

A FORMAÇÃO CLÍNICA E A PRODUÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE E NA ENFERMAGEM

CLINICAL TRAINING AND THE PRODUCTION CARE IN HEALTH AND NURSING

Alcivan Nunes Vieira¹

Lia Carneiro Silveira²

Túlio Batista Franco³

Resumo Este ensaio propõe uma discussão sobre a clínica na prática e na formação acadêmica da enfermagem a partir de referenciais teórico-conceituais situados no campo da filosofia, tendo como pistas as relações de poder, saber e subjetividade presentes no encontro entre os sujeitos implicados com a produção do cuidado em saúde e com a formação acadêmica. A clínica na enfermagem foi impregnada pelo referencial biomédico, o que lhe conferiu alguns atributos que condicionaram sua prática: a pretensa neutralidade nas relações entre quem cuida e quem é cuidado, bem como a objetificação dos sujeitos, dos problemas e das necessidades de saúde que limita o olhar e as possíveis intervenções elaboradas no sentido de atendê-las. Nesta perspectiva, estas se pautam na compreensão da doença apenas em sua dimensão orgânica. Encontramos na filosofia espinosista a clínica como um encontro potencializador dos sujeitos, espaço de recriação e resignificação da vida. Em Epicuro, esse encontro produz também desvios, movimentos aversos a estaticidade e apatia. Partindo dessas concepções, entendemos que a reconstrução da prática clínica no trabalho do enfermeiro passa necessariamente pela reconstrução das relações entre os sujeitos envolvidos na formação e pela produção de dispositivos mobilizadores de subjetividades.

Palavras-chave enfermagem; formação; clínica; cuidado.

Abstract This essay proposes a discussion on the practice and academic training in nursing based on theoretical and conceptual references in the field of philosophy, taking as cues the relationships of power, knowledge, and subjectivity in the meeting between the subjects involved with the production of health care and academic education. The nursing practice was impregnated by biomedical references, which conferred it a few attributes that have imposed limitations on it: the supposed neutrality in the relationships between those who provide care and those who are cared for, the problems and needs in health that limit the analysis and possible interventions developed in order to meet them. From this perspective, they are guided in seeking to understand disease only in its organic dimension. In Spinoza's philosophy, the clinical practice is a place that potentializes the subjects, a space to recreate and give new meaning to life. In Epicurus, this place also produces deviations, movements that are aversive to changelessness and apathy. Based on these conceptions, we argue that the reconstruction of the clinical practice in nursing work should observe the reconstruction of the relationships among the individuals involved in the training and the production of devices that set subjectivities into motion.

Keywords nursing; training; clinic; care.

Introdução

O cuidado de enfermagem em todos os seus processos de trabalho é mediado por uma prática clínica que expressa a apreensão dos fenômenos da saúde e da doença tanto ao nível do sujeito como singularidade quanto como coletividade.

Nos seus distintos momentos históricos (enfermagem primitiva, medieval, moderna e contemporânea) percebem-se práticas clínicas que conservam como características basilares: a objetificação da doença e do sujeito que adoce; a doença percebida em uma dimensão biologicista ou mágico-religiosa e, principalmente, a predominância de um certo tipo de saber externo ao sujeito na relação que este estabeleceu com a enfermagem (Almeida e Rocha, 1989).

Estas considerações depreendem-se do fato de que a clínica desenvolveu-se atrelada ao aumento das intervenções institucionalizadas em saúde, mediadas pela medicina; refletindo, portanto, relações de poder e a percepção da saúde e da doença em campos de saberes situados predominantemente nas ciências biológicas.

A clínica no campo da saúde carrega em si uma polissemia que alberga desde uma perspectiva de interpretação de sinais e sintomas da doença situada no corpo até um plano relacional que tem nos sujeitos e nas suas existências o ponto de partida para sua abordagem.

De acordo com Bechara (2009), a palavra 'clínica' possui os seguintes significados: a prática da medicina, o lugar aonde vão os doentes consultar um médico, receber tratamento ou submeter-se a exames clínicos ou radiografias.

Com base em nossa vivência docente que se desdobra em atuações no espaço acadêmico da graduação em enfermagem e também nos serviços de saúde, *locus* das aulas práticas e dos estágios curriculares obrigatórios, percebemos que essa polissemia se apropria de semânticas referendadas na biomedicina configurando um campo de saberes e práticas instituídas na dimensão de um trabalho morto (Merhy, 2005), centrado na produção de procedimentos, despotencializados e com conexão precária com os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Que perspectivas de clínica são possíveis para o trabalho do enfermeiro além da clínica centrada na doença e que nega o sujeito que adoce? A partir de que referenciais a enfermagem pode ressignificar a sua prática clínica? Que repercussões esses referenciais teriam na formação acadêmica?

Neste sentido, propomos uma discussão sobre a clínica na prática da enfermagem mediante outras perspectivas teórico-conceituais situadas no campo da filosofia, tendo como pistas as relações de poder, saber e subjetividade presentes no encontro entre sujeitos e os movimentos instituintes de novas lógicas e éticas.

Por que uma perspectiva de clínica para a enfermagem?

Corroborando com Oliveira e colaboradores, “Pouco se discute na literatura brasileira acerca do conceito de clínica em enfermagem. Quando se aborda este fenômeno, geralmente se faz de forma naturalizada como se clínica e abordagem da doença fossem sinônimos, como reza a prática médica” (Oliveira *et al.*, 2009, p. 523).

Essa lacuna conceitual tem suas implicações na formação profissional e na atuação da enfermagem nos vários cenários da atenção à saúde, e torna-se visível quando percebemos um cotidiano assistencial fragmentado em atividades rotineiras, burocráticas e verticalizadas onde as pessoas assistidas passam por um conjunto de ações que, de modo geral, representam uma linha de montagem. A linha de montagem foi concebida por Henry Ford em meados do século XX, representando um conjunto de trabalhadores que, organizados em série, desempenhavam suas funções de forma independente, possibilitando um aumento na produção industrial por meio da fragmentação do trabalho em tarefas menores desenvolvidas de forma padronizada. Nela o produto que está sendo fabricado transita entre os postos de trabalho e cada trabalhador executa sua função de forma mecânica e parcelar.

Os usuários desses serviços passam por uma cadeia de ações, procedimentos e protocolos onde cada profissional ao seu tempo desempenha ações até então concebidas como cuidado de enfermagem. Sumariamente, essas ações assumem um caráter pontual e fragmentado quando o sujeito em torno do qual são desenvolvidas não é considerado, pois, as

(...) respostas encontradas para determinar o processo de adoecimento já estão previamente dadas e definidas por um conjunto de saberes dos quais o sujeito adoecido não fez parte da construção, muitas vezes, nem mesmo os profissionais atuantes na clínica fizeram parte dela, apenas o reproduzem (Ferigato e Ballarim, 2007, p. 55).

Daí a necessidade de se ampliar essa discussão articulada aos seus saberes e práticas na perspectiva de desterritorializar os saberes e fazeres instituídos e possibilitar a vigência de linhas de fuga, de movimentos nômades rumo a um plano conceitual ainda desconhecido, em busca de novas perspectivas para a clínica em seu devir. A desterritorialização, como conceito deleuziano, compreende movimentos que nos projetam para um hibridismo conceitual fruto de uma mobilidade e do desenraizamento da realidade em que nos situamos para o plano do devir. Movimento este originado a partir de rupturas, linhas de fuga, da ordem instituída, caracterizando-o como movimento sem residência fixa que possibilita uma ressignificação desses conceitos e dos sentidos produzidos pela sua projeção na realidade (Deleuze e Guattari, 1995).

A mesma palavra (clínica) é empregada em situações e cenários distintos, sendo que em sua essência, expressa possibilidades de cuidado pautadas no referencial biomédico (Camargo Jr., 2005). Isto porque, considerando as semânticas possíveis, as palavras podem se constituir em discursos enquanto expressões de sujeitos historicamente situados que delas se utilizaram para aplicá-las na resolução de problemas inerentes a esses mesmos contextos (Foucault, 2002).

Quando nos reportamos à sua origem etimológica, ela

(...) vem do grego *klinico*, que concerne ao leito; de *kline*, que se refere ao repouso; e de *klino*, que é relativo a inclinar, dobrar. Neste sentido, a clínica tem a função de acolher e assistir (Souza, 2006, p. 127).

Representa uma atitude de voltar-se para alguém e, juntamente com esse sujeito, elaborar um entendimento acerca do que se passa em uma perspectiva de considerar a subjetividade como elemento *sine qua non* para entender as questões relacionadas às suas existências, à saúde e à doença.

A clínica do século XVII materializava-se na intersecção dos saberes dos sujeitos envolvidos em prol de uma necessidade ou uma motivação qualquer ainda desvinculada da doença como foco central; passando por um processo relacional mobilizador de práticas de cuidado ainda não capturadas pela institucionalidade. Foucault expressa esse processo quando afirma: “antes de ser um saber, a clínica era uma relação universal da humanidade consigo mesma: idade de felicidade absoluta para a medicina. E a decadência começou quando foram inaugurados a escrita e o segredo” (Foucault, 1980, p. 60).

De uma condição relacional e universal, a clínica foi institucionalizada e apropriada pela medicina no século XVII que, por sua vez, foi conformada pelas formas de poder e de saber no campo da saúde erigidas sob o paradigma biomédico. Segundo Camargo Jr. (2005), a biomedicina, ou a medicina ocidental contemporânea, consiste em uma corrente da racionalidade médica que vincula sua existência ao conhecimento produzido por disciplinas científicas no campo da biologia articuladas aos princípios da mecânica clássica. Configura, assim, um campo de saberes e práticas da medicina pautadas na perspectiva da abordagem isolada e linear das partes constituintes do todo que é o corpo humano. Subsidiada pelas ciências naturais (anatomia, fisiologia e a patologia) e centrando-se no espaço hospitalar, essa prática caracterizava-se pela predominância do olhar sobre o corpo dessacralizado, entendendo por meio desse olhar um processo de interpretação, demarcação e classificação das expressões da doença com o propósito de obtenção da cura.

O mesmo autor afirma que o encontro do corpo da doença com o corpo do homem tem uma contextualização histórica, marcada por um período em

que se registrou um grande avanço no conhecimento da patologia. Determina, assim, no século XVIII, a definição das doenças por suas semelhanças que, por sua vez, definiam suas essências; os órgãos eram considerados como o suporte para a manifestação quantitativa de sinais e sintomas definidores das doenças organizadas em classes conforme a sua espacialização no corpo. Doenças que se assemelhavam apenas por uma manifestação ao nível de sinais e sintomas (produção de secreção, por exemplo) estavam em uma classe, mesmo que sua localização no corpo fosse distinta (por exemplo, a produção de catarro na infecção respiratória *versus* secreção vaginal decorrente de um processo patológico qualquer).

Esse pensamento impôs à prática médica a necessidade de um exímio conhecimento acerca da doença e a subtração do doente para assegurar a eficácia de suas intervenções. Conhecimento este definido pelo entrecruzamento das séries de informações articuladas ao plano individual. Em *O Nascimento da Clínica*, Foucault (1980, p. 7) atesta essa perspectiva quando relata que “(...) o paciente é apenas um fato exterior em relação àquilo de que sofre; a leitura médica só deve tomá-lo em consideração para colocá-lo entre parênteses”.

Com o propósito de se constituir em um espaço de reclusão e tratamento dos doentes, surgiram no século XIX as instituições hospitalares. Antes “(...) considerados morredouros, tornaram-se locais de trabalho da chamada medicina científica” (Silva Júnior, 2006, p. 44). Foi neste espaço, com a institucionalização da doença e da cura através da prática médica intervencionista, que a clínica delimitou a apreensão dos fenômenos de saúde e de doença sob uma ótica biologicista e medicalizadora. Materializava-se em abordagens dos fenômenos patológicos situados e especializados no corpo, em sua dimensão estritamente biológica, sem relação com os contextos de onde eram oriundos os sujeitos, excluindo assim outros campos de saberes e outras práticas do cuidado à saúde, situadas em perspectivas distintas da cura.

No século XIX, o olhar desloca-se dos sintomas para os órgãos, agora subsidiado pela anatomia-patológica e pela microscopia, tidas como campos de saberes voltados para descobrir as alterações produzidas pela doença nos órgãos do corpo humano. O novo objeto de conhecimento da clínica (o órgão e seus tecidos) é esquadrihado, isolado e recortado em função de “(...) uma reformulação ao nível do próprio saber e não ao nível dos conhecimentos acumulados, afinados, aprofundados, ajustados” (Foucault, 1980, p. 157). Saber agora preocupado com novas maneiras de ordenar e classificar a doença no interior dos corpos exercendo, portanto, um poder sobre a vida.

Nesta nova configuração, três momentos são constituintes da mesma: identificar o órgão que sofre e suas articulações com outros órgãos; decodificar a etiologia da doença nesse órgão; e identificar os mecanismos necessários para suprimir suas causas (Foucault, 1980).

Nesta perspectiva, temos uma clínica que conforma uma determinada maneira do discurso médico se organizar; a partir de um olhar externo, ela identifica, objetiva e classifica aquilo que apreende como manifestações da doença no corpo (lesões, sinais e sintomas) consideradas apenas em sua dimensão anatomopatológica, apoiada ainda no ideal de uma normalidade fisiológica.

Em um movimento de contínua e crescente aproximação das chamadas ciências da vida, temos o oposto relativo às ciências do homem. Havendo, portanto, um reducionismo da saúde e da doença a uma compreensão biologicista, orgânica e físico-química mediada pelo olhar do profissional em sua propriedade de classificar, reduzir e interpretar. Este fato implica no pressuposto de que um sujeito conhece uma realidade sobre um outro (objeto), desconhecida por este, uma vez que essa mesma realidade vivenciada por ele se situa em formações discursivas que lhes são inacessíveis por relações de poder (Foucault, 2002).

Sob o paradigma da biomedicina, a clínica incorporou princípios da ciência moderna e aplica-os na medida em que, atendendo a um rigor metodológico, coloca-se em uma condição de pretensa neutralidade nas relações que estabelece entre o sujeito que detém o saber e aquele que é objeto de seu olhar e da sua prática; e também quando a partir da racionalidade do pensamento opera uma cisão entre o sujeito e sua vida, entre o corpo que adoce e o corpo do sujeito, que passam à condição de fragmentados e objetificados à luz da racionalidade médica (Camargo Jr., 2005).

Sob os auspícios da ciência, a clínica conformada no século XVII assenta-se em um ideal de vida e de saúde cujos fundamentos emanavam da medicina moderna; configurou saberes e práticas como instrumentos do biopoder e da biopolítica no âmbito das ações e dos serviços de saúde e, conseqüentemente, na enfermagem.

O biopoder situa-se no plano das relações entre o estado e os sujeitos a partir do momento que aquele emite normas e regulamentos que modelam a vida, exercendo uma orquestração das formas de viver e morrer; desta forma, nega a subjetividade e o direito do sujeito tomar decisões sobre si. A biopolítica investe no corpo tendo como referência estudos de massa, elaborados na perspectiva de se alcançar um equilíbrio e uma regulação social. Os problemas identificados no âmbito coletivo são norteadores de políticas cujo foco é a racionalização dos mesmos e de suas formas de enfrentamento materializadas em um higienismo social (Foucault, 1988).

Essas formas de poder, embora muitas vezes implícitas, são assimiladas e legitimadas pela enfermagem, delineando formas de cuidar da saúde em função de interesses externos ao sujeito que se baseiam em um ideal de normalidade e em uma ênfase exacerbada no corpo, na cura, no culto aos padrões de beleza e de saúde estereotipados e atrelados ao consumo de tecnologias e produtos.

Por outras perspectivas de clínica

Que outras perspectivas de clínica são possíveis para a prática da enfermagem? As respostas para esta pergunta passam necessariamente pelos referenciais teóricos adotados e de como o sujeito é situado nos mesmos.

(...) O conceito de *sujeito* envolvido nesse cuidado também precisa ser re-situado. *Sujeito* não é tomado aqui como sinônimo de *indivíduo*, uma entidade unitária, portadora de uma essência. Trata-se antes de um processo, uma *produção de subjetividade*, que articula, por sua vez, o plano do desejo ao plano social (Oliveira *et al.*, 2007, p. 525).

A subjetividade é compreendida como processo de engendramento contínuo do sujeito em um terreno de forças que se recompõem de forma ininterrupta e em estreita articulação com o contexto sócio-histórico. Nele o sujeito é produzido à medida que também produz as dimensões da vida que o cercam.

Neste contexto, busca-se a superação do olhar sobre o sujeito como indivíduo, aquele que não se divide, e sua condição sustentada pelo estatuto da razão cartesiana mediada pelo pensar enquanto ato produtor do mundo que lhe rodeia. Reconhecemos que, na verdade, o sujeito concebido no plano da racionalidade moderna está imerso em uma intrincada rede de saberes e poderes modeladores dos processos de subjetivação em curso onde, partindo deles, várias linhas e planos se ramificam em condições que tornam a existência possível.

Possibilita, assim, processos de desterritorialização e de singularização, contrapondo-se aos processos de individualização e serialização do desejo e dos sujeitos característicos da sociedade capitalista a quem interessa uma regulação da vida a partir dos sujeitos; estes, por sua vez, precisam ser tomados nesta dinâmica em que produzem e são produzidos nas relações que estabelecem consigo mesmos e com o mundo que os cerca.

Neste plano, ele é detentor de desejos aqui compreendidos com base no pensamento de Guattari e Rolnik (1986) como ação empreendedora dos movimentos existenciais; qualquer abordagem desse sujeito deve necessariamente considerar os desejos em questão para ele. A clínica então se volta para o sujeito e seus desejos em busca de respostas às suas demandas e necessidades de saúde além do plano bio-psico-social.

Movimento onde as dimensões moleculares são agenciadas no sentido de "(...) produzir as condições não só de uma vida coletiva, mas também a encarnação da vida em si própria, tanto no campo material quanto no subjetivo" (Guattari e Rolnik, 1986, p. 46).

Os princípios da ciência moderna impregnaram a clínica da ideia de pretenza neutralidade nas relações entre sujeito e objeto, o que consideramos

impossível, pois temos como dado de realidade que a clínica se reconhece como parte da relação sujeito-objeto, onde estes se confundem, não havendo separação entre ambos. Há nesta relação uma produção subjetiva permeada por suas existências, desejos e devires. Contrapõe-se assim aos movimentos compreendidos no sentido de captura, homogeneização e automatização da existência, característicos da sociedade de controle. A sociedade de controle, para Deleuze (2005), expressa uma mudança na dinâmica do exercício do poder societário sobre os sujeitos, em relação à sociedade disciplinar descrita por Foucault (1984); o controle dos sujeitos é exercido por dispositivos modeladores do desejo através da produção de uma subjetividade capitalística que atrela o desejo dos mesmos a uma produção externa a si.

Tomando como referência o pensamento espinosista (Deleuze, 2002), a clínica se compõe de encontros entre sujeitos onde suas existências se afetam mutuamente.

(...) É nos encontros que se expressam e se reproduzem diferentes graus de abertura, diferentes graus de intensidade, turbulências acontecem, geram-se outros repertórios existenciais que se solidificam. Pequenos eventos podem reverberar em outros jeitos de funcionar, viver e apresentar-se frente ao outro (Lieberman, 2010, p. 120).

Dois conceitos são constituintes desta perspectiva de clínica: as afecções (*affectio*), que são compreendidas como aquilo que existe em si, como ocorrências e fatos juntamente com suas propriedades de imprimir marcas no modo de ser e existir. Implicando, portanto, em registros corporais e existenciais, os afetos.

Num segundo sentido, as afecções são também modulações das realidades existentes, isto é, os modos são afecções da substância e eles próprios se modulam, se afetam, pelo efeito do encontro de uns com os outros. A afecção neste segundo sentido constitui uma transformação dos modos afetados, implicando uma alteração do grau de perfeição da realidade (Passos e Benevides, 2006, p. 3).

Essa propriedade de ‘afecção’ é concebida como movimentos de fluxos existenciais que aumentam ou diminuem a potência da vida dos mesmos, os afetos (*affectus*), de acordo com as intencionalidades, intensidades e práticas decorrentes desse mesmo encontro. A clínica assume então o propósito de

(...) acompanhar os movimentos *afectivos* da existência construindo cartas de intensidade, ou cartografias existenciais que registram menos os estados do que os fluxos, menos as formas do que as forças, menos as propriedades de si do que os devires para fora de si” (Passos e Benevides, 2006, p. 3).

Ao considerar os devires, os fluxos e as forças da existência, esse encontro de sujeitos não acontece apenas em função do adoecimento, mas integrando um cotidiano existencial onde os mesmos estão em mútua implicação. Movidos por éticas singulares, esses sujeitos padecem à medida que forças exteriores lhes são impostas e reduzem a sua potência de vida por meio de dispositivos que objetificam em ‘bem ou ‘mal’ os acontecimentos e seus desdobramentos em suas vidas, conformando uma ordem normalizadora da vida. Para Espinoza,

(...) não há um bem ou mal supremos que de fora da nossa existência a regulem. A ética espinozista é um sistema de regulação e de avaliação na imanência da experiência. É bom o que compõe, isto é, o que aumenta a potência ou o grau de perfeição da realidade. É mau o que decompõe, o que diminui a potência de agir ou a força de existir. O bom e o mau são como graus de aceleração do fluxo da existência, do movimento da vida” (Passos e Benevides, 2006, p. 3).

Pensamento este que se contrapõe à clínica que objetifica os fenômenos e determina a partir de um olhar externo a conduta e a norma a serem seguidas em função de um ideal de saúde, de felicidade ou de normalidade estereotipadas por óticas externas aos sujeitos.

Encontramos na Grécia antiga, em particular na filosofia de Epicuro (341 a. C.), uma derivação etimológica da palavra clínica oriunda de *clinamen*, que significa declinação ou desvio. Para ele, a filosofia era o caminho para se alcançar a felicidade; o corpo é a materialização da existência e os corpos são constituídos por átomos que se movem no vazio do universo sem nenhum desígnio providencial, chocando-se constantemente e originando novas combinações para suas formas. No choque entre os átomos ocorre tanto a sua queda em linha reta quanto a produção de pequenos desvios capazes de produzir novas configurações e formas (Abbagnano, 1999).

Referindo-se ao desvio provocado pelo choque entre os átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e velocidade, que assim se articulam e geram tudo quanto existe, o *clinamen* de Epicuro, também proveniente de *klíno*, como a clínica, enxertaria nessa palavra esta acepção de desvio criador, uma dobra que constitui mundos possíveis (Maia, 2006, p. 31).

Nesta perspectiva a clínica compõe-se de choques entre sujeitos com o propósito de criar movimentos em oposição ao estático, improdutivo e imobilizador. Gerando, portanto, rotas de fuga para cuidado de enfermagem, para além dos cenários e ações instituídas, e instituindo, a partir desses choques, uma relação entre os sujeitos que cuidam, ação esta metaforicamente descrita como o encontro de polos diferentes provocando desvios, a

criação e a ressignificação da saúde, da doença e do cuidado em si. Neste espaço estão presentes os movimentos de afetar e ser afetado, de se deslocar dos territórios do equilíbrio e da normalidade para um processo de desterritorialização dos conceitos e de produção de novos sentidos.

É possível então entender estas articulações como um plano conceitual, que, segundo Deleuze (1992), é um plano de imanência, um deserto, um solo povoado por conceitos. Estes possuem zonas de domínio comuns interligando-os, proporcionando a consistência interior do novo conceito. Abriga uma articulação de conceitos, mesmo que seja de alguns dos seus fragmentos, gerando um corpo de contornos irregulares onde essas partes se agrupam através de uma organização, uma superposição e um ajustamento por (...) variações ordenadas segundo sua vizinhança" (Deleuze, 1992, p. 32). Partindo dele, a clínica situa-se no ato inclinar-se (*klíno*) sobre o sujeito que precisa de cuidados (*kline*) em uma perspectiva distinta daquelas que historicamente configuraram o campo da saúde e a enfermagem; cujo interesse esteja além do olhar que objetifica, recorta e isola e esteja voltado para os sujeitos em si; e, nesse encontro, permitir que suas *afecções*, desencadeiem a produção de *afectos*, vínculos, oriundos de uma cumplicidade de singularidades originada nos desvios produzidos pelos choques inerentes ao processo de subjetivação não homogeneizante, inventando novas práxis "(...) práxis de modo a fazer brechas no sistema de subjetividade dominante" (Guattari e Rolnik, 1986, p. 49).

Implica necessariamente uma reconstrução dos cenários e dos fluxos assistenciais, e da própria razão de existir dos serviços de saúde onde, ao contrário da clínica instituída do século XVII, a doença é colocada entre parêntesis e o sujeito passa à condição de protagonista evidenciando as relações de poder existentes em seu caráter de rede, exercidas transversalmente entre os sujeitos que nelas transitam. E quando a recuperação da saúde se fizer necessária, ela deverá integrar os desejos do sujeito em busca de aumentar sua potência de vida, por meio do fortalecimento de sua autonomia para gerir-se enquanto sujeito em sua singularidade. "A saúde é assim entendida como algo vivenciado, não passível de redução formal a medições, médias ou normalizações. E será sempre relativa e singular" (Martins, 2004, p. 28).

Reconfigurar os saberes e as práticas clínicas, a partir deste referencial, requer uma profunda transformação nos processos de trabalho em saúde, onde a fala e a escuta dos sujeitos seja valorizada enquanto ponto de partida para as relações de cuidado. "No sentido de redirecionar o papel da clínica, torna-se central a valorização e instrumentalização da narrativa, como ferramenta que possibilita a exposição do sujeito, de modo mais claro e concreto, em suas necessidades, além de suas demandas" (Favoreto, 2004, p. 215).

Possibilita, assim, uma clínica produtora de desvios, ressignificadora dos sentidos e das relações construídas no processo de cuidar, valorizando os saberes, as iniciativas e as potencialidades dos sujeitos.

Desvios possíveis e necessários à formação

Reconstruir a prática clínica da enfermagem tomando como ponto de partida esses referenciais remete nossa discussão ao processo de formação acadêmica e às condições de possibilidade em que a clínica é apreendida, discutida e vivenciada.

O ensino superior em enfermagem no Brasil tem demonstrado fortes vínculos com as transformações políticas e técnicas da área da educação e da saúde. Neste sentido, repensar a formação nesta área passou a ser uma exigência tendo em vista os desafios contemporâneos que estão inseridos no contexto das transformações econômicas, políticas, sociais e culturais (Renovato *et al.*, 2009, p. 234).

São articulações cujas essências lhes imprimem o caráter de condicionantes de um pensar e de um fazer clínico em suas potencialidades e limites. Cada componente curricular assim como a sua condução pedagógica tem sua participação neste engendramento de sujeitos, saberes e práticas. Conformação esta que pode gerar dispositivos (Deleuze, 1990) mobilizadores de sujeitos e de seus desejos dentro de novas perspectivas de cuidado e da clínica.

Ao mencionarmos que é possível a educação operar no mundo das relações de ensino/aprendizagem como dispositivo, sugerimos que a ação pedagógica dispare processos de subjetivação, associados aos de cognição. A aposta que se faz é a de que os processos educacionais possam contribuir na produção de sujeitos, entendidos como coletivos com capacidade de intervir na realidade com o objetivo de transformá-la (Franco, 2007, p. 430).

Uma formação implicada com a produção de espaços de reflexão e de subjetividades, de encontros e desvios, terá necessariamente como alicerce a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como dispositivos de aproximação dos sujeitos com a realidade e de aproximação entre si mesmos na condição de produtores do conhecimento. A aprendizagem é um processo vivenciado singularmente à medida que há a significação do conteúdo ou temática abordada para os sujeitos envolvidos. Significação que pode ser mediada por estratégias de ensino propulsoras da vontade de saber, instigadoras e mobilizadoras de saberes diante da realidade vivenciada.

Reconstruir a clínica pressupõe, nas relações de cuidado, repensar as relações acadêmicas e seus momentos instituídos, por vezes massificadores dos sujeitos e dos seus desejos.

Sem desconsiderá-los em sua totalidade, mas reconhecendo também que esses momentos também são atravessados por movimentos instituintes de novos olhares e novas lógicas de sentido, vislumbramos possibilidades

de reconstruir a prática clínica desde os primeiros momentos da formação. À medida que possibilita a ampliação do seu protagonismo e da reconstrução da educação em sua vida esse processo envolve e cativa os sujeitos quando cria momentos onde eles expressam e ressignificam seus desejos e se constituem enquanto agentes de novas práticas e de novos saberes, pois diante do problema, eles se detêm, examinam, refletem, relacionam a sua história e passam a ressignificar suas descobertas.

A verticalidade das relações, as preocupações com a forma e o formato dos conteúdos precisam ser substituídas pela centralidade nos sujeitos e nos seus motivos de busca da aprendizagem.

Considerações finais

Reconstruir as perspectivas para a clínica no cuidado de enfermagem tomando como referência as concepções de *kline* e *clinamen* permite-nos repensá-la como movimento nômade instituído pelos sujeitos envolvidos no processo de cuidar. Logo, não falamos em modelos ou conceitos, mas de uma clínica delineada pelos processos de desterritorialização possíveis e vivenciados nos encontros onde se busca a produção do cuidado.

A centralidade nos sujeitos possibilita a reconfiguração da clínica em função dos sentidos e das necessidades trazidas para o encontro com os profissionais de saúde, pressupondo uma fuga dos movimentos institucionalizados na atenção à saúde e a instauração do devir como caminho recheado por movimentos inacabados da existência, do qual os profissionais são partícipes e não condutores. Constitui-se como processo de produção de movimentos desviantes da ótica normalizadora e padronizadora dos modos de se viver e reproduzir assepticamente a existência.

Notas

¹ Professor da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. Mestre em Cuidados Clínicos em Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (Uece).

Correspondência: Rua Martins Júnior, 394, CEP 59633-350, Planalto 13 de Maio, Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil. <alcivannunes@uern.br>

² Professora do Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará (Uece), Fortaleza, Ceará, Brasil. Doutora em enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). <silveiralia@gmail.com>

³ Professor da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). <tuliofranco@gmail.com>

Referências

- ABBAGNANO, Nicola. *História da filosofia*. v. 2. Lisboa: Editora Presença, 1999.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan S. Yaslle. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1989.
- BECHARA, Evanildo. *Minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
- CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 177-201, 2005.
- DELEUZE, Giles. ¿Que és un dispositivo? In: FOUCAULT, M. Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161. Disponível em: <www.unb.br/fe/tef/filoesco/foucault/art14.html>. Acesso em: 30 ago. 2009.
- DELEUZE, Giles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. v. 1. Tradução de Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.
- DELEUZE, Giles. *Espinoza: filosofia prática*. São Paulo: Escuta, 2002.
- _____. 2005. *Foucault*. Tradução de Cláudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2005.
- FOUCAULT, Michael. *O nascimento da clínica*. 2. ed. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.
- _____. *História da sexualidade 2: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- _____. *A arqueologia do saber*. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- FAVORETO, César Augusto Orazen. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 205-219.
- FERIGATO, Sabrina Helena; BALLARIM, Maria Luisa Gazabim Simões. A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito: um debate ético-filosófico. *Revista Bioethikos*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2007.

- FRANCO, Túlio Batista. Produção do cuidado e produção pedagógica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, set./dez. 2007.
- GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.
- LIBERMAN, Flávia. O corpo como pulso. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 449-60, abr./jun. 2010.
- MAIA, Miguel Angelo Barbosa. *O corpo invisível do trabalho: cartografia dos processos de trabalho em saúde*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, 2006.
- MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 21-32, set. 2003/fev. 2004.
- MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- OLIVEIRA, D. C. *et al.* O processo de trabalho e a clínica na enfermagem: pensando novas possibilidades. *Revista de Enfermagem da Uerj*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4., p. 521-526, out./dez. 2009.
- PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. Passagens da clínica. In: MACIEL, Auterives; KUPERMANN, Daniel; TEDESCO, Silvia. (Orgs.). *Polifonias: clínica, política e criação*. Rio de Janeiro: Contracapa, 2006. p. 89-100.
- RENOVATO, R. D. *et al.* As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7 n. 2, p. 231-248, jul./out. 2009.
- SILVA JÚNIOR, Aloísio Gomes da. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 2006.
- SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de. Ampliação da clínica: para buscar a integralidade do cuidado em saúde. In: *Política e gestão em saúde: reflexões e estudos*. CASTRO, Janete Lima, VILAR, Rosana Lima Alves. Natal: Ed. Observatório RH Nesc/UFRN, 2006. p. 125-145.

Recebido em 27/10/2010
Aprovado em 31/03/2011