Da mesma forma, na análise dos discursos dos participantes segundo a óptica de Foucault (2002), ficaram evidentes as estratégias usadas pelos pacientes para proteger sua liberdade, desvendadas em duas categorias: Reagindo à altura e Protegendo sua liberdade, a qual apresenta ainda duas subcategorias intituladas “Estudando para proteger-se” e “Buscando novas formas de relacionar-se”.

#### **4.1 O poder de sujeição das normas e rotinas**

Os discursos dos pacientes que participaram da pesquisa revelam que, ao se verem internados, eles descobrem que não podem exercer a liberdade de agir segundo seus hábitos nem satisfazer suas necessidades da forma como faziam em seus lares. Durante o período que ali permaneceram, os cuidados aconteceram na hora e do jeito como as normas do hospital estabeleciam: alimentavam-se e higienizavam-se ou eram higienizados na hora definida pela rotina hospitalar e os curativos e medicamentos prescritos no seu tratamento eram realizados à revelia do sono, da dor ou do desconforto que pudessem provocar. Esta interpretação foi vista na fala dos 16 participantes e pode ser assim sintetizada:

O hospital tem aquelas diretrizes né? Então eles querem que seja daquele jeito e pronto [...](Dep.008)

O cenário de cuidado aparece como eivado de poder, justificado porque se entende que a estrutura hospitalar tem a finalidade de recuperar a saúde da pessoa doente. No entanto, essa estrutura é também composta por uma série de rotinas e normas padronizadas e quase sempre inflexíveis, que guarda o objetivo de organizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, entre eles, o de Enfermagem.

Por conseguinte, ao ser hospitalizado, o paciente passa a ser governado por

essas normas e conduzido por essas rotinas, tornando-se objeto da execução de procedimentos orientados com o intento de atender à demanda dos serviços (CARRETA; BETTINELLI; ERDMANN, 2011), bem como se constituem como instrumentos utilizados pela equipe de Enfermagem para organizar seu processo de trabalho (XAVIER; SALVADOR, 2014), conforme pode-se observar nas seguintes falas dos participantes deste estudo:

Elas chegavam assim e diziam “chegou a hora do banho, vamos tomar banho” [...] Tinha que ser àquela hora mesmo [...] Tinha que tomar o banho ou então ficava sujo. (Dep.002)

Eu queria tomar mais de um banho por dia, mas ela dizia “não pode tomar banho a hora que quer” (Dep.015)

É tudo na prancheta, tudo na hora marcada, se é de madrugada, se é duas horas da manhã eles vem acordar e dar remédio [...] se você está bem isso não incomoda, mas quando você está com dor e com muito custo consegue dormir, aí eles vêm e te acordam[...] (Dep.016)

A inflexibilidade das rotinas bem como a padronização dos comportamentos instituídos pelas normas hospitalares evidenciam que ambas se mostram como mecanismos disciplinadores, os quais norteiam o processo de produção do poder e da condução das ações e comportamentos (XAVIER, et al 2014), confirmando a afirmativa de Foucault (2015) de que a disciplina é uma técnica de exercício de poder, uma “maneira de gerir os homens” (p.180) e controlar suas ações.

Desta maneira, sendo a relação de poder, conforme descrito por Foucault (2013a), uma relação na qual um quer tentar dirigir a conduta do outro, a disciplina como técnica de exercício de poder desempenha essa função através das normas e/ou rotinas que são impostas, como, por exemplo, o controle das atividades que se expressa também pela rigidez e inflexibilidade de horários, condicionando a pessoa a uma série de ações programadas, nas quais nada deve permanecer ocioso ou inútil, ou ainda, a agir livremente. Esse controle pode ser visto nas falas:

[...] agora tem dias em que você não está se sentindo bem né? Mas você tem que olhar que é a rotina deles e que tem horário pra tudo [...] (Dep.001)

Eles já chegam fazendo e dizendo “bora fazer” [...] disseram que tinham porque que tinham que fazer, a qualquer custo (referindo-se ao banho no leito) porque tem horário [...] (Dep.006)

[...] porque aí tinha horário de remédio, horário de lanche, de almoço, de jantar, de tudo! [...] Você fica limitado a cumprir o que é estipulado. (Dep.013)

O enfermeiro vinha, fazia a troca de curativos, posteriormente ele voltava para fazer a troca de soro e curativo [...] só isso, eram rápidos! Mas tinha que ser naquela hora[...] (Dep. 015)

Se eu for pro hospital hoje, eu sei que vou ficar lá deitado, esperando a minha hora, esperando a enfermeira, esperando o médico[...]porque a rotina é essa né[...] Não se pode fazer nada além disso. (Dep.016)

Destarte, o estabelecimento de horários se constitui como um importante mecanismo do poder disciplinar, o qual Foucault (2013a) explica que teve início nas comunidades monásticas e que se disseminou rapidamente, pois os processos de regularização do tempo passaram a especificá-lo e dividi-lo, contando os quartos de hora, os minutos e segundos, determinando e controlando as atividades das pessoas, reduzindo o espaço para a livre demanda da autonomia do sujeito.

Nestes termos, o estabelecimento de normas, rotinas e horários, pressupõe a necessidade de vigilância para garantir o seu cumprimento, assim os regimes de poder, do mesmo modo, se concretizam no hospital por meio dos mecanismos de vigilância e controle (XAVIER, et al 2014). De acordo com Foucault (2013a), a vigilância é uma técnica de poder que recai sobre os corpos dos indivíduos, controlando seus gestos, suas atividades e sua vida cotidiana e essas técnicas podem se concretizar também em hospitais, onde o espaço é constituído de maneira que priorize e privilegie os interesses da equipe de saúde, permitindo que esta possa observar e vigiar a pessoa nesse espaço (SOUSA; MENESES, 2010; XAVIER. Et al 2014).

Quanto à vigilância propriamente dita, não basta apenas que se verifique esporadicamente se os pacientes estão agindo conforme as regras, pelo contrário, é necessário que sejam vigiados durante todo tempo (FOUCAULT, 2015), pois a vigilância se constitui como “um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder” (FOUCAULT, 2013a, p.165), nada deve escapar da vigilância e isso supõe, também, o emprego dos “olhares que devem ver sem ser vistos” (FOUCAULT, 2013, p.165) sujeitando cada indivíduo à observação permanente.

Neste contexto, de acordo com Flores (2012), a equipe de Enfermagem, sob a liderança do enfermeiro, é quem detém esse poder de controle, implementando a

vigilância para assegurar que as normas institucionais sejam cumpridas. Além disso, a autora também afirma que a função do enfermeiro é a de disciplinar, reafirmando seu poder de controle para o exercício da disciplina, fato que se pode verificar nos seguintes trechos dos depoimentos dos pacientes:

[...] entra um bocado de residentes aqui né? Eles vêm olhar a gente, isso incomoda às vezes (referindo-se aos residentes de medicina e enfermeiros). (Dep.001)

[...] eu vi pessoas a todo momento procurando, verificando, olhando[...]os enfermeiros, eles estão preocupados em conter a infecção e também para saber se a gente não está fazendo algo que não pode. (Dep.003)

[...] tem um cronograma, tudo separado, eles só vêm e aplicam nem falam nada[...] acho que estão só observando (Dep.011)

Com base nas informações demonstradas pelas falas dos participantes, pode-se observar que por meio da imposição de normas e rotinas se obtém o controle dos corpos e das ações de cada pessoa, sujeitando-os às relações de forças e poder que esta imposição implica e que visa a obediência, utilizando-se da vigilância, entre outras coisas, para a constituição de uma política de coerções para o controle dos seus gestos e comportamentos (SOUSA; MENESES, 2010), pois a disciplina é a técnica de um poder que não se apresenta como triunfante e superpotente, antes, o poder disciplinar é “modesto, desconfiado” (FOUCAULT, 2013a, p. 164) e sua efetividade se deve, sem dúvidas, ao uso de instrumentos simplórios, tais como a vigilância.

#### **4.2 O Poder-Saber na relação de cuidado de Enfermagem**

Significa, conforme se expressaram os participantes, excetuando-se os Depoentes 009 e 011, que os profissionais, além de cumprir as normas e rotinas, decidem tudo porque eles sabem o que precisa ser feito e fazem ou mandam os pacientes fazerem, naquilo que podem fazer por si mesmos, como por exemplo, sabem a importância da higiene, mandam que tomem banho ou banham os que estão acamados. A fala do Depoente 007 mostra esta realidade:

[...]era chegar e fazer[...] não é muito bom pra pessoa, dá vontade da pessoa chegar e falar alguma coisa[...] Mas eu não fiz nada[...] (Dep. 007)

Esta categoria se debruça sobre o Poder-Saber e a forma como este se desdobrou em outros mecanismos de poder, o que vem, de fato, reafirmar a concepção foucaultiana de “[...] que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder.” (FOUCAULT, 2013a, p.30). Nesta conjuntura, os discursos dos 16 participantes possibilitaram estabelecer uma linha de ocorrências que demonstraram as relações de poder geradas a partir da materialização do poder-saber nas relações de cuidado de Enfermagem, evidenciando um circuito que a pesquisadora denominou “eles sabem – eles mandam – eles fazem”, cujos componentes são apresentados individualmente:

#### 4.2.1 Eles sabem

Quando os participantes justificaram o poder da equipe de Enfermagem de fazer ou mandar fazer algum cuidado, dizendo que “eles sabem o que estão fazendo”, eles estão dando significado à ordem e reforçando a disciplina imposta pela rotina hospitalar. Assim, “eles sabem” significa reconhecer que eles “podem”, porque eles sabem como o sistema funciona e querem “somente o seu bem”. Por esta razão, se fazem obedecer sem muitos questionamentos:

Ali a gente não tem o que querer, porque eles sabem o que fazem, né?  
(Dep. 007)

Foucault (2012a) idealiza o saber/poder de forma que saber e poder envolvem-se mutuamente a tal ponto em que o mínimo exercício de poder gera objetos de saber, os quais sempre são manipulados e tornam-se o próprio saber e este em poder, numa complexa cadeia em que um é condicionante e condicionado pelo outro. Assim, para ele, o saber é aliado da relação de poder e isso se explica pela sua ideia de que ao longo do tempo o ser humano foi se constituindo por meio do poder, já que, ao passo em que os discursos iam se formando, aquilo que era considerado verdadeiro, correto, em outras palavras, absoluto, vinha exatamente dos discursos oriundos das autoridades, sejam elas políticas, econômicas ou mesmo, científicas.

Diante deste ponto de vista, Michel Foucault apresenta o conceito de

*episteme* como “o conjunto das relações que podem unir, em uma época dada, as práticas discursivas que dão lugar a figuras epistemológicas, a ciências, eventualmente a sistemas formalizados” (FOUCAULT, 2012c, p. 214). Dessa forma, compreendendo o saber científico dos profissionais de Enfermagem como *episteme*, é possível enxergar nas falas dos participantes a assunção do discurso da enfermeira como uma verdade inalterável dentro do contexto no qual este estudo se debruça:

Também a gente não pode confundir as coisas, porque ali elas são as profissionais. (Dep.001)

[...] que aqui você tem que se entregar nas mãos dos profissionais. (Dep.003)

É, eles tão fazendo assim mesmo, tenho que deixar eles fazer porque são eles que tem que fazer mesmo, são eles que entendem disso né? (Dep.005)

Ao se demonstrar a tomada do discurso da Enfermagem como verdade sem precedentes, faz-se necessário entender que da mesma maneira que o saber, não existe verdade sem poder, o que significa dizer que a verdade é produzida pelas relações que mantém com o poder (FOUCAULT, 2015), fato para o qual um outro estudo argumenta que o saber atribui autoridade e valor de verdade ao poder servindo-o como seu elemento condutor (VELLOSO; CECI; ALVES, 2010).

Nesta conjuntura, embora o pensamento de Foucault (2012c) não apresente o discurso como algo imutável, ele é uma construção histórica e social, destarte, o saber da Enfermagem está construído tendo como base o cuidado, assim, para o paciente, o ser enfermeiro é o detentor do conhecimento para o ato do cuidado, por essa razão, submete-se ao poder/saber tanto pela necessidade ou dependência, quanto pela autoridade do discurso profissional e da verdade que o poder nela imprime.

#### 4.2.2 Eles Mandam

Assim se expressaram os participantes que receberam ordens dos profissionais de Enfermagem para desenvolverem atividades de autocuidado, como encaminhamento e supervisão de cuidados higiênicos, troca de roupas, dispensa de visitantes, nos períodos em que não estavam acamados com alto grau de dependência. O mandar significou para eles uma ordem de quem sabe o que diz e

que o prudente é acatar e cumprir.

[...] a gente chegava na porta, e elas diziam “pra cama! Lugar de doente é na cama” (Dep.007)

Analisando o contexto apresentado, no qual o profissional de Enfermagem tem em seu discurso uma autoridade impressa pela verdade que os jogos de poder-saber produziram, cabe relatar que a esta circunstância se acrescenta ainda a premissa de que o profissional de Enfermagem é o único possuidor do conhecimento para a prática do cuidado, uma vez que este é o foco de suas ações (ARDIGO; AMANTE, 2013; PESSOA; LINHARES, 2015), essa ideia se apoia no pensamento emitido por Foucault (2014a) de que o discurso que comanda a sociedade é sempre o discurso daquele que detém o saber.

Além disso, ele ainda afirma que um dos lados dessa relação de poder sempre pertencerá àquele que é continuamente determinado pelas ideias vindas dos ‘superiores’, em outras palavras: pela classe que domina ideologicamente determinada sociedade (FOUCAULT, 2014a). Ao contextualizar esse conceito e aplicá-la ao ambiente hospitalar e à relação entre profissional de Enfermagem e paciente, têm-se uma conjugação na qual o paciente é dominado pelo discurso do profissional de Enfermagem, conforme visto nas seguintes falas:

Elas diziam “aqui é meu serviço eu tenho que fazer e pronto” (Dep.002)

Eles dizem “É, porque assim está doendo você tem que virar”, aí eu falo: “por favor, vira devagar porque vai me machucar”, aí me dizem “não, mas tem que virar! Tem que virar!”, e nisso acabam me machucando (Dep.006)

Elas chegavam e já diziam “Vamos tomar banho”, já tirava a roupa e falavam “vai ajudando” (Dep.006)

A partir das falas destacadas, pode-se perceber a presença de uma força coercitiva vinda de ordens ou comandos que limitam ou anulam a possibilidade de uma ação voluntária por parte do paciente (AGUIAR; D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013), razão pela qual Foucault (2013a) diz que o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações, afirmando que esses poderes perpassam por toda forma social, modificando e transformando as condutas dos indivíduos, os quais são submetidos ao que o autor

chamou de “fórmulas gerais de dominação” (p.133), tornando-o objeto e alvo de poder, o que pode ser expresso nas seguintes falas:

[...]e mesmo que eu sempre consegui andar, não ia, por que eles não liberavam. (Dep.004)

[...] tem pessoas que você consegue conversar num mesmo nível, mas tem outros que já chegam deixando claro: “eu sou o profissional e você é simplesmente o paciente, então fique quieto e aceite o que eu digo”[...] Não existe liberdade, porque a gente fica à mercê de quem estiver disposto a atender você naquele momento[...]então você não tem autonomia quase nenhuma sobre nada! [...] Se eu tiver que ser submissa a qualquer profissional que não seja os que eu já conheço, toda situação sempre vai ser imposta e nunca proposta, a mim só resta acatar [...] (Dep.010)

[...] as vezes você está querendo tomar um banho, mas não pode porque ele diz “você só vai quando chegar a sua vez” (Dep.015)

Outra situação evidenciada foi a de que a ausência do compartilhamento de informações entre os profissionais e o paciente se configura como arranjo propício para a coerção, uma vez que dificulta o consentimento informado, podendo levar o paciente na direção de um agir de acordo com a perspectiva alheia, adotando atitudes que, muitas vezes, são contrárias às suas convicções (BITTENCOURT, et al 2013). Sob este prisma, o poder coercitivo se aplica na sociedade de diferentes modos, tal como Foucault (2013a) apresenta uma manipulação calculada dos gestos e comportamentos, por meio da qual se pode ter domínio sobre os outros “não simplesmente para que se façam o que se quer, mas para que operem como se quer” (p.133). As falas a seguir permitem que se possa observar essa conjunção:

O enfermeiro, o técnico de Enfermagem antes de dar um remédio ele tem que dizer, porque um dia podem pegar pessoas sem nenhum esclarecimento e aí pode até ser perigoso [...] (Dep.003)

Ali a gente não tem o que querer, eles não dizem nada pra gente, então eles devem saber o fazem né? (Dep. 007)

De que jeito? O que eu falo não tem importância [...] só eles sabem o que tem que fazer, já que eles não falam nada e o que a gente diz não vale (Dep.006)

As pessoas mal dizem o que é que você está tomando [...] Eles não me dão informação de como eu estou [...] estou aqui há 11 dias e só vim saber de alguma coisa sobre minha saúde tem dois ou três dias [...] a Enfermagem não me deu informação nenhuma, mas todo dia chegam aqui dizendo “tem que fazer isso, tem que fazer aquilo, porque vai ser melhor pra você” (Dep.008)

Eu perguntava lá e aqui também, porque eu não sabia e porque eles também não informavam, parece até que têm medo de a gente reagir de um jeito que eles não querem (Dep.012)

Ao se debruçar sobre este ponto de vista, verifica-se que, no âmbito hospitalar, boa parte daqueles que estão buscando atendimento encontram-se fragilizados e almejam encontrar nesse ambiente apoio e cuidado. Nestas condições, é comum ignorar a preocupação do paciente e coagi-lo a aceitar o tratamento proposto. Assim, se sentir coagido durante a internação significa para o paciente perceber que não teve influência, controle ou escolha (BITTENCOURT, et al 2013), confirmando, por meio do exposto até este ponto, que exercer poder implica na condução do agir do outro (FOUCAULT, 2013b).

#### 4.2.3 Eles controlam

Ao completar o circuito de exercício de poder nas relações de cuidado de Enfermagem, os participantes admitiram em seus discursos que, para eles, se não são capazes de cuidarem de si mesmos, os profissionais fazem por eles o que seu conhecimento determina que precise ser feito. Neste processo, nem sempre lhe dizem alguma coisa ou perguntam se aceitam ou não aquele cuidado. Desta forma, exercem sobre eles o poder de cuidar segundo sua perspectiva e não a do paciente:

Elas chegavam e já diziam “Vamos tomar banho”, já tirava a roupa e falavam “vai ajudando” [...](Dep. 006)

Ah! foi muito ruim[...] veio lá o enfermeiro, aí bota o papagaio, né? Aí a pessoa urina [...]é muito ruim, é uma sensação ruim[...]muito ruim! (Dep. 014)

Para apresentar aqui a dinâmica do controle exercido pelos profissionais de Enfermagem sobre os pacientes, é necessário que se leve em conta, primeiramente, o ambiente no qual essa prática se desenvolve. Assim, é mister que se insira nesta discussão o hospital enquanto instituição que, historicamente, se constituiu e se legitimou como espaço onde se materializa o exercício do poder (RIBEIRO; DACAL, 2012).

Em sua obra intitulada “Manicômios, Prisões e Conventos”, Goffman (2015)

traz um conceito de Instituição, que ele chama de Instituição total e o define como:

“[...] um local de residência ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (GOFFMAN, 2015 p.11)

A esta definição, o autor ainda acrescenta uma segunda característica relacionada ao seu aspecto segregativo, pois a Instituição, ao coibir o interno do contato com o exterior, impõe, paralelamente, no seu interior, uma divisão básica entre um grupo controlado e um grupo controlador (GOFFMAN, 2015), ao passo que Foucault (2015) expõe as instituições como disciplinares, que visam reger os homens e conduzir suas ações. Nesta perspectiva, compreende-se que o hospital - como instituição impregnada por rotinas, normas e hierarquias - não foge a esse conceito. Sendo assim, é possível identificar que dentro do hospital o paciente vive o seu cotidiano, sob uma mesma autoridade, separado do resto da sociedade e condicionado ao grupo controlado, o que automaticamente posiciona os profissionais de Enfermagem no grupo controlador.

Com base neste ponto de vista, depreende-se que, como instituição, o hospital produz e reproduz relações de poder, fato que vem concordar com a perspectiva foucaultiana que apresenta uma concepção histórico-genealógica que compreende a institucionalização como um instrumento de materialização e exercício de relações de poder (FOUCAULT, 2015). Nestes termos, o fenômeno da institucionalização então poderia ser definido como um processo constituído de práticas e ideologias que servem a determinado contexto, por exemplo, estruturas jurídicas (SILVEIRA, 2011) ou, no caso do hospital, o conjunto de normas e rotinas hospitalares.

Apesar de considerar importantes diferenças nas ideias de Goffman e Foucault a respeito das instituições, é possível encontrar pontos de relação entre as suas formulações, que ajudam a interpretar o sentido do conceito e a sua grande relevância teórica e política (FERREIRA, 2012). Exemplo disso é a concordância de que a disciplina perpassa por todo o contexto das instituições, indicando o quanto, historicamente, uma prisão se torna parecida com um hospital, que por sua vez, mantém grande proximidade com um quartel. Deste pensamento decorre o sobressalto de Foucault ao colocar a seguinte questão: “devemos ainda nos admirar

que a prisão se pareça com as fábricas, com as escolas, com os quartéis, com os hospitais, e todos se pareçam com as prisões?” (FOUCAULT, 2013a, p.214).

Assim, considerando as informações aqui apresentadas, as constatações feitas por Michel Foucault (2013a) sobre a semelhança entre hospitais e prisões, e como a disciplina percorre esses ambientes, destaca-se que um dos princípios mais importantes para a formação da instituição hospitalar, da forma como é conhecida hoje, foi o da composição de um espaço que possibilitasse a visibilidade total dos corpos, dos indivíduos e das coisas para um olhar centralizado, constituindo, por conseguinte, um espaço de disciplinarização (SASSO, 2014), onde, invariavelmente a liberdade e a autonomia dos sujeitos, neste caso dos pacientes, serão comprometidas, conforme pode ser visto nas alegações dos participantes desta pesquisa:

[...] o que eu sinto é um sentimento de perda, de abandono, de desesperança, de prisão! (Dep.003)

Eu não tenho liberdade nenhuma aqui dentro do hospital [...] fico pedindo a Deus pra ser curada e sair dessa gaiola (Dep.005)

[...] eu me sentia presa, não tinha direito de chegar nem no posto [...] Não dava pra gente fazer nada, porque ficava com as mãos amarradas [...] eu me sentia um bicho preso. (Dep.007)

Ali eu não posso fazer o que eu quero fazer [...] ali é sofrimento, humilhação, tristeza, é tudo [...] (Dep.016)

Ressalta-se que este comprometimento da liberdade dos pacientes não se dá apenas pelo caráter disciplinar ou segregativo da instituição hospitalar, conforme visto anteriormente, mas também pela dependência que a situação de doença e internamento ocasiona, haja vista que quanto maior o grau de dependência dos cuidados de Enfermagem, menor fica o espaço para autonomia do paciente e mais evidente fica a relação assimétrica de poder (DELMAR, 2012), demonstrando que as relações de poder estão presentes não só no modo como opera a instituição, mas confirma a ideia que Foucault (2015) traz sobre os micropoderes e sua capacidade de penetrar a vida cotidiana, haja vista que estes não se exercem acima de algo, mas no nível do corpo, atingindo-o e controlando sua conduta e seu comportamento:

[...] Tinha minha liberdade porque eu ia pra onde eu queria e agora não posso mais [...] depender dos outros não é bom. (Dep.002)

Eu vou dizer a você, a gente sente que aqui a liberdade a gente perde mesmo [...] você tem que deixar tudo ne, depender muito dos outros [...](Dep.004)

Estão cansados de dizer que a obrigação de dar banho em mim, é deles, mesmo eu preferindo que minha filha me dê banho [...] (Dep.008)

Eu tomava banho no banheiro, mas como eu não movo as pernas, eles decidiram que tinha que tomar banho na cama [...] me senti mal porque eu gosto de tomar banho é no chuveiro! (Dep.012)

[...] fiquei seis dias preso dentro do quarto, não podia sair [...] você volta a ser bebê, você precisa de uma pessoa que cuide de você, você precisa de uma pessoa que faça as coisas por você, você não é mais tão autônomo. (Dep.014)

Nesta conjuntura, o controle aqui abordado se dá pela observância dos aspectos que envolvem o regime disciplinar, composto por técnicas de coerção como a delimitação do espaço, do movimento, dos gestos, bem como da conduta, do comportamento. Para tanto, a disciplina, como técnica de exercício de poder, se valerá do exame, que Foucault (2015) descreve como sendo, entre outras coisas, “uma vigilância permanente que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo” (p. 182), tornando-os corpos dóceis, apassivados, manipuláveis, em outras palavras, submissos.

### 4.3 Dóceis corpos de cuidado

Esta categoria se compôs pela análise das falas de 14 dos 16 participantes, alguns deles em momento de emoção, quando se declararam sem condições de contrariar o cuidado que lhes eram prestados. O Dep.002 baixou a cabeça e a Dep. 001 assim se posicionou:

A gente não gosta, mas é pra nossa saúde então tem que fazer né? [...] É nossa saúde, tem que deixar fazer o que é certo, o que é correto [...](Dep.001)

O conjunto das formulações apresentadas até o momento abordou diversos mecanismos que caracterizam o poder disciplinar, tais como a imposição de rotinas e normas, a distribuição dos corpos no espaço da instituição, o controle das atividades e a vigilância permanente. Todos estes têm o objetivo de produzir condutas, gestos e, por fim, o próprio indivíduo (FOUCAULT, 2013a). Nesta

perspectiva, o indivíduo passa a ser visto como “[...] uma realidade fabricada por esta tecnologia específica de poder que se chama disciplina” (FOUCAULT, 2013a, p.185), em outras palavras, pode-se dizer que o exercício do poder pela disciplina implica em uma contínua sujeição das forças e da imposição constante de uma relação de docilidade e utilidade.

A fala da Dep. 015 explica o sentido de que se impregna a docilidade dos corpos cuidados:

Eu acho que a palavra que ilustra mais é “aceitação”. Eu tinha que aceitar a situação de estar ali, preso àquele hospital, àquele quarto, àquela cama. Coisa que eu nunca faria se eu não estivesse assim doente [...] (Dep.015)

Nestes termos, o poder que advém da disciplina busca o controle do corpo do indivíduo - e aqui é importante dizer que não se trata de controlar apenas o corpo palpável, mas também da composição de suas subjetividades - por meio da forma em que se trabalha o corpo de maneira minuciosa, exercendo sobre ele uma coerção contínua, partindo de cada gesto, atitude e movimentos (FOUCAULT, 2015). Assim, os sujeitos disciplinados se caracterizam como corpos dóceis que tem sua subjetividade instituída de forma externa e interiorizada, transformando-o num ser subordinado, um corpo adestrado (DINIZ; OLIVEIRA, 2013).

É importante esclarecer que para Foucault (2013a) corpos dóceis são corpos maleáveis e moldáveis, o que significa dizer que estes estão suscetíveis a tornarem-se subordinados, submissos, frágeis e alienados em relação ao próprio corpo, docilizados frente ao poder que emerge da disciplina, que modifica condutas pela coerção sutil e que condiciona a abandonar seus desejos, suas vontades. Esta condição pode ser vista no comportamento revelado pelas falas dos participantes:

As enfermeiras diziam “é pro senhor ficar bom”, então eu simplesmente fechava os olhos e aguentava passar por tudo aquilo (Dep.002)

[...] não é muito bom não, mas a vida nossa a gente tem que se acostumar, a pessoa quando adoce depende dos outros mesmo, mas é difícil né? Não tem opção quando tá doente, a opção é isso aí mesmo [...] aí a gente aguenta calado mesmo [...] (Dep.004)

Se eles vierem falar comigo eu tinha que respeitar e saber o que era, o que eles queriam e eu ali tinha que ir me aguentando independente do que eu tivesse sentindo [...] (Dep.005)

Não tinha proteção lá, e no caso, a minha cama era na porta, todo mundo

que passava me via nua, eles faziam aquilo como se fosse completamente normal, eu chorava, mas não reclamava [...] (Dep.006)

Diante disto, verifica-se que o exercício deste poder que transforma o paciente num corpo dócil se manifesta quando este paciente se oferece sem questionar, quando não se opõe ao que lhe é posto como ideal de cuidado, quando vivencia silenciosamente as situações que envolvem o cuidado ou quando renuncia a suas vontades, medos e até mesmo aos seus valores, como evidenciados pelos discursos destes pacientes:

Tem toda uma exposição né? Sabia que eles iam mexer em mim, me colocar sonda, colocar tudo [...] Mas aí a gente fecha olhos e ignora todo o constrangimento. (Dep.013)

Se precisar fazer qualquer coisa, urinar, defecar, tudo tem que ser alguém que faça, nesse caso, o enfermeiro é quem faz isso [...] foi muito ruim, mas não tinha outro jeito [...] A gente não tem que se opor a nada, o que mandar fazer tem que aceitar calado (Dep.014)

Eu acho que a palavra que ilustra mais é “aceitação”. Eu tinha que aceitar a situação de estar ali, preso àquele hospital, àquele quarto, àquela cama. Coisa que eu nunca faria se eu não estivesse assim doente [...] (Dep.015)

Essas ações vêm confirmar a concepção foucaultiana de que as relações de poder alicerçadas nos dispositivos que docilizam os corpos têm a intenção de promover adestramento, ou ainda mais, como explica o próprio autor: “o poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor” (FOUCAULT, 2013, p. 164), criando, dessa forma, corpos tão dóceis que passam a aceitar uma postura paternalista<sup>2</sup> por parte dos profissionais e isso os impele a conceber que a fragilidade que a doença lhe impõe o transforma em um suplício para a Enfermagem, levando-os a desconsiderar sua própria autonomia, conforme observado nas falas de Dep.002 e Dep.005:

Eu chorava! Chorava mesmo, eu pedia desculpa pelo trabalho que eu estava dando a elas (Dep.002)

Quando eu fiquei internada, eu dependia muito deles [...] eles não me deixavam fazer as coisas, sei que eu dava trabalho [...] as vezes até me desculpava com eles porque eu nunca gostei de dar trabalho a ninguém na

---

2- O paternalismo é definido como condutas realizadas pelos profissionais que, julgando beneficiar o paciente, decidem por ele sem o seu consentimento (CUNHA; et al 2012)

minha vida [...](Dep.005)

#### 4.4 Do poder pastoral ao cuidado mais humano

Nesta categoria, foram reunidas as falas que traduzem o poder do cuidado que transcende as normas, as rotinas e a disciplina para construir o alicerce da relação de cuidado almejado pelos pacientes. A Dep. 001 explica em sua entrevista que ao mesmo tempo em que eles fazem o que tem de fazer, são eles mesmos que tratam de garantir a atenção durante o período de internação. Outros depoentes disseram que se sentem melhores quando a equipe de Enfermagem se mostra mais comunicativa, para além do processo de coletar informações e examinar:

Você chega num ambientam como esse e chega um para falar com você [...] mas para falar e não para investigar [...] isso tranquiliza e muito!(Dep. 016)

Quando você está ali no hospital com aquele problema seu e ai logo de manhã chega uma enfermeira já chega conversando com a gente e sorri [...] ai a gente já vai se sentindo bem [...] a gente fica alegre e isso é o maior prazer do paciente [...].Dep.005

Pensando no discurso da Enfermagem, na construção deste ao longo da história - pois para o referencial teórico deste estudo, ao olhar para o passado busca-se interpretar o presente (FOUCAULT, 2012c) – é preciso tomar consciência de que, para que se compreenda a forma como o poder pastoral se revela no contexto que este estudo investigou, é mister que voltemos aos primórdios do cuidado em Enfermagem, na forma dos atos de caridade e benevolência, onde prevalece o altruísmo e a abnegação em favor do cuidado e benefício daqueles que necessitam.

A partir deste alicerce de cuidado, sobre o qual a Enfermagem foi se construindo, é possível olhar para essa profissão dentro da lógica do poder pastoral proposta por Foucault (2010) que expõe que o pastorado foi introduzido no Ocidente pelo cristianismo como uma tecnologia de poder individualizador, que seria aplicada pelo pastor ao seu rebanho. A esse respeito Silva e Kruse (2012) argumentam que a Enfermagem se pauta nessa tecnologia de poder para desenvolver suas atividades na condução de seu rebanho, a saber, os pacientes. Nesta perspectiva, a enfermeira seria a responsável por agrupar, conduzir, reger e vigiar o seu rebanho, certificando-

se de sua salvação e de sua vida.

A fala das Dep. 015 e 012 evidencia a força deste poder de certificar-se de que tudo está bem, está sob controle e o que se depreende do exercício deste poder pastoral é que ele produz uma certa segurança, como a crença de que alguém se importa, alguém está sempre atento ao que o paciente venha a precisar, sendo esse alguém a enfermeira que se apresenta e lhe avisa que está “ali” (grifo meu)

[...] alguns passavam para dizer “cheguei! boa tarde! Vim ver vocês”, isso motiva a pessoa (Dep.012)

Alguns tiveram o cuidado de sempre me perguntar se eu estava me sentindo bem ou se precisava de alguma coisa [...] (Dep.015)

Silva e Kruse (2012) analisam ainda, a partir das concepções foucaultianas sobre o poder pastoral, que pertence à enfermeira a função de oferecer atenção individual a cada membro do rebanho e velar obstinadamente pela vida de todos e de cada um, ajudando-os a melhorar seu destino (FOUCAULT, 2010). Assim, as autoras consideram produtivo comparar a Enfermagem e suas atividades na prestação dos cuidados em saúde, com o poder pastoral, pois em sua concepção, é evidente que essa tecnologia de poder atravessa todo o cotidiano do trabalho desta profissão (SILVA; KRUSE, 2012).

Nesse sentido, cabe ao pastor garantir a salvação do seu rebanho em uma relação de benevolência constante (FOUCAULT, 2012a). A esse respeito, Zuben (2012) concorda dizendo que a ética do cuidar destaca a necessidade de um compromisso compassivo, afetivo e responsável daquele que promove o cuidado; assim, para o exercício da Enfermagem, a base necessária é o cuidado como aceitação do outro, como receptividade afetuosa do outro, segundo evidencia os relatos dos pacientes que participaram deste estudo:

[...] tem uns que brincam com a gente, entende? Isso é muito bom pro paciente, né? São pessoas legais, bons profissionais mesmo [...] (Dep.001)

Às vezes elas me acalmavam [...] diziam que tudo que estava acontecendo era normal [...] me senti melhor assim [...] (Dep.002)

[...] eu vi que algumas pessoas eram bem atenciosas e nesses momentos eu me senti seguro [...] porque quando você está sentindo aquela dor e chama pelo enfermeiro e ele vem para cuidar de você e te trata com consideração, só de chegar perto já tranquiliza e isso ajuda no

desenvolvimento da cura (Dep.003)

Quando você está ali no hospital com aquele problema seu e ai logo de manhã chega uma enfermeira já conversando com a gente e sorri [...] a gente já vai se sentindo bem, a gente fica alegre e isso é o maior prazer do paciente [...] (Dep.005)

Alguns tentam sempre te agradecer [...] um “olá, como o senhor está hoje?”, sempre conforta (Dep.011)

Muitas eram bem atenciosas, conversavam, brincavam [...] (Dep.013)

Aqui é necessário comentar que, embora o poder pastoral seja uma tecnologia de poder que individualiza e mantém vigilância constante, da qual, em dado momento, o poder disciplinar se utilizaria para fortalecer seu exercício, Foucault (2012d, p.66) ressalta que “[...] o poder pastoral não tem por função principal fazer mal aos inimigos; sua principal função é fazer o bem em relação àqueles de que cuida”, por essa razão, Zuben (2012) enfatiza aos profissionais da saúde a importância da habilidade de comunicar-se com os pacientes e a se mostrar emocionalmente receptivos às necessidades de cada um.

Portanto, é notório que a noção de cuidado e o ato de cuidar pressupõem um campo relacional onde deve existir e prevalecer uma atenção sensível, impulsionando a prática da Enfermagem na direção do cuidado mais humano, ao passo que o desrespeito à subjetividade humana se constitui como obstáculo no alcance da humanização da saúde (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

As informações até aqui analisadas e discutidas evidenciaram como as relações de cuidado de Enfermagem são permeadas de exercício de poder, tornando os pacientes obedientes às normas e rotinas, disciplinados e dóceis à execução de procedimentos. No entanto, esse exercício de poder não poderia acontecer se as pessoas cuidadas não fossem livres e não detivessem a autonomia para aceitar ou recusar o cuidado, arcando com as consequências desta decisão.

Os participantes deste estudo mostraram que sua aparente passividade era um ato deliberado – “mas era pra minha saúde tinha que deixar [...]” (Dep. 001) e ao mesmo tempo afiançaram que quando seu limite de tolerância era ultrapassado eles reagem, fazendo valer a sua necessidade, o seu sentimento – “Eu disse: no momento quem está deitada aqui no leito sou eu e é a mim que está incomodando” (Dep. 008).

Na concepção de Foucault (2010), a liberdade é uma condição para a

existência das relações de poder e se constitui como um instrumento tanto de luta quanto de proteção contra os estados de dominação (MARINHO, 2008), em outras palavras: a liberdade e as relações de poder são duas forças que coexistem, condicionam e são condicionadas uma pela outra.

Para compreender essa dinâmica, é importante que seja esclarecida a diferença entre a relação de poder e o conceito de estado de dominação. A esse respeito, em “A Ética do cuidado de si como Prática da Liberdade”, Foucault (2012b) é incisivo ao afirmar que a existência de sujeitos livres é a condição que possibilita as relações de poder, o que implica dizer que, em uma relação onde uma das partes está inteiramente à disposição da outra, não há espaço para que se exerça qualquer prática de liberdade, portanto não se trata de uma relação de poder e sim de um estado de dominação (ORELLANA, 2012).

Nesta circunstância, cabe relatar que neste estudo foi possível constatar a ideia trazida por Foucault (2012b) de que os jogos de poder se constituem das dinâmicas que se articulam entre liberdade e poder, de forma que as estratégias que pretendem determinar a conduta de outros, por sua vez, provocam a conformação de outras estratégias em resposta a estes esforços, reafirmando a coexistência entre as duas forças.

Nestes termos, não só para atender a um dos objetivos desta pesquisa, mas também para garantir a imersão total nos preceitos foucaultianos, a partir deste ponto dá-se atenção ao exercício das práticas de liberdade no contexto das relações de cuidado de Enfermagem ao paciente internado, onde foi possível identificar, tanto ferramentas de luta quanto de proteção, as quais compuseram, respectivamente, as categorias que se seguem.

#### **4.5 Reagindo à altura**

Nesta categoria, são analisadas as ações desenvolvidas pelos pacientes em resposta ao poder disciplinar ou ao poder do saber/fazer, uma vez que é mais difícil contrariar as normas e rotinas instituídas. Os pacientes sentiram-se reagindo à altura quando desobedeciam ao que julgavam excesso de controle, quando a ordem recebida era julgada inconsistente ou quando se sentiam ofendidos com as respostas que ouviam:

Eu queria sair [...] Não podia, mas eu saí mesmo assim uma vez, mas a enfermeira viu e disse “o senhor não pode sair não” [...] me arrisquei e saí. (Dep. 014)

Eu queria depender de mim [...] Por exemplo, eu ir no banheiro por mim[...] Precisei ser firme!(Dep.004)

Aqui [...] se você trata bem, você é bem tratado [...] (Dep. 003)

De acordo com o que tem sido enfatizado ao longo deste estudo, Foucault (2010) concebia o poder como um modo de ação sobre a ação dos outros. A este conceito acrescentou ainda a ideia de que de forma alguma o poder é algo localizado e que se concentra nas mãos de apenas alguns, pelo contrário, é circulante e se exerce em rede (FOUCAULT, 2015), logo se conformam de uma forma ampla e móvel, pois são relações que podem ser modificadas segundo a resistência que encontram. Assim, dentro de uma relação de poder, cada ação traz consigo a realização de outra conduta, uma ação em resposta que se apoia em seu próprio ataque (ORELLANA, 2012). Por isto, Foucault (2012b) passa a julgar que as resistências ao poder devem ser entendidas como práticas que buscam a liberdade.

Sobre isso, Orellana (2012) aponta que o poder não atua somente nos modos de repressão, mas também produz um modo de individualização que conduz à tentativa de liberar uma identidade perdida, concordando com Foucault (2012b) que defende que a liberdade não é uma luta para alcançar o que se é de fato, mas um esforço de se desvencilhar de uma identidade que foi imposta mediante as relações de poder.

Em consonância com essa concepção, Gomes (2013), ao abordar a doença e a hospitalização, constatou que o mesmo homem-paciente que a tudo se submete, em tudo é experimentado e oprimido, em resposta ao poder que busca docilizar seu corpo, se manifesta também como homem-impaciente, que quase nada suporta, quase nada pretere, quase nada tolera, o que também se evidencia nas alocações dos seguintes pacientes:

[...] aí levantei da cama sozinho só que pra eu dar um passo era difícil demais [...] Eles querem que a gente se feche, mas eu não penso assim, então eu me levantei na teimosia! Quando consegui andar, eu disse “enfermeira, consegui e pronto” (Dep.002)

Eu deixava a comida esperando e comia só quando eu queria mesmo [...] Às vezes você precisa tomar uma atitude se quiser que as coisas mudem, e eu já não aguentava mais! (Dep.007)

Chegou num ponto que eu reclamei [...] ela chegou e disse “agora é sua vez” e eu disse “se você me derrubar dessa cadeira a coisa vai ficar feia pro seu lado”, eu não sou uma ‘coisa’ pra ser carregada de qualquer jeito [...] (Dep.008)

[...] só explicaram depois que eu fiz força, me levantei e fui até a porta do quarto, aí eu exigi saber e disse “não adianta me ignorar achando que eu sou inútil!” (Dep.013)

A partir dos discursos dos pacientes, compreende-se a afirmação trazida por Foucault (2014b), a qual aponta que não estamos livres do alcance das relações de poder, no entanto sempre se pode transformar a situação de forma que, mesmo na presença do poder, ainda se pode de fato praticar a liberdade. Desta forma, a extensão e a capilaridade das relações de poder mostram-se, agora, como a própria amplitude das práticas de liberdade (ORELLANA, 2012), assim, observa-se nas atitudes reveladas nas falas dos pacientes, a prática da resistência para transformar a relação de poder a seu favor:

Eu pedi pra que tirassem o colchão (casca de ovos) daqui, eles tentaram me convencer de que aquilo era melhor pra mim, então eu disse “no momento quem está deitada aqui no leito sou eu e é a mim que está incomodando”, tive que reagir! Afinal ela estava tentando me convencer de que sentir dor era melhor pra mim (Dep.008)

Eu queria sair, não podia, mas eu saí mesmo assim, mas a enfermeira viu e disse “o senhor não pode sair não”, ela falou assim brava [...] me arrisquei e saí, porque se a gente não fizer nada eles passam por cima da gente! (Dep014)

Eu questionava muito, do contrário não seria ouvido, às vezes você precisa se fazer ouvir, senão eles sempre vão falar mais alto (Dep.015)

Destarte, Foucault (2014c) afirma que não há modalidades de poder sem focos de resistência, uma vez que poderes e resistências se disseminam em uma mesma rede de relações, apoiando-se e reativando-se mutuamente, com o que Orellana (2012) concorda dizendo que uma relação de poder encontra seu limite na existência de resistências, sendo este o ponto de uma possível queda a partir da qual o poder retrocede e se reconfigura, gerando um ciclo de poder-resistência, em meio ao qual se dá a troca do exercício de liberdade.

#### **4.6 Protegendo sua liberdade**

Ao se abordar o termo proteção, pretende-se aqui fazer sua ligação direta com o que Foucault (2012b) chamou de cuidado de si, o qual, fundamentalmente, o autor compreende como uma prática ascética<sup>3</sup>, um exercício de si sobre si mesmo através do qual o sujeito procura se constituir, se transformar e atingir um certo modo de ser que o permita tomar a si mesmo como objeto de conhecimento e ação, possibilitando que através da prática do cuidado de si, ele possa proteger-se e gerar a própria salvação (FOUCAULT, 2014d).

Nesse sentido, Foucault (2012b) relacionou o conceito do cuidado de si com a maneira como a ética era constituída na antiguidade greco-romana, onde ética e liberdade se assumiam uma como reflexo da outra, assim, de acordo com Gonçalves e Assmann (2012), para praticar a liberdade de forma adequada, era necessário cuidar de si, o que implica também em proteger o exercício dessa liberdade. Para confirmar isso, Foucault tinha a seguinte concepção: “não digo que a ética seja o cuidado de si, mas que, na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: "cuida-te de ti mesmo" (FOUCAULT, 2012b, p. 268).

Deste modo, Gonçalves e Assmann (2012) destacam que ao introduzir a noção de cuidado de si em sua relação com a ética e a liberdade, Foucault aponta para uma posição mais ativa frente ao poder, na qual a ética do cuidado de si implica na produção de práticas de liberdade, nesse caso o aspecto mais importante desta prática de proteção ou cuidado de si é a própria liberdade, haja vista que sem ela não é possível constituir a si mesmo.

Pensando nesta relação entre a proteção da liberdade e a prática do cuidado de si, notou-se que no ambiente estudado, os pacientes apresentaram estratégias para garantir que sua liberdade fosse protegida. Como visto anteriormente, a resistência se constituiu uma forma de se praticar a liberdade em sua relação com o poder e a ética, entretanto, analisando as outras duas formas como Foucault ilustrou as práticas de liberdade, as subcategorias que se seguem tratam exatamente de ilustrar, por meio dos discursos dos pacientes, a liberdade e o cuidado de si (em sua constituição pela busca da verdade e do saber) e a liberdade e a ética da amizade,

---

3- Que se faça constar que na concepção foucaultiana, o ascetismo não assume a mesma ideia trazida pelo cristianismo, na qual o ser ascético empreende a renúncia de si mesmo e de suas vontades (FOUCAULT, 2014d)

respectivamente.

#### 4.6.1 Estudando para proteger-se

Em estudo recente, Borges e Ramires (2012) comentam a respeito do cuidado de si, tal como descrito por Foucault (2012b, 2014d), como uma incessante busca do sujeito por constituir-se a si mesmo para transformar-se e ressignificar sua existência, para os autores essa atitude leva à assunção de uma postura em que a liberdade pode ser estimulada pela procura da informação, por meio da qual o sujeito vai adquirindo conhecimento e, portanto, adquirindo uma consciência transformadora, capaz de guia-lo ao exercício de sua liberdade.

Neste ponto de vista, a informação (que irá fomentar espaço para o conhecimento), pode ser concebida como um instrumento de transformação e libertação da consciência, desta forma a informação promove, além do bem-estar individual, o aprimoramento da relação social, isto porque o uso do conhecimento está associado ao desenvolvimento do indivíduo e de suas liberdades, neste caso a informação é o alicerce para uma visão integral que lhe possibilita vislumbrar a verdade de sua relação com o outro e com o mundo, onde o conhecimento garante o direcionamento ideal de cada ação do sujeito, garantindo-lhe maiores chances de obter resultados positivos (BORGES; RAMIRES, 2012).

Sobre o conhecimento e sua relação com a verdade, para Foucault (2014a) a verdade é uma construção humana (advinda da vontade da verdade) e sempre busca uma gama de objetivos estratégicos, neste caso, para o filósofo, a noção de verdade possui uma relação intrínseca à concepção de saber/poder, na qual a verdade é um discurso criado em um dado momento, obedecendo a dada racionalidade, e visando estrategicamente a um fim específico, a saber, a veracidade de seu discurso, visando libertar-se das amarras do poder.

Sendo assim, toda relação de poder é também apoiada por um discurso que a legitima, isso leva a supor que para Foucault a liberdade seria um pequeno campo a ser inserido nos espaços vazios entre saber e poder. (GONÇALVES; ASSMANN, 2012). Nesta perspectiva, estudar ou informar-se se constitui instrumento de proteção da liberdade, como indicam as falas dos participantes:

[...] eu mesmo já tinha uma ideia do que eu poderia passar aqui, porque quando o médico disse qual era meu problema eu fui pesquisar [...] se você quer ser levado em conta então tem que mostrar que você não tá ali pra ser

cobaia de ninguém! (Dep.003)

[...] qualquer material que o ministério da saúde lança sobre doença falciforme eu já fico de olho para ter comigo sempre [...] também ando sempre com o meu manual do paciente falciforme e o cartão de protocolo de medicação, justamente porque em muitos lugares não sabem nem o que fazer com a gente, então acham que podem fazer qualquer coisa (Dep.010)

Sobre isso, Pereira (2012) diz que instruir-se vai além do simples conhecimento das coisas e revela uma consciência de saber, uma convicção em si mesmo, uma consciência de liberdade ilimitada, portanto para este autor a educação é um cuidado necessário ao desenvolvimento de suas relações em sociedade, pois se trata do ser humano voltando-se para a sua história e suas subjetividades construídas simultaneamente pelo pensamento do exterior e pela inquietação interior, numa palavra, sua conscientização, pela qual se constitui seu campo de possibilidades.

Essa ideia vem corroborar a afirmativa foucaultiana que diz:

“O cuidado de si é certamente o conhecimento de si, mas é também o conhecimento de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdades e prescrições. Cuidar de si é se munir dessas verdades [...]” (FOUCAULT, 2012b, p.269)

Portanto, o fato do paciente buscar conhecer aspectos sobre sua saúde, suas possibilidades, seus direitos, implica em situar-se ativamente frente ao saber-poder imposto pelas ações dos profissionais de Enfermagem, utilizando o conhecimento para exercitar a sua autonomia, demonstrando a íntima relação do conhecimento, com o cuidado de si e a prática da liberdade.

#### 4.6.2 Buscando novas formas de relacionar-se

Partindo do entendimento de que ética e liberdade se relacionam no intuito do sujeito constituir a si mesmo, pelo conhecimento de si, levou Michel Foucault a falar sobre uma ética da amizade, que ao ser problematizada pelo autor, incidiu em uma possibilidade de criar novas formas relacionais entre indivíduos, diferentes daquelas já institucionalizadas, indo, portanto, na contramão do caminho que se estabelece pelas relações de poder (GONÇALVES; ASSMANN, 2012).

De acordo com Foucault (2012f), as instituições sociais (acordos sociais nos quais estão prescritas dadas formas de relacionamento) cooperam para limitar o número possível de relacionamentos, bem como sob quais formas eles se dão, isso ocorre porque, segundo o autor, uma ruptura nos modos que sucedem as relações, tornaria esse meio social em uma massa não administrável, conforme se observa em suas próprias palavras:

“Vivemos em um mundo relacional consideravelmente empobrecido pelas instituições. A sociedade e as instituições que constituem sua ossatura limitaram a possibilidade de relações, porque um mundo relacional rico seria extremamente complicado de administrar. Devemos lutar contra esse empobrecimento do tecido relacional”. (FOUCAULT, 2012f, p. 120).

Desse modo, ao se considerar uma ética da amizade, Foucault (2012f) demonstra que é promissor introduzir formas de se relacionar que sejam diferentes daquelas que se conjugam devido às classes sociais e/ou níveis culturais. Nesta conjuntura, o discurso revelado por alguns dos pacientes entrevistados evidenciou que eles buscaram ir na contramão do que sugere a relação entre profissional (detentor do discurso verdadeiro no qual se produz a relação de poder) e paciente (envolvido na relação de sujeição, pela dependência e a condição de fragilidade que a situação de doença imprime):

[...] aqui quando você chega, não conhece ninguém, chega calado aos poucos vai fazendo amizade conhecendo com as enfermeiras também, né? Fazendo amizade, aí pronto, aí é mais fácil (Dep.001)

[...] eu achei apoio só no que eu já conhecia, as meninas eram muito legais tanto comigo quanto com as outras [...] mas também só porque eu conhecia [...] mas quando fiquei internada em lugar que eu não conhecia ninguém, eu não tive apoio nenhum (Dep.007)

[...] conhecer os profissionais, criar um nível de entendimento e de amizade com eles é o que eu faço para não ter problemas no internamento [...] eu sempre vou fazer o que for melhor pra mim [...] (Dep.010)

Eu tento ter um círculo de amizades, aí me tratam sempre bem, você tem um pouco mais de liberdade quando faz assim [...] (Dep.012)

Depois que você fica bastante tempo, aí você percebe que é melhor ser amigo deles em vez de se sentir humilhado tentando só obedecer [...] (Dep.016)

Além dessa postura em relação a reconfigurar as formas de se relacionar,

também houve uma paciente que, em razão dos longos períodos de internamento e dos muitos anos de acompanhamento num mesmo hospital, demonstrou que não só a nova forma de relacionamento lhe fornecia um espaço maior para sua autonomia e liberdade, como também lhe provocava um receio muito grande de ser cuidada por pessoas desconhecidas, reafirmando a legitimidade do pensamento foucaultiano sobre a ética da amizade e sua relação com a prática da liberdade:

Sou atendida nesse hospital desde que eu tinha 11 anos, então tem gente que já vai se aposentar aqui e me conhece desde pequena, cresci aqui e me tornei amiga deles, então sinto que tenho alguma liberdade [...] Mas estou muito preocupada, porque agora com esse novo concurso o pessoal mais antigo está saindo, outros estão mudando de setor, sinto que qualquer dia eu vou chegar aqui e vou abrir os olhos e não ver ninguém conhecido, vou chorar tanto! Foi tão difícil construir tudo isso [...] (Dep.010)

Por conseguinte, Gonçalves e Assmann (2012) concluem, a partir do pensamento de Foucault (2012f), que os homens enquanto sujeitos não estão necessariamente sujeitados às relações institucionalizadas socialmente, ao contrário, conceberam que a ética da amizade pode servir como fundamento para instigar a nossa liberdade da maneira que considerarmos melhor, aumentando assim o campo de possibilidades que Foucault chama de liberdade.

## CONCLUSÃO

A interpretação dos discursos dos entrevistados seguiu a lógica descrita por Michel Foucault, referencial teórico desta pesquisa, da qual emergiram seis categorias. A primeira evidenciou **O Poder de sujeitar das normas e rotinas**, significando que para os pacientes, as normas instituídas lhes imprimem uma ordem e uma disciplina diferente daquelas a que estavam habituados, lhes impondo limites no atendimento de suas necessidades desde as mais básicas como banhar-se quando desejavam, até as mais significativas como o acesso às informações sobre seu estado de saúde, seu tratamento.

Esta pesquisa também mostrou como o poder que os profissionais exercem em nome do seu saber se revela nos discursos dos participantes, o qual lhe permite dizer o que precisa ser feito, mandar e controlar o cumprimento das prescrições, afinal tudo que fazem é visto como sendo para ajudar no tratamento, para apressar a cura, para o bem das pessoas, uma vez que o poder-saber gera um discurso com um valor de veracidade, em outras palavras, o pensamento geral parece ser o de que os fins justificam as ações que os antecedem, já que essas ações pouco se questionam.

Nesta condição, o poder do saber profissional se revela quando seu agir se justifica porque “eles sabem o que fazem” quando “eles mandam” fazer o que julgam que precisa ser feito e o ciclo se fecha quando “eles controlam” o cumprimento das prescrições, as ordens que emanam dos regulamentos institucionais e as ações que os próprios pacientes devem realizar pelo seu bem, pela sua mais rápida recuperação, beneficiando a restauração da saúde física em detrimento da autonomia e subjetividade do paciente.

Este direcionamento da conduta dos pacientes culmina naquilo que desvela a terceira categoria deste estudo, que expõe o estado de docilidade a que as pessoas são levadas pela vontade de ficarem boas depressa, de sair do hospital, lugar de humilhação, sofrimento, e cerceamento da liberdade. Pelos discursos dos entrevistados, esta docilidade é muitas vezes convenientemente cultivada, como uma estratégia de não criar problema, não se transformar na “paciente chata que reclama de tudo” e obter da equipe de Enfermagem a melhor atenção. Aos poucos, revelou-se nesse comportamento o abandono de seus valores, vontades e convicções, determinando-se como corpos dóceis, apassivados e sujeitos às ações

dos enfermeiros.

Contudo, neste exercício observou-se que esta mesma Enfermagem que exerce o poder de disciplinar e controlar, assume, ao mesmo tempo, a tarefa de proteger os pacientes internados, vigiá-los e se assegurar que eles estão recebendo a assistência que foi programada para eles. Neste caso, apareceu a quarta categoria demonstrando que a equipe exerce também o poder pastoral, sendo este poder a abertura capaz de transformar estas relações de cuidado em relações mais humanas, mais respeitadas e mais incentivadoras da luta pela recuperação da saúde.

Não obstante, se o exercício de poder só acontece na presença da liberdade de cada um, os participantes deste estudo mostraram que sempre agiram quando julgaram conveniente, compondo as duas últimas categorias, na condição de reação ao poder exercido sobre eles. Esta reação apareceu na quinta categoria, esclarecendo que os participantes reagiram adotando estratégias para reagir ao poder em jogo de forma muito intensa – seja confrontando e exigindo que sua vontade fosse respeitada, seja buscando novas formas de relacionamento com a equipe - como essas duas subcategorias evidenciaram.

Mas os participantes também mostraram que reagiram ao poder estudando para garantir-se de que receberia o cuidado adequado à sua necessidade, como revelou a sexta categoria. Assim, um jogo de poder se estabelece na relação de cuidado de Enfermagem, que ora se manifesta negativa, ora de forma protetora, como o poder pastoral exercido pelos profissionais junto aos pacientes. O tempo parece se comportar como uma variável que ameniza ou consolida o jogo que ficou estabelecido em cada relação em particular.

Destaca-se que a riqueza dos dados e as fortes emoções que impregnaram este trabalho exigem a consciência de que esse exercício do poder deve ser balizado pela observância dos princípios éticos e bioéticos, haja vista que o fato do profissional fazer uso do seu saber para promover a saúde do paciente, o coloca em posição de responsabilidade social e, portanto, deve não só fazer aquilo que seu conhecimento técnico-científico consente, mas também promover um espaço de diálogo com o paciente, permitindo que este exerça sua autonomia e se posicione mais ativamente frente ao poder advindo do saber dos profissionais de enfermagem, promovendo, portanto, o real objetivo das relações de poder nas quais Foucault acreditava: um espaço para a troca do exercício do binômio poder-liberdade, onde

um é a base para a existência do outro.

Por fim, tendo esse entendimento, considera-se necessário que algumas recomendações se façam aos dirigentes dos serviços de Enfermagem, às instituições formadoras e às organizações de classe da categoria, uma vez que aqui foram tratados dilemas éticos que devem servir como alerta para a necessidade de ampliar o espaço para discussões éticas e implementar práticas humanizadas para o ambiente hospitalar, tudo isso desde a formação do profissional, com o objetivo de proporcionar mais simetria às relações de cuidado de enfermagem, valorizando a contribuição de ambos os lados do binômio profissional-paciente, para o restabelecimento da saúde.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, J.M.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p.2287-2296, nov 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001100015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001100015&script=sci_arttext). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

ALCÂNTARA, L.S.; VIEIRA, J.M.W. Serviço Social e Humanização na Saúde: Limites e possibilidades. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v.12, n.2, p. 334-348, 2013. Disponível Em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/14332/10744>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

ARDIGO, F.S.; AMANTE, L.N. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de Enfermagem à pessoa com estomia. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 4, p. 1064-1071, Dec. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072013000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000400024&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, APM. 3º Caderno de Indicadores CQH-2009 / Programa CQH. São Paulo: APM/CREMESP, 2009. Disponível em: [http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p\\_ndoc=127](http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=127). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BASSOURA, J.B.; CAMPOS, C.J.G. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. **Rev Eletr Enf**, v.12, n.4, p.753-760, 2010. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n4/v12n4a22.htm](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a22.htm). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BITTENCOURT, A.L.P; et al. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? **Psicologia em Estudo**, Maringá – PR, v.18, n.1, p.93-101, jan/mar 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v18n1/v18n1a09.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BENNER, P. **De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem**. Coimbra, Portugal: Quarteto, 2005.

BETTINELLI, L.A.; POMATTI, D.M.; BROCK, J. Invasão da privacidade em pacientes de UTI: percepções de profissionais. **Rev. Bioethikos**, Centro Universitário São Camilo, v. 4, n. 1, p. 44-50, 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/73/44a50.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 19ª ed. Rio de Janeiro (RJ):Vozes, 2011.

BORDINI, C.A. Capelania hospitalar: ajuda humanitária e espiritual? Revista *Cadernos Teológicos*, v. 1 n. 1 (2014). Disponível em <http://www.faculdademessianica.edu.br/publicacoes/index.php/cadernos/article/view/83>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BORGES, J.; RAMIRES, V. Da informação à liberdade: um percurso de conhecimento. **Intercom – RBCC**, São Paulo, v.35, n.2, p. 19-38, jul/dez 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/interc/v35n2/02.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BRASIL. Lei n. 10.406, 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 11 de janeiro de 2002, p. 1. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110406.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110406.htm). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. Art. 1º Estabelecer, na forma do Anexo desta Portaria, os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema único de Saúde - SUS . Portaria n.º 1101/GM , 12 de junho de 2002 . **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de junho de 2002. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/crsleste/regulacao/diretrizes/federal/Portaria%20No%201101-2002-Parametros%20Assistenciais%20do%20SUS.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS , **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 13 de junho de 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

BRASIL. Resolução COFEn 311/2007. Aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. COFEn, Brasília, 2007.

BRITO, A. P.; GUIRARDELLO, E. B. Nível de complexidade assistencial dos

pacientes em uma unidade de internação. **Rev. bras. Enferm.**, v. 65, n.1, p.92-96, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/13.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

CARRETA, M.B.; BETTINELLI, L.A; ERDMANN, A.L. Reflexões sobre o cuidado de Enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.5, p. 958-962, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000500024&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000500024&script=sci_arttext). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

CHERNICHARO, I.M.; FREITAS, F.D.S.; FERREIRA, M.A. Humanização no cuidado de Enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Rev. bras. Enferm**, Brasília, v.66, n.4, p.564-570, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000400015&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000400015&script=sci_arttext). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**. 3ª ed. Coimbra: Lidel; 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311/2007. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323&sectionID=37>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

COSTA, R. et al. Foucault e Sua Utilização Como Referencial na Produção Científica em Enfermagem. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p.629-637, out/dez 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/02.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

CUNHA, J.P.X.; et al. Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de Enfermagem. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v.36, n.95, p.657-664, dez. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042012000400018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000400018). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

DELMAR, C. The excesses of care: a matter of understanding the asymmetry of power. **Nursing Philosophy**, v.13, n.4, p. 236-243, 2012. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/230803439\\_The\\_excesses\\_of\\_care\\_A\\_matter\\_of\\_understanding\\_the\\_asymmetry\\_of\\_power](https://www.researchgate.net/publication/230803439_The_excesses_of_care_A_matter_of_understanding_the_asymmetry_of_power). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

DEMO, P. **Politicidade: razão humana**. Campinas (SP): Papirus; 2002.

DINIZ, F.R.A.; OLIVEIRA, A.A. Foucault: do poder disciplinar ao biopoder. **Scientia**, Sobral - CE, v.2, n.3, p.143-158, 2013. Disponível em:  
[http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site\\_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2\\_N3/Franciscoromuloalvesdiniz.pdf](http://www.faculdade.flucianofeijao.com.br/site_novo/scientia/servico/pdfs/VOL2_N3/Franciscoromuloalvesdiniz.pdf). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

FERREIRA, V. **Invocação ao meu corpo**. Lisboa: Quetzal editores, 2011.

FERREIRA, M.S. Polissemia do conceito de instituição: diálogos entre Goffman e Foucault. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade ECOS-UFF**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.74-86, 2012. Disponível em:  
<http://www.uff.br/periodicoshumanas/index.php/ecos/article/view/826>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

FLORES, R.G. Estar na condição de familiar acompanhante: vivências de enfermeiros. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, RS. 2012.

FONSECA, G.G.P.; PARCIANELLO, M.K.; ZAMBERLAN, C. Agentes estressores em uma unidade de tratamento intensivo coronariana e o cuidado de Enfermagem humanizado. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, São João Del Rei – MG, v.3, n.2, p. 654-661, maio/ago 2013. Disponível em:  
<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/343/428>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

FOUCAULT, M. **Dits et écrits**. Édition Établie sous la direction de Daniel Defert et François Ewald. Collaboration de Jacques Lagrange, Vol. I et II. Paris: Quarto Gallimard, 2001.

\_\_\_\_\_. **Power (Essentials Works of Foucault 1954-1984 vol. 3)**. London: Penguin books, 2002.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; RABINOW, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica** (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 231-249.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 7 ed. Col. Campo Teórico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

\_\_\_\_\_. “Ética, estratégia, poder-saber”. In: **Ditos & Escritos IV**. Vol. IV, 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012a.

FOUCAULT, M. “A ética do cuidado de si como prática da liberdade”. In: **Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política**. Vol. V, 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 264 – 287, 2012b.

\_\_\_\_\_. **A arqueologia do saber**. 8 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 214, 2012c.

\_\_\_\_\_. “Sexualidade e Poder”. In: **Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política**. Vol. V, 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 56-76, 2012d.

\_\_\_\_\_. *Omnes et Singulatim*: para uma crítica da razão política. In: **Ditos e escritos. IV: Estratégia, poder-saber**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012e.

\_\_\_\_\_. “O triunfo social do prazer sexual: uma conversação com Michel Foucault”. In: **Ditos & Escritos V - Ética, sexualidade e política**. Vol. V, 2 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, p.119-125, 2012f.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. 41 ed. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2013a.

\_\_\_\_\_. Arqueologia das Ciências, História dos Sistemas de Pensamento. In: **Ditos & Escritos II**. Vol. II, 3 ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, p. 1538, 2013b.

\_\_\_\_\_. **A Ordem do Discurso**. 24 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014a.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade: o uso dos prazeres**. Vol. II 1 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014b.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade: a vontade de saber**. Vol. I 1 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014c.

\_\_\_\_\_. **História da Sexualidade: o cuidado de si**. Vol. III 1 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014d.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. 9 ed. São Paulo: Perspectiva,

2015.

GOMES, A.M.T.; et al. Representações sociais das atividades da Enfermagem junto dos pacientes soropositivos: caracterizando ações e atores sociais. **Rev Eletr Enf**, v.13, n.1, p.16-23, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a02.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

GOMES, D.G.R. 'Eu quero ouvir minha própria voz': ensaios sobre psicanálise e análise do discurso no hospital. In: Simpósio de letras e linguística – SILEL, 2013, Uberlândia, **Anais**, Uberlândia – MG, EDUFU. Disponível em: [http://www.ileel.ufu.br/anaisdosilel/wp-content/uploads/2014/04/silel2013\\_2644.pdf](http://www.ileel.ufu.br/anaisdosilel/wp-content/uploads/2014/04/silel2013_2644.pdf). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

GONÇALVES, D.L.C.; ASSMANN, S.J. A Liberdade Cética de Michel Foucault. **Revista Estudos Filosóficos**, São João Del-Rei, n.9, p.68-76, 2012. Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/art6\\_rev9.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/art6_rev9.pdf). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

GOULART, N.G.G.; CHIARI, B.M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. **Ciênc saúde coletiva**, v.15, n.1, p.255-268, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100031&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100031&script=sci_arttext). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

GRONEMEYER, M. Ajuda. In: SACHS W. **Dicionário do Desenvolvimento: Guia para o Conhecimento como Poder**. Petrópolis (RJ): Vozes; 2000. p. 18.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**, Parte I e II. Tradução da 7ª Ed. (2006) Petrópolis: Vozes; 2012.

HENRIQUES, R.T.M.; CABANA, M.C.F. O Acompanhante no processo de hospitalização. **Revista Humanae**, Recife, v.7, n.1, 2013. Disponível em: <http://humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/69/62>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

HORTA, W. **Processo de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

JESUS, M.C.P. et al. A Fenomenologia Social de Alfred Schütz e Sua Contribuição Para a Enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v.47, n.3, p. 736-741, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n3/0080-6234-reeusp-47-3-00736.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

KÉROUAC, S.; et al. **La pensée infirmière**. 3 ed. Québec, Canadá: ed.Chenelière Éducation, 2010.

LACERDA, M.R.; LABRONICI, L.M. Papel social e paradigmas da pesquisa qualitativa. **Rev Bras Enferm**, v.12, n.4, p.753-760, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200022&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200022&script=sci_arttext). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

LIMA, C.A.; et al. Relação Profissional-Usuário: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét. (impr)**, v.22, n.1, p.152-160, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

LUZ, P. M.; MIRANDA, K.C.L. As bases filosóficas e históricas do cuidado e a convocação de parceiros sexuais em HIV/aids como forma de cuidar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, sup.1, p. 1143-1148, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700022](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700022). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

MARINHO, E.R. As Relações de Poder Segundo Michel Foucault. **E-Revista Facitec**, Brasília, v.2, n.2, Art.2, dez. 2008. Disponível em: <http://www.facitec.br/ojs2/index.php/erevista/article/view/7>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

MELLO, E.F.F.; TEIXEIRA, A.C. A interação social descrita por Vigotski e sua possível ligação com a aprendizagem colaborativa através das tecnologias em rede. In: ANPEDSUL- Seminário de Pesquisa em Educação da região Sul, 9. 2012, Caxias do Sul – RS. **Anais...** Caxias do Sul, RS: Universidade de Caxias do Sul, 2012. Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/conferencias/index.php/anpedsul/9anpedsul/paper/viewFile/6/871>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, A.; CONTRERAS, S. El cuidado enfermeiro como problema ético: concepto y principios prácticos aplicados al acto de cuidado. **Revista Brasileira de**

**Enfermagem**, v.67, n.6, p.873-80, 2014. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-0873.pdf>. Acesso em:  
12 de novembro de 2015.

MORAIS, G.S.N.; et al. Produção Científica Sobre a Teoria Humanística da Enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE online**. v.8, n.1, p.137-145, 2014. Disponível em:  
[http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/view/4810/pdf\\_4445](http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/view/4810/pdf_4445). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

NEGREIROS, P.L; et al. Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar, **Rev. Eletr. Enf**, Goiás, v.12, n.1, p. 120-132, 2010. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n1/pdf/v12n1a15.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a15.pdf). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

NODDINGS, N. **Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education**. Califórnia, United States of America: University Of California Press, 2013.

OLIVEIRA, M.F.V; CARRARO, T.E. Cuidado em Heidegger: Uma possibilidade ontológica para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.2, p.376-380, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a25v64n2.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

OLIVEIRA, N.E.S.; et al. Humanização na teoria e na prática: a construção do agir de uma equipe de enfermeiros. **Rev Eletr Enf**, v.15, n.2, p.334-343, 2013. Disponível em: [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v15/n2/pdf/v15n2a04.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a04.pdf). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

ORELLANA, R.C. A ética da resistência. **Rev. Ecpolítica**, São Paulo, n.2, p.37-63, 2012. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/ecopolitica/article/view/9089>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Art. XII Paris, 1948. Disponível em:  
<http://www.comitepaz.org.br/download/Declara%C3%A7%C3%A3o%20Universal%20dos%20Direitos%20Humanos.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PADILHA, M.I; BOREINSTEIN, M.S.; SANTOS, I. **Enfermagem: história de uma profissão**. 2ª Ed., São Paulo : Difusão Ed., 2015

PASSOS, S.S.S.; SADIGUSKI, D. **Cuidados de Enfermagem ao paciente**

dependente e hospitalizado. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p. 598-603, out/dez 2011. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n4/v19n4a16.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PEREIRA, W.R. Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis – SC, v.13, n.3, p.334-340, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a08v13n03.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PERES, E.C.; BARBOSA, I.A.; SILVA, M.J.P. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção de aprimorandos de Enfermagem. **Acta paul enferm**, v.24, n.3, p.334-340, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002011000300005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000300005). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v.32, n.2, p. 153-168, agosto de 1998. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca: teste de confiabilidade pela concordância entre avaliadores – correlação. **Rev.Esc.Enf.USP**, São Paulo, v.36, n.3, p. 245-252, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n3/v36n3a05.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PEREIRA, H.J.L. Foucault, sujeito, verdade e educação: o cuidado de si como exercício de liberdade. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em educação) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012. Disponível em: [http://tede.biblioteca.ucg.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1264](http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1264). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PESSOA, N.R.C.; LINHARES, F.M.P. Pacientes em hemodiálise com fístula arteriovenosa: conhecimento, atitude e prática. **Esc. Anna Nery**, v.19, n.1, p.73-79, 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452015000100073](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100073). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PIRES, M.R.G.M. Politicidade do cuidado como referência emancipatória para a Enfermagem: conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.5, p. 729-736, set/out 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a25v10n4.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

PUPULIN, J.S.L.; SAWADA, N.O. Percepção de Pacientes Sobre a Privacidade no Hospital. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.4, p. 621-629, jul/ago 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a11v65n4.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

RAZERA, A.P.R.; BRAGA, E.M. A Importância da Comunicação no período de recuperação pós-operatória. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v.45, n. 3, p. 632-367, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a12.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

RIBEIRO, J.C.S.; DACAL, M. D. P. O. A instituição hospitalar e as práticas psicológicas no contexto da Saúde Pública: notas para reflexão. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 65-84, dez. 2012 . Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582012000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000200006&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

RICHARDSON, R.J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3ª ed. 13ª reimpressão. São Paulo: Atlas, 2011.

RUFINO, A.S.; et al. Classificação de pacientes segundo grau de dependência da equipe de Enfermagem. **Rev Enferm Atenção Saúde [online]**, v.4, n.2, p.5-19, 2015. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1012/pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SANTOS, L.N.; MARTINS, A. A originalidade da obra de George Groddeck e algumas de suas contribuições para o campo da saúde. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v.17, n.44, p. 9-21, jan/mar 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a02v17n44.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SANTOS, R.M.; et al. Relacionamento entre profissionais de saúde e parturientes: um estudo com desenhos. **R Enferm UFSM**, Santa Maria, v. 1, n.2, p. 225-237, 2011. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2588/1635>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SANTOS, J.O.; SHIMO, A.K.K. Prática rotineira da Episiotomia refletindo a desigualdade de poder entre profissionais de saúde e mulheres. **Esc Anna Nery Enferm**, Rio de Janeiro, v. 12, n.4, p.645-650, 2008. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000400006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452008000400006&script=sci_arttext). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SANTOS, N.; VEIGA, P.; ANDRADE, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v.64, n.2, p.355-358, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672011000200021&script=sci_arttext)

SANTOS, R.M.; et al. A enfermeira e a nudez do paciente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.163, n.6, p. 877-886, nov/dez 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/02.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SASSO, E.S. Princípios operadores disciplinares e a resistência contra a sujeição: uma perspectiva foucaultiana. 2014. 185p. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade Federal de São Paulo, Guarulhos, 2014.

SILVA, A.J. A ideia de Poder em Foucault: o Estado e a arte de governar. **Revista Eletrônica Μετάνοια**, n.12, p.19-37, 2010. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalable/ailton.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T. Ambiente do centro cirúrgico e os elementos que o integram: implicações para os cuidados de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.63, n.3, p. 427-434, mai/jun 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n3/a13v63n3.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SILVA, R.S; CAMPOS, E.R.A.; PEREIRA, A. Cuidando do paciente no processo de morte na unidade de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**, v.45, n.3, p.738-744, 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300027). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SILVA, E.M.F.; LACAVA, S. Reflexão sobre o cuidado de Enfermagem e sua aproximação com a prática social. **Revista de Enfermagem UNISA**, v.11, n.1, p.53-56, 2010. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2010-1-09.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SILVA, G.F.; MACHADO JÚNIOR, S.S. O Discurso em Michel Foucault. **Revista eletrônica História em Reflexão**. v.8, n.16, 14p., jul/dez 2014. Disponível em: <http://www.periodicos.ufgd.edu.br/index.php/historiaemreflexao/article/viewFile/3821/>

[2086](#). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SILVA, S.S.; KRUSE, M.H.L. Em defesa da sociedade: a invenção dos cuidados paliativos e a produção de subjetividades. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.46, n.2, p.460-465, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000200026&script=sci_arttext). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SILVA, T.P.; et al. Estabelecendo estratégias de ação/interação para o cuidado à criança com condição crônica hospitalizada. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 279-285, jun 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n2/1414-8145-ean-19-02-0279.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SILVEIRA, L.Ç.; et al. Cuidado clínico em Enfermagem: desenvolvimento de um conceito na perspectiva de reconstrução da prática profissional. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.17, n.3, p. 548-554, jul/set 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0548.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SILVEIRA, R.A. **Michel Foucault: Poder e análise das organizações**. 1 ed, 2 reimpr. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011.

SOUSA, L.D.; et al. A clínica como prática arborífica e rizomórfica do trabalho em Enfermagem cirúrgica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.47, n.6, p. 1389-1396, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n6/0080-6234-reeusp-47-6-01389.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

SOUSA, N.C.; MENESES, A.B.N.T. O poder disciplinar: uma leitura em Vigiar e Punir. **Revista Saberes**, Natal- RN, v. 1, n.4, p.18-35, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br/saberes/article/view/561>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

STEIN-PASBURY. **Patient and Person: interpersonal skills in nursing**. 5 ed. Chatswood, Austrália: Elsevier, 2014.

STUMM, E.M.F; et al. Estressores vivenciados por pacientes em uma UTI. **Cogitare Enferm**, Curitiba – PR, v. 13, n. 4, p. 499-506, 2008. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/13108/8866>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

TAVARES, A.T.; PAWLOWYTSCH, P.W.M. Percepção dos pacientes sobre sua permanência em Unidade Terapia Intensiva. **Saúde Meio Ambient**, v.2, n. 2, p. 32-43, 2013. Disponível em: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/viewFile/434/391>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

VELLOSO, I.S.C.; CECI, C.; ALVES, M. Reflexões sobre relações de poder na prática de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 31, n. 2, p. 388-91, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472010000200026](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200026). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

VEIGA, E.P.; GOMES, L.; MELO, G.F. Fatores estressores em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes idosos e adultos no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.16, n.3, p.65-77, 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18524/13713>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

VIANA, L.S.; et al. Aspectos que permeiam a nudez no cotidiano do cuidado de Enfermagem. **REUOL – Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.7, n.3, p.937-944, 2013. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/view/2415/pdf\\_2261](http://www.revista.ufpe.br/revistaEnfermagem/index.php/revista/article/view/2415/pdf_2261). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

VIEIRA, A.; SILVEIRA, L.C.; FRANCO, T.B. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na Enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 9-22, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9n1/v9n1a02.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

XAVIER, D.M.; GOMES, G.C.; SALVADOR, M.S. O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com as normas e rotinas. **Esc Anna Nery Enferm**, v. 18, n. 1, p. 68-74, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100068](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100068). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

XAVIER, D.M.; et al. A família na unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. **Rev. Bras. Enferm.** v.67, n.2, p.181-186, mar/abr 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000200181](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000200181). Acesso em: 12 de novembro de 2015.

ZUBEN, N.A. Vulnerabilidade e finitude: a ética do cuidado do outro. **Síntese – Revista de Filosofia**, Belo Horizonte, v.39, n.125, p.433-456, 2012. Disponível em: <http://faje.edu.br/periodicos2/index.php/Sintese/article/view/1857>. Acesso em: 12 de novembro de 2015.

WALDOW, V.R.; BORGES, R.F. Cuidar e Humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.24, n.03, p. 414-418, 2011.

WEISS, S.A.; TAPPEN, R.M. **Essentials of leadership and management**. 6 ed. Philadelphia, USA: F.A. Davis Company, 2015.

## **ANEXOS**

## ANEXO A – INSTRUMENTO DE PERROCA E GAIDZINSKI – SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:.....

UNIDADE:..... LEITO:..... DATA:.....

1- Estado mental e nível de consciência (habilidade em manter a percepção e as atividades cognitivas)	
1	<b>Acordado:</b> interpretação precisa de ambiente e tempo; executa, sempre, corretamente, ordens verbalizadas; preservação da memória
2	<b>Acordado:</b> interpretação precisa de ambiente e tempo; segue instruções corretamente apenas algumas vezes; dificuldade de memória
3	<b>Acordado:</b> interpretação imprecisa de ambiente e tempo em alguns momentos; dificilmente segue instruções corretamente; dificuldade aumentada de memória
4	<b>Acordado:</b> interpretação imprecisa de ambiente e tempo em todos os momentos; não segue instruções corretamente; perda de memória
5	<b>Desacordado:</b> ausência de resposta verbal e manutenção de respostas à estímulos dolorosos ou ausência de respostas verbais e motoras
2 - Oxigenação (aptidão em manter a permeabilidade das vias aéreas e o equilíbrio nas trocas gasosas por si mesmo, com auxílio da equipe de Enfermagem e/ou de equipamentos)	
1	Não requer oxigenoterapia.
2	Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio sem necessidade de desobstrução de vias aéreas.
3	Requer uso intermitente ou contínuo de oxigênio com necessidade de desobstrução de vias aéreas.
4	Requer uso de oxigênio por traqueostomia ou tubo orotraqueal .
5	Requer ventilação mecânica.
3- Sinais Vitais (necessidade de observação e de controle dos parâmetros vitais: temperatura corporal, pulso, padrão respiratório, saturação de oxigênio e pressão arterial, arterial média e venosa central)	
1	Requer controle de sinais vitais em intervalos de 6 horas
2	Requer controle de sinais vitais em intervalos de 4 horas
3	Requer controle de sinais vitais em intervalos de 2 horas
4	Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas
5	Requer controle de sinais vitais em intervalos menores do que 2 horas e controle de pressão arterial média e/ou pressão venosa central e/ou saturação de oxigênio.
4 - Nutrição e Hidratação (habilidade de ingerir nutrientes e líquidos para atender às necessidades metabólicas, por si mesmo, com auxílio de acompanhantes ou da equipe de Enfermagem ou por meio de sondas e catéteres)	
1	Auto-suficiente
2	Requer encorajamento e supervisão da Enfermagem na nutrição e hidratação oral
3	Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio na nutrição e hidratação oral

4	Requer auxílio da Enfermagem na nutrição e hidratação oral e/ou assistência de Enfermagem na alimentação por sonda nasogástrica ou nasoenteral ou estoma.
5	Requer assistência efetiva da Enfermagem para manipulação de catéteres periféricos ou centrais para nutrição e hidratação.
5 - Motilidade (capacidade de movimentar os segmentos corporais de forma independente, com auxílio do acompanhante ou da equipe de Enfermagem ou pelo uso de artefatos)	
1	Auto-suficiente
2	Requer estímulo e supervisão da Enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais.
3	Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio na movimentação de um ou mais segmentos corporais.
4	Requer auxílio da Enfermagem para a movimentação de um ou mais segmentos corporais
5	Requer assistência efetiva da Enfermagem para movimentação de qualquer segmento corporal devido a presença de aparelhos gessados, tração, fixador externo e outros, ou por déficit motor.
6- Locomoção (habilidade para movimentar-se dentro do ambiente físico por si só, com Auxílio do acompanhante ou da equipe de Enfermagem ou pelo uso de artefatos)	
1	Auto-suficiente
2	Requer encorajamento e supervisão da Enfermagem para a deambulação.
3	Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de artefatos (órteses, próteses, muletas, bengalas, cadeiras de rodas, andadores).
4	Requer o auxílio da Enfermagem no uso de artefatos para a deambulação
5	Requer assistência efetiva de Enfermagem para locomoção devido a restrição no leito.
7- Cuidado Corporal (capacidade para realizar por si mesmo ou com auxílio de outros, atividades de higiene pessoal e conforto, de vestir-se e arrumar-se)	
1	Auto-suficiente
2	Requer supervisão de Enfermagem na realização do cuidado corporal e conforto.
3	Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
4	Requer auxílio da Enfermagem na higiene oral, higiene íntima, banho de chuveiro e medidas de conforto.
5	Requer assistência efetiva da Enfermagem para o cuidado corporal e medidas de conforto devido à restrição no leito.
8 - Eliminações (habilidade em manter as diversas formas de eliminações sozinho, com auxílio do acompanhante ou da Enfermagem ou por drenos e estornas)	
1	Auto-suficiente
2	Requer supervisão e controle pela Enfermagem das eliminações.
3	Requer orientação e supervisão de Enfermagem ao acompanhante para auxílio no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros, e controle, pela Enfermagem, das eliminações

4	Requer auxílio e controle pela Enfermagem no uso de comadre, papagaio, troca de fraldas, absorventes e outros.
5	Requer assistência efetiva de Enfermagem para manipulação e controle de catéteres, drenos, dispositivo para incontinência urinária ou estomas.
9 - Terapêutica (utilização dos diversos agentes terapêuticos medicamentosos prescritos)	
1	Requer medicação VO de rotina ou ID, SC ou IM.
2	Requer medicação EV contínua e/ou através de sonda nasogástrica, nasoenteral ou estorna.
3	Requer medicação EV intermitente com manutenção de catéter.
4	Requer uso de sangue e derivados ou expansores plasmáticos ou agentes citostáticos.
5	Requer uso de drogas vasoativas ou outras que exigem maiores cuidados na administração.
10 - Educação à Saúde (habilidade do paciente/família em receber e aceitar orientações sobre autocuidado)	
1	Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão e aceitação das informações recebidas.
2	Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com dificuldades de compreensão mas com pronta aceitação das informações recebidas.
3	Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas certa resistência às informações recebidas.
4	Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas elevada resistência às informações recebidas.
5	Orientações de Enfermagem ao paciente/família sobre auto-cuidado com pronta compreensão mas sem aceitação das informações recebidas.
11- Comportamento (sentimentos, pensamentos e condutas do paciente com relação à sua doença, gerados em sua interação com o processo de hospitalização, a equipe de saúde e/ou família)	
<p>Para preencher o indicador abaixo observe as conceituações :</p> <p>ANSIEDADE - "vago sentimento de catástrofe iminente, apreensão ou sensação de pavor" (TAYLOR,1992).</p> <p>SINTOMAS DE ANSIEDADE - alteração da respiração, tremores, sudorese, taquicardia, náusea, vômito, vertigem, anorexia, diarreia, inquietação, perturbação do sono, medo excessivo ou irracional, sensações de falta de ar ou sufocamento, parestesias, tensão muscular (DSM-IV,1995).</p> <p>RETRAIMENTO SOCIAL - tendência ocasional para evitar contatos sociais ; funcionamento social diminuído.</p> <p>IRRITABILIDADE - "Irritação : estado relativamente moderado de cólera, expressando-se sobretudo em formas verbais" ( CABRAL;NICK,1979). Ex: exasperação, exaltação.</p> <p>RETRAIMENTO SOCIAL AUMENTADO - tendência freqüente para evitar contatos sociais.</p> <p>APATIA -"aparente insensibilidade a tudo o que provoca habitualmente no indivíduo um sentimento ou uma emoção" (FILLIUD et al, 1981), indiferença. Ex: não manifestação de amor, ódio, alegria, tristeza, medo, raiva.</p> <p>PASSIVIDADE - "é uma predisposição para sofrer sem iniciativa nem esforço todas as influências exteriores" (FILLIUD et al, 1981). Ex: Não reação diante de procedimentos de Enfermagem., condutas médicas, hospitalização.</p> <p>DESESPERANÇA - "estado subjetivo em que o indivíduo vê escolhas pessoais disponíveis limitadas, ou sem alternativas, e está incapaz de mobilizar energia em seu próprio favor" (NANDA, 1986). Ex: ausência ou diminuição de expectativas, projetos e planos de vida.</p> <p>IMPOTÊNCIA PSÍQUICA - "percepção de que uma pessoa tem de que o que ela pode fazer não altera, significativamente, um resultado [...] " (NANDA, 1982). Ex: demonstração de incapacidade para desempenhar atividades cotidianas ( não sei", "não vou conseguir", "não posso").</p> <p>AMBIVALÊNCIA DE SENTIMENTOS - " coexistência de dois impulsos, desejos, atitudes ou emoções opostos dirigidos para. a mesma pessoa, o mesmo objeto ou o mesmo objetivo [...]" (DICIONÁRIO Médico Blakiston, 1982). Ex: afirmação/negação, aceitação/rejeição, amor/ódio, alegria/tristeza.</p> <p>ISOLAMENTO SOCIAL - "provação de contatos sociais [...]" (CABRAL; NICK, 1979) .</p>	

1	Calmo, tranquilo; preocupações cotidianas
2	Alguns sintomas de ansiedade (até 3) ou queixas e solicitações contínuas ou retraimento social.
3	Irritabilidade excessiva ou retraimento social aumentado ou apatia ou passividade ou queixas excessivas.
4	Sentimento de desesperança ou impotência psíquica ou ambivalência de sentimentos ou acentuada diminuição do interesse por atividades ou aumento da frequência de sintomas de ansiedade (mais de 3 sintomas).
5	Comportamento destrutivo dirigido a si mesmo e aos outros ou recusa de cuidados de atenção à saúde ou verbalizações hostis e ameaçadoras ou completo isolamento social.
12 - Comunicação (habilidade em usar ou entender a linguagem verbal e não verbal na interação humana)	
1	Comunicativo, expressa ideias com clareza e lógica.
2	Dificuldade em se expressar por diferenças socioculturais; verbalização inapropriada.
3	Recusa-se a falar; choroso; comunicação não verbal.
4	Dificuldade em se comunicar por distúrbios de linguagem (afasia, disfasia, disartria) ou sensibilidade dolorosa ao falar ou por barreira física (traqueostomia, entubação) ou deficiência física ou mental.
5	Inapto para comunicar necessidades .
13 - Integridade Cutâneo-Mucosa (manutenção da pele e mucosas sem danificação ou destruição)	
1	Pele íntegra e sem alteração de cor em todas as 80s do corpo.
2	Presença de alteração da cor da pele (equimose, hiperemia ou outras) em uma ou mais Áreas do corpo sem solução de continuidade
3	Presença de solução de continuidade em uma ou mais Áreas do corpo sem presença de exsudato purulento
4	Presença de solução de continuidade em uma ou mais Áreas do corpo com presença de exsudato purulento, sem exposição de tecido muscular e/ou ósseo; ausência de Áreas de necrose.
5	Presença de solução de continuidade em uma ou mais Áreas do corpo com presença de exsudato purulento, exposição de tecido muscular e/ou ósseo ; presença de Áreas de necrose

**AVALIAÇÃO DO TIPO DE CUIDADO:**

**Cuidados Mínimos:** 13 a 26 pontos - cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, mas fisicamente autossuficientes quanto às necessidades humanas básicas;

**Cuidados Intermediários:** 27 a 39 pontos - cuidados a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de Enfermagem, com parcial dependência das ações de Enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas;

**Cuidados Semi-Intensivos:** 40 a 52 pontos - cuidados a pacientes crônicos, estáveis sob o ponto de vista clínico, porém, com total dependência das ações de Enfermagem quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas.

**Cuidados Intensivos:** 53 a 65 pontos - cuidados a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de Enfermagem permanente e especializada;

**Total da pontuação:** \_\_\_\_\_ **Classificação:** \_\_\_\_\_ **Enfermeira:** \_\_\_\_\_

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

*“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa.”* (Resolução. nº 466/12- IV, do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “O PODER NA RELAÇÃO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM: A VOZ DO PACIENTE”, que será realizado na Universidade Federal de Alagoas, em Maceió, recebi da Sra. Marina Kelly Santos Baptista, mestranda, responsável por sua execução e da prof.<sup>a</sup> Dra. Regina Maria dos Santos, orientadora e responsável pela pesquisa, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- 1) Que o estudo se destina a descrever e analisar o exercício do poder nas relações de cuidado de Enfermagem ao paciente internado.
- 2) Que a importância deste estudo está relacionada ao saber do cuidado direto com o cliente e constitui-se um estudo de interesse para a Enfermagem, pois aborda a atuação direta desses profissionais dentro da equipe de saúde em relação à sua conduta perante o paciente internado.
- 3) Que os resultados que se desejam alcançar são: maior compreensão sobre a maneira como o poder se apresenta nas relações de cuidado de Enfermagem com o paciente internado em clínica cirúrgica, que poderá promover um novo olhar da Enfermagem sobre seus cuidados ao paciente.
- 4) Que este estudo começará em junho de 2015 e terminará em março de 2016;
- 5) Que eu participarei do estudo da seguinte maneira: concedendo entrevista, a qual será realizada em data e local escolhidos por mim. A pesquisadora intermediará o encontro para a entrevista, com contato pessoal prévio comigo, se apresentando, falando a respeito da sua pesquisa e me dando liberdade para fazer as perguntas que achar conveniente. Depois decidirei sobre qual a melhor data e local para a entrevista, momento em que eu serei preparado para a gravação de meu depoimento, sendo apresentado previamente a mim o aparelho eletrônico que será utilizado;
- 6) Que os possíveis riscos à minha saúde física e mental são: risco de me cansar, entediar ou me emocionar durante a entrevista, medo de ser prejudicada pela Enfermagem se minhas respostas não agradarem, sentir-me envergonhada em responder alguma pergunta formulada pela pesquisadora ou ainda me confessar esquecida, constrangendo-me em não colaborar como gostaria;
- 7) Que os pesquisadores adotarão as seguintes medidas para minimizar os riscos: a pesquisadora respeitará o meu momento, suspenderá a entrevista tantas vezes quantas sejam necessárias, remarcará quando eu preferir, ouvirá meus argumentos, me garante que a Enfermagem ou qualquer outra pessoa não saberá o que respondi, que a conversa é reservada somente entre eu e a pesquisadora e se colocará à disposição para deixar-me confortável durante todo o tempo que for necessário. Se me emocionar e ficar ansiosa a pesquisadora verificará meu pulso, minha pressão arterial e se for necessário acionará a equipe de saúde da clínica que estará avisada da entrevista
- 8) Que os benefícios que deverei esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente são: o sentimento de ter dado voz às minhas angústias e inquietações. Falando sobre este assunto, por meio deste estudo, após a publicação dos resultados poderá haver alguma sensibilização que contribua para que os profissionais revejam as práticas assistenciais, promovendo a melhoria da qualidade da assistência profissional;

Que, sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo;

9) Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo;

10) Que as informações conseguidas através de minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto;

11) Que o estudo não acarretará nenhuma despesa para mim enquanto participante da pesquisa.

12) Que eu serei indenizado por qualquer dano que venha a sofrer com a participação na pesquisa, podendo ser encaminhado para o **Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas**.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e, estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em dela participar e, para tanto eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<b>Endereço d(o,a) participante-voluntári(o,a)</b>	
Domicílio: (rua, praça, conjunto):	
Bloco: /Nº: /Complemento:	
Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone:	
Ponto de referência:	
<b>Contato de urgência: Sr(a).</b>	
Domicílio (rua, praça, conjunto):	
Bloco:	/Nº: /Complemento:
Bairro:	/CEP/ Cidade:
Telefone:	
Ponto de referência:	
<b>Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):</b>	
Instituição: Universidade Federal de Alagoas	
Endereço completo:	
Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins, CEP:57072-900, Maceió - AL	
Complemento: Escola de Enfermagem e Farmácia – ESENFAR, Sala 213	
Telefones p/contato: <b>Marina (82) 9600-7549 / Regina (82) 9983-5556</b>	
<p><b>ATENÇÃO:</b> Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: <b>Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas</b> Prédio da Reitoria, sala do C.O.C. , Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041</p>	

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

(Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal - Rubricar as demais folhas)	REGINA MARIA DOS SANTOS Orientadora – Pesquisadora Responsável
	MARINA KELLY DOS SANTOS BAPTISTA Orientanda

**ANEXO C - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ACESSO AOS PRONTUÁRIOS)**

img038.jpg

[https://mail.google.com/\\_scs/mail-static/\\_js/k=gmail.main.pt\\_BR...](https://mail.google.com/_scs/mail-static/_js/k=gmail.main.pt_BR...)**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NO HUPAA/UFAL**

Autorizo ao (a) pesquisador (a) MARINA KELLY SANTOS BAPTISTA a ter acesso aos prontuários dos pacientes do HUPAA, arquivados no SAME desta instituição objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com título O PODER NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA PESSOA CUIDADA, para fins DE OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE – DISSERTAÇÃO (projeto anexo, entregue em forma digital e cadastrada na Direção de Ensino), devendo o (a) mesmo (a) seguir os preceitos da pesquisa **envolvendo prontuários médicos**, conforme o que estabelece a Resolução CNS 456/12, itens III.1 "a" e IV.1."g", a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/ 2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitido a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado a pesquisa.

Maceió, 22 de maio de 2015.

Marina K. S. Baptista

Aluno(a)

Fernando Antonio M. Guimarães

Orientador(a)

Fernando Antonio M. Guimarães  
Gerente de Ensino e Pesquisa/HUPAA/UFAL/EBSERH

Fernando Antonio M. Guimarães  
Gerente de Ensino e Pesquisa  
HUPAA/UFAL/EBSERH

**ANEXO D - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL (ACESSO AO HOSPITAL)**

img039.jpg

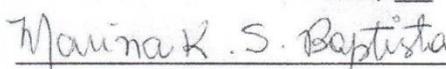
[https://mail.google.com/\\_scs/mail-static/\\_js/k=gmail.main.pt\\_BR...](https://mail.google.com/_scs/mail-static/_js/k=gmail.main.pt_BR...)

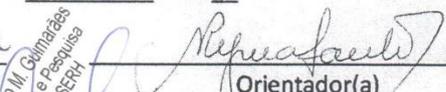
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

**AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA NO HUPAA/UFAL**

Autorizo ao (a) pesquisador (a) MARINA KELLY SANTOS BAPTISTA a ter acesso ao Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da Universidade Federal de Alagoas HUPAA/UFAL, objetivando a realização do trabalho de pesquisa, com título O PODER NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA PESSOA CUIDADA ( projeto anexado, entregue em forma digital e cadastrada na direção de ensino), para fins OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRE, DISSERTAÇÃO, devendo o(a) mesmo(a) seguir os preceitos de pesquisa, conforme o que estabelece a Resolução CNS 466/12, itens III.1 "a" e IV.1."g", a Constituição Federal Brasileira (1988) art. 5º, Incisos X e XIV; o Código Civil Brasileiro arts.20 – 21, o Código Penal Brasileiro arts. 153-154, o Código de Processo Civil arts. 347, 363 e 406, o Código de Defesa do Consumidor arts. 43-44, a Resolução da ANS (Lei nº 9961 de 28/01/2000), a Resolução Normativa nº 21, o Código de Ética Médica – CFM arts. 11, 70, 102, 103, 105, 106 e 108, a Resolução do CFM nº 1605/2000, 1638/ 2002 e 1642/2002 e o Parecer CFM nº 08/2005. Só sendo permitido a divulgação dos resultados, preservando a identidade do paciente, em reuniões e publicações científicas e/ou junto ao grupo de estudo, relacionado a pesquisa.

Maceió, 21 de maio de 2015

  
 Aluno(a)

  
 Orientador(a)

Fernando Antônio M. Guimarães  
 Gerente de Ensino e Pesquisa/HUPAA/UFAL/EBSERH

**Direção de Ensino**  
 Av. Lourival Melo Mota, S/N - Tabuleiro do Martins - 57072-900 - Maceió/Alagoas  
 Telefone: 82 XX 3322-2605 / 9307-7757 - Fax: 82XX3 322-2494 E-mail: [ensinohu@gmail.com](mailto:ensinohu@gmail.com) - Home Page:  
[www.hu.ufal.br](http://www.hu.ufal.br)

**ANEXO E – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O PODER NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA PESSOA CUIDADA

**Pesquisador:** Regina Maria dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 45801615.3.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:**

1.189.934

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), na linha de pesquisa "Enfermagem, vida, saúde, cuidado dos grupos humanos".

"Estudo que tem como objeto o poder que permeia as relações de cuidado de Enfermagem ao paciente internado. Tem como objetivos descrever e analisar no discurso de pacientes internados, como o poder se apresenta nas relações de cuidado de enfermagem. Trata-se de um estudo qualitativo com abordagem descritivo-analítica que terá como sujeitos pessoas na condição de pacientes, internados em um hospital do município de Maceió. As informações serão produzidas através de entrevistas, com o auxílio de roteiro semiestruturado e um gravador de voz, as quais serão transcritas e lidas exaustivamente em busca de núcleos de sentido de onde emanarão as categorias elucidativas que permitirão alcançar os objetivos propostos. Os resultados serão interpretados à luz dos conceitos de Liberdade e Relações de poder, do filósofo francês Michel Foucault. Espera-se contribuir para reflexões sobre o comportamento dos profissionais de Enfermagem no exercício do processo de cuidar."

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Descrever e analisar no discurso de pacientes internados, como o poder se revela nas relações de cuidado de enfermagem.

**Objetivo Secundário:**

Discutir, à luz do pensamento de Michel Foucault, quais as implicações sobre a liberdade do paciente e quais estratégias eles utilizam para proteger sua liberdade e autonomia diante da prestação dos cuidados de enfermagem.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:****"Riscos:**

No que se referem aos entrevistados, devido o tema ser complexo e que pode envolver fortes opiniões, os possíveis riscos são: destes se sentirem cansados, entediados ou emocionados durante a entrevista, medo de serem prejudicados pela Enfermagem caso suas respostas não agradarem, sentirem-se envergonhados em responder alguma pergunta formulada pela pesquisadora ou ainda confessarem-se esquecidos, ficando constrangidos por não colaborar como gostariam. Desta maneira, para minimizar esses fatores, serão respeitados os desejos dos entrevistados acerca das melhores condições para a realização dessas entrevistas. Sobre a pesquisadora, esta poderá se sentir apreensiva quanto ao sucesso na realização das entrevistas, visto que as pessoas serão convidadas a participar do estudo, conforme os princípios éticos que sustentam a prática da investigação científica, estas, no entanto, poderão não aceitar participar do mesmo. Quanto ao desenvolvimento da pesquisa, é necessário ressaltar que uma dificuldade que pode interferir no cumprimento das ações planejadas e no alcance das metas estabelecidas diz respeito à perda das informações coletadas, para garantir que isso não ocorra, as informações serão gravadas e copiadas em duas vias (CD, pendrive) e quanto ao seu armazenamento, serão devidamente guardados em local adequado e seguro no arquivo do Grupo de Estudo D. Isabel Macintyre (GEDIM), situado na Escola de Enfermagem e Farmácia (ESENFAR) na Universidade Federal de Alagoas, visando o anonimato dos participantes e o não vazamento de informações.

**Benefícios:**

Por meio deste estudo, após a publicação dos resultados poderá haver alguma sensibilização que contribua para que os profissionais revejam as práticas assistenciais, promovendo a melhoria da qualidade da assistência profissional. Portanto, o estudo do tema proposto, na perspectiva do paciente, contribui substancialmente para o conhecimento no processo de cuidar em enfermagem e para a qualidade da assistência à saúde, uma vez que, a partir do conhecimento destes, o profissional será capaz de discernir as estratégias viáveis e aconselháveis para cada situação;" É considerada adequada a relação entre riscos e benefícios.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa será realizada no setor de clínica cirúrgica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) com indivíduos internados em ambiente hospitalar. Será realizada entrevista e aplicado instrumento para determinar o grau de dependência dos cuidados de Enfermagem.

Pesquisa bem redigida e preocupada com aspectos teórico, metodológicos e éticos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Informações Básicas do Projeto PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_523927.pdf

Folha de Rosto Folha de Rosto.pdf

TCLE - Modelo de Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido

TCLE.pdf

Declarações Diversas DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E INSTALAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA

PESQUISA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.pdf

Declarações Diversas DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466 - 12 DE

PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO

MATERIALDADOS COLETADOS.pdf

Autorização de acesso a arquivo AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS ç

ACESSO AO PRONTUÁRIOS.pdf

Outros Roteiro Para Entrevista Semi-Estruturada.pdf

Outros INSTRUMENTO DE PERROCA E GAIDZINSKI ç SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE.pdf

Outros PROTOCOLO DE PESQUISA.pdf

Outros IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E PARECER DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS.pdf

Outros AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS .pdf

Projeto Detalhado O PODER NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE - O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA

PERSPECTIVA DA PESSOA CUIDADA - VERSÃO FINAL.pdf

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo atende as recomendações éticas da Resolução 466/12.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	25/05/2015 17:04:59		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO 466 - 12 DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E DESTINAÇÃO DO MATERIALDADOS COLETADOS.pdf	25/05/2015 17:07:14		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	25/05/2015 17:05:21		Aceito

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	O PODER NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE - O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA PESSOA CUIDADA - VERSÃO FINAL.pdf	28/05/2015 08:51:15		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E INSTALAÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA E SUAS CONSEQUÊNCIAS.pdf	28/05/2015 08:51:44		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS e ACESSO AO PRONTUÁRIOS.pdf	28/05/2015 08:52:07		Aceito
Outros	AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA	28/05/2015 08:53:01		Aceito
Outros	DE DADOS .pdf	28/05/2015 08:53:01		Aceito
Outros	IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO E PARECER DA INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADA A COLETA DE DADOS.pdf	28/05/2015 08:54:25		Aceito
Outros	PROTOCOLO DE PESQUISA.pdf	28/05/2015 08:55:05		Aceito
Outros	INSTRUMENTO DE PERROCA E GAIDZINSKI e SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE.pdf	28/05/2015 08:56:14		Aceito
Outros	Roteiro Para Entrevista Semi- Estruturada.pdf	28/05/2015 08:56:50		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_523927.pdf	28/05/2015 09:57:47		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_523927.pdf	01/06/2015 11:57:08		Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 24 de Agosto de 2015

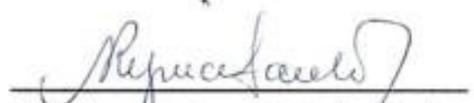
---

**Assinado por:**  
**Deise Juliana Francisco**  
**(Coordenador)**

**ANEXO F - DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DAS NORMAS DA RESOLUÇÃO  
466/12 DE PUBLICIZAÇÃO DOS RESULTADOS E SOBRE O USO E  
DESTINAÇÃO DO MATERIAL/DADOS COLETADOS**

Nós, Regina Maria dos Santos (Orientadora) e Marina Kelly Santos Baptista (Orientanda), pesquisadoras do projeto intitulado "O PODER NA RELAÇÃO PROFISSIONAL-PACIENTE: O CUIDADO DE ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA DA PESSOA CUIDADA", ao tempo em que nos comprometemos em seguir fielmente os dispositivos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, asseguramos que os resultados da presente pesquisa serão tornados públicos sejam eles favoráveis ou não, bem como declaramos que os dados coletados para o desenvolvimento do projeto, por meio das entrevistas gravadas e sua respectiva transcrição, serão utilizados com o intuito de encontrar núcleos de sentido, por meio de leitura exaustiva dos documentos resultantes das entrevistas, dos quais serão extraídas as categorias de análise para a discussão do estudo, para que dessa forma, possa-se responder ao objetivo geral do estudo e, após conclusão da pesquisa, serão armazenados em local próprio e seguro no arquivo do Grupo de Estudos D. Isabel Macintyre (GEDIM) localizado na Escola de Enfermagem e Farmácia da Universidade Federal de Alagoas, para uso em pesquisas posteriores.

Maceió, 09 de abril de 2015

  
Prof<sup>ª</sup> Dra. Regina Maria dos Santos  
(Orientadora)

  
Marina Kelly Santos Baptista  
(Mestranda)

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

### Parte 1 – Preparação do campo para a entrevista

Preparando o sujeito para o uso do gravador – Explicar a razão de precisar gravar, que sua voz será ouvida somente pelas pesquisadoras; que ele poderá interromper a gravação na hora que achar conveniente e que a transcrição lhe será apresentada para que confirme se permitirá seu uso na pesquisa;

Preparando a entrevista: Declarar o objeto do estudo, os objetivos e os resultados esperados. Perguntar se o sujeito concorda em conceder a entrevista, se cederá a entrevista para uso na pesquisa e se concorda em doar seu depoimento para uso em pesquisas futuras desde que seu anonimato seja preservado.

Garantindo o respeito à autonomia do sujeito para participar da pesquisa: certificar-se de que o sujeito está suficientemente esclarecido pelas informações no TCLE e prestar as informações que ainda forem necessárias

### Parte 2 – Caracterização dos sujeitos

Gênero declarado:	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> outro
Idade:	
Situação conjugal:	<input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> união estável
Número de filhos:	<input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> de 1 a 2 <input type="checkbox"/> Igual ou maior que 3
Escolaridade:	<input type="checkbox"/> não alfabetizado <input type="checkbox"/> fundamental incompleto <input type="checkbox"/> fundamental completo <input type="checkbox"/> médio incompleto <input type="checkbox"/> médio completo <input type="checkbox"/> superior incompleto <input type="checkbox"/> superior completo <input type="checkbox"/> pós-graduação completo <input type="checkbox"/> pós-graduação completo
Diagnóstico:	
Dias de pós-operatório:	
Existência de acompanhante:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo de vínculo do acompanhante com o paciente:	<input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Esposa(o) <input type="checkbox"/> Sobrinha(o) <input type="checkbox"/> Tia(o) <input type="checkbox"/> Vizinho <input type="checkbox"/> Outro: _____

### Parte 3 – Questões abertas

1. Pode me contar por que precisou se internar neste hospital?
2. Como estava em casa e quem estava cuidando do(a) senhor(a)?
3. O que está sentindo esses dias (ou momento) e como chama pela Enfermagem?
4. Ao chamar alguém da Enfermagem, pode contar como é atendido? A Enfermagem vem até o Sr(a) sem ser chamada?
5. A Enfermagem faz a sua higiene corporal? Como é feita?
6. A Enfermagem dá a sua medicação? Acompanha? Como é que faz?
7. Que mais a Enfermagem faz com ou pelo Sr(a)? Como faz?
8. A Enfermagem lhe pergunta como quer ser cuidada? Suas preferências, seus gostos, suas rotinas? Acata suas respostas?
9. Alguma vez disse que não queria que alguma coisa não fosse feita ou fosse feita de maneira diferente? Foi atendida? Se não, alguma coisa mudou na relação com os profissionais?
10. Que mais gostaria de dizer sobre a forma como são prestados os cuidados de Enfermagem?

### Parte 4 – Encerramento da entrevista

1. Perguntar mais uma vez se gostaria de dizer mais alguma coisa ou fazer alguma pergunta
2. Marcar dia e hora para trazer a entrevista transcrita para ser lida e validada
3. Pedir compreensão e autorização para completar alguma pergunta da entrevista se for necessário
4. Agradecer a participação do sujeito ressaltando como sua participação foi importante para o estudo
5. Encerrar a entrevista desligando o gravador, despedir-se e sair do campo

**APÊNDICE B - TERMO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL E COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS – UFAL  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA – ESENFAR  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
 MESTRADO EM ENFERMAGEM



**TERMO DE CESSÃO GRATUITA DE DIREITOS DE DEPOIMENTO ORAL  
 E  
 COMPROMISSO ÉTICO DE NÃO IDENTIFICAÇÃO DO DEPOENTE\***

Pelo \_\_\_\_\_ presente \_\_\_\_\_ documento,  
**eu Entrevistado(a):** \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ emitido pelo(a): \_\_\_\_\_,

domiciliado/residente em (Av./Rua/nº./complemento/Cidade/Estado/CEP):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_,  
**declaro ceder à Pesquisadora:** Marina Kelly Santos Baptista, CPF: 728.033.471-72 RG: 001.635.771, emitido pela SSP/MS, domiciliado/residente em: Rua 28, nº 33, quadra G03, Conjunto Graciliano Ramos, Cidade Universitária, CEP. 57073-325, Maceió – AL, **sem quaisquer ônus financeiro ou patrimonial, para mim ou para a pesquisadora, a plena propriedade e os direitos autorais do depoimento de caráter investigativo que prestei à pesquisadora/entrevistadora aqui referida, na cidade de Maceió, Alagoas, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, como subsídio à construção de sua dissertação de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Alagoas.** A pesquisadora acima citada fica conseqüentemente autorizada a utilizar, divulgar e publicar, para fins acadêmicos, o mencionado depoimento, no todo ou em parte, editado ou não, bem como armazená-lo no arquivo do Grupo de Pesquisa D. Isabel Macintyre – GEDIM, para uso em pesquisas futuras, com a ressalva de garantia, por parte da pesquisadora, da integridade do seu conteúdo. **A pesquisadora se compromete a preservar meu depoimento no anonimato, identificando minha fala com nome fictício ou símbolo não relacionados à minha verdadeira identidade.** -----

Maceió - AL, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (assinatura do entrevistado/depoente)

\_\_\_\_\_  
 Marina Kelly Santos Baptista  
 (pesquisadora/entrevistadora)

\* (Adaptado do CEDIC-Centro de Documentação e Informação Científica "Professor Casemiro dos Reis Filho" - PUC/SP)