

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 com base em 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 averse 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 em sua 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 adocece; a doença percebida apenas em uma dimensão biologicista ou em uma mágico-religiosa e, principalmente, a predominância de 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 se desenvolveu, particularmente a partir do século XVII, atrelada ao desenvolvimento das intervenções institucionalizadas em saúde mediadas pela medicina, refletindo, portanto, relações de saber e poder, bem como a percepção da saúde e da doença em campos de saberes situados, predominantemente, nas ciências biológicas (anatomia, fisiologia, patologia) (Foucault, 1980).

Sabemos que essa não é a única maneira de conceber a clínica, e que existem outros referenciais teórico-conceituais onde podemos situá-la. Neste sentido, que perspectivas de clínica são possíveis para o trabalho do enfermeiro além da clínica centrada na doença? Daquela que nega o sujeito que adocece? Com base em que referenciais teórico-conceituais a enfermagem pode ressignificar a sua prática clínica? Que repercussões esses referenciais teriam na formação acadêmica?

Neste ensaio, 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 outras lógicas e novas óticas para a produção do cuidado.

Por que uma perspectiva de clínica para a enfermagem?

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 em 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 os doentes vão consultar um médico, receber tratamento ou submeter-se a exames clínicos ou radiografias.

Desde a nossa vivência docente, que se desdobra em atuações no espaço acadêmico da graduação em enfermagem e também nos serviços de saúde onde acontecem as aulas práticas e os estágios curriculares, 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, centrado na produção de procedimentos despotencializados do trabalho vivo (Merhy, 2005), e com uma conexão precária com os sujeitos envolvidos no processo de cuidar.

Corroborando com Oliveira e colaboradores (2009),

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. Torna-se visível quando percebemos um cotidiano assistencial fragmentado em atividades rotineiras, burocráticas e verticalizadas no qual as pessoas assistidas passam por um conjunto de ações que, de modo geral, representam uma linha de montagem nos moldes de uma indústria, só que aplicada aos serviços de saúde.

A linha de montagem foi concebida por Henry Ford em meados do século XX e representava um conjunto de trabalhadores que, organizados em série, desempenhavam suas funções de forma independente e parcelar, possibilitando um aumento na produção industrial por meio da fragmentação do trabalho em tarefas menores desenvolvidas de forma padronizada. Nessa mesma linha, o produto que está sendo fabricado transita entre os postos de trabalho, e cada trabalhador executa sua função de forma mecânica e parcelar.

Podemos fazer uma analogia na qual os usuários dos serviços de saúde passam por uma cadeia de ações, procedimentos e protocolos, e cada profissional, ao seu tempo, desempenha tarefas até então concebidas como o cuidado em saúde. Sumariamente, essas ações assumem um caráter pontual e fragmentado quando o sujeito em torno do qual essas ações 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 (Feringato e Ballarim, 2007, p. 55).

Com base no referencial de Deleuze e Guattari (1995), consideramos ser necessário ampliar essa discussão articulada aos saberes e às práticas em saúde e o espaço da formação, na perspectiva de desterritorializar os saberes e fazeres instituídos, o que possibilita 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 originado de rupturas, linhas de fuga, da ordem instituída, caracteriza-se como movimento sem residência fixa que possibilita uma resignificação desses conceitos e dos sentidos produzidos pela sua projeção na realidade (Deleuze e Guattari, 1995).

Pois a mesma palavra (clínica) é empregada em situações e cenários distintos, mas, hegemonicamente, e 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, a clínica

(...) vem do grego *klinico*, que concerne ao leito; de *kline*, que se refere ao repouso; e de *klineo*, 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 sua vida; 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.

No século XVII, a clínica materializava-se na intersecção dos saberes dos sujeitos envolvidos em prol de uma necessidade ou de 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 (1980) expressa esse momento 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. Esta, por sua vez, foi conformada no campo da saúde pelas formas de poder e de saber 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 de práticas da medicina subsidiada pelas ciências naturais (anatomia, fisiologia e a patologia), pautada na perspectiva de uma abordagem isolada e linear das partes constituintes do corpo humano.

No espaço hospitalar, essa prática caracterizava-se pela predominância do olhar sobre o corpo dessacralizado, empreendendo por meio desse olhar um processo de interpretação, demarcação e classificação das expressões da doença com o propósito de obtenção da cura.

Camargo Jr. (2005) afirma ainda 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. Determinava-se 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. As 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 ele 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.

A clínica materializava-se em abordagens dos fenômenos patológicos situados e espacializados 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.

No século XIX o olhar deslocou-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 esquadrinhado, 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 que agora se preocupava 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. Desde um olhar externo, ela identifica, objetiva e classifica aquilo que apreende como manifestações da doença no corpo (lesões, sinais e sintomas), mas 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 um movimento 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 o pressuposto de que um sujeito conhece uma realidade acerca de um outro (objeto), desconhecida por este, uma vez que essa mesma realidade vivenciada por ele situa-se em formações discursivas que lhes são inacessíveis por relações de poder (Foucault, 2002).

Sob o paradigma da biomedicina, a clínica incorporou alguns princípios da ciência moderna e aplicou-os, na medida em que, atendendo a um rigor metodológico, procurava estabelecer uma pretensa neutralidade nas relações que estabelecia entre o sujeito que detinha o saber e aquele que era objeto de seu olhar e da sua prática; e também quando, a partir da racionalidade do pensamento, operou uma cisão entre o sujeito e sua vida, entre o corpo que adocece e o corpo do sujeito apreendidos de forma fragmentada e objetificada, à luz de uma racionalidade médica (Camargo Jr., 2005).

Sob os auspícios da ciência, a clínica conformada no século XVII assentou-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, no âmbito da enfermagem.

O biopoder situa-se no plano das relações entre o estado e os sujeitos a partir do momento em que aquele emite normas e regulamentos que modelam a vida, exercendo uma orquestração das formas de viver e de 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, 1980).

Essas formas de poder, embora muitas vezes implícitas, foram assimiladas e legitimadas pela enfermagem, delineando sua forma de produzir o cuidado em saúde e levando-a a agir mais em função de interesses externos ao sujeito, ao se basear 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 o cuidado de enfermagem? As respostas para esta pergunta passam necessariamente pelos referenciais teóricos adotados e de como o sujeito é situado neles.

(...) 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 que está em estreita articulação com o seu contexto sócio-histórico. Nele o sujeito é produzido, à medida que ele 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 de sua condição sustentada pelo estatuto da razão cartesiana; condição esta que é 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. Isso possibilita 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. Reconhece-se que, nesta dinâmica, os sujeitos produzem e são produzidos nas relações que estabelecem consigo mesmos e com o mundo que os cerca.

Neste plano, o sujeito é detentor de desejos aqui compreendidos a partir do pensamento de Guattari e Rolnik (1986), como uma 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 para os seus desejos, em busca de respostas às suas demandas e necessidades de saúde. Origina um movimento onde as dimensões moleculares da vida 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 que é possível estabelecer uma relação de neutralidade nas relações entre o sujeito que cuida e o sujeito que é cuidado (que passa à condição de objeto), o que consideramos impossível, pois temos que a clínica se reconhece como parte da própria 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; essa relação se contrapõe aos movimentos empreendidos no sentido de captura, de homogeneização e da 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). Para Deleuze, o controle dos sujeitos é exercido por dispositivos modeladores do desejo através da produção de uma subjetividade capitalística, que atrela o desejo 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. Implica, 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 sujeitos, produzindo os afetos (*affectus*), de acordo com as intencionalidades e com as intensidades 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 aconteceria apenas em função do adoecimento, mas passaria a integrar um cotidiano existencial onde os mesmos estariam em mútua implicação.

Uma vez que esses mesmos sujeitos são movidos por éticas singulares, ocorre um padecimento mútuo à medida que forças exteriores lhes são impostas, reduzindo a sua potência de vida por meio de dispositivos que objetificam em ‘bem’ ou em ‘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).

Esta perspectiva de clínica se contrapõe à clínica que objetifica os fenômenos da vida, da saúde e da doença em função de um ideal de saúde, de

felicidade ou de normalidade, estereotipadas por óticas externas aos sujeitos. Pois estas óticas determinam, com base em um olhar externo, as condutas e as normas a serem seguidas.

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 esse filósofo, a filosofia é o caminho para se alcançar a felicidade e o corpo é a materialização da existência; os corpos são constituídos por átomos que se movem no vazio do universo sem nenhum desígnio providencial, chocando-se constantemente, 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).

A partir desse referencial, a clínica se compõe de choques entre os sujeitos com o propósito de criar movimentos em oposição a uma condição estática, improdutiva e imobilizadora. Esses choques atuam gerando, portanto, rotas de fuga para cuidado de enfermagem, para além dos cenários e ações instituídas; instituindo, a partir desses choques, uma nova relação entre os sujeitos que cuidam. Para Teixeira (2003, p. 259), “(...) sendo tais encontros, momentos pautados pelo espírito do entendimento e da negociação permanente das necessidades a serem satisfeitas, é neles que se decide a trajetória ‘necessária’ de cada usuário através do serviço”.

Esta ação está metaforicamente descrita como o encontro de polos diferentes que agem provocando desvios, bem como 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 e novas práticas de cuidado.

É possível então entender essas 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 desse plano conceitual, a clínica poderia situar-se no ato de se inclinar (*klíno*) sobre o sujeito que precisa de cuidados (*kline*), em uma perspectiva distinta daquelas que historicamente configuraram o campo da saúde e a enfermagem.

Uma prática clínica cujo interesse esteja além do olhar que objetifica, recorta e isola, voltando-se para os sujeitos em si; e, nesse encontro, permitir que suas *afecções* desencadeiem a produção de *afectos*, de vínculos oriundos de uma cumplicidade e de singularidades originadas nos desvios produzidos pelos choques inerentes a um processo de subjetivação não homogeneizante. Inventando, portanto, novas práxis, “(...) práxis de modo a fazer brechas no sistema de subjetividade dominante” (Guattari e Rolnik, 1986, p. 49).

Pensar a clínica no campo da saúde e da enfermagem, tomando como base o referencial de Epicuro, exige de nós 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 quem deve ser colocada entre parêntesis e o sujeito passe à condição de protagonista na produção do cuidado. Evidencia-se, assim, 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 que adoeceu e estar integrada à busca por aumentar sua potência de vida, por meio do fortalecimento de sua autonomia para gerir-se, movido por 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 da enfermagem, com base neste referencial, requer também uma profunda transformação nos seus processos de trabalho, nos quais a fala e a escuta dos sujeitos seja valorizada como 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-se, 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

A reconstrução da 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).

Fazem-se necessárias articulações interdisciplinares, cujas essências possam imprimir novas possibilidades de se vivenciar um pensar e um fazer clínico, centrados nos sujeitos inseridos nesse processo, em que cada componente curricular em si, assim como a sua condução pedagógica sejam espaços de engendramento desses sujeitos, dos seus saberes e das suas práticas. Tal conformação 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, na medida em que há uma subjetivação singular dos conteúdos ou das temáticas abordadas.

Reconstruir a clínica pressupõe reconstruir as relações de cuidado também no espaço da formação, 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 instituídos 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, na medida em que é possível ampliar o protagonismo dos sujeitos e provocar a ressignificação da educação e da formação profissional em suas vidas.

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

A proposta da educação permanente em saúde constitui-se em um movimento fecundo e potencializador para essas inquietações, pois, corroborando com Ceccim e Ferla (2010),

(...) não existe a educação de um ser que sabe para um ser que não sabe, o que existe, como em qualquer educação crítica e transformadora, é a troca e o intercâmbio, assim deve ocorrer também o 'estranhamento' de saberes e a 'desacomodação' com os saberes e as práticas que estejam vigentes em cada lugar (Ceccim e Ferla, 2010).

Considerações finais

O debate proposto não se esgota neste breve ensaio, pois existem várias outras possibilidades de se pensar a clínica na formação em saúde e na enfermagem; dentre elas, destacamos Cunha (2005) e sua discussão sobre a clínica ampliada; a brilhante contribuição de Ferla (2002) e sua discussão sobre o caráter nômade da clínica. Ousamos, apenas, apontar caminhos possíveis.

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.

Nota do Editor

Este ensaio foi escrito a partir da dissertação *Cartografia da clínica e do cuidado na formação do enfermeiro: saberes, práticas e modos de subjetivação*, apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde da Universidade Estadual do Ceará (CMACCLIS/Uece).

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.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Antonio Alcindo. Educação permanente em saúde. *Dicionário da educação profissional em saúde da EPSJV/Fiocruz*. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 2 fev. 2011.

CUNHA, Gustavo Tenório da. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec, 2005.

DELEUZE, Giles. ¿Que és un dispositivo? In: FOUCAULT, M. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-161. Disponí-

- vel 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.
- FERLA, Antonio Alcindo. *Clínica nômade e pedagogia médica mestiça: cartografia das ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas*. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, 2002.
- 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 technoassistenciais 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.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. *Estudo sobre a técnica e a saúde*. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da USP, 2003.

Recebido em 27/10/2010

Aprovado em 31/03/2011