



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CRISTINA NUNES VITOR DE ARAÚJO

**RELAÇÕES DE PODER NO MANEJO DO CATETER
PERCUTÂNEO POR ENFERMEIRAS**

**SALVADOR
2012**

CRISTINA NUNES VITOR DE ARAÚJO

**RELAÇÕES DE PODER NO MANEJO DO CATETER
PERCUTÂNEO POR ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, Área de Concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde.

Orientador: Prof^o Dr. Álvaro Pereira

SALVADOR
2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

A663 Araújo, Cristina Nunes Vitor de
Relações de poder no manejo do cateter percutâneo por
enfermeiras/ Cristina Nunes Vitor de Araujo. – Salvador, 2012.
124 f.
Orientador: Prof. Dr. Álvaro Pereira
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2011.
1. Enfermagem. 2. Poder. 3. Neonatologia. I. Pereira,
Álvaro. II Universidade Federal da Bahia. III. Título.
CDU: 616-083

CRISTINA NUNES VITOR DE ARAUJO

**RELAÇÕES DE PODER NO MANEJO DO CATETER PERCUTÂNEO POR
ENFERMEIRAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem área de concentração Gênero, Cuidado e Administração em Saúde, linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Aprovada em 13 de fevereiro de 2012

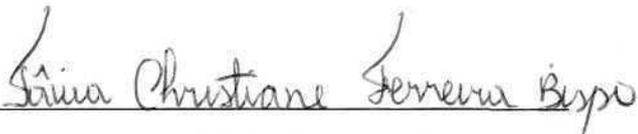
BANCA EXAMINADORA

Álvaro Pereira



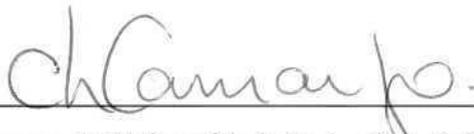
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia.

Tânia Christiane Ferreira Bispo



Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade do Estado da Bahia

Climene Laura de Camargo



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Maria do Rosário de Menezes



Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia.

Aos meus pais pela torcida, por toda a confiança e
esperança que sempre depositaram em mim...
À Isac por todo o amor, paciência e
por ser um marido de excelência...

AGRADECIMENTOS

À Deus, a quem devo tudo: o direcionamento, a sabedoria, o discernimento, a obediência, a Salvação, a vida e a bondade de estar comigo presente eternamente;

Ao professor Álvaro Pereira, pela atenção, pelos ensinamentos, pelos ricos momentos de aprendizado, pelas suas colocações e correções, pelo respeito durante essa jornada;

Às professoras Tânia Christiane Ferreira Bispo, Climene Laura de Camargo e Maria do Rosário de Menezes pela participação na avaliação desse trabalho;

À professora Amélia Fumiko Kimura pela participação na banca de qualificação e contribuições para o projeto deste estudo;

À professora Cristina Maria Meira de Melo por ter descortinado os meus olhos para a enfermagem, para a política e para o trabalho, por ter me ensinado a estudar e pensar novas formas de ver a minha profissão;

Às Enfermeiras Ana Carla Petersen de Oliveira, Lorena Fernanda Nascimento Santos e Denise Santana pelo apoio, pela escuta, pela atenção e amizade;

À Enfermeira Mariluce Araújo Lopes pela generosidade em me ceder tempo e espaço para trabalhar essa pesquisa;

À Raiane Moreira dos Santos e Gilmar Jesus dos Santos por dividirem comigo momentos de aprendizado, pela companhia durante a coleta de dados e pela ajuda na transcrição das entrevistas;

Aos amigos Valdenir Almeida da Silva, Andréa Broch Siqueira Lusquinhos Lessa e Fabíola Sousa de Queiroz pela companhia, pelos momentos de desabafo e pela amizade nessa jornada;

À professora Érica Silva que colaborou com as correções gramaticais desta dissertação;

À Iara Gesteira dos Santos e Luís Henrique dos Santos pela valorosa contribuição gráfica;

Às minhas colegas de profissão, que ao dividirem comigo suas experiências deram vida a este estudo;

Às colegas de mestrado que, de modo especial, também fazem parte da minha formação.

"A imobilidade forçada,
a condição de estar preso a um lugar,
sem permissão de se mudar para parte alguma,
parece abominável,
cruel e repulsiva;
é a proibição de movimento,
mais do que a frustração de um efetivo desejo de mudar,
que torna essa situação especialmente ofensiva.
Estar proibido de mover-se
é um símbolo poderosíssimo de impotência,
de incapacidade e dor".

Zygmunt Bauman

ARAÚJO, Cristina Nunes Vitor de. **Relações de poder no manejo do cateter percutâneo por enfermeiras**. 2012. 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012.

RESUMO

Este estudo cuja temática trata das relações de poder durante o manejo do cateter percutâneo por enfermeiras neonatologistas, parte do pressuposto de que existem conflitos durante o procedimento, mediadas pelas relações de poder entre os profissionais da assistência e a administração destas unidades. O trabalhador da saúde não consegue sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar, ele sempre depende de um sistema de troca com os outros para que este trabalho se concretize. Desta forma, existe uma pactuação do processo de trabalho entre os sujeitos envolvidos, que resulta em disputas, produto da correlação de forças que se estabelece neste processo, que se expressam sob a forma de relações de poder. Pela importância de tal tema, realizou-se o presente estudo exploratório de abordagem qualitativo-descritiva com o objetivo de compreender as relações de poder vivenciadas por enfermeiras durante o manejo do cateter, identificar como são estabelecidos os limites profissionais sobre este procedimento, descrever as relações de dominação ou de resistência vivenciadas pelas enfermeiras durante o manejo do cateter. Para orientar esta investigação, adotou-se como eixo de sustentação teórica o pensamento de Michel Foucault para o estudo das relações de poder, com maior ênfase para os dispositivos disciplinares. A coleta de dados processou-se em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de uma Maternidade de Referência da cidade de Salvador/BA através de uma entrevista semi-estruturada, gravada. Foram sujeitos da investigação, treze enfermeiras assistenciais, especialistas, habilitadas para o manejo do cateter percutâneo que estavam em pleno exercício de suas atividades. Sob a ótica da Análise do Conteúdo, os resultados geraram um conjunto de três categorias de estudo: A disciplina no manejo do cateter percutâneo por enfermeiras, a ambiguidade do saber: poder e resistência e a presença de um poder soberano. A partir dos discursos das enfermeiras, pode-se perceber como a disciplina esquadrinha o agir destas profissionais, que mesmo possuindo o saber teórico e prático sobre o procedimento contraditoriamente, não exercem este poder/saber ou o exercem de forma velada, com resistência fraca, permitindo que estas relações se manifestam sob a forma de conflitos com uma tendência das enfermeiras se submeterem à dominação médica para bom andamento do serviço. Estas observações sugerem a necessidade da adoção de uma postura crítica frente ao contexto desta prática e de um maior aprofundamento desta temática por parte das organizações, das trabalhadoras e das instituições de ensino.

Palavras-chave: Relações de poder. Cateter percutâneo. Enfermagem neonatal. Disciplina.

ARAÚJO, Cristina Nunes Vitor de. **Relations of power during the handling of the percutaneous catheter by nurses.** 124f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2012.

ABSTRACT

This study, whose theme is about relations of power during the handling of the percutaneous catheter by neonatologist nurses, begins with the presupposition that exist conflicts during the procedure, mediated through relations of power between assistance professionals and those who administrate these units. A health professional cannot take care of the complex object that is the act of caring by himself. He always depends on an exchange system with other professionals in order to accomplish this work. Thus, there exists a pact in the work process between the subjects involved, which results in disputes that are products of the correlation of forces that are established in this process, those being expressed through relations of power. Due to the importance of such a theme, it was made this present exploratory study with a qualitative-descriptive approach whose objective is to understand the relation of power lived by nurses during the handling of Peripherally Inserted Central Catheter; to identify how the professional boundaries over the procedure are established, to describe the relation of dominance or resistance lived by nurses during the handling of the catheter. To guide this investigation, it was adopted the thought of Michel Foucault for the theoretical sustentation axis to the study of relations of power, with greater emphasis to disciplinary devices. The data was collected in a Neonatal Intensive Care Unit of a Reference Maternity of the city of Salvador/BA through a recorded semi-structured interview. The subjects of the investigation were thirteen assistance nurses, specialists and able to handle the catheter that were in full exercise of their activities. Under the scope of Content Analysis, the results generated a group of three study categories: The discipline on the handling of the catheter by nurses; the ambiguity of the knowledge; power and resistance and the presence of a superior power and the. Through what the nurses have said, it was noted how discipline regulates how these professionals act, even though they know the theory and practice about the procedure; contradictory, they do not exercise this power/knowledge or they do it in a concealed way, with a weak resistance; and that these relations are manifested under the form of conflicts with the nurses tending to submit to the medical dominance so the service can run smoothly. These observations suggest the need to adopt a critical poise toward the context of the practice and an enlargement of this theme by the organizations, nurses and teaching institutions.

Keywords: Relations of Power. Percutaneous Catheter. Neonatal Nursing. Disciplinary.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	Comitê de Ética Em Pesquisa
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
Fr	French
ISN	Infusion Nurses Society
NANN	National Association of Neonatal Nurses
NP	Nutrição Parenteral
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RN	Recém Nascido
SUS	Sistema Único de Saúde
USG	Ultrassonografia
USV	Ultrassonografia Vascular
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS	18
2.1 O PODER DO CUIDADO E O CUIDADO NEONATAL	18
2.2 O MANEJO DO CATETER PERCUTÂNEO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM	22
2.2.1 Características do PICC	25
2.2.2 Inserção, manutenção e retirada do PICC	25
2.2.3 Aspectos éticos da cateterização percutânea por enfermeiras	27
2.3 O PODER: ANÁLISE CONCEITUAL E VERTENTES DE ESTUDO	32
2.3.1 O poder disciplinar em Foucault	35
2.4 RELAÇÕES DE PODER VIVENCIADAS POR ENFERMEIRAS	43
3 METODOLOGIA	46
3.1 TIPOLOGIA DO ESTUDO	46
3.2 LOCAL DA PESQUISA	47
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA	47
3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	49
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	49
3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	50
3.7 DISPOSITIVO ANALÍTICO	51
3.8 ANÁLISE DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL FOUCAULTIANO	53
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	56
4.1 A UTIN COMO MODELO DE DISPOSITIVO DISCIPLINAR: O PANÓPTICO DE FOUCAULT	56
4.1.1 Ambiente físico da UTIN	57
4.1.2 Sobre as normas e o funcionamento	59
4.2 RELAÇÕES DE PODER VIVENCIADAS POR ENFERMEIRAS: O MANEJO DO CATETER PERCUTÂNEO NA UTIN	62
4.2.1 A DISCIPLINA NO MANEJO DO CATETER PERCUTÂNEO POR ENFERMEIRAS	63
4.2.1.1 A normalização do poder na UTIN	64

4.2.1.2 A docilização dos corpos no manejo do cateter percutâneo	68
4.2.1.3 A visibilidade do trabalho das enfermeiras através do manejo do PICC	71
4.2.1.4 O carcereiro: engrenagem entre médicos e enfermeiras	75
4.2.1.5 O delinquente e a delinquência: a enfermeira e o PICC	79
4.2.2 A AMBIGUIDADE DO SABER: EXERCÍCIO DO PODER E RESISTÊNCIA	83
4.2.2.1 O exercício do poder/saber pelas enfermeiras	84
4.2.2.2 O saber como resistência	89
4.2.3 A PRESENÇA DE UM PODER SOBERANO	93
4.2.3.1 Reconhecimento da presença de um soberano	93
4.2.3.2 Submissão ao poder	98
4.2.3.3 A fragilidade da categoria profissional	101
4.2.3.4 Desencontro de saberes: a retirada do PICC como foco de conflitos	105
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	122
APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista	123
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética	124

1 INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto profissão tem sido constituída ao longo de um processo que se inicia com a sua institucionalização e com a busca pela definição do seu objeto de trabalho que, há mais de três séculos firmou-se com base no modelo biomédico centrado na cura, sem a capacidade de responder às reais necessidades das pessoas, em detrimento do cuidado que ficou reconhecido como prática secundária.

Em todo esse percurso de afirmação profissional que aconteceu e acontece dentro das diversas sociedades que a enfermagem compõe, não só no Brasil, mas em todo o mundo, mesmo a despeito dos avanços e retrocessos, a enfermagem vem buscando conhecimentos científicos e teorias para fundamentar sua prática centrada em evidências e passa por um processo de definição e aproximação com seu objeto de estudo: o cuidado humano.

Segundo Merhy e Franco (2005) a produção de cuidado se realiza por meio do trabalho vivo em ato, do trabalho humano no exato momento em que é executado interagindo com instrumentos, normas, máquinas, num processo de trabalho no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Este trabalho expressa-se como processo de produção de relações intercessoras no encontro com o usuário e suas necessidades de saúde.

O trabalhador da saúde atua sempre em coletivo e não consegue sozinho dar conta do complexo objeto do ato de cuidar, ele sempre depende de um sistema de troca com os outros para que este trabalho se concretize. Desta forma, existe uma pactuação do processo de trabalho entre os sujeitos envolvidos que resulta em disputas, produto da correlação de forças que se estabelece neste processo. Este pacto não se dá apenas em processos de negociação, mas também a partir de conflitos e tensões seja na gestão ou na assistência, existindo uma micropolítica de organização do trabalho (MERHY; FRANCO, 2005).

O trabalho da enfermeira assim como o trabalho em saúde se interrelaciona constantemente com trabalhos imateriais e materiais, no qual o profissional, na prestação do cuidado coloca toda a sua excelência técnico-científica à disposição do outro para o atendimento das suas necessidades.

Apesar desta heteronomia descrita, cada uma das profissões possui sua autonomia - aqui entendida como independência técnica - considerando que o poder na tomada de decisão sobre os cuidados deveria concentra-se nas mãos do paciente. Porém, o que acontece com a enfermagem é que, historicamente, negou-se o seu caráter autônomo, sendo reduzida do ponto de vista social, econômico e político, a uma extensão da medicina, a uma disciplina subalterna

e dependente (ROSELÓ, 2009).

Na assistência neonatal, assim como em outras áreas especializadas, a prática da enfermagem exige competência técnica para sua realização, destreza manual e domínio de conteúdo teórico, principalmente no que diz respeito ao manejo do cateter percutâneo.

O cateter central de inserção periférica (PICC, do inglês Peripherally Inserted Central Catheter) é um dispositivo vascular de poliuretano ou silicone biocompatível e hemocompatível, de inserção periférica que pode ser inserido através de uma veia superficial de extremidade, o qual progride até a veia cava superior ou inferior, adquirindo características de um cateter central (MELO, 2007; LIMA, 2009).

Devido a esses aspectos, é imprescindível que a enfermeira esteja atualizada e preparada para assumir a responsabilidade em relação à terapia intravenosa. O acesso venoso em Neonatologia é um desafio considerando que a população alvo dos cuidados de enfermagem são recém nascidos (RNs) de alto risco e a garantia da sobrevivência desta clientela muitas vezes depende da obtenção e da manutenção de um acesso venoso rápido e adequado à terapêutica proposta para cada caso em particular.

Compreender as relações de poder vivenciadas por enfermeiras no manejo do cateter percutâneo na Neonatologia não é só compreender esse processo histórico da profissão como também saber que a cateterização percutânea é um procedimento dentro de uma especialização: a Neonatologia. A prática não restringe seu uso em neonatos, mas é onde ela é mais difundida.

O manejo do cateter percutâneo será entendido neste estudo como a prática da inserção, manutenção e retirada do PICC e todos os aspectos que envolvem estas etapas da cateterização percutânea. A inserção do PICC por enfermeiras está regulamentada na Resolução nº 258/2001 do Conselho Federal de Enfermagem quando resolve que é lícito ao enfermeiro, a realização de procedimento de inserção de Cateter Periférico Central (BRASIL, 2001). Apesar de a legislação salvaguardar a condição do enfermeiro nesse procedimento, deixando clara a competência técnica e legal do mesmo na inserção, manutenção e retirada do cateter percutâneo, ainda se pode encontrar na literatura recomendações que limitam essa autonomia do enfermeiro como o citado por Miyoshi, Chimirri e Maccari (2006, p. 697):

Apesar de o Conselho Federal de Enfermagem (resolução 258/2001) ter tornado lícito ao enfermeiro com qualificação através de treinamento complementar a inserção da PICC, recomendamos que o procedimento seja executado por uma equipe composta de neonatologista e enfermeiro.

Em um estudo prévio, onde analisei a autonomia profissional de enfermeiras em hospital-dia, os resultados mostraram que a autonomia foi entendida como uma prática reduzida a questões de poder dentro das instituições dando às enfermeiras a falsa idéia de trabalho autônomo (SANTOS, 2005).

Este estudo, cuja temática trata das relações de poder durante o manejo do cateter percutâneo por enfermeiras neonatologistas, norteia-se no saber e na prática comprometida da enfermagem com o paciente neonatal, que deveria se caracterizar por atividades de alta independência e autonomia, porque aliada à motivação destas trabalhadoras, tem como característica fundamental do seu trabalho a busca de maior eficiência, um compromisso ético com a vida e uma maior qualidade na assistência de enfermagem prestada.

O interesse pelo tema surgiu durante atividades acadêmicas do Núcleo de Neonatologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia, que foram realizadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Público de Salvador. Constatou-se que a decisão sobre o momento de inserção e de retirada do cateter, bem como a sua manutenção durante a terapia intravenosa, vem fazendo parte da rotina das enfermeiras e tem sido naturalizada ao longo dos tempos, nesta unidade, apesar de não existir um protocolo formal para este procedimento. Assim, o poder/saber vem sendo exercido pelos profissionais e respeitado pelos outros membros da equipe.

Em outra experiência, trabalhando em uma UTIN de um hospital público de administração privada da cidade de Salvador/BA, foi possível observar uma situação totalmente contraditória a essa, onde há a existência de certa dependência das enfermeiras à decisão médica, que prescreve a inserção, a manutenção e a retirada do cateter, chegando por vezes a exigir e até mesmo sugerir a pessoa da equipe que realizará o procedimento.

Observando essa segunda experiência, na prática diária das profissionais neste ambiente de trabalho, podem-se observar os efeitos das relações de poder estabelecidas entre os profissionais da unidade e a administração, que parecem estar favorecendo ou limitando a autonomia das enfermeiras na cateterização percutânea. A passagem e a retirada do cateter percutâneo, nesta unidade, vinham se constituindo num ato compulsório para as enfermeiras, constando como um procedimento que depende da prescrição médica. Mesmo quando a enfermeira questionava ou justificava a necessidade do cateter permanecer por mais alguns dias, faltava-lhe autonomia para a manutenção da permeabilidade do cateter, em geral suspensa sem respeitar sua opinião abalizada, obrigando-a cumprir com a solicitação de retirada do PICC.

Do mesmo modo também identifiquei nessa prática, facilidades e dificuldades durante sua realização plena: a maioria das profissionais que realizam tal procedimento não se aperceberam destas relações de dominação/resistência no ambiente de trabalho que, muitas vezes, determinam ou influenciam na motivação, satisfação e ou na qualidade da assistência prestada nestes serviços.

A vivência cotidiana destas relações de poder estabelecidas fez com que eu me questionasse sobre a independência técnica na passagem do cateter percutâneo pelas enfermeiras na organização enquanto membro da equipe de saúde responsável pelos cuidados diretos à clientela. Por esse motivo, considera-se este estudo relevante, pois a compreensão destas relações de poder e dos riscos decorrentes da ausência de controle sobre o trabalho da enfermeira é fundamental para que se possam redefinir estratégias na prestação de um cuidado de qualidade na assistência em saúde, e na potencialização do exercício profissional ético-legal das profissionais.

Por outro lado, justifica-se a importância da realização do estudo por ser a cateterização percutânea uma prática nova dentro da especialidade e da profissão sendo indispensável o conhecimento de como ela se desenvolve no âmbito das instituições.

Na literatura consultada não foram encontradas referências específicas que discutam a temática sob a perspectiva das relações de poder. Considerando estas e outras questões que envolvem o trabalho da enfermeira na Neonatologia, determinou-se como questão norteadora desse estudo: como se apresentam as relações de poder durante o manejo do PICC por enfermeiras neonatologistas?

Partindo do pressuposto de que existem conflitos durante o manejo do PICC por enfermeiras mediadas pelas relações de poder entre os profissionais e a administração destas unidades, que determinam violações ético-legais, por parte da maioria dos participantes deste processo, o objeto deste estudo são as relações de poder vivenciadas por enfermeiras no manejo do cateter percutâneo, a partir das vivências dessas profissionais no seu cotidiano de trabalho.

Frente à problemática e com o intuito de contribuir com a produção de conhecimentos relativos a este campo de trabalho da enfermagem propondo questões significativas ainda não investigadas, optou-se por estudar esta temática tendo como objetivos:

- Compreender as relações de poder vivenciadas por enfermeiras durante o manejo do PICC;
- Identificar como são estabelecidos os limites profissionais sobre este procedimento;

- Descrever as relações de dominação ou de resistência vivenciadas pelas enfermeiras durante o manejo do PICC.

Para orientar esta investigação, adotou-se como eixo de sustentação teórica o pensamento de Michel Foucault para o estudo das relações de poder, com maior ênfase para os dispositivos disciplinares.

2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 O PODER DO CUIDADO E O CUIDADO NEONATAL

A palavra ‘cuidado’ deriva do latim *cura* (cura) quando usada num contexto de relações de amor e amizade para expressar uma atitude de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Também se origina de *cogitare* que significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação (ZOBOLI, 2004).

Para Collière (1999, p. 235) cuidar é “prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um acto de vida, no sentido de que representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a vida e permitir-lhe continuar e reproduzir-se”.

A história dos cuidados inicia-se com o surgimento das espécies vivas e constrói-se a partir da preocupação de se manter a vida e a perpetuação da espécie. Assim, desde a existência da humanidade existe o cuidado para satisfazer as necessidades humanas básicas, porém, cuidar e curar configurava uma única atividade, um saber indiferenciado que era prestado por todos os integrantes de um grupo.

Para Collierè (1999) desde que surge a vida existem cuidados, pois eles mantêm a vida, e durante milhares de anos o cuidado não pertencia a uma profissão. A história dos cuidados orienta-se na manutenção da vida e em fazer recuar a morte, garantir a sobrevivência tendo em conta tudo o que é indispensável à vida como vestir-se, alimentar-se, e fazer a morte recuar através do discernir entre o que é e o que não é bom para permitir a vida continuar.

Na história da humanidade, durante a divisão de tarefas entre o gênero feminino e o masculino é que o cuidado se organiza, aos homens, que viviam o cotidiano das guerras, cabiam os cuidados referentes à proteção do território, da família e a habilidade com ferimentos e acidentes, pois tinham a habilidade com a faca da caça, às mulheres, cabiam os cuidados dos filhos, da alimentação e as atividades ligadas ao nascimento, aos idosos, doentes e aos mortos (WALDOW, 1999).

Na origem destas duas concepções de cuidado, pode-se perceber uma complementaridade das práticas, que para garantir a vida utilizavam conhecimento adquirido das experiências vividas pelas pessoas, sendo o cuidado anterior às profissões por não surgir como um cuidado profissional.

A história da medicina, da enfermagem e a institucionalização destas profissões torna

possível a separação entre estas duas orientações, onde os cuidados de manutenção da vida passam a ser relacionados à enfermagem e os de reparação à medicina.

Ao prestar cuidado, a enfermeira deve saber que a forma de cuidar é fundamental para o atendimento das necessidades do outro recuperando a sua saúde e mantendo-a preservada, sendo necessária uma interação com o paciente. O cuidado na perspectiva da humanização é uma relação atenta à inclusão da subjetividade do usuário e às necessidades de inclusão de amplas tecnologias, onde os profissionais incorporam ao seu conhecimento clínico a sensibilidade para reconhecer às necessidades dos pacientes, partilhando com o paciente/familiar saberes com o respeito à capacidade do paciente de decidir sobre sua doença, tratamento ou recuperação (JUNQUEIRA, 2006).

O cuidado tem sido tratado como identificador da profissão da enfermagem uma vez que ele se realiza a partir das necessidades dos indivíduos relacionadas à manutenção da saúde como condição de sua natureza como ser vivo, bem como na morte, tendo como objeto o corpo da pessoa, dessa forma o cuidado é uma ação com a finalidade de transformar um estado de desconforto ou dor em um estado de mais conforto e menos dor, tendo uma perspectiva terapêutica sobre a natureza física e social do homem (LEOPARDI; GELBEKE; RAMOS, 2000).

Os autores supracitados, também trazem uma concepção de cuidado como objeto epistemológico da profissão, uma vez que a produção do conhecimento na enfermagem se dá sobre o cuidado do corpo além da sua dimensão física ou biológica.

O cuidado de enfermagem é sempre dual, pois nesta relação estão sempre implicados dois sujeitos numa ação de partilha de conhecimentos e de atitudes, a enfermeira e a pessoa, ou a família ou a população.

Quando esses dois sujeitos, os profissionais de saúde e os usuários do sistema de saúde, se encontram no momento de cuidados há uma necessidade não só da simples manipulação de objetos, onde o cuidar passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas. Para Ayres (2001), cuidar é querer, é fazer projetos, é o atributo e o ato do ser, é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser, é também soprar o espírito.

Considerar o cuidado como a essência da profissão enfermagem conduz à reflexão sobre o compromisso dos profissionais com uma prática centrada na valorização do autocuidado, da independência do outro que necessita de cuidados, na perspectiva de torná-lo independente.

Segundo Collière (1999), podemos compreender o cuidado numa perspectiva de poder, sendo uma relação de ajuda, de acordo com a identificação da natureza da ajuda, do significado desta ajuda para quem pede e para quem oferece evocamos o poder dos cuidados. A autora traz a vida como uma luta constante contra a morte, não podendo existir sem a mobilização de forças, de poder, de reciprocidade. “Cuidar é agir sobre o poder de existir, permitindo a este poder mobilizar-se, desenvolver-se, utilizar-se ou levando-o a imobilizar-se, a contrair-se, a reduzir-se” (COLLIÈRE, 1999, p.311).

Esta compreensão de cuidado enquanto poder, parte do princípio de que através do ato de cuidar, as aptidões do outro podem ser desenvolvidas e estimuladas aumentando ou reduzindo sua capacidade de existir de forma autônoma. A forma como valorizamos o conhecimento do outro, seja este o paciente ou o familiar, é capaz de mobilizar forças que favorecerão o enfrentamento da condição de enfermidade e o encorajamento à estabelecer estratégias de resistência contra a morte.

Os cuidados de enfermagem podem veicular um poder de natureza redutora ou libertadora, pois o poder emanado dos cuidados de enfermagem passa por uma complexa rede de relações de forças “e de capacidades em presença, expressão de experiências, de investimentos pessoais e institucionais, que se exercem, através da função dos cuidados na sua inter-relação com as pessoas tratadas e com os que as rodeiam” (COLLIÈRE, 1999 p.312).

Os cuidados podem reduzir as capacidades e aptidões do outro em se automotivar, não identificando o que eles podem ou fazem por si mesmos. Este tipo de poder se manifesta na forma de um poder autoritário com conflitos entre quem presta e quem recebe cuidados, pode se manifestar na valorização de uma única alternativa para o cuidado em detrimento de outras possibilidades atingindo quem o recebe de maneira indireta, pode se manifestar na execução de tarefas delegadas por outra pessoa sem a possibilidade de questionar o que está sendo executado, no uso da linguagem profissional (formal) em desprezo à capacidade de entendimento do outro e ainda através da dominação. Mas este mesmo poder tem a capacidade de libertar o outro mobilizando nele todas as suas capacidades, aumentando o seu poder de ser, a sua autonomia em direcionar os cuidados em resposta às suas necessidades e no reconhecimento do saber das pessoas (COLLIÈRE, 1999).

O poder dos cuidados de enfermagem pode ser identificado como libertador cada vez que é criativo, que estimula ou suscita tudo o que vai permitir uma regeneração, um desenvolvimento das capacidades de viver, tanto do utilizador como da enfermeira participando no mesmo acto de nascimento ou renascimento da vida, inclusive até ao limiar

da morte (COLLIÈRE, 1999).

No que se refere ao cuidado neonatal, a assistência não deve se limitar a evitar a alta mortalidade dos neonatos, deve se preocupar também com as repercussões dos problemas perinatais na vida dos indivíduos levando em consideração a fragilidade deste tipo de paciente e seu desenvolvimento físico e psicossocial numa perspectiva de promoção da saúde (GAIVA, 2006). Desta forma, o cuidado na UTIN envolve a relação com o neonato e com a família que também precisa ser cuidada para o estabelecimento de laços afetivos entre pais e filhos. Para a equipe de saúde destas instituições não importa apenas a sobrevivência destes RNs, mas importa a probabilidade de vida com qualidade. Desta forma, há uma demanda de tecnologias duras inerentes a este tipo de assistência, mas concomitantemente, existe a necessidade da associação de uma numerosa quantidade de tecnologias leves no ato de cuidar.

O uso da tecnologia no cuidado neonatal requer a adequação da sua utilização aos saberes de forma a oferecer um cuidado individualizado que leve em consideração as formas de interação dos profissionais de saúde, das famílias e dos bebês entre si. Deste modo, o neonato não deve ser tratado como objeto do fazer, deve ser percebido como um ser frágil e indefeso, devendo o seu cuidado resgatar a sensibilidade e a intuição do cuidador para percebê-lo em sua integralidade (NETO; RODRIGUES, 2010).

Uma boa prática de cuidados em saúde envolve a interdisciplinaridade onde diferentes saberes se colocam à disposição para o atendimento do sujeito que sofre (JUNQUEIRA, 2006). Partindo destas premissas, compreende-se o cuidar de enfermagem aos neonatos como a capacidade da enfermeira em colocar à disposição do bebê e da sua família, numa relação dual, toda a sua excelência técnica científica para o fortalecimento das potencialidades de sobrevivência do neonato, visando a felicidade das famílias.

Para cuidar deve-se considerar e construir projetos, sustentar certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer a sua presença no mundo. Então é necessário saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial (AYRES, 2001).

A interação entre a profissional e o neonato se expressa como uma relação quase que recíproca, digo quase porque a resposta a este cuidado ela não é verbalizada pelos RNs, apenas sentida ou demonstrada pelo toque de uma pequena mão, por um vínculo instantâneo selado pelo olhar recíproco entre os protagonistas.

Para a eficiência deste cuidado, a enfermeira deve desenvolver todos os sentidos, reaprendendo a ver com outros olhos, a ver nas entrelinhas a necessidade do outro, a

conversar com quem não responde sim ou não, mas que demonstra aceitação ou recusa de um estímulo, o saber ouvir o que não foi dito, a tocar de uma forma diferente, de uma maneira firme, mas que acalma. Não se compartilham, se compartilham apenas olhares, uma voz baixinha que fala pausada e carinhosamente, com o outro, que muitas vezes ouve atentamente, mas ainda não sabe como responder.

Na assistência neonatal, os profissionais de saúde se vêem numa situação de oscilação entre a realização de procedimentos técnicos e o atendimento humanizado da criança (JUNQUEIRA, 2006). Nesta perspectiva, considero a UTIN como o ambiente de expressão de toda a criatividade e sensibilidade da enfermeira, que somada ao conhecimento científico formam profissionais capazes de preparar de forma eficiente e eficaz uma incubadora para admissão de um bebê, pensando em todas as demandas deste cuidado: um respirador montado, o aquecimento, uma fixação de tubo orotraqueal cortada milimetricamente desenhada pelas mãos de quem pensou no tamanho da boca, na proteção da pele e na fragilidade do bebê que ainda vai conhecer. Uma demonstração de preocupação por parte da enfermeira, de estar atenta às reivindicações subjetivas do bebê.

O cuidado hospitalar é naturalmente multidisciplinar, ou seja, a conjugação do trabalho de vários profissionais, de forma negociada, complementar entre os cuidadores, numa complexa trama de atos, procedimentos, rotinas e saberes, complementares, mas também de disputa que compõe o cuidado em saúde (CECÍLIO; MEHRY, 2003).

Na Neonatologia seria um cuidado a quatro mãos: uma para acalantar, outra para aspirar, uma para levantar, outra para trocar os lençóis; uma para acariciar, outra para punccionar; uma para conter e outra para fazer o curativo; o bebê não deve chorar, não deve sentir dor, não deve perder peso e não deve ficar estressado, tudo faz parte deste cuidado e deve ser pensado.

Desta forma, compreende-se o cuidado neonatal como algo desafiador, pois requer da enfermeira habilidades técnicas e a sensibilidade para a percepção do ser cuidado e da sua família numa perspectiva protetora e ao mesmo tempo libertadora.

2.2 O MANEJO DO CATETER PERCUTÂNEO COMO INSTRUMENTO DO CUIDADO EM ENFERMAGEM

A inovação tecnológica na área da saúde vem permitindo a formação de novos produtos, equipamentos e práticas, gerando procedimentos cada vez mais especializados. A

terapia intravenosa hoje é considerada como um importante recurso terapêutico indicado e utilizado quase pela totalidade de pacientes hospitalizados.

Atualmente existem inúmeros dispositivos e técnicas para a administração de medicamentos e fluídos com acesso rápido à corrente sanguínea dos pacientes. O cateter venoso central inserido perifericamente é considerado como um dispositivo de acesso vascular seguro, por permitir a administração de fluídos e medicamentos que não podem ser infundidos em veias periféricas diretamente na circulação central (COREN, 2008).

O PICC tem sido cada vez mais utilizado no cuidado neonatal em unidades de terapia intensiva, principalmente por prematuros de baixo peso devido aos seus benefícios. As indicações para o seu uso incluem previsão de terapias de duração prolongada, acima de uma semana, a vários meses; administração de nutrição parenteral com concentração de glicose maior que 10%, infusão de medicamentos vesicantes, irritantes, vasoativos, de soluções hiperosmolares ou com pH não fisiológico, a exemplo de alguns antibióticos e de quimioterápicos antineoplásicos (COREN, 2008) e, segundo Baiocco (2009), o cateter também pode ser utilizado para infusão de sangue total e/ou hemoderivados e para verificação de pressão venosa central em unidades de tratamento intensivo. Embora estas duas últimas indicações possuam ressalvas relacionadas à possibilidade de obstrução do cateter na terapia transfusional e, na prática é pouco utilizado na monitorização hemodinâmica.

A cateterização percutânea é contraindicada em RNs edemaciados devido à dificuldade de visualização da rede venosa, na administração de hemoderivados devido ao risco de obstrução do cateter, administração de grandes volumes rapidamente, presença de lesões cutâneas, hematomas, trombozes ou extravasamentos químicos ou infecção no local da inserção ou próximo a esta, que possam comprometer os cuidados na inserção ou os posteriores com o PICC, retorno venoso prejudicado, situações de emergência, trombose venosa, coleta de sangue com cateteres de diâmetro menor que 3.8 French (Fr), presença de alterações anatômicas (estruturais ou venosas) que possam impedir a progressão do cateter e na recusa por parte dos familiares (COREN, 2008; BAIOTTO, 2009). Mello (2007) também cita como contra indicação relativa à presença de coagulopatias.

Como vantagens devido à sua inserção periférica tem-se a eliminação de complicações devido à sua inserção periférica, como pneumotórax e hemotórax, tem um custo menor, se comparado com cateteres centrais inseridos cirurgicamente, não demanda procedimento cirúrgico e pode ser introduzido à beira do leito por enfermeiras habilitadas, relato de dor mínima e baixo índice de complicações da sua inserção até a sua retirada. Existem vários

comprimentos e calibres no mercado, é radiopaco permitindo a confirmação do seu posicionamento do cateter por radiografia, por ser central reduz os riscos de infiltração, equimoses, hematomas e extravasamento subcutâneo, além de possibilitar uma assistência ambulatorial e/ou domiciliar, preserva e rede venosa periférica, evita dissecação venosa, previne complicações de cateteres periféricos como extravasamentos, infiltrações e necroses, é de fácil inserção e elevada relação custo-benefício. Não há risco de trombose de sistema porta, há uma menor restrição da mobilidade e diminuição do estresse e manuseio do RN (SECRETÁRIA, 2000; COREN, 2008; BAIocco, 2009; MELO, 2007).

As desvantagens do uso do PICC consistem em que ele exige treinamento especial para inserção e manutenção do dispositivo, requer acesso em veias calibrosas, demanda vigilância rigorosa do dispositivo e radiografia para localização da ponta do cateter (COREN, 2008; MELLO, 2007). Existe também a necessidade de troca de curativo estéril periodicamente conforme normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) das instituições e o cateter deve ser mantido com uma infusão contínua de soluções, como a fisiológica (BAIOcco, 2009).

O procedimento envolve complicações que merecem atenção especial da equipe de cuidados. Durante a inserção pode haver secção do cateter pela agulha do introdutor, punção arterial e de nervos braquiais; dificuldade de progressão do cateter no vaso sanguíneo; formação de hematoma e arritmias cardíacas. Nas primeiras 24 horas podem ocorrer sangramentos, edema e oclusão total ou parcial da luz do cateter por dobra, posição inadequada da ponta do cateter ou impermeabilização insuficiente, hidrotórax. Após as 24 horas podem ocorrer complicações infecciosas no sítio de inserção, flebites, tromboflebites, celulites, formação de abscessos, sepse e endocardite; pode ocorrer também a restrição de movimentos quando o PICC é inserido na fossa antecubital e inadequadamente fixado, possibilidade de rompimento do cateter por manipulação incorreta ou durante a retirada com posterior embolização e possíveis irritações das veias. (BAIOcco, 2009; MELO, 2007; SECRETARIA, 2000).

Tendo em vista as vantagens e desvantagens relacionadas ao cateter percutâneo cada serviço deve monitorar a sua própria taxa de sucesso no procedimento, bem como protocolar as normas para a inserção, manutenção e retirada do cateter junto à equipe de saúde e a CCIH organizacional e a legislação específica.

Algumas limitações devem ser consideradas na Neonatologia devido à presença de outras doenças como a cardíaca com edema pelo risco de sobrecarga volêmica e dificuldades

na punção; coagulopatias pelo risco de hemorragias ou pela hipercoagulação; a imunossupressão que aumenta o risco de infecção; a desidratação pela redução do volume intravascular; a presença de veias esclerosadas que acarretam em redução do fluxo sanguíneo no interior da veia e pela possibilidade do cateter enrolar na sua progressão (BAIOCCO, 2009).

2.2.1 Características do PICC

O cateter percutâneo, assim como outros cateteres intravenosos, deve atender à algumas especificações técnicas, como ter integridade estrutural, ser quimicamente inerte (menor irritação à parede dos vasos e interação medicamentosa), ser bioestável, possuir baixa trombogenicidade e baixa adesão bacteriana (MORAES, 2004) além disso, deve possuir resistência às dobras, ter resistência estrutural suficiente para facilitar sua inserção e ser radiopaco (MELO, 2007).

São dispositivos de lúmen único ou duplo, possuem parâmetros como: calibre, comprimento, diâmetro interno, diâmetro externo e priming (volume interno). Existem hoje no mercado cateteres de silicone (mais resistente às dobras, termoestável, baixa trombogenicidade e alta biocompatibilidade) e de poliuretano (bioestabilidade, menor aderência bacteriana, baixa trombogenicidade e baixa resistência às dobras por ser um cateter mais rígido (MORAES, 2004).

Na literatura consultada não existe um consenso sobre qual o material mais adequado para a confecção desses cateteres, geralmente fica a critério da instituição a compra do dispositivo e, os profissionais avaliam as vantagens e desvantagens da sua utilização em relação ao conforto da clientela assistida e na facilidade de manejo pela equipe de cuidados.

2.2.2 Inserção, manutenção e retirada do PICC

Deve-se usar um cateter com o calibre proporcional ao da veia selecionada e da terapia proposta; dar preferência a cateter de lúmen único. Previamente deve-se comunicar ao setor de radiologia a necessidade de se realizar a radiografia imediatamente ao término do procedimento, avaliar as condições clínicas do RN, reunir os materiais necessários para a execução do procedimento, posicionar o RN de forma confortável, minimizar desconfortos durante a inserção; monitorizar, realizar o exame físico dos vasos sanguíneos através da

técnica de inspeção e palpação; mensurar com a fita métrica: perímetro braquial e distância entre o possível ponto de punção até o ponto de localização central do cateter (MIYOSHI; CHIMIRRI; MACCARI, 2006).

Para a realização deste procedimento o profissional que fará a punção deverá ser auxiliado por outro profissional. Os cuidados relacionados à antissepsia devem ser rigorosamente seguidos e o profissional deve estar paramentado para um procedimento cirúrgico.

O cateter não deve ser tocado com luvas, pois a manipulação com o talco poderá desencadear flebite química, utilizar somente as pinças estéreis (delicadas) para manipular o cateter; ao sentir resistência durante a introdução, não forçar a passagem do cateter; estar atento para a ocorrência de arritmias durante o procedimento e limitar o número de tentativas de punção, pois isto aumenta o risco de infecção, não se recomenda o início da administração de drogas antes da confirmação da localização da ponta do cateter pela radiografia (MELO, 2007).

Para a National Association of Neonatal Nurses (NANN) o cateter é considerado posicionado em nível central, quando se localiza dentro dos limites do tórax. A posição ideal da ponta do cateter é quando este estiver localizado no terço distal ou inferior da veia cava superior se inserido em vasos dos membros superiores, veias axilares, jugulares, temporais e auriculares. Se inserido em vasos dos membros inferiores deve estar localizado no terço superior da veia cava inferior, acima do diafragma e abaixo do átrio direito (NATIONAL, 2007).

O PICC também pode ser usado como cateter de linha média ou *Midline catheter*, considerado em posição periférica, por estar fora dos limites do tórax, com a ponta próxima a veia axilar, sendo indicado para casos de hidratação venosa por tempo prolongado. Nesta localização, não se deve administrar soluções hiperosmolares, irritantes ou vesicantes (NATIONAL, 2007). Se a ponta não puder ser visualizada na radiografia devido às sombras do mediastino, um meio de contraste pode ser usado para melhorar a sua visualização.

Para a manutenção do cateter devem ser observados cuidados relativos à troca de curativos, a manutenção da permeabilidade da luz do dispositivo, cuidados na desobstrução, vigilância de complicações principalmente das infecciosas. Não há tempo especificado para a permanência do cateter e sua permeabilidade deve ser mantida por meio da infusão de soluções cujo volume e concentração devem estar estabelecidas em protocolos institucionais.

O cateter deve ser lavado antes e após a infusão de medicamentos conforme rotinas da

unidade. O sítio de punção deve ser avaliado diariamente com inspeção do trajeto da veia a fim de observar sinais de infecção, aferir circunferência dos membros, pois um aumento nestes valores, quando comparadas às medidas entre o membro puncionado e o contra lateral ou em relação às medidas anteriores, indicará a suspeita de trombose ou extravasamento (MELO, 2007).

Os cuidados com os curativos visam proteger o sítio de inserção do cateter e promover a sua fixação evitando o seu deslocamento. Recomenda-se a utilização de coberturas transparentes que devem ser trocadas conforme necessidade (em caso de presença de sujidade, umidade ou desprendimento) ou de acordo com o recomendado pela CCIH (MELO, 2007; SECRETARIA, 2000).

Para Melo (2007) o cateter não deve ser tracionado, não se devem utilizar seringas com alta pressão (volume menor que 10 mililitros), não fixar esparadrapo ou fita adesiva em torno do corpo do cateter para evitar danos à sua estrutura, evitar pinçamento do cateter.

A retirada deve ser feita ao término da terapia proposta, na presença de sinais flogísticos ou de infecção no sítio de inserção ou ao longo do trajeto da veia, na presença de trombose e na obstrução. Em caso de resistência à retirada do cateter a região deve ser radiografada para eliminar a possibilidade de existência de nós e dobras caso haja persistência podem ser aplicadas compressas mornas para promover a dilatação venosa e facilitar a remoção, se o problema não for resolvido deve existir um cirurgião vascular para retirada do mesmo (MELO, 2007; SECRETARIA, 2000; MIYOSHI, CHIMIRRI, MACCARI, 2006).

2.2.3 Aspectos éticos da cateterização percutânea por enfermeiras

A profissão de enfermeira foi regulamentada pela Lei nº 2604 de 1955 que definia que categorias poderiam exercer a enfermagem no Brasil dando respaldo legal para o exercício profissional (BRASIL, 1955).

Esta Lei foi substituída em 1986 pela Lei 7498 que, além de regulamentar o exercício da profissão, estabelece as atividades da enfermeira, cabendo-lhes, dentre outras atividades, os cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimento científico e capacidade de tomada de decisão imediata e, como integrante da equipe de saúde, prevenir e controlar sistematicamente danos que possam ser causados à clientela durante à assistência de enfermagem (BRASIL 1986).

A regulamentação do exercício profissional foi um marco fundamental para o

estabelecimento da enfermagem enquanto profissão autônoma. A evolução da legislação profissional ao longo dos anos é um reflexo do contexto histórico da conformação profissional mediada pelo desenvolvimento social, político e econômico das sociedades e da evolução da legislação trabalhista.

Ao longo dos anos a legislação específica brasileira para a enfermagem vem incorporando resoluções que regulamentam a realização de diversas atividades pelos profissionais de enfermagem no âmbito de suas competências.

Com a especialização do trabalho da enfermagem a cateterização percutânea foi introduzida na prática das enfermeiras pela Resolução n° 258/2001 do Conselho Federal de Enfermagem (BRASIL, 2001).

Anterior a esta Resolução, a Portaria n° 272/98 do Ministério da Saúde que estabelece os requisitos mínimos exigidos para a Terapia de Nutrição Parenteral e, dentre as atribuições dos profissionais, diz que compete ao enfermeiro proceder ou assegurar a punção venosa periférica, incluindo a inserção periférica central (PICC), escolher a via de administração da Nutrição Parenteral (NP), em consonância com o médico responsável pelo atendimento ao paciente (BRASIL, 1998).

As ações de enfermagem relacionadas à cateterização percutânea são determinadas pelo Conselho Federal de Enfermagem como de competência exclusiva do enfermeiro, desde que, também, esteja capacitado e ciente dos riscos e das responsabilidades de seus atos. Além da habilidade técnica, profissionais de enfermagem devem ter conhecimentos a respeito das normas regulamentadoras do exercício profissional e seus princípios éticos, pois são eles que fornecem os fundamentos para uma prática profissional autônoma.

Para o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (Parecer Técnico n° 09/2000), a enfermeira poderá inserir o PICC desde que seja especialista ou tenha recebido título de especialista pelas associações profissionais como tais como: Oncologia, Cardiologia, Pediatria, Neonatologia, Intensivista e outras especialidades que vierem a conferir título; tenha o registro da técnica e dos procedimentos em Protocolos institucionais e que tenha concluído treinamento técnico de inserção do PICC (COREN, 2000).

Esta resolução incorpora novos elementos à prática da enfermeira na cateterização percutânea. A partir dela a enfermeira deve realizar observações diárias, documentadas em prontuário, relativas aos cuidados com o paciente e às possíveis complicações do procedimento, bem como às orientações feitas aos clientes sobre o cateter, dados da inserção como local de inserção e localização em radiografia da ponta do cateter e outros cuidados de

manutenção.

Tão importante quanto à regulamentação do procedimento são os princípios constantes no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/2007) que devem fundamentar a profissão. Nele é de responsabilidade da enfermeira assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência; a enfermeira deve avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela; deve manter-se atualizada ampliando seus conhecimentos técnicos científicos e culturais em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão (BRASIL, 2007).

De acordo com o mesmo código, diante das diversas situações de sua prática diária, a enfermeira tem o direito de recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência técnica, científica, ética e legal ou que não ofereçam segurança ao exercício profissional. Deve também:

“Fundamentar suas relações no direito, na prudência, no respeito, na solidariedade e na diversidade de opinião e posição ideológica”, “proteger a pessoa, família e coletividade contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de Saúde”, [...] é proibido “executar prescrições de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa” (BRASIL, 2007).

Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada, RDC nº 45 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) o enfermeiro deve participar da escolha do acesso venoso central, em consonância com o médico responsável pelo atendimento ao paciente, considerando as normas da Comissão de Controle de Infecção em Serviços de Saúde, sendo de responsabilidade do enfermeiro estabelecer o acesso venoso periférico, incluindo o Cateter Central de Inserção Periférica (BRASIL, 2003).

Sobre a cateterização percutânea de neonatos, o Parecer Técnico Nº 202 /08 do COREN de Minas Gerais, ao esclarecer sobre hemotransusão em cateter central de crianças internadas em UTI Pediátrica, reconhece que o neonato é um ser frágil e que o acesso vascular é um procedimento extremamente importante e frequente nestes pacientes. Faz uma descrição sobre o conceito de PICC, sua indicação, contraindicação, vantagens e desvantagens (COREN, 2008).

Este documento ao estabelecer, em consonância com a literatura, dados objetivos sobre o procedimento, dá à enfermeira um campo de atuação delimitado diferente das outras

Resoluções ao direcionar a prática da cateterização para a população de neonatos.

O COREN São Paulo também dispõe sobre a participação dos profissionais de enfermagem de nível médio durante a punção venosa periférica para a inserção do PICC por enfermeira habilitada no Parecer nº 006 de 2009, considera que o procedimento deve ser feito pela enfermeira auxiliada por outra enfermeira ou pelo médico cabendo ao técnico e ao auxiliar de enfermagem a manutenção do posicionamento adequado do paciente, o fornecimento de materiais e equipamentos para a intervenção (COREN, 2009a).

Atualmente outras tecnologias estão sendo associadas ao uso do cateter percutâneo com o objetivo de melhorar a sua eficiência e eficácia bem como, permitir aos profissionais resultados mais positivos na sua utilização.

Atualmente utiliza-se da Ultrassonografia (USG) na punção venosa bem como no posicionamento de cateteres, prática valiosa para o PICC, pois reduz o número de punções e o desconforto dos pacientes e permite resultados mais positivos na localização da ponta do cateter. A utilização da Ultrassonografia vascular (USV) por enfermeiros na punção periférica e cateteres periféricos e PICC é relatada no Parecer nº03 de 2009 do COREN de São Paulo, sendo que para a prática o enfermeiro também deverá ser submetido à capacitação (COREN, 2009b).

A capacitação das enfermeiras para a inserção do cateter percutâneo se dá mediante cursos de habilitação. Estes apesar de estarem presentes com frequência nos Congressos e eventos profissionais, ainda não possuem uma regulamentação no que diz respeito à carga horária mínima e ao conteúdo destes cursos. O que se convencionou na prática são cursos teórico-práticos, com duração variável (em média 20 horas) que abordam temáticas relacionadas à anatomia e fisiologia do sistema vascular, a técnica de inserção do cateter considerando a assepsia do procedimento, as complicações e a legislação para enfermeiros.

De acordo com o Parecer Técnico 08 de 2009 do COREN São Paulo, os cursos devem estar vinculados à entidades de ensino e pesquisa e cabe à indústria de insumos tecnológicos na área de terapia intravenosa o fornecimento dos cursos de atualização e a apresentação de novas tecnologias para que as enfermeiras, possam escolher os insumos para o seu cuidado (COREN 2009c).

Esta falta de regulamentação juntamente com a inexistência de uma prática de validação periódica do conhecimento e habilidades adquiridos pelas enfermeiras durante a capacitação deixa lacunas no estabelecimento de uma prática uniforme por parte de todas as profissionais e o surgimento de cursos para estudantes de enfermagem que não deveriam

participar da capacitação uma vez que esta atividade é da competência da enfermeira graduada. Sabe-se que a inserção, a manutenção a retirada do dispositivo devem ser formalizadas dentro do contexto institucional (INS, 2006, *apud* NATIONAL, 2007).

Para a Infusion Nurses Society (INS), um currículo mínimo visando o preparo do profissional para o manejo do cateter percutâneo deve ser formalizado e, minimamente incluir tópicos relacionados à: indicações e contra-indicações para a colocação, análise dos riscos e benefícios do procedimento, questões ético-legais aplicáveis, conhecimento de diretrizes e normas da terapia intravenosa de instituições governamentais, conhecimento da anatomia e fisiologia do sistema venoso e arterial, aplicação da técnica estéril, preparação do paciente, manejo da dor, utilização de equipamentos e suprimentos para a inserção do PICC, técnica de inserção, avaliação e tratamento das complicações, cuidados de rotina e manutenção, processo de melhoria de qualidade institucional para PICC, documentação do processo, dos resultados da avaliação e complicações da terapia (NATIONAL, 2007).

A manutenção da competência clínica para o manejo do PICC é de responsabilidade de cada unidade que deve estabelecer seus critérios. A introdução bem sucedida de um mínimo de cinco PICCs por profissional, por ano pode servir de parâmetro (INS, 2006 *apud* NATIONAL, 2007).

Na busca da legislação brasileira sobre a autonomia da enfermeira no manejo do cateter percutâneo constatou-se a escassez da Legislação específica para este procedimento em questão, estando boa parte do conteúdo apresentado sob a forma de Parecer Técnico nos CORENs de São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

Diante do exposto no que diz respeito à legislação na enfermagem pode-se entender que apesar da liberdade do exercício profissional está assegurada na Constituição da República (BRASIL, 1988), o exercício da atividade de inserção do PICC por enfermeiras está vinculado à capacitação técnica estabelecida em lei. Cabe ao enfermeiro manter o espaço de trabalho autônomo bem como estabelecer novas formas de pensar e de fazer a cateterização percutânea.

Não se pode deixar de inferir que a associação de novas técnicas e de insumos diversificaram esta prática da enfermeira com vistas à melhoria da sua atuação na especialidade. É necessário que os atuais protagonistas possam pensar nos limites e possibilidades da atuação da enfermeira, no estabelecimento de padrões para a prática, na confecção de protocolos prévios que definam o campo de atuação da enfermeira na equipe de cuidados em saúde, na definição de critérios para a adoção de novos insumos e tecnologias

oferecidas pela indústria da saúde além da criação, dentro das estruturas hospitalares, de grupos de estudos e/ou comissões que possam discutir os problemas de forma multiprofissional.

2.3 PODER: ANÁLISE CONCEITUAL E VERTENTES DE ESTUDO

No dicionário o termo poder é a capacidade ou possibilidade de fazer alguma coisa, direito de agir, de decidir de mandar, autoridade, governo de um país, atribuições que alguém pode exercer em função de seu cargo (FERREIRA, 1986). De acordo com o dicionário de política, o poder na esfera social se torna algo mais preciso podendo ir desde a capacidade geral de agir até a capacidade do homem em determinar o comportamento do outro, sendo o homem sujeito e objeto do poder (BOBBIO, 1998).

Embora para Foucault (2001a) o poder seja uma coisa tão enigmática, ao mesmo tempo visível e invisível, presente e oculta, investida em toda parte, que ainda não se saiba o que é o poder, os conceitos descritos neste estudo trazem as concepções dos principais estudiosos sobre o poder, não deixando de considerar a complexidade e as contradições desta tarefa.

O poder tem sido alvo de estudos de diferentes áreas do saber, em particular nas ciências sociais e humanas destacando-se posições clássicas como as de Parsons, Max Weber e outras que se orientam pela idéia de que o poder é a imposição da vontade de uns sobre os outros, de acordo com a vontade dos seus detentores, comumente é visto como algo negativo por ser considerado apenas como o ato da dominação. O objetivo deste capítulo não é tomar partido de uma ou outra corrente filosófica sobre o poder, de um ou outro teórico, mas de expor as suas principais compreensões tomando como base os estudos encontrados sobre os leitores da temática.

Cabe ressaltar que “poder” é entendido pela sociologia como um conceito essencialmente contestado, dependente de valor, pois sua definição envolve infinitas disputas sobre seu uso por parte de seus teóricos, revelando ao mesmo tempo arenas entre concepções rivais, e sua teorização vem sempre acompanhada de discordâncias sobre as definições motivadas pela defesa de interesses, gostos ou atitudes que sustentam as argumentações (SILVA, 2011).

Em Lebrum (1999), o poder deriva da palavra potência referindo-se à capacidade de efetuar um desempenho determinado, ainda que nunca se concretize num ato, estando o seu

autor em condições de exercê-lo a qualquer momento, impondo sua vontade no interior das relações sociais, mesmo contra as resistências. Aparece como um monstro, um Leviatã, representado pelo Estado, imponente poderoso, centrado na figura do soberano, do rei, presente nas monarquias absolutas, onde o portador de soberania tem a tarefa de zelar pela vida dos seus súditos, fazendo-os escapar da anarquia, sendo ele o único dispositivo anti-desordem eficaz capaz de unificar o povo.

Esta criação, segundo Lebrun (1999) depende da constituição de um corpo político, ou seja, cada pessoa deve transferir para o soberano o direito de governar a sua vida, constituindo uma República, onde a vontade de todos é depositada nesta figura, que possui o **poder soberano**, sendo este um único homem ou uma assembléia de homens.

Este conceito de poder só foi possível levando em consideração que este era o único dispositivo eficaz para a manutenção da ordem, pois a associação política conserva a prosperidade de seus membros e na condição de sociedade, sendo o direito de todos iguais era necessário alguém para poder legislar (LEBRUN, 1999).

Ao citar Kant, Lebrun (1999) traz que a união cível garante a independência de cada um frente ao arbítrio do outro, obtendo um equilíbrio dos direitos. O soberano garantia que o respeito às liberdades do outro elimina os obstáculos ao seu exercício e o homem precisava de um senhor (o Estado) para que esta condição fosse possível.

O poder existe quando a potência, oportunidade de impor a sua própria força no interior de uma relação social, se explicita de uma maneira precisa, sob o modo de uma ordem dirigida a alguém que deve cumpri-la, a formulação e a origem do seu conceito se dá dentro filosofia política.

Para Bobbio (2009), não há teoria política que de maneira direta ou indireta não parta de uma definição de poder. O poder é uma coisa que se possui como um bem qualquer (teoria substancialista de Hobbes) é a capacidade do sujeito de obter certos efeitos, por exemplo, o soberano tem o poder de fazer as leis (teoria subjetivista de Locke) e é a relação entre dois sujeitos onde um obtém do outro um comportamento induzido (teoria relacional de Robert Dahl).

O **poder político** é um poder que está em condições de recorrer em última instância à força porque detêm o monopólio para obter efeitos desejáveis. O autor utiliza o critério do meio para definir os tipos de poder, desta forma existem três poderes: o político, o econômico e o ideológico, que utilizam a força, a riqueza e o saber respectivamente como meio para fazer valer a sua vontade (BOBBIO, 2009).

Nesta definição, o **poder econômico** é o que se utiliza da riqueza para, numa situação de escassez, induzir os que não a possuem a adotar uma conduta, pois na posse dos meios de produção reside a fonte de poder. O **poder ideológico** se vale do saber, de determinados conhecimentos, dos chamados intelectuais, cientistas da sociedade para através das idéias por eles difundidas realizarem o processo de socialização. Juntas estas três formas de poder mantêm a sociedade dividida entre fracos e fortes (político), ricos e pobres (econômico) e em sábios e ignorantes (ideológico).

No campo da política, Max Weber é o maior representante da análise clássica de poder, ele introduz o poder como sinônimo de dominação, definindo-o como a probabilidade de que uma ordem seja seguida por um número de pessoas mesmo contra resistências (LEBRUN, 1999). A filosofia política clássica nega que o poder possa durar utilizando apenas a força. Na perspectiva de Weber todas as instituições políticas são manifestações do poder e ele representa uma relação desigual de forças, uma expressão da hegemonia. Nesta direção, Weber buscou elencar as três formas de poder legítimo, distintos da mera força, que consegue condicionar o comportamento dos membros de um grupo social segundo a lógica dos comandos obedecidos na medida que seu conteúdo é assumido como a máxima para o agir (BOBBIO, 2009).

A tipologia descrita por Weber traz essa legitimidade de três formas descritas por Filho (2002):

- Legitimidade tradicional: o poder é exercido por aqueles que tradicionalmente são escolhidos para tal;
- Legitimidade racional-legal: presume o uso adequado de meios para o alcance dos fins desejados e o poder está regulado por normas escritas que lhe impõe limites;
- Legitimidade carismática: baseado nas características de uma pessoa ou grupo que gera nos demais a certeza de que o poder será exercido em prol do benefício de todos.

Parsons, sociólogo, define o poder político como a capacidade de obter que obrigações legitimadas sejam cumpridas pelos membros de uma coletividade em nome de fins coletivos. Trazendo uma concepção de poder sem a desigualdade de classe (LEBRUN, 1999).

Em Bordieu (1989), o poder encontra-se num campo de forças entre classes ou grupos, numa versão simbólica, um poder legitimado por títulos ou pela posição nas hierarquias, este poder é chamado pelo autor de **poder simbólico** por utilizar sistemas simbólicos para o seu exercício. Estes são a arte, a religião e a língua, podendo exercer poder através do estabelecimento de um sentido imediato do mundo, supondo um conformismo lógico, ou seja,

uma concepção homogênea do tempo, do espaço, do número, da causa que torna possível a concordância entre as inteligências. Uma vez que os símbolos são instrumentos de integração social e tornam possível o consenso e a reprodução da ordem social (BORDIEU, 1989).

O Poder simbólico é um poder de constituir o dado pela enunciação, de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou transformar a visão do mundo e a ação sobre o mundo. Descrito como quase mágico, permite obter o equivalente ao que é obtido pela força física, graças ao efeito de mobilização. É uma forma legitimada, irreconhecível e transfigurada de outras formas de poder capaz de produzir efeitos reais sem gasto de energia, através da crença na legitimidade das palavras daquele que as pronuncia, só se exerce se for reconhecido, se define numa relação determinada entre os que exercem o poder e os que lhe são sujeitos, ou seja, na estrutura do campo em que se produz e se reproduz a crença (BORDIEU, 1989).

2.3.1 O poder disciplinar em Foucault

Michel Foucault é um dos representantes da vertente radical crítica de estudo do poder. Ele traz uma nova abordagem negando alguns postulados clássicos, compreendendo-o como fenômeno relacional e não como uma propriedade. Não traz, porém em seus estudos um conceito de poder explícito, apenas o caracteriza a partir de uma genealogia. Em suas obras encontra-se uma análise do poder, sinônimo de relação de forças, de lutas.

As concepções de Foucault sobre a temática são definidas como um terreno arenoso, uma vez que as controvérsias levantadas por ele são muitas. Pensar o poder como relação é uma torção analítica, pois suas análises prestigiam um distanciamento em relação às abordagens que operam o cotidiano das sociedades, trazem elementos que apontam para manipulações conscientes da realidade, difundidas de modo a fazer valer vontades dominantes e enfatizam o cotidiano como um espaço de contínua tensão, atravessado por instituições disciplinares e por práticas culturais de diversos sujeitos sociais (SILVA, 2007; DANNER; OLIVEIRA, 2009).

O que se explicita a partir desse autor não é uma teoria diferente, mas um novo ponto de vista e de análise da concepção do poder clássico, que o colocava em termos de direito, de legitimidade, de limites e de sua origem. Ele faz uma leitura das teses marxistas distinta da que era feita por outros teóricos que compreendiam os poderes locais como derivados de um poder central. Para ele, Marx não reconhecia que foi a existência de um ponto central de soberania que possibilitou a organização de um corpo social, mas a existência de pequenas

regiões de poder, como as oficinas, o exército, a propriedade, é que formaram os grandes aparelhos de Estado (PANIAGO, 2008).

Foucault propõe uma análise sem mal-entendidos, ou seja, o poder não deve ser compreendido como um conjunto de instituições que garantam a sujeição dos cidadãos em um estado determinado, como soberania do Estado, a forma da lei ou a unidade global de uma dominação. Deve-se compreendê-lo como correlações de forças, que através das lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça reveste, que tomam corpo nos aparelhos estatais, na formulação de leis, nas hegemonias sociais. A correlação de forças, devido à sua desigualdade, induz continuamente a estados de poder, mas sempre instáveis, o poder se produz a cada instante, em todos os pontos.

As pesquisas de Foucault incidem sobre as técnicas de poder, sobre a tecnologia do poder, estudando como ele domina e se faz obedecer. O poder seria a definição destas técnicas, dos instrumentos, das armas que servem aos conflitos, por isso ele se transforma a si próprio sem cessar, não se devendo ser confundido o exercício de poder com as instituições de poder. (FOUCAULT, 2006a). Para Foucault, o poder é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada, algo que está em toda a parte e provém de todos os lugares.

No seu livro *Microfísica do Poder*, Foucault quando perguntado sobre o que é o poder diz que o poder não existe, e o descreve como um feixe de relações mais ou menos organizado, mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado, um feixe aberto de relações (FOUCAULT, 2001b).

O poder é uma relação que não se estabelece entre duas formas, onde a força nunca está no singular e está em relação com outras forças, que não tem objeto nem sujeito a não ser a força. A relação de forças ultrapassa a violência e não pode ser definida por ela, uma vez que a violência afeta corpos e as forças não têm objeto além de outras forças, não tem outro ser além da relação, “é uma ação sobre outra ação: é incitar, induzir, desviar, tornar fácil ou difícil, ampliar ou limitar, tornar mais ou menos provável” (DELEUZE, 2005, p. 78).

Este poder que Foucault apresenta como um exercício e não como uma propriedade não é algo totalmente negativo, ele pode aprimorar o corpo humano, tornando-o produtivo. Para Foucault, compreender o poder como algo estritamente repressivo é identificá-lo com uma lei preocupada em dizer sempre não, sendo esta uma noção estreita e esquelética do poder, ele nega essa concepção estritamente repressiva do poder e defende o seu aspecto positivo, nas palavras do próprio autor,

O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir. (FOUCAULT, 2001c, p.8)

Não é contra o poder que as lutas nascem, mas as relações de poder abrem o espaço no que as lutas nascem. No século XVIII, por exemplo, se desenvolveu uma série de lutas muito interessantes em torno do sistema penal, se há lutas das classes, devemos situar as relações de poder no interior das lutas e não supor que de um lado há o poder e de outro aquilo sobre o que ele se desenrolaria entre o poder e o não poder (FOUCAULT, 2006b).

Em *Vigiar e Punir*, Foucault abandona uma série de postulados que marcaram a posição tradicional das teorias clássicas sobre poder, descritos por Deleuze (2005):

- Postulado da propriedade: o poder seria uma propriedade de uma classe social que o teria conquistado. Foucault mostra que o poder é uma estratégia e não uma propriedade que ele se exerce mais do que se possui e não é privilégio da classe dominante, mas o efeito de um conjunto de suas posições estratégicas.
- Postulado da localização: o poder estaria localizado no aparelho do Estado e até os poderes privados, seriam aparelhos do Estado. Foucault mostra que o Estado aparece como efeito de uma microfísica do poder. Para ele não existe um lugar privilegiado como fonte de poder pois ele é difuso.
- Postulado da subordinação: o poder do Estado está subordinado a um modo de produção como uma infra estrutura. As relações de poder não se encontram em posição de exterioridade com respeito de outros tipos de relações não podendo estar nem a cima nem abaixo delas.
- Postulado da essência ou do atributo: o poder teria uma essência e um atributo, que qualificaria os que o possuem como dominantes e os outros sobre os quais ele se exerce como dominados. Foucault ressalta que o poder não tem essência, é operatório e não é atributo, mas relação é um conjunto das relações de forças, que passa tanto pelas forças dominadas quanto pelas dominantes, ambas constituindo singularidades. Para Foucault o despotismo do rei não vai de alto a baixo, mas é solicitado pelos humildes que usam o monarca como regulador de conflitos.
- Postulado da modalidade: o poder agiria por ideologia ou por violência, ora reprimindo, ora enganando, como a polícia ou a propaganda. Em Foucault o poder não opera por ideologias quando se aplica sobre almas e não opera necessariamente como opressão ou violência quando se aplica sobre corpos. O poder produz realidade antes de reprimir, verdade

antes de ideologizar ou de mascarar.

- Postulado da legalidade: o poder de Estado se exprimiria na lei, sendo esta expressa como um estado de paz imposto à força ou como o resultado de uma guerra ganha pelos mais fortes. Foucault traz a lei como a própria guerra, a gestão dos ilegalismos, permitindo alguns desvios, como privilégio dos dominantes, e tolerando outros em compensação aos dominados.

Em suas análises sobre os micropoderes, Foucault não negligencia o aparelho de Estado como alvo da luta contra o poder, mas para o autor “o poder não está localizado no aparelho de Estado e que nada mudará na sociedade se os mecanismos de poder que funcionam fora, abaixo, ao lado dos aparelhos de Estado a um nível muito mais elementar, quotidiano, não forem modificados” (FOUCAULT, 2001d, p. 85) Para ele as mudanças sociais só serão possíveis se houverem modificações nos mecanismos de poder externos ao Estado sugerindo uma mudança do foco de análise do centro para a periferia, não existindo nada exterior a rede de poder.

Em Foucault pode-se encontrar uma genealogia do poder que surge a partir da década de 70, com a publicação dos livros *Vigiar e Punir* e *A história da Sexualidade I*, quando o autor procura analisar o surgimento dos saberes, que se dá a partir de condições externas ao próprio saber, pois o considera como elemento de um dispositivo de natureza estratégica. Mostra que não existem sociedades livres das relações de poder sendo os indivíduos resultado delas (DANNER; OLIVEIRA, 2009).

Nos estudos de Foucault é possível identificar três tipos de poder: o poder soberano, o poder disciplinar e o biopoder. O poder soberano é um poder sobre o outro, sobre a vida, sobre a morte que estabelece uma relação assimétrica entre soberano e súdito (MELO, 2009). O biopoder se apóia em questões biológicas de populações inteiras, é um poder que se aplica à vida dos indivíduos no que eles têm em comum como o pertencimento à uma sociedade, onde os dispositivos de saber objetivam o controle da espécie, da população da coletividade, atua como mecanismo regulador que se presta a conhecer e manipular (MELO, 2009; DANNER; OLIVEIRA, 2009).

O biopoder é outra tecnologia de poder que surge em meados do século XVIII, não excluindo a disciplina que o antecede, mas a embutindo, modificando e implantando-se nela, aplicando-a ao homem enquanto ser vivo. Preocupa-se com as relações entre a espécie humana, com a população como um problema político (FOUCAULT, 2005). O poder disciplinar por sua vez se apropria dos corpos, da vida e do tempo em sua totalidade individualizando as pessoas transformando seus corpos em máquinas dóceis (MELO, 2009).

Em *Vigiar e Punir* Foucault se presta ao estudo deste tipo de poder mostrando como as técnicas de poder surgiram na prática penitenciária através da evolução dos métodos punitivos e de uma tecnologia política do corpo capaz de controlá-lo, moldá-lo de forma a prestar um melhor serviço ao capitalismo. Dessas táticas surge a disciplina como dispositivo de poder que manipula o corpo assegurando um sistema de sujeição de suas forças tornando-o útil. Nele, através de uma análise de como a disciplina foi desenvolvida na França, uma sociedade submetida à legislação criminal, Foucault mostra através do estudo da técnica do poder, como ela mudou segundo o desenvolvimento da sociedade industrial e o aumento da população.

Para Melo (2009), o poder tem a função de produzir singularidades ordenadas, classificadas de reprimir os momentos de tensões e encontrar espaços de acolhimento para estas homogeneidades como as escolas e os quartéis. O parâmetro para este enquadramento são as normas, para aqueles indivíduos que não se encaixam no padrão considerado normal foram criadas as prisões, os hospícios, as instituições especializadas destinadas a disciplinar os indivíduos, seus gestos, comportamentos, hábitos e palavras.

Surge então a disciplina, pois para Foucault (2001c) o controle do comportamento dos indivíduos deveria ser assegurado no momento mesmo em que ele se esboçava e, a instituição penal não poderia mais estar inteiramente nas mãos de um poder autônomo como o poder judiciário exercendo o controle punitivo. As virtualidades das pessoas deveriam ser controladas por uma série de poderes laterais nas instituições de vigilância como a polícia, a escola, os hospitais, os asilos etc.

Desta forma, surgiram as instituições disciplinares para vigiar os indivíduos controlando seus atos numa sociedade que Foucault chama de ortopedia social, onde as pessoas são engessadas num sistema de normas que exercem o controle social.

Foucault quis mostrar como, a partir dos séculos XVII e XVIII, as monarquias da Época Clássica desenvolveram grandes aparelhos de Estado (o exército, a polícia, a administração local) e instauraram uma nova economia do poder, ou seja, os procedimentos que permitem o poder circular de forma contínua ininterrupta, e individualizada em todo o corpo social (FOUCAULT, 2001c).

Em *Vigiar e Punir*, Foucault analisa o “nascimento da prisão” como parte de uma transformação mais ampla das relações de poder na sociedade a partir do final do século XVIII, estendendo-se pelo século XIX. Na primeira parte do livro, o autor traz a mudança do sistema penal dos suplícios para as penas de reclusão, estuda como as técnicas punitivas integram o corpo e o marcam. Aqui Foucault nega a compreensão de poder como propriedade

do Estado ou de uma classe social e reafirma-o como uma microfísica objetivando, através da prisão, fazer uma história deste exercício de poder.

A partir das manifestações de poder no Antigo Regime, a segunda parte do livro faz uma análise sobre o suplício e sua ostentação que simbolizavam a soberania, passando a ser criticado e rejeitado pela sociedade que protestavam contra os excessos nas execuções públicas.

Este é o ponto de cisão do poder de punir que faz a passagem da sociedade de soberania para disciplinar, da prática dos suplícios para a disciplinarização dos corpos. O poder de punir modifica-se, abrandam-se as punições corporais em praça pública e novas tecnologias, dispositivos e com eles, saberes para essa grande mudança das punições surgem, pois o suplício tornou-se rapidamente intolerável,

Revoltante, visto da perspectiva do povo, onde ele revela a tirania, o excesso, a sede de vingança e o “cruel prazer de punir”, Vergonhoso, considerado da perspectiva da vítima, reduzida ao desespero e da qual ainda se espera que bendiga “o céu e seus juízes por quem parece abandonada”. Perigoso de qualquer modo, pelo apoio que nele encontram, uma contra a outra, a violência do rei e a do povo (FOUCAULT, 2008, p.71).

A terceira parte do livro trata da disciplina como uma anatomia política do corpo que fabricava corpos submissos e dóceis ao aumentar as forças do corpo em termos de produtividade e diminuindo paralelamente as mesmas forças em termos políticos. Foucault explica que esta tecnologia está presente em todas as instituições destinadas ao controle das diferenças.

A disciplina é um método que permite o controle minucioso das operações do corpo, realizando a sujeição constante de suas forças. Tornou-se durante os séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação, através dela nasce uma arte do corpo humano, que visa a formação de uma relação que no mesmo mecanismo torna o corpo tanto mais obediente quanto é mais útil,

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Uma mecânica do poder que define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, para que façam o que se quer, para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina (FOUCAULT, 2008).

No poder disciplinar, a organização do espaço permite a aquisição de um saber, de um controle sobre as práticas e para isso são utilizadas diversas técnicas. Primeiro, a disciplina

procede a arte da distribuição dos indivíduos no espaço, às vezes exige a delimitação física para o enquadramento como escolas, quartéis, as fábricas, outras não, apenas divide os grupos em parcelas, para anular os efeitos nocivos dos agrupamentos, importa saber onde estão os indivíduos, poder vigiar seu comportamento. Ela cria também um espaço arquiteturalmente útil, que fixam e permitem a circulação, marcam lugares que tratam a multiplicidade tirando dela o maior número possível de efeitos (FOUCAULT, 2008).

Segundo é realizado um controle sobre a atividade, onde o tempo é rigorosamente controlado garantindo o ritmo das atividades, através do controle de fiscais, anulando toda distração tornando o tempo integralmente útil. Desta forma, um ritmo coletivo é imposto e o ato é decomposto em seus elementos, são definidas a posição do corpo, a direção e a duração de cada movimento e é prescrita sua ordem de execução (FOUCAULT, 2008). Neste mesmo entendimento a disciplina define os elementos do corpo (mãos, olho, braços, etc) e os elementos do objeto (o cano, a alça, o parafuso, etc) que serão postos em correlação sob a forma de gestos, que seguem uma ordem predeterminada de utilização máxima do tempo e de não ociosidade.

Em terceiro lugar, a disciplina é capaz de organizar o espaço de tal forma que decompõem e recompõem as atividades em elementos sequenciais segundo uma complexidade crescente que através da imposição aos corpos de tarefas ao mesmo tempo repetidas e diferentes, graduais, direcionando o comportamento através desse exercício a um estado terminal, diferenciando os indivíduos entre si. Utilizando essa coerção, a disciplina classifica os indivíduos pela aquisição progressiva do saber, do bom comportamento, uma espécie de concurso coletivo ao qual estão submetidos (FOUCAULT, 2008).

O poder disciplinar é um poder permanente, modesto, que fabrica indivíduos ideais, que em vez de se apropriar e de retirar, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes para depois retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Para Foucault, o sucesso do poder disciplinar está ligado à utilização de alguns instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e o exame (FOUCAULT, 2008).

A vigilância hierárquica pressupõe um dispositivo que induza a efeitos de poder apenas pelo jogo do olhar. Utiliza uma arquitetura que permite um controle interior, detalhado, sobre os que nela se encontram, transformando os indivíduos, dominando seu comportamento e reconduzindo até eles os efeitos do poder. Graças a ela, o poder disciplinar, torna-se integrado, automático e anônimo, ligado à economia e aos fins do dispositivo onde é

exercido, pois a vigilância funciona em rede de relações com fiscais perpetuamente fiscalizados, permitindo ao poder disciplinar ser “indiscreto”, pois está em toda parte controlando mesmo os que estão encarregados de controlar; e absolutamente “discreto”, pois funciona permanentemente e em grande parte em silêncio (FOUCAULT, 2008).

A disciplina permite ao poder circular, uma vez que ele pode ser exercido verticalmente de baixo para cima e de cima para baixo e horizontalmente por todos os lados. Os dispositivos disciplinares funcionam como um modelo reduzido do tribunal e uma série de processos sutis a título de punição que vão do castigo físico leve a privações ligeiras e a pequenas humilhações. A sanção normalizadora preenche o espaço vazio deixado pelas leis, qualificando e reprimindo um conjunto de micropenalidades (atrasos, negligência, falta de zelo, desobediência, tagarelice, gestos não conformes, sujeira, indecência, etc.). A disciplina expõe a lei, o regulamento, o programa que deve ser seguido, a duração do aprendizado, o tempo do exercício, a regra e o castigo disciplinar deve corrigir os desvios com punições da ordem do exercício, intensificado, repetido, um duplo sistema de punição-sanção, onde deve-se evitar castigar procurando tornar as recompensas mais frequentes para incitar os preguiçosos mais pela recompensa do que pelo receio do castigo (FOUCAULT, 2008).

A disciplina através deste sistema classifica os indivíduos em melhores ou piores, os procedimentos como certos ou errados, numa distribuição entre pólo positivo e pólo negativo; marcando os desvios, valorizando atos para que possam ser vistos como um estado ótimo que deve ser almejado por todos, coagindo, dessa forma, a conformidade a realizar (FOUCAULT, 2008).

O exame enquanto instrumento disciplinar é a combinação das técnicas de vigilância hierárquica e da sanção normalizadora, ele estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados, através da superposição das relações de poder e das de saber. A observação torna-se regular, impondo aos que submete um princípio de visibilidade obrigatória e uma rede de anotações escritas, para descrever a individualidade transformando-a num método de dominação (FOUCAULT, 2008).

Para explicar o funcionamento da disciplina, Foucault utiliza o Panóptico de Bentham como figura que para dar conta desse sistema de poder, através da sua exclusão da loucura no século XVII e XVIII. Ele trouxe um modo de poder que não se fundamentava na exclusão, mas na inclusão dentro de um sistema no qual cada uma deveria ser localizado, vigiado e observado, acorrentado à sua própria identidade. Bentham sonhou com a prisão ideal, com um tipo de prédio que pudesse ser tanto um hospital, como uma prisão, um asilo, uma escola.

(FOUCLAULT, 2006c).

O Panóptico foi uma utopia, uma espécie de forma pura e elaborada no final do século XVIII para fornecer a forma mais cômoda de um exercício constante do poder imediato e total, que foi um sonho de Bentham, mas que nunca funcionou realmente (FOUCLAULT, 2006c).

Este modelo de sociedade foi representado por Bentham, na estrutura do Panóptico, sendo a maneira mais precisa de se compreender um tipo de poder do espírito sobre o espírito, num edifício circular, com uma torre central e celas periféricas onde se localizariam os vigiados (FOUCLAULT, 2001c).

2.4 RELAÇÕES DE PODER VIVENCIADAS POR ENFERMEIRAS

Compreender as relações de poder vivenciadas por enfermeiras no ambiente hospitalar é primeiro inserir esta profissional no contexto do trabalho coletivo em saúde fundamentado nas relações interpessoais, que conseqüentemente originam relações de poder geradas por disputas no cotidiano de trabalho.

Para Pires (2008), a hierarquia de trabalhos e de saberes que se manifesta nas relações de trabalho resultam em tensões entre os diversos agentes, com conflitos explícitos ou não devido às diferenças técnicas especializadas e a desigualdade de valor atribuído a estes trabalhos. Desta forma, trabalhar em equipes de saúde requer rever poderes, desocultá-los e atentar para o fato de que as disputas por poderes pode ser algo incoerente com a direcionalidade do trabalho (OLIVEIRA; MORETTI-PIRES; PARENTE, 2011).

No trabalho da enfermeira o que se observa é que, historicamente há uma negação do seu caráter autônomo, sendo reduzida a uma disciplina subalterna e dependente da medicina ou das instituições de saúde, que lhe conferem um poder limitado sobre as decisões no desenvolvimento das suas atividades. Além disso, a profissão vivencia uma divisão social com outras categorias que atuam no setor saúde, na qual o médico e o modelo biomédico despontam como hegemônicos, e existe também dentro da própria enfermagem, uma fragmentação técnica presente desde a gênese da enfermagem moderna.

Partindo deste entendimento, Bernardes (2008), traz que para se compreender as relações de poder vivenciadas por enfermeiras também é necessário que se considere as posições que ela ocupa na hierarquia das instituições: ela subordina-se ao proprietário da instituição; vivencia uma relação de igualdade com outros profissionais graduados como

médicos, farmacêuticos, nutricionistas e estão em relação de superioridade hierárquica considerando a equipe técnica e o paciente.

Para além desta reflexão, há que se considerar a consciência da vivência destas relações no ambiente de trabalho, pois nos estudos de Nóbrega-Therrien (2011), esta consciência existe, mas a compreensão do poder pelas enfermeiras ocorre de formas variadas, com múltiplos significados deste entendimento, e ainda demonstram uma visão estreita e limitada do poder que muitas vezes não envolve visão política e resistência. As enfermeiras definiram o poder como a capacidade de curar, autoridade no cargo, tempo de permanência no trabalho e como mecanismo de luta e resistência organizada.

Para Gelain (1996), com frequência as enfermeiras expressam poder por exercerem cargos de chefia direcionando a dinâmica das unidades e resolvendo problemas assistenciais ou gerenciais, mas se submetem ao poder médico exercendo um poder que o autor denomina de poder diluído. Em seus estudos Gelain (1996) ainda observa que o poder das enfermeiras é localizado, disciplinado e delegado pela instituição, sendo uma modalidade de poder que não confere nem saber nem força construtiva para a categoria, sendo um poder inferior pela falta de força política, pela acomodação, pela indefinição de identidade e pela falta de saber profissional.

Velloso, Ceci e Alves (2010) trazem o entendimento poder por parte das enfermeiras no âmbito das relações de conflitos, onde sempre existe a possibilidade da reversão e de confronto entre adversários originando espaço para mecanismos de poder tanto quanto de resistência. Nesta perspectiva, a compreensão das tensões da prática cotidiana implica na busca por esclarecimentos de como as práticas de enfermagem são estabelecidas, considerando que o conhecimento é inseparável das práticas, das normas, dos fazeres e dos discursos. Para estas autoras exercer poder/saber é estabelecer verdades regulamentadas através das práticas da profissão, com investimentos na busca por conhecimento para a prestação de uma assistência qualificada para o paciente.

De acordo com o observado nos estudos encontrados na literatura, concordamos com Nóbrega e Therrien (2011), quanto esta autora classifica o poder da enfermeira como um poder ambíguo, um poder que elas não conhecem, mas que querem um poder em movimento que se expressa sob a forma de tramas: a do reconhecimento do cuidado como poder mesmo com a resistência da enfermeira em assumir esse cuidado, a trama da busca pelo poder e visibilidade através da ocupação de cargos em detrimento da aproximação com o paciente e com o cuidado e a trama da reprodução dentro das instituições de um papel de mulher na

sociedade, ou seja, invisível e a sua falta de reconhecimento social.

3 METODOLOGIA

3.1. TIPOLOGIA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa de natureza descritiva com objetivo exploratório. A descrição qualitativa não se fundamenta em idealizações, imaginações, mas descreve-se, com precisão conceitual rigorosa, a essência genérica do percebido (PÁDUA, 1999).

Segundo Minayo (1999, p. 10), as Metodologias de Pesquisa Qualitativa são entendidas como:

aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (Grifos do Autor)

O estudo qualitativo de modalidade descritiva tem como característica o desejo de conhecer uma realidade, com seus traços, gentes, problemas, valores e seu cotidiano, não tendo o compromisso de explicar os acontecimentos que descreve. Embora alguns autores defendam que a qualidade e a quantidade são inseparáveis e interdependentes, o estudo de natureza predominantemente qualitativo foi escolhido devido à superioridade do método em fornecer uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados na maior relevância do aspecto subjetivo. Há nele uma maior flexibilidade e diversidade por não admitir regras precisas.

O ambiente natural e seus significados, servem de campo para a pesquisa social, surgindo daí os seus dados, que contam com o pesquisador como seu instrumento principal de análise, já que este deve compreender a complexidade das relações sociais.

Como Triviños (1987, p.131), confirma, ao dizer que “as hipóteses colocadas podem ser deixadas de lado e surgir outras, no achado de novas informações, que solicitam encontrar outros caminhos”.

A pesquisa exploratória reveste-se de investigações de pesquisa empírica objetivando a formulação de questões ou de um problema com a finalidade de desenvolver novas hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos (LAKATOS; MARCONI, 2002). O estudo exploratório foi escolhido por se adequar a

natureza do objeto investigado o qual se procura conhecer, definindo seus pressupostos e problema de pesquisa de forma mais precisa.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

A coleta dos dados foi realizada em uma UTIN de uma Maternidade pública da cidade de Salvador, administrada por uma Instituição Filantrópica do Estado da Bahia. A organização é uma unidade de referência do Estado na gestação de alto risco e Neonatologia, possui 238 leitos, sendo 180 em enfermarias, 10 de UTI adulto, 20 de UTIN (sendo a maior UTIN do Estado) e 28 de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal, sendo a maior maternidade do Norte e Nordeste do Brasil atendendo exclusivamente a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BAHIA, 2011).

A busca por esta organização, deve-se ao fato de ser unidade que possui o maior número de leitos de terapia intensiva neonatal nível 3 da cidade, pressupondo-se um quantitativo relativamente grande de procedimentos relacionados ao manejo do cateter percutâneo e à facilidade de acesso.

De acordo com dados fornecidos pela unidade, os 20 leitos existentes ficam ocupados na sua totalidade, com uma média de 16 pacientes/dia em uso de cateteres venosos, destes 15 são cateteres centrais e destes, 11 são cateteres percutâneos passados por punção, ou seja, em sua maioria são cateteres instalados por enfermeiras.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram 11 Enfermeiras e 02 enfermeiros, totalizando 13 trabalhadores da UTIN que atenderam aos critérios de inclusão deste estudo, a saber: todas são especialistas, possuem habilitação para a o manejo do PICC, exercem funções assistenciais na unidade por um tempo mínimo de seis meses, considerando o período de adaptação, estavam em pleno exercício da função; tinham disponibilidade de tempo para ser entrevistadas e aceitaram participar do estudo, voluntariamente, mediante assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A).

De acordo com as variáveis de identificação das profissionais constantes no roteiro de entrevista como sexo, idade, tempo de formação, tempo de trabalho na Neonatologia e tempo de trabalho na unidade, as profissionais são caracterizadas no Quadro 1:

Quadro 1 – Caracterização das enfermeiras. Salvador-Bahia. 2012.

DADOS PROFISSIONAIS		
Sexo	Feminino	11
	Masculino	02
Idade	< 25 anos	01
	25-30 anos	09
	>30 anos	03
Tempo de formação	≤ 5 anos	08
	5- 10 anos	04
	≥10 anos	01
Tempo de trabalho na Neonatologia	≤ 5 anos	11
	5- 10 anos	01
	≥10 anos	01
Tempo de trabalho na UTIN	≤ 5 anos	12
	5- 10 anos	01

Fonte: Pesquisa Relações de Poder no Manejo do Cateter Percutâneo por Enfermeiras.

Como características gerais: 85% são do sexo feminino, com idade média de 28 anos, com tempo médio de formação de 4,8 anos, trabalhando na Neonatologia há uma média de 3,8 anos e funcionárias da UTIN estudada há 2,7 anos, em média. Quanto à especialização, nota-se que 100% das enfermeiras são especialistas e algumas possuem até duas especializações: 01 em enfermagem do trabalho, 03 em emergência e terapia intensiva, 01 em enfermagem do trabalho e terapia intensiva, 01 em neonatologia e administração, 01 em neonatologia e terapia intensiva, 06 eram neonatologistas. A maioria dos sujeitos foi do sexo feminino, justificando-se assim a adoção desse gênero para a denominação das profissionais de enfermagem de nível superior neste estudo.

De acordo com estas informações presume-se que a maior parte destas profissionais já tem tempo de experiência na profissão, já estão na especialidade e na unidade tempo suficiente para perceberem seu ambiente de trabalho e as relações estabelecidas entre seus membros, podendo participar do estudo oferecendo dados confiáveis de sua percepção sobre o manejo do cateter percutâneo por enfermeiras na UTIN.

O quantitativo de sujeitos foi estabelecido posteriormente à coleta de dados, atendendo a critérios de uma pesquisa qualitativa, ou seja, a coleta foi encerrada quando o *corpus* foi constituído.

Definiu-se como *corpus* de análise o material discursivo sobre as relações de poder vivenciadas por enfermeiras durante o manejo do cateter percutâneo, produto das entrevistas que, contemplou os questionamentos levantados e os pressupostos dessa investigação.

3.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que possibilita a interação pesquisador/pesquisado, além da captação imediata das informações necessárias à pesquisa (APÊNDICE B).

Lakatos e Marconi (2002) dizem que a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional. É um procedimento utilizado na investigação social, para ajudar no diagnóstico ou tratamento de um problema social.

Segundo Minayo (1999 p. 109),

o que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolo (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

A técnica de entrevista utilizada foi escolhida por permitir a presença consciente do pesquisador e, ao mesmo tempo, a descrição dos fenômenos, sua explicação, análise e compreensão na sua totalidade e por facilitar uma abordagem livre do tema proposto, com um roteiro de questões norteadoras ou temas a serem explorados.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada entre os meses de maio e junho de 2011, nos turnos matutino, vespertino e noturno, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos. O instrumento foi pré testado inicialmente com três enfermeiras neonatologistas, que realizavam a passagem do cateter percutâneo e não foram incluídas no grupo de sujeitos selecionados para este estudo, com o intuito de avaliar a pertinência, clareza e a objetividade das perguntas, identificar possíveis dúvidas, levantar sugestões e observar o tempo de preenchimento. O instrumento foi reformulado a partir desse teste, retirando-se uma das perguntas do roteiro e teve uma duração média de 7,93 minutos.

Para a coleta de dados, inicialmente foram apresentados aos sujeitos os objetivos da pesquisa e, tendo esclarecido todas as informações sobre o estudo, foi obtido o consentimento

livre de participação na pesquisa através de formulário próprio assinado pelas enfermeiras e pela pesquisadora, em duas vias. Procedeu-se então, a entrevista gravada em fita cassete, começando-se pelos dados de identificação, seguidos dos questionamentos.

A partir de algumas perguntas norteadoras, as questões principais foram apresentadas e, ao se obter respostas vagas ou limitadas, pergunta inicial foi aprofundada. Essa técnica na entrevista semi-estruturada é descrita por Triviños (1987), ao dizer que oferece possibilidade do informante ser espontâneo enriquecendo a investigação. As entrevistas duraram em média 15 minutos sendo a mais curta de 9 minutos e a mais longa de 22 minutos.

Após a gravação, as entrevistas foram imediatamente transcritas pela autora e por dois bolsistas treinados pela pesquisadora, foram realizadas leituras flutuantes objetivando a constituição do material de análise e a coleta de dados foi encerrada. Buscando-se evitar equívocos, as entrevistadas tiveram acesso à sua entrevista na íntegra, impressa e durante a leitura do material, fizeram correções (erros de concordância e gírias), acrescentaram informações que ficaram subentendidas e, uma das entrevistadas retirou informações que julgou “comprometedoras”. Além disso, suprimimos na transcrição das entrevistas, dados biográficos, nomes de amigos, locais e elementos da equipe de saúde da UTIN que fossem passíveis de identificar as participantes do estudo.

3.6 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Como se trata de uma pesquisa com seres humanos, foram tomadas providências necessárias para um enquadramento ético do estudo. Uma delas foi o encaminhamento prévio do projeto dessa pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Professor Doutor Celso Figueirôa após a obtenção do aceite para a realização desta pesquisa pela coordenação de enfermagem da UTIN e da diretoria do hospital. A coleta de dados somente foi iniciada após a sua aprovação que ocorreu em março de 2011 sob o protocolo nº 0002.0.057.000-11 (ANEXO A). Também foram atendidos os princípios emanados da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta esse tipo de estudo com base em referenciais da bioética:

Esta resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da Bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 1996).

O estudo buscou respeitar esses referenciais, uma vez que aos indivíduos foi proporcionada a autonomia em participar ou não da pesquisa, sendo-lhes apresentada a finalidade do estudo, a fim de que houvesse a oportunidade de exercerem a autodecisão de participar ou não da pesquisa. Foi apresentado um Termo de Consentimento no início da entrevista, com linguagem acessível, esclarecendo o anonimato a respeito de sua pessoa, a possibilidade de desistir de participar do estudo a qualquer momento da pesquisa e do acesso aos resultados da mesma.

A beneficência foi atingida quando se garante que os resultados do estudo, serão enviados às organizações que servirão de campo para esta pesquisa e estarão disponíveis para divulgação de caráter público, objetivando que, os mesmos, impliquem em reflexões sobre as relações de poder nos discursos do dia-a-dia das profissionais e nas suas ações durante o manejo do cateter percutâneo. Sobre a não-maleficência, procurou-se garantir, ao máximo, o não surgimento de danos previsíveis, que foram evitados proporcionando às entrevistadas um ambiente seguro onde elas pudessem expressar suas idéias e opiniões, lhes foi assegurado o absoluto anonimato de sua pessoa e de suas declarações. Por isso, as participantes desse estudo foram identificadas pela letra do alfabeto (E) seguida por uma numeração sequencial.

A questão da justiça encontra-se no equilíbrio entre a beneficência e não-maleficência para o grupo pesquisado, procurando atribuir-lhe um alto grau de beneficência e reduzindo a maleficência à menor ocorrência possível, tratando-as assim, de forma equitativa. Em Fortes (1998) a justiça requer a distribuição dos resultados favoráveis de forma equivalente e que a sua utilização, seja compatível e beneficie a todos os sujeitos envolvidos no estudo. Os dados obtidos somente foram usados dentro do propósito da pesquisa e, ao se publicar os resultados, a sua exatidão foi preservada.

3.7 DISPOSITIVO ANALÍTICO

Para a análise dos dados obtidos no campo, foi utilizada a Técnica de Análise de Conteúdo, que segundo Lakatos e Marconi (2002) é uma técnica que visa aos produtos da ação humana, estando voltada para o estudo das idéias e não das palavras em si.

Para Bardin (1979, p.19), a Análise do Conteúdo consiste em:

[...] um conjunto de técnicas de análise da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

No seu contexto histórico, a análise do conteúdo surgiu através da arte secular de interpretar livros sagrados, exercida pelas civilizações mais antigas. Outros relatos datam dos séculos XVII na Suécia e XIX na França. Mais recentemente, esta técnica teve destaque durante a Primeira Guerra Mundial e, mais expressivamente, durante a Segunda Guerra quando se mostrou eficaz na análise do material de imprensa e propaganda das guerras. Serviu de base para estudos e trabalhos como os de Leavell e Lasswell abrindo campo para o seu emprego em vários ramos das ciências.

A partir de 1940, seus fundadores Berelson, Lazarsfeld e Lasswell passaram a se preocupar e com a objetividade solidificando seu rigor quantitativo e em 1948 foram estabelecidas suas regras e princípios de análise. Minayo (1999, p.202) deixa claro que “a obsessão pela objetividade e o rigor se confundem com os pressupostos do positivismo, excluindo-se outras possibilidades de exploração de material qualitativo”. Em 1955 na Conferência de Albritton, vários especialistas se reuniram para discutir o método publicando, em 1959, suas conclusões que figuraram um “corpo” de orientações sobre o método, que foi novamente aperfeiçoado em 1969 chegando por Bardin, em 1977, como técnica detalhada e acabada. (MINAYO, 1999; TRIVIÑOS, 1987).

Do ponto de vista das origens do método, pode-se compreender que dentro do contexto de superação das idéias objetivas e quantitativas do positivismo e de suas técnicas de estudo, a Análise de Conteúdo propõe uma nova ótica de conhecimento dos fenômenos sociais. Mostra-se o método de escolha para os objetivos desse estudo pela busca do máximo de objetividade possível mesmo sendo fortemente permeável à subjetividade, característica da pesquisa qualitativa, sendo uma técnica que descreve objetiva e quantitativamente o conteúdo das comunicações.

Seguindo esses pressupostos, os dados foram simplificados, organizados em categorias de forma a facilitar a sua descrição e a obtenção de núcleos de sentidos a partir deles. “Nas pesquisas qualitativas estas categorias se modificam com vistas a se obter idéias mais significativas” (GIL, 2002, p.134).

Dentre as técnicas de Análise do Conteúdo foi escolhida a Análise Temática por ser uma técnica que dá uma ênfase maior às questões qualitativas em saúde. Para Unrug (1974, p.19 *apud* MINAYO, 1999, p. 209) o tema é “uma unidade de significação complexa de comprimento variável, a sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem

psicológica. Pode constituir um tema, tanto uma afirmação como uma alusão”.

Com base em Minayo (1999), a análise se desdobrou nos seguintes procedimentos:

- Transcrição das falas das entrevistas;
- Primeiro contato com o texto, ou seja, com o produto das entrevistas, através da leitura flutuante e exaustiva de todo o material;
- Retomada dos pressupostos da pesquisa;
- Estabelecimento das unidades de análise ou núcleos de sentidos;
- Definição do corpus: à medida que a pesquisa qualitativa vai se delineando, a seleção das entrevistas exige um tratamento mais sistemático que se busca através do corpus.
- Retorno contínuo do objeto de análise para a teoria, num movimento constante de descrição e interpretação;
- Análise dos resultados.

A análise dos dados sugere uma linha indutiva, pois está é característica das pesquisas qualitativas. Segundo Ruiz (2002, p. 139) a indução “caminha de registro de fatos singulares ou menos gerais para chegar a conclusão desdobrada ou ampliada em enunciado mais geral”. Conforme Triviños (1987, p. 129), nesse tipo de estudo “A interpretação e os significados surgem da percepção do fenômeno visto num contexto [...] o fenômeno tem sua própria realidade fora da consciência. Ele é real, concreto e, como tal, é estudado”.

3.8 ANÁLISE DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL FOUCAULTIANO

Durante o processo de obtenção de conhecimentos sobre o tema, com o objetivo de relacionar eventos entre si, os dados também foram analisados ao se confrontar a realidade estudada com a genealogia do poder trazida por Foucault.

Propor um estudo no campo das relações de poder, sob a ótica pós estruturalista é um desafio, pois durante a minha trajetória profissional, apesar de já ter tido um contato inicial com os micro-poderes do livro *Micrôfísica do Poder* de Foucault, esta perspectiva teórica me era totalmente estranha.

Existem alguns trabalhos no Brasil que discutem a temática das relações de poder na enfermagem, mas construir esta análise foi um exercício de compreender decodificar que Foucault trazia sobre as estratégias disciplinares, confrontá-las com o trabalho da Enfermagem, o manejo do PICC, o discurso das enfermeiras e suas subjetividades.

Depois da leitura de *Vigiar e Punir*, onde o autor descreve com detalhes a estrutura da

disciplina nas prisões, pude ter uma clareza de como elas se expressavam no discurso das entrevistadas e me concentrei na compreensão dos diagramas que emergem deste livro: o suplício, a punição, a disciplina e a prisão. Nesta perspectiva pude assumir as relações de poder expressas no discurso das profissionais e reveladas em práticas que denunciam o sistema disciplinar, no trabalho das enfermeiras no manejo do PICC.

Foucault não procura por trás do discurso a sua fonte, ele parte do discurso, não do sujeito falante, mas examina as diferentes maneiras pelas quais o discurso desempenha um papel no interior do sistema estratégico em que o poder está implicado, e para o qual o poder funciona, portanto o poder não é a origem nem é a fonte do discurso. É alguma coisa que opera através do discurso, é um elemento em um dispositivo estratégico de relações de poder. O discurso é uma série de elementos que operam no interior do mecanismo geral de poder, através dos quais o poder é vinculado e orientado (FOUCAULT, 2006c).

No primeiro momento, quando Foucault explora a idéia da disciplina como formadora de uma sociedade panóptica, através de suas técnicas e táticas, percebi que a estrutura física da UTIN era a mesma das prisões e fiz uma comparação arquitetônica com o Panóptico descrito pelo autor. Desta primeira noção, compreendi que o funcionamento da unidade também era disciplinar e passei a tratar desta forma a análise dos discursos indo além das entrevistas e do que era dito pelas entrevistadas.

A percepção sobre uma economia física dos corpos, típica do diagrama disciplina, permitiu a construção da primeira categoria: A disciplina no manejo do cateter percutâneo por enfermeiras. A partir da constatação do poder disciplinar e da sua produção no cotidiano das enfermeiras no manejo do cateter percutâneo foram originadas três subcategorias: *A normalização do poder na UTI; a docilização dos corpos no manejo do cateter percutâneo; a visibilidade do trabalho das enfermeiras através do manejo do PICC*. Estas trazem respectivamente o poder da norma, a visibilidade e a docilização dos corpos como estratégias disciplinares. Não pude negligenciar dois personagens citados por Foucault ao se referir ao sistema prisional, ambiente de expressão da disciplina, o carcereiro e o delinquente, que originaram duas outras subcategorias: *O carcereiro: engrenagem entre médicos e enfermeiras; o delinquente e a delinquência: a enfermeira e o PICC*.

Na obra de Foucault, há uma articulação entre poder e saber, onde um não pode existir sem a produção correlata do outro. Durante as entrevistas as enfermeiras afirmavam serem possuidoras de um saber, mas contraditoriamente este saber não se expressava como poder de decisão na unidade. Neste entendimento a análise do poder/saber se concentra numa situação

de ambiguidade onde o saber se expressa mais como resistência do que como poder, daí originou-se a segunda categoria com duas subcategorias: *A ambiguidade do saber: exercício do poder e resistência; O exercício do poder/saber pelas enfermeiras; O saber como resistência.*

Diante das entrevistas, embora a ênfase adotada para este estudo seja as técnicas disciplinares, não pude ignorar a demanda de discursos que constatavam a presença de um poder, que Foucault chamou de soberano, guiando as ações das enfermeiras. Para analisar a presença deste discurso soberano, a submissão das enfermeiras à este poder, as fragilidades da categoria que favorecem esta submissão e a retirada do cateter como momento em que emergem os maiores conflitos, surgiu a terceira categoria: *A presença de um poder soberano*, e quatro subcategorias: *Reconhecimento da presença de um soberano; Submissão ao poder; A fragilidade da categoria profissional; Desencontro de saberes: a retirada do PICC como foco de conflitos.*

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

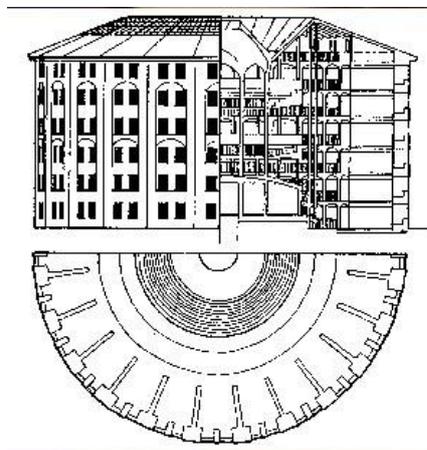
Este capítulo está dividido em três partes: *Caracterização das enfermeiras*, que faz uma descrição dos sujeitos desta pesquisa; *A UTIN como modelo do dispositivo disciplinar: o Panóptico de Foucault*, que descreve a estrutura física, as principais normas e o funcionamento da unidade campo deste estudo; e *Relações de poder vivenciadas por enfermeiras: o manejo do cateter percutâneo na UTIN* o que será desenvolvido a partir de três categorias temáticas resultantes da análise dos dados empíricos.

4.1 A UTIN COMO MODELO DO DISPOSITIVO DISCIPLINAR: O PANÓPTICO DE FOUCAULT

Esta primeira análise diz respeito ao ambiente da UTIN, lócus desta pesquisa e objetiva descrever o seu espaço físico e as principais normas de funcionamento. O ponto de discussão nesta etapa é a comparação desta estrutura com o diagrama disciplinar de Foucault, o Panóptico. As enfermeiras, participantes deste estudo, também foram caracterizadas e localizadas dentro desta arquitetura.

O Panóptico é uma estrutura arquitetônica que poderia ser empregada nas prisões, escolas, fábricas, hospícios, hospitais, etc. Na torre central estaria um vigilante com seu olhar que podia ver tudo que faziam os indivíduos, permanentemente, e no ato da vigilância, construir um saber a respeito do vigiado.

Figura 1 – Panóptico de Bentham



Foucault se refere ao Panóptico de Bentham como uma metáfora de um modelo de sociedade a qual chamou de sociedade da ortopedia generalizada (FOUCAULT, 2001c). Foucault pretendeu mostrar que o sistema panóptico existe na vida dos indivíduos. Na UTIN estudada pode-se perceber um modelo reduzido desta sociedade panóptica a comparação estrutural e funcional foi inevitável.

Para Foucault, o Panóptico é a sociedade que conhecemos e estamos inseridos, um tipo de poder que repousa sobre o exame e sobre a vigilância contínua, que se exerce sobre indivíduos em forma de controle, de punição e recompensa, ou seja, de moldar comportamentos em função de certas normas e regras.

4.1.1 Ambiente físico da UTIN

A UTIN campo deste estudo é um espaço com o formato de um retângulo, com cinco boxes separados uns dos outros por meia parede. As paredes são coloridas, os boxes são pintados com cores diferentes comportando quatro leitos cada um.

Nos boxes 1 e 2 trabalham uma ou duas enfermeiras e três técnicas/auxiliares de enfermagem, nos boxes 3, 4 e 5 duas ou três enfermeiras e 4 ou 5 técnicas/auxiliares de enfermagem, de acordo com a escala de distribuição diária. Para que os profissionais se vejam precisam sair dos boxes, pois a meia parede de divisão entre eles não permite que de um box seja visualizado o outro. Entre os boxes 2 e 3 existe um espaço destinado à guarda de materiais descartáveis e estéreis.

Em cada box há uma bancada para o preparo de soluções e medicações pelo pessoal de enfermagem, e nos boxes 1, 3 e 5 uma bancada com gavetas numeradas onde se armazenam medicações e materiais para o uso em cada neonato durante os três turnos de trabalho, sendo revisadas e repostas por um auxiliar administrativo.

A iluminação é basicamente artificial, uma vez que existem janelas nos boxes 3, 4 e 5, porém, a luz natural é insuficiente para iluminar o ambiente. Na entrada da UTIN existe uma pia para lavagem das mãos, todos os profissionais ao iniciarem o turno de trabalho e no final dele devem lavar as mãos com uma escova de clorexidina degermante e usar roupa privativa durante todo o período que permanecerem na unidade.

No centro da UTIN está localizada uma estrutura retangular também em meia parede, onde ficam os médicos e os fisioterapeutas, com uma bancada onde estão dispostos computadores e uma impressora onde são feitas as prescrições. Na parede ao fundo há uma

prateleira com os prontuários dos RN.

Figura 2 – Planta baixa da UTIN



Fonte: Elaboração de Luís Henrique dos Santos, 2012.

O interessante nesta estrutura descrita é que, na maioria das UTIs, no centro se localiza o posto de enfermagem, que na visão foucaultiana, poder-se-ia descrever como o local privilegiado de vigilância dos pacientes. Nesta UTIN, o posto é o local onde estão os médicos, e para os fisioterapeutas está reservada uma escrivaninha e duas cadeiras, a enfermagem está no centro da UTIN, nas “celas”, no mesmo ponto de vigilância onde estão os RNs. Através deste sistema, não só a evolução clínica dos bebês é objeto do exame, mas o trabalho da enfermagem, que também é mensurado a partir das anotações nas folhas de registro.

Os médicos e fisioterapeutas só se localizam no “pátio” durante as intercorrências ou quando vão realizar algum procedimento inerente à suas atividades assistenciais. Este posto de observação está acessível a qualquer um, às coordenações, aos familiares e visitantes, à diretoria e até à imprensa.

Sob a visibilidade, cada um é visto, mas não vê, esta é a garantia da ordem, o efeito mais importante do Panóptico é induzir o funcionamento automático do poder deixando o prisioneiro ciente da vigilância permanente, visível e inverificável. No Panóptico não importa quem exerce o poder, qualquer indivíduo pode fazer funcionar a máquina, os observadores podem ser anônimos (FOUCAULT, 2008).

4.1.2 Sobre as normas e o funcionamento

A UTIN é uma unidade onde trabalham 16 médicos neonatologistas, 21 enfermeiras, sendo uma coordenadora e uma administrativa, 44 técnicas ou auxiliares de enfermagem, 04 auxiliares administrativos e 13 fisioterapeutas. Todos estes funcionários se revezam nos três turnos de trabalho em função de suas escalas de serviço, definidas pelas coordenações.

A enfermagem e a fisioterapia trabalham no regime de 6 ou 12 horas diárias de segunda à sexta-feira com dois plantões de 12 horas nos finais de semana, com uma carga horária de 36 horas semanais para a enfermagem e 30 horas para as fisioterapeutas. Os médicos trabalham em escala de plantão de 12 horas. A enfermagem e a fisioterapia devem fazer o registro do ponto com uma tolerância de até 30 minutos de atraso, após este período, o funcionário não poderá entrar na unidade e deverá comparecer na coordenação para justificar o atraso.

Os que trabalham em escala de 12 horas têm direito ao almoço se trabalharem no turno diurno, e à ceia e o café da manhã se trabalhar no noturno. Os médicos realizam suas refeições na copa da unidade e os outros profissionais se deslocam em escala de revezamento para o refeitório.

Os funcionários utilizam roupa privativa e devem evitar circular pelo hospital com ela, exceto se forem realizar alguma atividade de transferência dos pacientes ou durante as refeições. Realizam a passagem de plantão no final de cada turno de trabalho, sendo que os profissionais da enfermagem e da fisioterapia passam o plantão nos boxes, já os médicos no posto, que aqui neste estudo denominamos de “posto médico”, na sala de estudo ou no conforto.

A UTIN representa um espaço privilegiado de vigilância e de produção de saber sobre os corpos. Para Foucault a vigilância se dava em um

espaço fechado, recortado, vigiado em todos os seus pontos, onde os indivíduos estão inseridos num lugar fixo, onde os menores movimentos são controlados, onde todos os acontecimentos são registrados, onde um trabalho ininterrupto de escrita liga o centro e a periferia, onde o poder é exercido sem divisão, segundo uma figura hierárquica contínua, onde cada indivíduo é constantemente localizado, examinado e distribuído entre os vivos, os doentes e os mortos — isso tudo constitui um modelo compacto do dispositivo disciplinar (FOUCAULT, 2008 p.187).

Nesta UTIN a visibilidade se exerce sobre os RNs, eles são observados, mas não falam, não opinam, seu choro não representa poder de voto, apenas manifesta algum desconforto. A família está à parte de todo este processo, do lado de fora do Panóptico, mas sofre seus efeitos, no espaço onde só está presente como visitante em horários pré-determinados. A decisão sobre a assistência concentra-se nas mãos dos profissionais de saúde.

Os visitantes devem ser orientados durante a primeira visita a UTIN por um profissional da enfermagem, ou na impossibilidade destes, por outro profissional de saúde, quanto à lavagem das mãos, a retirada de acessórios e adereços e o uso de capas e gorro quando necessário. Existe um horário para a visita que difere para o pai, a mãe e os avós, os únicos que podem visitar o bebê na UTIN.

Existe um controle dos sinais vitais realizado pelos técnicos/auxiliares de enfermagem de 3 em 3 horas, bem como anotações no impresso de balanço hídrico, são registrados o volume das soluções que estão sendo infundidas em bomba, o peso das fraldas, o volume das dejeções, os parâmetros dos ventiladores mecânicos, a temperatura dos berços e incubadoras, o volume de cada medicação, da dieta, do resíduo gastro esofágico, dos hemoderivados, tudo é descrito. Todos estes dados são conferidos pelas enfermeiras e minuciosamente calculados no final de cada turno, para que seja entregue ao médico plantonista. Este confere cada cálculo e a partir dele, redefine ou mantém condutas.

A vigilância como um importante mecanismo disciplinar também se apóia num sistema de registro permanente com relatórios que fluem hierarquicamente e estabelecem o papel de todos (FOUCAULT, 2008).

Para Oliveira e Maruyama (2009) a prática das anotações no prontuário do paciente no contexto da UTI, representa uma forma de controle ou monitoramento do espaço da UTI pelos profissionais, que envolve a organização e o funcionamento da unidade, e também monitora

os pacientes e os profissionais que ali se concentram.

Na metáfora do Panóptico aqui descrito, as celas são materializadas nos boxes, os prisioneiros, que devem estar sob a vigília, não se sabe bem ao certo se são os bebês com sua impossibilidade de serem ouvidos ou os profissionais de enfermagem, que estão geograficamente nos boxes, tão passíveis da vigilância quanto os RNs. Talvez o seu papel seja semelhante ao do carcereiro, aquele que mantém as chaves sob o seu controle, não deixa as portas da prisão aberta, mantém o ambiente em ordem, segundo as rotinas e fazem o intermédio das ações da administração e dos outros profissionais com os bebês e a família, que na divisão técnica do trabalho em saúde faz parte das engrenagens da máquina panóptica.

Desta forma, a UTIN se apresenta como um ambiente normatizado, e rigidamente controlado, de modo que, através de normas e rotinas institucionalmente definidas controlam os corpos, propiciando uma economia do tempo e do espaço. A execução de procedimentos assistenciais possui uma demarcação temporal exata, hora do banho, hora da dieta, hora das medicações, hora do silêncio, hora dos controles. O espaço é arquiteturalmente estudado para permitir o deslocamento dos profissionais no atendimento das emergências, o pronto atendimento ao menor sinal sonoro ou visual dos alarmes dos berços, incubadoras, ventiladores e monitores.

Tudo estrategicamente pensado para a redução do tempo de atendimento aos neonatos. O carro de emergência posicionado ao alcance das mãos bem treinadas dos profissionais, um ventilador mecânico ao lado de cada leito, um ressuscitador manual ligado a uma fonte de oxigênio acima de cada incubadora/berço, nada deve retardar o atendimento das intercorrências.

O funcionamento da UTIN revela uma distribuição dos corpos no espaço físico e uma articulação com cada instrumento de trabalho, típicos da estrutura disciplinar. Não denotando algo negativo, mas uma disciplina que especializa, que permite um controle sobre as atividades que transformam esta UTIN em um ambiente altamente eficiente e eficaz na resolução dos problemas de saúde dos bebês.

Se Foucault tivesse conhecido esta estrutura de funcionamento tipicamente disciplinar, talvez a tivesse escolhido para descrever as relações de poder, tão adequadamente como fez ao estudar o sistema prisional.

Mas afinal quem são os pacientes? Pessoas sem nome, que ainda não tem identidade, de quem não se sabe bem ao certo a história. O RN de Maria, o RN de Joana, o prematuro, o bebezinho, o gordinho, objeto a ser manipulado e tocado pela tecnologia, pelos profissionais

que se prestam para o seu cuidado, não um cuidado qualquer, mas um cuidado minuciosamente pensado, imaterial, coletivo, detalhista, criativo que não objetiva apenas manter a vida, ou reparar um dano, mas devolver o filho para a família, um bebê ao berço, não qualquer bebê, mas um bebê sem sequelas previsíveis, um bebê com possibilidade de vida o mais saudável possível.

O controle se exerce para que o tempo dos homens possa ser utilizado na sua totalidade e colocado no mercado, em troca de um salário (FOUCAULT, 2001e). A disciplina também objetiva a distribuição dos indivíduos no espaço, às vezes exige a cerca, ou seja, a especificação de um local, onde todos devem ser reunidos sob o mesmo teto (FOUCAULT, 2008).

Gonçalves (2007) ao estudar a morte na UTI, descreve a relação do corpo com a máquina, com base na noção de corpo objeto, onde a máquina olha o corpo e não o sujeito doente, informando dados numéricos o que viu no corpo, na sua fisiologia. São números decodificados pelo profissional que transforma em texto, em diagnóstico da situação momentânea do corpo. Não é o sujeito que é olhado, mensurado, apenas o corpo, pois a opinião do sujeito, sua vontade, seu desejo, seu sentimento, as suas sensações não são consideradas, sequer percebidas, é o sujeito sujeitado ou objetificado, não importa.

Esta estrutura disciplinar também foi evidenciada nos achados de Oliveira e Maruyama (2009) ao estudarem as relações entre profissionais de saúde e os doentes e a integralidade em uma UTI sob a ótica de alguns conceitos de Foucault. Neste trabalho, a disciplina foi encontrada no exercício das atividades da enfermagem que realiza os cuidados assistenciais segundo o seu tempo de trabalho na UTI e a distribuição pré-estabelecida das tarefas pela chefia de enfermagem, dentro das normas institucionais.

4.2 RELAÇÕES DE PODER VIVENCIADAS POR ENFERMEIRAS: O MANEJO DO CATETER PERCUTÂNEO NA UTIN

Os dados oriundos das entrevistas constituíram um conjunto três categorias que, de acordo com o objeto de análise, podem confirmar ou refutar os pressupostos já descritos. Salienta-se que a ordem de descrição dessas categorias não estabelece sua importância em relação ao poder.

A análise dos dados nas entrevistas obtidos sobre as relações de poder vivenciadas por enfermeiras no seu cotidiano de trabalho durante o manejo do cateter percutâneo na UTIN

evidenciou um conjunto de valores que retratam algumas características do diagrama disciplinar de Foucault. Esses achados convergem para idéias elaboradas a partir das relações estabelecidas por essas profissionais com seu espaço de trabalho e com os outros trabalhadores da saúde ali presentes.

Considerando os aspectos investigados, como caracterizadores das relações de poder, as categorias temáticas serão visualizadas no seu conjunto em um quadro síntese e, posteriormente, iniciam-se, a exposição, descrição e análise dos dados levantados.

Quadro 2 - Categorias temáticas, 2012.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
A disciplina no manejo do cateter percutâneo por enfermeiras	A normalização do poder na UTIN
	A docilização dos corpos no manejo do cateter percutâneo
	A visibilidade do trabalho das enfermeiras através do manejo do PICC
	O carcereiro: engrenagem entre médicos e enfermeiras
	O delinquente e a delinquência: a enfermeira e o PICC
A ambiguidade do saber: exercício do poder e resistência	O exercício do poder/saber pelas enfermeiras
	O saber como resistência
A presença de um poder soberano	Reconhecimento da presença de um soberano
	Submissão ao poder
	A fragilidade da categoria profissional
	Desencontro de saberes: a retirada do PICC como foco de conflitos

Fonte: Pesquisa Relações de Poder no Manejo do Cateter Percutâneo por Enfermeiras.

4.2.1 A DISCIPLINA NO MANEJO DO CATETER PERCUTÂNEO POR ENFERMEIRAS

Nesta categoria se pretende demonstrar de forma simbólica como o poder utiliza a disciplina para se estabelece e exercer controle sobre o trabalho das enfermeiras na UTIN. A utilização da disciplina como instrumento de poder impõe aos indivíduos hábitos, atitudes e comportamentos que interessam ao seu exercício. Através de suas táticas é possível a obtenção de corpos dóceis e dominados a serviço do poder que através de um elegante jogo de palavras mantém os indivíduos sobre controle.

No pensamento foucaultiano, a disciplina distribui os indivíduos no espaço para

colocá-los corretamente no lugar em que sua eficácia seja máxima, ela faz uma análise do espaço, os indivíduos são ali colocados, classificados e individualizados, exerce controle sobre o processo de produção de uma ação.

4.2.1.1 A normalização do poder na UTIN

A disciplina traz consigo o poder da Norma, nela o normal se estabelece como princípio da correção, estabelece o funcionamento das escolas, dos hospitais, da indústria. A norma passa a significar status, privilégios, filiações de pertencimento a um corpo social homogêneo. A partir do normal o regulamento classifica e hierarquiza os indivíduos, distribui os lugares, mede os desvios (FOUCAULT, 2008).

Compreende-se que o “poder da norma funcione facilmente dentro de um sistema de igualdade formal, pois dentro de uma homogeneidade que é a regra, ele introduz, como um imperativo útil e resultado de uma medida, toda a gradação das diferenças individuais” (FOUCAULT, 2008, p.177).

O estabelecimento do padrão, da norma na atividade das enfermeiras surgiu como uma categoria marcante nos discursos das entrevistadas, de modo que ela está presente no curso de habilitação para o manejo do cateter, o qual fornece parâmetros para a prática das enfermeiras, dizendo o que fazer, quando fazer e como fazer, a partir de um padrão normal para a cateterização. As enfermeiras queixam-se de ausência de outros parâmetros no curso, como os valores de exames laboratoriais, o que as deixam num dilema entre fazer o que a norma diz que deve ser feito ou atender a uma necessidade dos RNs quanto ao acesso venoso. Esta lacuna faz com que a dificuldade se expresse na procura de um denominador entre a teoria e a prática, que respalde a decisão profissional.

As enfermeiras, quando questionadas sobre o manejo do cateter na unidade, descrevem a técnica da cateterização como um padrão para a execução do procedimento, reforçando a presença da norma na atividade. Conforme os relatos das enfermeiras nas falas seguintes:

A gente visualiza primeiro a veia, contem o paciente, no caso, enrola ele com o cueiro, para poder oferecer conforto, depois a gente faz as medições, quer dizer, antes de enrolar a gente faz as medições, depois enquanto uma está se escovando, a outra está do lado do RN e já abriu o material, depois vem enquanto a outra se paramenta, aí eu vou e me escovo, aí volta, depois a gente bota os campos, vê o cateter, punciona, antes disso, faz assepsia com a bucha de clorexidina depois com a clorexidina não alcoólica, tudo que foi explicado no protocolo, no curso que a gente fez [...]. E7

Só sinto aqui uma dificuldade que tem relação ao curso também, a gente não tem parâmetros de, por exemplo, plaquetas, plaquetopenia, em que nível de plaquetopenia até quanto de plaquetas a gente é habilitado realmente a passar o PICC e outra, se esta plaqueta estiver realmente muito abaixo, mas se for um caso que tem-se que passar o que é que a gente pode ponderar na passagem de PICC e quando o bebe não tá em condições cem por cento que a gente considera na ideal para a passagem de PICC, eu acho que isso não tem estabelecido, a gente já procurou, eu mesmo particularmente já procurei pelo curso que eu fiz, ficou muito subjetivo [...]tem protocolos mesmos assim, protocolos de outras instituições, aqui pelo Brasil cada um coloca de acordo com o que pesquisou mais não tem assim uma fonte comum para determinar tanto plaquetas, olha o TP a relação de uma com a outra assim acho que falta muito isso pra padronizar mesmo acaba sendo uma dificuldade. E4

Além do curso de habilitação, a prescrição médica – a conduta médica - aqui foi citada como uma regra a ser seguida pelas profissionais, pois indica quando o procedimento deve ser feito, também foi apontada pelas enfermeiras como um limitador da autonomia no manejo do cateter percutâneo:

É você poder fazer o que está destinado a fazer apenas comunicando, não ter aquela coisa de só fazer tal procedimento se estiver assim, alguma coisa que é nossa e a gente precisa ter que mandar, estar correndo atrás para prescrever, tem que falar, tem que comunicar antes para fazer, tem coisas tem procedimentos que é nosso que é só nosso que a gente poderia fazer sem precisar dessa coisa de ter que estar no documento que é para a gente fazer. Prescrito. E1

É como falei é o procedimento com que a gente mais tem autonomia aqui, ainda não está no nível ideal, porque não deixamos nunca de ser eh, guiados pelas condutas medicas, pelas prescrições medicas que muitas vezes a gente não concorda, mas que no âmbito geral acaba sendo imposto para gente, mas no geral acho que a gente tem uma autonomia, muitas vezes a gente discute, mas é como falei depende da equipe, tem equipe que aceita muito mais que outra o que a gente tem a trazer, acrescentar inclusive. E4

O aparelho disciplinar é uma arquitetura, não necessariamente física, que age dando domínio sobre o comportamento modificando-o. Para Foucault (2008), assim é que o hospital-edifício se organiza como instrumento de ação médica permitindo que se possam observar bem os doentes, e coordenar melhor os cuidados.

O exercício da disciplina supõe pelo jogo do olhar as técnicas que permitem ver induzindo a efeitos de poder, onde os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam (FOUCAULT, 2008). Sobre este aspecto, as enfermeiras relatam que as normas não se aplicam aos médicos, pois a necessidade de realização do curso de

habilitação para a passagem do PICC é obrigatória para estas profissionais, no entanto, elas afirmam que os médicos não fazem o curso, desta forma, estas normas não se aplicam claramente a eles. Esta observação da não submissão da medicina às normas também pode ser verificada com relação à outras rotinas da unidade como a lavagem das mãos e uso de adereços, estas situações são relatadas pelas enfermeiras abaixo:

Aqui na unidade eu não conheço nenhum médico que tenha participado de curso e quando eu fiz o curso acho que só tinha enfermeira, então eu acho que, se também compete a ele um acesso central, porque é capacitado também a ele, porque não participa também, até para contribuir melhor eles poderiam ter uma ótima, dar uma ótima contribuição com relação a esses valores por exemplo, de exames laboratoriais, entendeu? Eu acho que falta um pouco de estudo ainda, de aprofundamento, de aprofundamento, para padronizar. E4

[...] a gente ainda continua vendo certa resistência perante o profissional médico, quanto a passagem do cateter. A gente, como enfermeira, tem essa confiança, entendeu, já que todo o curativo em si, a gente tenta manter, não quebrar esta técnica asséptica, todo o cuidado que até o médico, as vezes o cirurgião mesmo não tem, como a enfermagem procura ter, sabe das dificuldades, sabe do que pode acarretar aquela quebra da técnica asséptica. Muitos médicos, a gente visualiza, não tem, entra aqui, não tem o cuidado de estar lavando a mão, uso da luva, de estar passando de uma criança para outra, de entrar aqui e usar uma touca, tipo assim, as interconsultas, os especialistas que vêm aqui a nossa unidade, coisas que nós aqui na unidade temos cuidado, de não usar anel, de manter as unhas sempre aparadas [...]. E7

A influência das normas sobre a assistência das enfermeiras torna o trabalho destas profissionais algo previsível por direcionar os resultados desta atividade, o atendimento às normas também pode ser confundido pelas enfermeiras como independência nas ações. As normas têm um papel restritivo ao propor o procedimento e a programação da assistência do grupo, e definindo o seu nível de participação na tomada de decisões.

Quando a E 10 relata sobre a visibilidade do seu trabalho considerando o manejo do cateter percutâneo, ela cita uma série de atividades que as enfermeiras cumprem diariamente atendendo às rotinas da unidade quanto ao procedimento, ao controle de infecção e a vigilância dos outros profissionais que fiscalizam o trabalho assumindo a função de polícia, classificando as boas e as más condutas das profissionais, monitoram cada atividade e desta forma as enfermeiras fazem o que deve ser feito, cumprem as normas, as rotinas, fazem funcionar a máquina panóptica e estão tão acostumadas a fazerem parte desta maquinaria do poder que entendem estas atitudes como respeitadas, chegando mesmo a desejarem este

controle como uma forma de respaldo no seu trabalho:

Eu acho que a percepção acaba sendo através do controle de infecção e do comportamento de passar o cateter quanto ao período de troca de curativo, a primeira troca de curativo, o momento em que também é necessário tracionar o PICC a responsabilidade de estar manipulando o cateter também com cuidado [...]. No caso da gente aqui, é a cada quatro dias que se troca os bios e o polyfix. O primeiro curativo é feito a cada 24 horas e antes, se tiver com sujidade sanguinolenta... Eu acho que isso a parte médica acaba respaldando também, entendeu? É porque eles também observam não só o nosso trabalho como das técnicas de tipo: 'Oh, o curativo está sujo'. 'Oh, não friccionou com algodão com álcool à 70% na hora de fazer a medicação...' Muitos observam isso e, então, até o fato de o RX do dia anterior, o PICC está naquele posicionamento, ele ter solicitado para tracionar e não sei por qual motivo acabar não sendo tracionado, entendeu? Então, a partir do momento em que a gente tem aquele comprometimento de estar atento, fazendo o que, realmente, deve ser feito, acho que acaba também, criando respeito pra gente, respeitando o nosso trabalho, vendo que é uma coisa séria que a gente também encara de um a forma séria. E10

Há no grupo estudado o desejo por algo que as respalde na tomada de decisão, a espera pelo protocolo de PICC na unidade é a esperança destas profissionais por uma liberdade ainda não conquistada, uma utopia considerando a atual situação de impotência coletiva destas profissionais na tomada de decisão. Novamente elas esperam um fortalecimento em algo que vem de fora confirmando a incompetência política da profissão, a enfermeira 12 cita essa necessidade de ter uma norma escrita sobre a cateterização percutânea e em seguida quando perguntada sobre a importância deste protocolo para a prática das profissionais ela explica:

Levando em conta as plaquetas da criança, aí tem ainda uma polêmica quanto ao valor das plaquetas, agora são 50 mil, definiu só que o protocolo ainda não está pronto, o protocolo em andamento, precisa ser duas pessoas. Outro critério é a necessidade de alguma via venosa, dieta, terapia intravenosa prolongada, uso de antibiótico, escolhemos o paciente aí vemos as condições, a probabilidade de, as condições de veia também para poder passar. E12

Eu acho que é muito importante porque as pessoas tem critérios diferentes de passar, a gente tem que unificar critérios para todo mundo fazer do mesmo jeito, de medir, na hora de cortar o PICC, é diferente. E12

No cotidiano das enfermeiras, como relatado, já se definiu a conduta das enfermeiras quanto à definição do valor das plaquetas para que elas pudessem realizar o procedimento, mas mesmo assim a norma se faz necessária para afirmar a decisão das profissionais.

Rodrigues, Chaves e Cardoso (2006) num relato de experiência trazem que após

elaboração e operacionalização do protocolo de cateter PICC na unidade neonatal foi observada uma melhoria na qualidade do cuidado prestado na assistência ao RN. Outro aspecto encontrado na literatura sobre a utilização de protocolos que direcionam a prática de enfermagem no emprego deste cateter, foi a necessidade de incluir nestes documentos, diretrizes fundamentadas em pesquisas e critérios de desempenho, bem como a responsabilidade profissional e institucional com o procedimento, para minimizar as variações de conduta e facilitar a monitorização (VENDRAMIM; PEDREIRA; PETERLINI, 2007).

O protocolo para estas profissionais é mais que uma simples regra sobre o que fazer e o que não fazer, é uma tecnologia de escrita, um instrumento de poder sobre o trabalho destas profissionais, através do qual elas poderão assumir uma posição de controle sobre o procedimento. Um poder escrito, regulamentado e legitimado pelos profissionais e pela instituição. Na disciplina, à medida que o poder se torna mais anônimo e mais funcional, os disciplinados são mais fiscalizados, observados e analisados por medidas comparativas que têm a norma como referência, pois o poder produz rituais da verdade (FOUCAULT, 2008).

4.2.1.2 A docilização dos corpos no manejo do cateter percutâneo

O aprendizado de técnicas induz a comportamento e a aquisição de aptidões favorecendo as relações de poder, desta forma, o trabalho tecnicamente controlado, fabrica indivíduos submissos, e constitui-se sobre eles um saber em que se pode confiar (FOUCAULT, 2008).

Na época clássica, o corpo foi descoberto como objeto e alvo de poder, um corpo que se pode manipular, modelar, treinar e que obedece, o corpo passa a ser objeto de investimentos tão imperiosos e urgentes, preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações (FOUCAULT, 2008).

A disciplina aqui é descrita por Foucault (2008) como a relação de docilidade-utilidade que permite o controle das operações do corpo e a sujeição das suas forças. Trata-se de exercer sobre o corpo uma coerção sem folga e mantê-lo ao nível da mecânica.

A disciplina define cada uma das relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula, o que Foucault chama de codificação instrumental do corpo, ou seja, a decomposição do gesto global em duas séries correlacionadas: as partes do corpo que manipularão o objeto como a mão e a parte do objeto que será manipulado. Este controle impõe ao corpo uma série de gestos definidos para o bom emprego do tempo em um trabalho

mais rápido e eficaz (FOUCAULT, 2008).

Quanto a esta relação estreita que as enfermeiras desenvolveram com o cateter percutâneo, podemos observar nos relatos o controle da ação. Antes de realizar o procedimento ela deve comunicar ao médico, ou identificar na prescrição médica a ordem para a cateterização, além disso, uma espécie de ritual deve ser seguido antes da ação, estas etapas foram descritas de forma resumida pela enfermeira abaixo ao relatar sobre o manejo do cateter na unidade por enfermeiras:

Primeiramente, antes de passar o PICC, a gente conversa com o médico, normalmente eles sempre falam, se o bebê está com o cateter umbilical ou está sem acesso, há necessidade deste cateter. Você olha a quantidade de plaquetas, arruma o campo estéril, com LAP, com material de PICC, faz assepsia, quer dizer, antes da gente arrumar a mesa, a gente mede, procura as veias mais visíveis, boas para o cateter, mede e depois parte para o procedimento. Me avaliando, desde quando comecei até agora, percebo que depois de todo esse treinamento de toda a prática estou bastante ágil, faço a passagem com segurança, com muito mais segurança. E1

Um controle do corpo através do estabelecimento das relações com os objetos também foi encontrado nos discursos onde as enfermeiras descrevem que desde o curso de habilitação lhes é ensinada a arte de cateterizar, e nesta podemos perceber a articulação do corpo com o objeto decompondo o ato em corpo e objeto, onde o primeiro age conforme o segundo.

[...] eu achei a carga horária muito pequena, eu achei em termos principalmente de prática, é como ela diz no curso você precisa ter habilidade de punção, mas uma punção com um introdutor, não é a mesma coisa de uma punção com jelco, é obvio que é geralmente mais fácil, o introdutor é muito mais calibroso e aí você não só tem que ter, tem que ter um jeitinho, tem que ter coisas que as meninas aqui foram me ensinando, com jelco, com o introdutor é melhor assim, com o jelco a gente faz assim, mas com o introdutor é assim, e essas coisas assim no curso eu não observei, eu acho que a gente poderia mais tempo de prática. E3

A respeito do curso, eu acho muito pouco tempo, no meu ponto de vista, eu não acredito que uma pessoa possa ter tanta habilidade assim em tão pouco tempo, para passar, em relação ao respaldo perante às leis, tudo bem, sim, você é protegido, você tem um respaldo naquele processo, naquele procedimento, então eu não acredito que neste pouco tempo, você tenha habilidade para fazer esse processo. Porque, veja bem, esse processo é feito num boneco, então o que acontece nesse boneco, a gente vê mesmo a falta de habilidade dos profissionais que lá estão fazendo a punção no boneco. O professor fica: “faça assim, faça assado, coloca a mão assim”, eu acho que esse processo não era para o professor ficar ensinando ele puncionar, ele tem que já saber puncionar e ir lá pegar só mesmo o respaldo perante a lei mesmo, para que ele possa passar, somente isso, para ele ter respaldo mesmo. E13

As técnicas reproduzem o jeito de fazer e desta forma a mão da profissional é guiada pelo instrutor que ensina a melhor relação do corpo da enfermeira com o objeto que é o introdutor e o cateter estabelecendo uma cuidadosa engrenagem entre um e outro. Daí surge a decomposição do procedimento em passos a serem seguidos para o bom desenvolvimento da técnica decomposta em gestos que são ensinados e amarrando o profissional ao cateter e introduzindo o poder disciplinar. Para Foucault (2008), a regulamentação imposta por esta forma de poder é a lei de construção da operação, em outras palavras: a técnica da cateterização percutânea.

As enfermeiras pactuam entre si este conhecimento que é ensinado e aprendido mutuamente da mais experiente para a menos experiente, da que já tem tempo na unidade para as recém chegadas, desta forma todas passam o PICC da mesma maneira e a habilitação se estabelece na prática e não apenas no curso como relatado pelas enfermeiras abaixo:

Quando eu cheguei aqui eu falei, meninas eu tenho o curso, mas eu não sei nada, não sei nada, e aqui eu fui aprendendo né? Eu acho que com o curso você só sai certificada, você não sai com habilidade para passar o PICC. E3

Quando eu vim para aqui as minhas colegas passavam o PICC, surgiu a oportunidade de fazer o curso, eu sempre acompanhava as meninas aqui, observando. Tomei o curso e, logo após uma semana, já comecei a passar com uma pessoa mais experiente, que tinha mais prática, a passar o PICC, comecei a passar, e ensinava outras pessoas, e aprendia. E1

Esta forma de transmissão do conhecimento entre as enfermeiras também foi sentido no convívio entre funcionárias de clínicas oncológicas no estudo de Bernardes (2008), onde a maneira com que as profissionais se relacionavam possibilitou a apreensão do saber prático, havia também uma preocupação para que os membros da equipe fossem detentores do conhecimento, favorecendo o aprendizado em equipe durante o trabalho, de forma coletiva.

O controle disciplinar também impõe a melhor relação entre um gesto e a atitude global do corpo para uma maior eficácia e rapidez, desta forma o tempo também impõe uma rotina para um gesto eficiente pondo o corpo e o gesto e não apenas o objeto em correlação (FOUCAULT, 2008). Desta forma a disciplina organiza uma economia passiva deste tempo através do treinamento. No presente estudo as enfermeiras relatam que a segurança na passagem do cateter vem da experiência com o procedimento, todos os dias elas passam PICC por isso, sentem-se seguras e confiantes para o manejo:

Eu tenho habilidade em passar o cateter percutâneo desde... logo depois que me formei. Fiz logo um curso de especialização e logo depois o curso de habilitação em passagem percutâneo. Desde então, fui criando mais e mais experiência em punções, primeiro, pra depois a gente começar, realmente, a fazer. Enquanto isso, eu trabalhava também como auxiliar na passagem de PICC. Depois disso, a gente vai adquirindo experiência, e aí eu consegui já ter. Me considero que tenho uma boa experiência na passagem”. E8

[...] além do embasamento científico que tenho, tenho facilidade na punção periférica e na maioria das vezes consigo, vem da experiência do dia a dia que torna você mais confiante no acesso, e mais prática E5

Adquiri com o passar do tempo mesmo, porque cada dia para mim é uma etapa. Quando você passa o PICC de hoje, o outro de amanhã não é mais o mesmo. Então, com o passar do tempo, durante esses 4 anos, cada vez mais praticando, a gente vai aperfeiçoando. Então, ao passo que você vai aperfeiçoando, você vai estudando, você vai procurando, você vai, cada dia que passa, se sentindo mais segura do que faz, entendeu? Eu procuro um livro, eu procuro ver a quais são os novos métodos, como é que faz para ser de uma melhor maneira e acho que a experiência é o que prevalece. E6

Eu acho que pelo fato, justamente, de aqui a gente passar muitos PICCs, então a gente acaba ganhando experiência. Não foi só o embasamento teórico que eu tive, a prática acaba me dando segurança. E10

As pessoas possuem necessidade de serem reconhecidas e apoiadas pelos outros e, para isso, o interesse pelo resultado do trabalho deve ser coletivo, neste sentido a confiança permite a filiação das pessoas umas as outras, de acordo com objetivos comuns e a descoberta das competências e habilidades individuais, quando são vistas como auto-complementares, elevam a admiração e o respeito, permitindo ao profissional aquisição da autonomia necessária para o desenvolvimento de suas atividades.

A disciplina dessa forma dissocia o poder do corpo “fazendo dele uma aptidão que ela procura aumentar e uma relação de sujeição estrita, estabelecendo no corpo o elo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada (FOUCAULT, 2008 p.133), fabricando corpos dóceis, submissos e exercitados.

4.2.1.3 A visibilidade do trabalho das enfermeiras através do manejo do PICC

Tomando como base a definição de Foucault (2008) de que a visibilidade é um mecanismo da sociedade disciplinar, no qual o espetáculo do soberano foi substituído pelo poder normalizante do olhar, sendo uma nova estratégia para realizar um controle sem violência ostensiva, para o exercício de uma vigilância produtiva, no panoptismo as relações

de poder na sociedade se organizam sob a forma de um controle contínuo ao longo de todo o processo de trabalho, leva em consideração a atividade dos homens, seu conhecimento técnico, a maneira de fazer as coisas, a rapidez, o zelo e o comportamento.

A partir desta concepção, cria-se um dispositivo que parte do princípio de que as pessoas imersas em um campo de visibilidade, num observatório permanente, seriam impedidas de fazer algo nocivo pelo olhar, pela opinião e pelo discurso dos outros (FOUCAULT, 2001h).

A vigilância qualifica comportamentos e desempenhos, todo o comportamento cai no campo das boas e das más notas, dos bons e dos maus pontos. Ela também quantifica e hierarquiza os indivíduos numa relação mútua, os “bons” e os “maus” indivíduos (FOUCAULT, 2008).

O trabalho das enfermeiras é visto pelas profissionais como algo importante, capaz de atender às necessidades dos neonatos que se encontram em terapia intravenosa, reduzindo as dissecções e sendo um benefício por reduzir o desconforto e o desgaste das punções repetidas dos acessos periféricos. Estes aspectos podem ser observados nas seguintes falas, quando as profissionais relatam sobre a satisfação em realizar o procedimento e dos seus benefícios para a criança:

Muita satisfação, se eu pudesse seria um PICC por dia, três não, quando tem três eu choro (risos), mas sempre é prazeroso, um trabalho que a gente vê que, como você vem falando em seu trabalho sobre autonomia, eu acho que traz um prazer de sermos nós os profissionais que temos mais aproximação com o procedimento e de a gente ter a liberdade pra escolher um paciente, é de certa forma prazeroso, em termos realmente disso, de vê que o paciente precisa de você e você pode atendê-lo. E3

Querendo ou não é um benefício para o prematuro, para a criança que... pelo menos, pela parte da dor, pela parte da infecção, para isso era melhor, neh?... Redução de riscos... Uma coisa mais prolongada, manuseio... tudo é bem mais tranquilo do que o cateter periférico (para mim). E para a criança por um lado também, diminui a quantidade de furadas, que é dolorido, é traumático, é perda de peso, é descompensação pra criança [...]. E6
Muita satisfação quando eu consigo, principalmente, quando é na primeira punção ou quando não necessita de muitas punções. Eu fico muito triste e decepcionada quando a gente acaba puncionando muito a criança e não tem êxito em nenhuma das punções ou porque o cateter não progride, ou pelo calibre da veia da criança porque o que a gente tem aqui é 2 Fr, E isso acaba levando a uma possível dissecção para esse bebê se realmente, é de extrema necessidade um acesso central. E10

O estudo de Bernardes (2008) sobre as relações de poder vivenciadas por enfermeiras

em clínicas oncológicas encontrou um resultado semelhante trazendo a legitimação do poder das enfermeiras por estarem fazendo algo em prol dos pacientes devido à realização de suas atividades com sucesso, dando as respondentes uma sensação de bem estar com a melhora clínica do paciente. Segundo esta autora existe uma relação de dependência, mesmo que implícita, do paciente em relação à enfermeira que a coloca em posição de destaque no ambiente de trabalho considerando as relações de poder.

Numa instituição panóptica, qualquer membro da sociedade terá direito de vir constatar o seu funcionamento, desta forma, a passagem do cateter percutâneo pelas enfermeiras da unidade é visualizada pelos outros profissionais que não são da equipe, mas que prestam serviço à unidade como a cirurgia pediátrica. Estes profissionais, segundo o relato das enfermeiras, sabem a importância das enfermeiras na realização deste procedimento, mas não expressam diante delas esta valorização, elas ficam sabendo apenas por comentários de outros profissionais de outras instituições:

Sim a gente tem autonomia, inclusive um comentário de uma cirurgiã que ela fala que aqui é o lugar que mais passa PICC, que a enfermeira mais passa, ela elogia fora, aqui dentro ela não dá esse prestígio não, mas a gente sabe desses comentários dela. E1

A maioria aqui passa o cateter, a gente sabe que a gente é bem visto, principalmente, a gente já teve retorno de pessoas de outras unidades, em que a equipe da cirurgia daqui - não nos fala pessoalmente - mas já passou para outras equipes de fora, que a gente ficou sabendo, que a equipe daqui é muito boa na passagem de PICC, que as vezes não fica esperando na cirurgia para vir resolver uma questão, de acesso, dentro da unidade. E4

Sim, veja bem, me traz satisfação e insatisfação, a satisfação é porque você tomou um curso, você tem habilidade, você pode fazer aquele procedimento, que traz um bom retorno, não só para você, quanto para o bebê, para aquela pessoa que você está vendo que você está contribuindo com algo. Agora a insatisfação é porque não é bem reconhecido, nós sabemos até da área médica, que eles sabem que é uma grande importância, mas ele não dá o braço a torcer em relação a isso. E13

Através dessa microeconomia diferenciam-se os próprios indivíduos, sua natureza, suas virtualidades, seu nível ou valor, pois a disciplina marca os desvios, hierarquizar as qualidades, as competências e as aptidões (FOUCAULT, 2008). Para o grupo estudado os elogios representam o reconhecimento da virtude do grupo de enfermeiras que são comparadas com outras profissionais fora das unidades e definidas como aquelas que agregaram maior valor à sua prática pela experiência com a cateterização percutânea.

Os outros profissionais visualizam a importância do enfermeiro na passagem do PICC, sabem que é só o enfermeiro que passa o PICC, normalmente aqui, e a gente recebe até alguns elogios referente a quando consegue, quando vê que é um bebê difícil, um bebê muito pequeno por estar realizando o procedimento com êxito. E2

Assim, eles comentam muito: 'Oh, parabéns! Conseguiram o PICC', chegam para a coordenadora, inclusive, ultimamente e tem falado: 'Olhe, sua equipe de PICC está de parabéns, tão conseguindo o acesso, tão diminuindo reação de inserção de cateter central pela cirurgia'. Tem reconhecido quanto a isso, tem melhorado gradativamente os elogios positivos. E6

Através destes “elogios” é definido um padrão de qualidade que deve ser almejado pelo grupo para alcançar o reconhecimento do outro, desta forma o poder disciplinar impõe aos profissionais da UTIN esta visibilidade obrigatória mantendo-os sob a luz do olhar do outro. As práticas e conhecimentos específicos das enfermeiras com cateteres também foram entendidas como ações que conferem reconhecimento do trabalho por Bernardes (2008).

Na UTIN, o trabalho das enfermeiras também foi identificado como uma atividade que dá suporte ao trabalho médico e, dessa forma, as ações devem ser desenvolvidas no momento em que a medicina solicita. Esta maneira de visualizar a passagem do PICC na unidade foi descrita no seguinte discurso, quando a enfermeira relata sobre a sua satisfação e insatisfação em realizar o procedimento:

Eu tenho satisfação em realizar o procedimento, mas eu tenho insatisfação como é colocado aqui na unidade, entendeu? Porque às vezes, é colocado aqui na unidade, uma prioridade não pelo bebê, uma prioridade para adiantar o lado médico, principalmente o lado da cirurgia, aí querem que você passe digamos, um menino que tem um cateter, o cateter está infectado, um PICC que está infectado, ou uma dissecação que está infectada, algum cateter, aí querem que você tire e que passe um outro cateter, mas querem no momento deles, o momento deles é de manhã porque, porque a cirurgia passa pela manhã, entendeu? Então se você não conseguir [passar outro PICC] já está ali para dissecar, não olha o lado da equipe, muito menos o lado da equipe de enfermagem, que não tem né só um PICC para passar, tem várias outras rotinas, intercorrências e tudo mais, a insatisfação que eu tenho é essa, e não tem critério assim, na hora de retirar. E9

Para Mehry e Franco (2005), no modelo médico hegemônico, o trabalho assistencial é dimensionado para concentrar o fluxo da assistência no profissional médico, mas o potencial de cada trabalhador pode ser aproveitado para elevar a capacidade resolutive dos serviços através da reestruturação dos processos de trabalho e na potencialização do trabalho vivo em ato, ou seja, do trabalho humano no exato momento em que é executado e que determinando a produção do cuidado.

A disciplina também relaciona os atos a um campo de comparação, uma regra a seguir, um estado ótimo de que se deve chegar perto, através do qual ela diferencia os indivíduos uns em relação aos outros. O Panóptico também permite estabelecer as diferenças, aptidões, comparações, é um tipo de implantação dos corpos no espaço, de organização hierárquica que permite também aperfeiçoar o exercício do poder (FOUCAULT, 2008).

Eu acho que eles percebem isso como de grande importância de grande valia, porque é um cateter percutâneo, porém um cateter periférico, mas que substituí, é passado periférico, mas ele fica lá na veia cava, ou superior ou inferior, como um central, então assim, isso não é para qualquer tipo pessoa, nem enfermeiro nem médico, então tem que ter uma formação para tal, então alguns vêm isso como uma grande valorização daquele serviço, daquele procedimento. E13

Eu acho que é um trabalho bastante respeitado nesse sentido. Porque com o passar do tempo, a gente começa a ter mais confiança em nós mesmos e adquirir a confiança dos outros, das outras pessoas que trabalham conosco. Então com o passar desses anos de prática, eu percebo que muitas pessoas confiam mais em mim do que em outro, em outro do que em mim, mas, aí, vai depender da experiência de cada um. Então quando você consegue mostrar um bom trabalho, eu acho que a percepção, realmente, é de confiança. E8

Quem está submetido a um campo de visibilidade, e sabe disso, retoma por sua conta as limitações do poder fazendo-as funcionar espontaneamente sobre si mesmo; inscreve em si a relação de poder na qual ele desempenha simultaneamente os dois papéis; torna-se o princípio de sua própria sujeição (FOUCAULT, 2008). Desta forma cada enfermeira torna-se vigilante de seu trabalho de tal forma que com o passar do tempo os outros podem visualizar nela um profissional em quem se pode confiar, por já serem conhecidas as condutas.

Ao refletir sobre a questão da autonomia em um grupo de enfermeiras assistenciais de um hospital-escola, Jesus e Said (2008), reconhecem o valor da confiança para fundamentar a autonomia entre as profissionais, esta confiança depende de habilidades, competências e conhecimentos das enfermeiras que facilitam a abertura e o exercício do poder de decisão delas. Partindo do pressuposto de que confiar é acreditar nas competências, ainda complementam afirmando que o trabalho em equipe só se expressa verdadeiramente quando seus membros confiam uns nos outros e são colaborativos entre si.

4.2.1.4 O carcereiro: engrenagem entre médicos e as enfermeiras

Esta subcategoria reafirma a enfermeira no papel do carcereiro na unidade investigada.

Se esta relação se estabelecer entre os médicos ou a administração hospitalar e os pacientes, a enfermeira faz o intermédio das ações, aplica e reforça as normas e as regras institucionais e os procedimentos descritos pelos médicos. Nesse estudo, na confrontação entre os médicos e as enfermeiras, a coordenação de enfermagem assume esse papel. Aqui nesta análise, o carrasco do Antigo Regime, o capataz, a polícia e o carcereiro da modernidade executam trabalhos semelhantes, mesmo servindo à instituições distintas, desta forma estes termos serão interpretados como sinônimos.

Nos estudos de Foucault (2008), a confrontação física entre o soberano e o povo ocorria por intermédio do carrasco e do condenado com seu corpo supliciado, sendo o carrasco um dos mecanismos fundamentais do poder absoluto, “engrenagem entre o príncipe e o povo” (FOUCAULT, 2008, p. 72).

Além do carrasco, Foucault (2008) traz a polícia, que exerce um poder policial sobre tudo: sobre os acontecimentos, comportamentos, opiniões, um poder policial que para se exercer, deve adquirir o instrumento para uma vigilância permanente, exaustiva, onipresente, capaz de tornar tudo visível, mas com a condição de se tornar ela mesma invisível.

As enfermeiras assumiram essa tarefa quando, segundo Foucault (2008), na hierarquia interna da organização dos hospitais do século XVIII, o médico começa a suplantando o pessoal religioso dando-lhe um papel determinado, mas subordinado, na técnica do exame aparecendo então a categoria do enfermeiro.

Quando questionadas sobre como elas são percebidas pela gerência na realização da cateterização percutânea, as colaboradoras levaram em consideração apenas a participação da coordenação de enfermagem neste processo, destacando seu caráter de intermediária nas relações conflituosas com a equipe médica, como pode ser observado nas falas:

Já teve assim, mal estar, de falar com a coordenação, a coordenação vem solicitar que retirasse, mas até quando existe, falar com a coordenação, a gente sempre tenta argumentar o motivo pelo qual a gente não retirou [...] o máximo que eu já vi aqui foi falar com a coordenação, para a coordenação vir conversar com o enfermeiro para fazer a retirada do PICC. E2

Quando a gente acha que é necessário, e os médicos acham que não, ela chega, conversa, coloca os pontos positivos e os pontos negativos, os que prevalecem mais. O porquê da inserção do PICC, ela questiona os pontos positivos e negativos e, realmente, consegue muitas vezes convencê-los à não retirada e à passagem do PICC. E6

O carrasco tem que responder, ligado ao aparelho de justiça, às vantagens do rei e às

solicitações do povo (FOUCAULT, 2008). Da mesma forma a coordenação de enfermagem se vê no papel de fazer cumprir a determinação médica ou a das enfermeiras levando em consideração o resultado delas para o neonato sem a criação de novos conflitos. Algumas vezes o cateter permanece conforme é solicitado pelas enfermeiras, em outras a coordenação de enfermagem utiliza o discurso do médico para convencer as enfermeiras a retirar o cateter, a justificativa do risco de infecção citada pela E3, é um exemplo deste discurso, só que pronunciado pela coordenação não mais pelo médico.

Não, eu acho que eles só tem interferido positivamente, principalmente quando tem conflito, a nossa coordenadora intermédica um pouquinho, [...] aí ela as vezes mostra que a gente poderia ter agido de uma outra forma, NE? Pelo sim e não pelo não, às vezes, como ela tem mais tempo de experiência, nós somos uma equipe de enfermeiras novas, nós todas temos uma idade de pouco tempo de profissão na maior parte, então de certa forma ela vem trazer a experiência dela em clarear, pra gente a situação da criança naquele momento ou a situação do medico naquele momento, a forma da gente enfrentar, então, eu só tenho visto coisas positivas em termos da gerência, até em a gente decidir também qual o tipo de cateter que a gente quer né? Porque a gente preenche o formulário ou não preenche, vamos correr atrás de porque algumas coisas que por exemplo as vezes eu vejo... No momento de retirar o cateter, porque as vezes a gente quer que fique mais e eles querem que tire logo, então ela intermédica muito isso também, mostra o risco de infecção. E3

Este discurso, da coordenação é legitimado pela posição dela na hierarquia dentro da unidade. Este tipo de controle aprisiona os indivíduos no âmbito de suas vontades, este trabalho executado pela coordenação difere do de um carcereiro comum, pois ela aprisiona a autonomia no campo das palavras, tendo mais poder do que aquele carcereiro de pessoas que apenas não deve deixar as portas da prisão abertas. É o exercício de um poder legitimado pela hierarquia na unidade o que confere o direito de dizer o que é e o que não é permitido de forma a aprisionar as trabalhadoras sem elas perceberem que não têm alternativas, senão a submissão

No estudo sobre a compreensão de enfermeiras da psiquiatria sobre o desenvolvimento de atividades administrativas, Rodrigues e Schneider (1999) encontraram uma situação semelhante: eles afirmam que por conta da divisão do trabalho, cabe ao enfermeiro a função de capataz, de sentinela dos donos das instituições, intermediário entre os donos da força de trabalho e os trabalhadores diretos. Esta função administrativa surge para dar conta dos conflitos de trabalho.

No regime carcerário, os homens da direção, chefes ou subchefes de família,

monitores ou contramestres, tinham que viver bem próximos dos colonos; usavam uma roupa “quase tão humilde” quanto a deles; praticamente nunca os deixavam, vigiando-os dia e noite; constituíam no meio deles uma rede de observação permanente (FOUCAULT, 2008 p. 280), eles eram submetidos às mesmas correções e os mesmos aprendizados que os detentos, ou seja, submetidos à disciplina que deveriam impor mais tarde, era lhes ensinada a arte das relações de poder.

Os discursos das enfermeiras confirmam esta familiaridade da coordenação com as enfermeiras, ela também é uma enfermeira, também possui habilitação para o manejo do PICC, trabalha orientando a equipe quanto à manutenção do cateter como as enfermeiras da assistência, realiza o procedimento com as enfermeiras, e dessa forma está sujeita à mesma disciplina e às mesmas limitações que as enfermeiras assistenciais como relatado abaixo:

A nossa coordenadora também é habilitada e já passou várias vezes com a a gente. E1

Ela não interfere não, ela dá dicas, assim porque a coordenadora da gente é uma pessoa muito boa, muito iluminada, entendeu, ela não interfere assim, ela orienta, orienta principalmente os técnicos, com relação à manutenção do cateter, a assepsia do local, na hora de fazer a medicação, mas não interfere assim, às vezes, ela até ajuda a gente também quando a gente não consegue, porque ela é muito boa em punção, e às vezes, a gente chama ela. E9

Em relação a isso temos toda a liberdade, em relação a gerência, nós fazemos esse tipo de procedimento, ela sabe que somos aptas para isso, e temos toda a liberdade em relação a isso, em hipótese alguma, muito pelo contrário, às vezes, quando a gente está muito ocupada, e tem um bebê que está muito necessitado ela até entra para fazer também, nós temos liberdade total em relação a isso. E13

[...] pela questão de uma certa soberania da equipe médica mesmo, em qualquer lugar que seja, não é de uma instituição específica, mas eu acho que a chefia ela vem ao lado da gente até onde ela consegue. Ela também tem suas limitações, assim como a equipe de enfermagem também tem. Então, eu acho que tem coisas também que ela não consegue avançar, justamente porque existem outros obstáculos “mais acima”, entende? E8

Apesar de ocupar o cargo de gerência de enfermagem, o que significa uma posição hierárquica superior à das outras enfermeiras, as gerentes no estudo de Bernardes (2008), também se colocaram em situação de igualdade com as enfermeiras da assistência quando se considerou as relações de poder.

Na mediação de conflitos as lideranças tendem a tomar decisões orientadas pela lógica

da sua formação profissional, sendo detentoras de poder tanto em função de seus conhecimentos específicos quanto pela legitimidade diante da equipe (VENDEMIATTI; SIQUEIRA; BINOTTO, 2009).

Apesar das limitações, a relação com a gerência foi descrita como respeitosa, como um trabalho de apoio, de valorização das enfermeiras:

A gerência de enfermagem, ela apóia sempre a questão da discussão quando a gente tem alguma dúvida, alguma coisa, está sempre presente, quando tem algum curso divulgam bastante pra que a gente faça e quem ainda não fez, a gente não tem muitos problemas com o PICC que envolva a gerencia, mas assim eu tenho certeza que qualquer dificuldade qualquer coisa eles apóiam o trabalho da gente, valorizam mesmo o trabalho da gente. E4

[...] ela apóia a passagem do PICC; salvo as exceções... tem casos em que o menino está infectado e que já tem o PICC que foi ou por punção das enfermeiras ou por dissecação de cirurgias que acabou usando só o PICC pelo calibre da veia da criança e, aí, eles solicitam pra gente que troque o PICC, mas a criança está plaquetopênica, então a gente vai questionar isso com ela pra entrar em um consenso, até pra gente ter um respaldo, porque ela também responde por nós. Então... teve casos que já passou o PICC aqui com o menino com plaquetas de 38.000, se eu não me engano, ou foi 42.000, mas, respaldado por ela, teve uma até que foi ela que entrou porque, realmente, foi olhando o custo-benefício da criança e teve sucesso, entendeu? E10

Com relação à enfermagem, acho que [a coordenação] valoriza muito o procedimento, tanto que a coordenadora é parte do protocolo de PICC, ela é uma das mais interessadas que o protocolo saia. Quando a gente tem alguma discrepância com os médicos sobre a passagem de PICC, sobre a quantidade de plaquetas, sobre que não tem alguma condição, não ter uma boa rede venosa, ou a gente entra em discussão com o médico, a gente fala com ela para ser o canal, a conduta dela é a favor, a gente explica, porque eu já passei por isso. Era um bebê que estava plaquetopênico, menos de 50 mil, e a médica que estava com este bebê queria que eu passasse o PICC, quando eu fiz o curso de PICC, eu lembro que com 100 mil a gente já não podia passar, e a médica insistiu que eu passasse o PICC, e eu me recusei, aí, comuniquei à coordenadora de enfermagem ela foi e interveio a favor da enfermagem e não foi realizado o procedimento. E12

Em consonância com este estudo, as enfermeiras no estudo de Bernardes (2008) também se sentiram valorizadas e respeitadas por suas superiores quando chamadas para opinar junto à chefia sobre assuntos técnicos e/ou gerenciais.

4.2.1.5 O delinquente e a delinquência: a enfermeira e o PICC

A disciplina traz a noção de delinquência dentro do sistema prisional, como a prisão

era local de execução da pena, deveria ser ao mesmo tempo local de observação dos indivíduos punidos através da vigilância e do conhecimento de cada detento, do seu comportamento, disposições e melhora. A prisão seria uma máquina panóptica penitenciária e um sistema de documentação individualizante permanente para a constituição de um saber que servia de princípio regulador para a prática penitenciária (FOUCAULT, 2008).

O delinquente era o indivíduo que se deveria conhecer e, desta forma, o aparelho penitenciário substituiu o infrator pelo delinquente. Para Foucault (2008) o delinquente se distingue do infrator pelo fato de ser caracterizado pela sua vida e não apenas pelo seu ato e a sua observação deve considerar às causas de seu crime procurando na história de vida (organização, posição social e educação), conhecer suas as inclinações perigosas, as predisposições nocivas e os maus antecedentes.

A delinquência traz o criminoso antes do crime, pois forma a noção de indivíduo perigoso que permite estabelecer uma rede de casualidade e um veredicto de punição-correção. O infrator é caracterizado pelo seu ato, já o delinquente pela sua vida, ou seja, ele não somente é o autor do seu ato como também está amarrado ao delito por um feixe de fios complexos como o instinto e o temperamento.

Para a disciplina importa as causas do crime e elas devem ser procuradas na história de vida, os atos devem ser qualificados enquanto delito e o indivíduo enquanto delinquente. Na unidade estudada, o caráter do delinquente é revelado na figura da enfermeira e o delito seria a cateterização percutânea. Esta é uma analogia à forma como o procedimento é visto dentro da unidade pelos outros profissionais e à forma como as enfermeiras são responsabilizadas pelos danos decorrentes da inserção de cateteres na assistência neonatal, seja ele o PICC ou outro cateter inserido por dissecação.

Na UTIN, as enfermeiras foram previamente apontadas como responsáveis por um caso de complicação pulmonar (hidrotórax) por extravasamento da nutrição parenteral em um RN, sem ao menos terem realizado a inserção do cateter. Na UTIN a cirurgia pediátrica realiza a cateterização percutânea de forma esporádica na impossibilidade do procedimento ser realizado pelas enfermeiras, dessa forma, em sua maioria, os PICC são inseridos por estas profissionais e, conseqüentemente, as intercorrências são atribuídas à elas como suas principais executoras. No momento em que se percebe que não se tratava de um cateter percutâneo, a cirurgia aponta a administração da dieta como causa do problema o que coloca a enfermagem novamente como suspeita. Este fato foi relatado pela seguinte profissional ao se referir as limitações para a cateterização percutânea na unidade:

É complicado isso [...] porque a gente passa, daqui a pouco apresenta alguma coisa, mesmo que não seja, a primeira coisa que eles chegam que perguntam quando o bebê tem alguma coisa, teve um bebê outro dia que teve que drenar o tórax, quando drenou o tórax, saiu NPT, aí um cirurgião, a cirurgiã, disse assim: 'ele está em uso de PICC não é?' Aí a colega disse: 'não, não é um PICC não, é um cateter duplo lúmen que a sua colega passou tal dia' (risos). Aí ela chegou disse assim: 'mas ele, então ele se alimentou agora não foi?' Ela disse: 'não, ele está de dieta zero desde tal dia' (risos). Então ela estava procurando incriminar quem tinha passado o que, o PICC, porque quem passa mais PICC é o enfermeiro né? De vez em quando o cirurgião passa um PICC, quando eles não conseguem passar um cateter, não é isso? Mas tudo que acontece sempre vem querer cercar e apontar que foi a enfermagem, entendeu? Então, isso sempre ocorre, então a gente tem que estar de olhos abertos em relação a isso, e pensar realmente antes de fazer qualquer procedimento, no caso até o cateter. Então a colega dela passou o cateter e o cateter foi para o pulmão, entendeu? E lá a NPT estava indo toda para o pulmão, então se fosse um PICC, pronto, ai ia crucificar o enfermeiro. E13

Berti et al, (2008), ao descreverem a percepção e as fragilidades de enfermeiros sobre a sua autonomia profissional apontam que dentre outras situações, quando o médico culpa a enfermagem por tratamentos mal sucedidos o relacionamento se torna conflituoso.

No trabalho de Araújo Netto e Ramos (2002) o fato do médico responsabilizar a enfermeira por procedimentos mal conduzidos ou que resultem em danos ao paciente, sejam eles decorrentes ou não da assistência médica prestada, também foi apontada como uma fonte de conflitos. A responsabilização das enfermeiras pelas infecções na unidade também pode ser sentida no seguinte relato quando a enfermeira fala sobre a visibilidade do seu trabalho:

Aqui já teve várias equipes, pela primeira equipe aqui neste hospital não era muito bem vista a passagem do cateter percutâneo pela enfermeira, teve vários tipos de, tipo assim... Apareceu algum foco de infecção, achava-se que era da passagem do cateter percutâneo, ou então, a gente terminava de passar o cateter, introduzia logo antibiótico, porque se achava que a gente quebrava a técnica, não tinha relação de confiança. E7

Para Foucault (2008) a penalidade do século XIX também traz a noção de periculosidade significando que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade ao nível de suas virtualidades e não ao nível de seus atos; não ao nível das infrações efetivas a uma lei efetiva, mas das virtualidades de comportamento que elas representam.

A técnica penitenciária se exerce não sobre a relação de autoria, mas sobre a afinidade do criminoso com seu crime, ou seja, o criminoso antes mesmo de cometer uma infração, já era visto como aquele que estava sempre na iminência de cometer um delito. Desta forma, esta noção de periculosidade das enfermeiras é extensiva ao cateter percutâneo, que muitas

vezes é responsabilizado pelas infecções nos neonatos sendo solicitada a sua retirada pelos médicos com descrito abaixo:

Quando tem risco de infecção, que a gente fala viabiliza um, assim... Para a gente investigar, não eles solicitam logo a retirada do PICC, a causa sempre é o PICC, não procura investigar quais são as outras causas, quais as outras fontes de infecção, manda retirar logo o PICC, o cateter percutâneo, mas quando tem um duplo lúmen, um cateter central, eles pensam duas, três, quatro vezes antes de tirar aquele cateter porque quem passou foi o cirurgião pediátrico. Muitas vezes até eles pensam e repensam, às vezes tá lá com o foco, já foi visualizado, ele [o cateter] está com hiperemia, está com secreção, eles pensam e repensam, vêem com o cirurgião para ver se vai retirar, e quando um cateter percutâneo, não, eles não cogitam a possibilidade se o cateter é ou não o foco, e manda logo retirar e colocam em prescrição a retirada do cateter. E7

Sabe o que eu vejo, por exemplo, um cateter central duplo lúmen, um cateter de dissecação, que a cirurgia fez, que não é um cateter central PICC, eles pensam, e repensam porque sabem que se retirar e a cirurgia ficar sabendo, vai dar problema para eles, entendeu, e o PICC não, 'ah, está infectado? Tira o PICC'. E9

No âmbito das relações de poder, a infecção relacionada aos cateteres passados por dissecação recebem outro tipo de tratamento por parte dos neonatologistas, mesmo na presença dos sinais locais de infecção o cateter não é retirado antes de todo um ritual de investigação sobre a veracidade da causa do problema e uma consulta prévia com a cirurgia sobre a retirada. A justificativa para as enfermeiras reside no fato de que a autora do procedimento - a cirurgia pediátrica - não aceitaria a retirada do cateter sem precedentes, ocasionando problemas para os neonatologistas, como se pode observar nos seguintes discursos:

É mesmo porque foi enfermeira que passou, porque se fosse o médico eles não estariam agindo dessa forma, como o cirurgião que passa aqui o acesso central, eu também não sei se é entre eles, ou medo de ter discussão ou criar devaneios maiores, mas em relação ao cateter percutâneo não, acho que é porque, se fosse uma atribuição médica, eles não agiriam essa forma. E7

Porque é a equipe de enfermagem, porque sabe que a equipe de enfermagem passa PICC aqui muito bem, e a gente querendo ou não, é uma profissão que não tem um valor que tem, e aí por ser cirurgia entendeu, por saber que a grande maioria vai brigar, vai reclamar, vai questionar e a gente normalmente não faz isso, briga e discute entre a gente, fala que acha errado e aí eles pedem para tirar e pronto. E9

Neste caso, o conflito seria com alguém que simbolicamente, exerce um poder da mesma natureza que o poder dos neonatologistas e este crime não é caracterizado como algo

tão grave na unidade, pois neste caso, o criminoso é alguém com quem o médico se identifica, quem pode medir forças numa relação entre iguais.

O crime não é um pecado ou uma falta, é um dano social, uma perturbação, um incômodo para toda a sociedade e o criminoso é aquele que danifica, perturba a sociedade, ou seja, o criminoso é o inimigo social (FOUCAULT, 2001e). A partir desta definição de criminoso, a punição ideal é aquela que expulsa as pessoas, exila, deporta, mesmo uma exclusão no próprio local, um isolamento no espaço moral, psicológico, público constituído pela opinião. “É a idéia das punições ao nível do escândalo, da vergonha, da humilhação de quem cometeu uma infração. Publica-se a sua falta, mostra-se a pessoa ao público, suscita-se no público uma reação de aversão, de desprezo” (FOUCAULT, 2001c, p.81).

O castigo deve ter como objetivo a série de desordem, consequências do crime, a pena tem que utilizar o corpo, a lembrança de uma dor, e impedir a reincidência, deve ter efeitos mais intensos naqueles que não cometeram a falta, esta é a pena economicamente ideal: é mínima para quem a sofre e máxima para os que a imaginam. As disciplinas qualificam e reprimem um conjunto de comportamentos, funcionam como repressoras de toda uma micro penalidade do tempo, da atividade (desatenção, negligência), da maneira de ser, dos discursos, do corpo (atitudes incorretas), da sexualidade. Utiliza-a como punição uma série de processos sutis, que vão do castigo físico a pequenas humilhações (FOUCAULT, 2008).

As infrações são classificadas de acordo com o infrator, ele é quem define o crime, para as enfermeiras as penas se localizam no âmbito da humilhação da diminuição da sua capacidade enquanto profissional responsável pelos cuidados aos neonatos, nas limitações à autonomia, na exposição pública do erro, tentando manter o grupo sob uma vigilância e constantemente vigilantes de si e dos outros. O cateter é retirado e junto com ele vai a competência da profissional que realizou o procedimento e a especialidade do grupo de enfermeiras da UTIN. Um verdadeiro suplício corporal para as profissionais através do terror do exemplo gravado na memória dos espectadores e do condenado. “O suporte do exemplo, agora, é a lição, o discurso, o sinal decifrável, a encenação e a exposição da moralidade pública” (FOUCAULT, 2008, p. 106).

4.2.2 A AMBIGUIDADE DO SABER: EXERCÍCIO DO PODER E RESISTÊNCIA

Esta categoria traz o domínio do saber no manejo do cateter, como condição para o exercício do poder e como estratégia de contra poder, ou seja, de resistência. Na concepção

foucaultiana, exerce poder quem possui um saber, um saber legitimado como verdade, mas na prática das enfermeiras o conhecimento adquirido por elas, seja no curso de habilitação para a passagem do PICC, seja na experiência prática do manejo do cateter lhes confere poder, mas um poder limitado, utilizado muito mais como uma estratégia de resistência. Este conhecimento é tratado como algo valioso no grupo de enfermeiras, mas incompreendido por outros profissionais.

O poder produz saber, poder e saber estão diretamente implicados; 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, 2008). É nesse sentido que as relações entre os profissionais da unidade podem ser caracterizadas como relações de forças entre saberes que em algumas situações se expressam como poder e outras como resistências.

4.2.2.1 O exercício do poder/saber pelas enfermeiras

Na fala das entrevistadas nota-se uma ambiguidade no domínio do conhecimento sobre o manejo do PICC, mesmo declarando-se detentoras desse saber, na prática das enfermeiras, este saber não confere poder de decisão sobre o procedimento estando este poder concentrado nas mãos dos médicos. Nos discursos as enfermeiras afirmam que os neonatologistas não sabem como manejar o cateter por não terem experiência com o procedimento durante a sua formação. Uma das profissionais, ao falar sobre a visibilidade do seu trabalho, afirma que esse conhecimento está sob a tutela das enfermeiras:

Na realidade eles [os médicos] não sabem passar, não sabem nem puncionar acesso periférico, poucos sabem, tudo tem que acionar o cirurgião, então isso é um grande avanço para a área de enfermagem, até porque tem esse ato médico aí, e nós estamos conquistando bastante coisas, e acho que isso arranha um pouco a imagem deles, por não saber, e a enfermagem está fazendo esse procedimento. Isso dá uma vantagem, dá poder, agora podado, um poder limitado, o que limita é porque a gente não vai chegar lá e fazer. Porque quando você tem uma equipe que é totalmente coesa, que trabalha junto, dá até para desmistificar isso, mas quando tem determinados profissionais, eles [os médicos] querem saber o motivo pelo qual você está fazendo aquilo e, a partir do momento que você começa a fazer aquilo dá a impressão que você está passando por cima do trabalho deles, então a gente tem que avaliar a gente avalia, e discute, você não pode chegar assim e fazer, tem que discutir, porque é uma equipe, quer queira quer não. E13

O conhecimento sobre a cateterização percutânea é vista por esta profissional como

uma conquista e um avanço na sua atuação e que, a falta dele por parte dos médicos, “arranha a imagem deles”, a imagem da profissão do conhecimento, historicamente atribuída à medicina, mas contraditoriamente, elas mantêm esta posição de obediência para não dar a impressão de que elas estão passando por cima do trabalho do outro profissional.

Utilizando o conceito de capital simbólico, percebe-se que, normalmente, as regras são estabelecidas por quem detém maior capital simbólico (prestígio, saber, reconhecimento). Neste caso, observa-se que historicamente foi o profissional médico quem deteve este capital, conferindo legitimidade ao seu poder invisível, que se propaga no tecido social estruturando comportamentos e valores, que viabilizam a continuidade deste prestígio no campo da saúde (FLORENTINO; FLORENTINO, 2009).

A profissão médica é conhecida como uma profissão de saberes, capaz de exercer um domínio técnico sobre as outras profissões da saúde, um título legitimado socialmente por um poder simbólico. As enfermeiras reconhecem que mesmo sendo detentoras deste saber/poder elas não podem exercê-lo totalmente para não passar por cima do trabalho dos médicos.

Pode-se identificar um simbolismo outorgado à medicina pela sociedade, o que limita a atuação das enfermeiras, uma vez que elas nem cogitam a possibilidade de desautorizar o médico e o exercício do poder delas concentra-se no diálogo e nas discussões.

As fontes de conhecimento das enfermeiras sobre o procedimento são o curso de habilitação para a inserção do cateter percutâneo, o que lhes confere um saber teórico, e a prática diária da cateterização percutânea, que confere um saber prático, mas elas não deixam de relatar que a punção venosa periférica é a base dessa técnica. Este entendimento foi identificado nas falas abaixo, quando as enfermeiras se referem ao curso de habilitação:

Foi um curso que complementou um conhecimento que eu já tinha previamente sobre o que era cateter percutâneo, porém é um curso de um dia que, ele não te ensina a punção, então é um curso que você já tem que ter esse conhecimento prévio de punção, senão, ele é só mais um conhecimento teórico, você precisa da prática para estar utilizando o treinamento, para botar em prática no serviço. E2

[...] punção é habilidade mesmo, pela prática, mas a questão de indicação, de verificar se o menino tem condições de realizar esse processo, porque passar, porque tirar, por quanto tempo deixar, como manusear, acho que esse conhecimento é o que é mais importante em todo esse processo, mais até que a própria punção, ou a passagem do cateter, que é uma habilidade prática, então acho que eu tenho segurança, pelo curso mesmo que a gente faz, pelas discussões que a gente tem, estão discutindo o protocolo PICC, às vezes, a gente tem acesso a alguma coisa, então acho que em relação ao conhecimento sim, eu tenho uma certa segurança. E4

[...] não é só ter a técnica... tem um conhecimento por trás que a gente carrega. E até o momento de se passar o PICC, chega uma parte em que a gente questiona a real necessidade que se tem de realizar esse procedimento naquele bebê porque, de uma certa forma, é um procedimento invasivo que necessita de uma técnica estéril, e se a gente não tiver esse embasamento, esse cuidado, é uma porta de infecção para aquele bebê, não só o momento de inserção do cateter, mas também depois com sua própria manutenção.
E10

Para as profissionais o conhecimento teórico e o prático conferem segurança, embora elas afirmem que o conhecimento teórico obtido no curso não é suficiente para o manejo do cateter, sendo necessária uma prática para a realização do procedimento. Para Deleuze, em conversa com Foucault (2001a), a prática por muito tempo foi concebida como uma aplicação da teoria como sua inspiradora, para ele as relações teoria-prática são parciais e fragmentárias, pois a teoria é local, podendo ser aplicada de outra forma em outro domínio, a sua aplicação encontra obstáculos, uma espécie de muro que só pode ser atravessado pela prática, esta é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra teoria, e a teoria de uma prática a outra.

A inter relação entre o conhecimento científico e as experiências é desejável para que se possa questionar a verdade redefinindo conceitos. Domingues e Chaves (2005) ao abordarem esta temática, como valor no agir do enfermeiro, em um hospital, também identificaram o conhecimento como o suporte para o cuidar cotidiano das enfermeiras. A atividade diária confere praticidade ao procedimento tornando as profissionais mais experientes como relatado pela E5, ao descrever o manejo do cateter por enfermeiras na unidade:

Aprendi a manejar o cateter percutâneo depois de seis meses de experiência em UTI neonatal, a princípio foi uma experiência complicada, porque para ter o manejo do cateter, tem que ter o manejo do acesso periférico, depois desses seis meses de treinamento intensivo, pude passá-lo de forma fácil, experiente e com praticidade E5

O conhecimento também favorece a segurança na tomada de decisão em relação aos pacientes e à equipe, embasa habilidades, confere domínio para agir de forma consensual e poder. Para Domingues e Chaves (2005), o conhecimento utilizado além de conferir poder, assegura a ilusão de isenção da responsabilidade, pois quem determina não é o enfermeiro, mas sim a ciência, pois as enfermeiras estudadas acreditam que o conhecimento científico substitui a sua vontade na tomada de decisão, o que parece conflituoso. O poder se materializa na figura da profissional enfermeira quando ela é a responsável pelo procedimento, um poder

conferido por um título que o legitima dentro da unidade, onde não são todas as enfermeiras que manejam o PICC, apenas as habilitadas, o que pode ser confirmado no discurso abaixo sobre o manejo do PICC na unidade:

Aqui, somente os enfermeiros habilitados passam o cateter e sempre o procedimento é feito por dois enfermeiros. Sendo que pelo menos, um dos enfermeiros tem que ser habilitado. E assim, todo o cuidado com o cateter, seja o curativo, seja uma obstrução, se houver sinais de infiltração, de infecção, etc. a gente sempre está à frente para poder verificar as situações. Sempre um enfermeiro. E8

O título conferido pelo curso de habilitação atesta o conhecimento das enfermeiras, diferenciando-as e caracterizando-as como as responsáveis pelo procedimento, definindo a sua responsabilidade em todas as etapas.

A E8 traz a cateterização como um saber que era privativo da medicina, da cirurgia pediátrica, e que hoje foi adquirido pelas enfermeiras, ela relata, na dificuldade de executar a técnica por punção, em comparação ao que a cirurgia faz por dissecação venosa, todo o seu poder de fazer e saber fazer que lhe confere status. A E10 completa afirmando que elas fazem o que o cirurgião não consegue fazer que é passar o cateter sem sedar a criança, causando espanto no profissional médico:

Há algum tempo atrás, a gente sabe apenas o médico passava o cateter percutâneo. De um tempo para cá, a enfermagem tomou, adquiriu autonomia pra fazer esse tipo de procedimento. Então, de pouquinho em pouquinho, a gente consegue, mostrar que nós temos habilidade e temos responsabilidade com esse procedimento, que é bastante invasivo e que, na minha opinião, tem um cuidado mais especial, porque é muito mais difícil você conseguir achar/puncionar uma veia por fora do que fazer uma dissecação, onde você abre e enxerga a veia. A gente consegue visualizar, ou ter conhecimento da anatomia o suficiente para saber a anatomia da rede venosa, pra gente fazer uma punção e passar um cateter e ele ficar central que, muitas vezes, mesmo através de uma dissecação não fica, e a gente vai e só com uma punção venosa e periférica a gente consegue passar. E8
Eles [os médicos] não tem nem noção que a cada 7 dias a gente troca o curativo e que o primeiro curativo é trocado a cada 24 horas. Muitos deles não sabem nem o que é um PICC. Os residentes chegam aqui, olham o menino e não sabem nem que acesso é aquele que ele está usando. Tem uns que são mais interessados, tanto que no momento em que a gente fala que vai passar um PICC, ficam ao lado, observando a técnica. Já teve até momentos em que uma residente quis entrar com a gente pra ver como é o procedimento. O Cirurgião às vezes quer passar um PICC e para tentar punção quer sedar a criança, eles falam: 'Ah, como é que vocês conseguem passar o PICC sem sedar a criança?' 'Ah, consegue'. Um enfermeiro passando um PICC nunca sedou criança aqui. E10

É este saber/poder que diferencia os profissionais, entre aqueles que sabem e os que não sabem passar o PICC, mas deveriam saber. Esta realidade é relatada pela mesma profissional, ao se referir as limitações para a realização do procedimento na UTIN.

Eu acho que é a falta de conhecimento da equipe médica em relação ao cateter percutâneo. Eu acho que o que barra é isso. Porque, assim, a gente recebe todo o curso, todo o treinamento e a gente sabe todos os benefícios, eles também sabem, e sabemos também o manejo do cateter. Mas, eu acho que não é uma coisa compreendida entre eles. A gente vê isso, principalmente, quando a gente tem contato com a residência médica. Porque também o cateter é novo, relativamente, novo... Não está há tantos anos assim na nossa realidade, então a gente vê que os residentes, que são médicos mais novos, nem conhecem, vem conhecer, às vezes, ter o primeiro contato aqui e, assim, sabem o que é o PICC, sabem pra que serve o PICC, mas não sabem ter o manejo como a gente tem e que deveria saber. Eu acho que isso daí, talvez, seja a chave do problema que a gente tem em relação ao manejo com o cateter. E8

A problemática do poder de decisão está nas mãos do médico e não das enfermeiras, mostra que o saber delas permite questionar estas decisões, mas não confere autonomia técnica no manejo do PICC, um poder que existe que é descrito por elas, mas não é abertamente exercido, um poder invisível. A solução estaria no compartilhamento deste saber com a medicina, para que se obtenha uma decisão também compartilhada, como relatada pela enfermeira.

Este poder exercido pelas enfermeiras pautado no saber teórico-prático é um poder ambíguo, um poder visível, e invisível ao mesmo tempo. Esta ambiguidade do poder também foi descrita por Nóbrega-Therrien (2004) ao pesquisar o exercício do poder na profissão de enfermeiras em um hospital, a autora questiona sobre como pode o poder das enfermeiras esta presente e ninguém vê-lo? Para a autora a resposta pode estar no fato de que profissionalmente, as enfermeiras possuem uma influência social e política limitada, embora a luta por seus interesses não seja tão minoritária assim nos conselhos de classe e sindicatos.

Essas relações de “poder-saber” não devem ser analisadas a partir de um sujeito do conhecimento que seria ou não livre em relação ao sistema do poder; mas é preciso considerar ao contrário que o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimentos são outros tantos efeitos dessas implicações fundamentais do poder-saber e de suas transformações históricas (FOUCAULT, 2008).

Por dominação Foucault não entende como a dominação global de um sobre os outros, ou de um grupo sobre outro, mas as múltiplas formas de dominação que podem se exercer na

sociedade. Portanto, não o rei em sua posição central, mas os súditos em suas relações recíprocas: não a soberania em seu edifício único, mas as múltiplas sujeições que existem e funcionam no interior do corpo social. (FOUCAULT, 2001g, p.102)

Neste estudo, mesmo com o domínio do conhecimento sobre o manejo do cateter percutâneo, o exercício deste poder pelas enfermeiras é velado, não sendo percebido nem pelas profissionais, uma realidade que para elas ainda é utópica. Um poder que se manifesta mais como resistência do que como dominação, embora para Foucault, não exista um espaço demarcado entre dominadores e dominados, entre quem decide e quem obedece, pois poder e a resistência estão diretamente relacionados, não existindo poder sem resistência correlata. Mesmo que este seja um poder “secreto”, que não se mostra efetivamente, que age em silêncio, no âmbito do discurso. Já a resistência é abertamente declarada, como se pode verificar na próxima subcategoria.

4.2.2.2 O saber como resistência

Onde há poder há resistência, por isso ela nunca é exterior às relações de poder, e estas não podem existir senão em função de uma multiplicidade de resistências que representam o papel de adversário, de alvo de apoio. As resistências não são apenas oposição à dominação fadada à derrota, elas inscrevem-se nas relações de poder, como pontos, provocando levantes de grupos ou indivíduos, inflamando certos tipos de comportamentos de contra-dominação. As resistências podem incitar grandes rupturas radicais, mas é mais comum serem pontos de resistência móveis e transitórios que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, recortando os indivíduos e remodelando-os (FOUCAULT, 1988).

Ainda citando Foucault, para ele as resistências estão presentes em toda a rede de poder como

resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou dadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder (FOUCAULT, 1988, p.91).

As formas de resistências descritas nas relações de poder foram percebidas entre os profissionais na estrutura estudada. Não foram identificadas rupturas profundas nas relações, mas sim estratégias precárias de lutas alicerçadas no domínio do saber sobre o manejo do cateter

percutâneo no seu aspecto teórico e prático e a legislação sobre o procedimento estabelecida pelo seu órgão de classe.

O discurso da verdade se manifesta como resistência ao poder de dominação no trabalho das entrevistadas. Elas utilizam este saber como base para toda argumentação de insubmissão. Este discurso do saber é uma forma passiva de resistência descrita pela E11 ao falar sobre as limitações para o exercício da sua autonomia no procedimento:

Se tiver a necessidade, a gente comunica, e na maioria das vezes, o comunicado é aceito, porque eu acho que quando a enfermagem é segura, e faz com segurança, raramente eles [os médicos] vão contradizer, porque muitas vezes, eles podem contradizer pela manhã: 'não! Acho que não!', aí de tarde, estão indo atrás dos enfermeiros: 'aquela criança vai realmente precisar de um PICC!'. Então, na maioria das vezes que a gente menciona a necessidade é porque existe uma real necessidade, até porque a gente não vai passar PICC por passar. E11

A segurança neste discurso do saber, inviabiliza a contestação médica quando a verdade é revelada no discurso da enfermeira que indica o procedimento, ou seja, mesmo o médico não concordando inicialmente com a cateterização, quando o que foi dito pela enfermeira se concretiza na prática na forma de uma necessidade para o neonato, aos médicos só resta a alternativa de concordar e as profissionais conseguem ultrapassar a barreira da dominação, na presença deste contra-discurso do poder.

Foucault traz um agente de contra-dominância, os intelectuais que apresentavam um discurso contra o poder, um contra-discurso. Na relação de forças, existe um sistema de poder sutil em toda a trama da sociedade que barra, proíbe e invalida o discurso das massas e os intelectuais tinham o papel de dizer a verdade que lutam contra as formas de poder na ordem do saber, da "verdade", da "consciência", do discurso (FOUCAULT, 2001a).

Outra enfermeira quando perguntada sobre a visibilidade do seu trabalho traz o saber como uma resistência que ela utiliza mesmo na presença da prescrição médica, exercendo seu poder de decisão e exibindo o contra-discurso:

O que eu vejo é que anteriormente a gente tinha mais autonomia para a realização do procedimento, a gente determinava mais, decidia mais quem era que iria passar o PICC, avaliando as condições de veia, uso de antibiótico, se estava usando venóclise, se estava perto de terminar, se estava em dieta zero ou já estava fazendo uso de dieta, e agora fica mais uma questão de prescrição, a maioria das vezes quando se passa PICC aqui é porque estava na prescrição, mas eu particularmente ainda continuo avaliando, vendo a necessidade ou não de um bebê passar um PICC, mesmo que não esteja na prescrição. E2

Diante das dificuldades, aqui se revela um mecanismo de indisciplina à dominação, onde a enfermeira, mesmo dando a impressão de um ajustamento submisso inicial, consegue a realização do procedimento baseando-se na sua avaliação clínica, ela não solicita a prescrição para a sua ação, apenas comunica à equipe médica que vai tentar o procedimento.

O mecanismo de resistência continua sendo um meio passivo de atuação que, mesmo utilizando a legislação do conselho de classe para reforçar a luta contra o poder, coloca as enfermeiras na posição deste intelectual, descrito por Foucault como “maldito”. Um imoral que é rejeitado no momento em que as coisas ditas por ele aparecem em sua verdade, ele “dizia a verdade àqueles que ainda não a viam e em nome daqueles que não podiam dizê-la: consciência e eloquência” (FOUCAULT, 2001a, p.40).

Sobre o relacionamento com os outros membros da equipe, a profissional abaixo relata que independente de quem solicite a passagem do cateter percutâneo ela utiliza a legislação para respaldar suas ações como uma espécie de escudo contra o poder:

Eu não me ligo muito para qual é o médico que está falando, em qualquer situação, independente de qualquer médico, eu vou ter a mesma conduta, se eu achar que aquele bebê não tem condições de passar PICC, eu, independente do médico, digo: ‘esse bebê não tem condições de passar PICC!’. O bebê pode estar, sei lá, 20 mil de plaquetas, independente do médico que me pediu para passar, eu não passo, se a coordenação vier me pedir para passar eu me posiciono, porque o COREN não me dá respaldo para isso. E2

A Lei do exercício profissional é um instrumento de tomada de decisão por parte das enfermeiras, validando as ações das profissionais ao definirem suas atividades privativas. Tomando como referência os mecanismos balizadores da lei, a resistência no discurso desta profissional também se manifesta como uma revolta por não realizar o procedimento e outra colega, baseada na sua avaliação realizar:

O que me deixa muito revoltada é assim, casos, por exemplo, de bebês com plaquetopenia, eu decido não passar por saber que não se deve fazer um acesso, um procedimento tão invasivo como é um acesso central com o bebê com plaquetopenia e vem outros colegas, sabendo até que eu disse que não ia fazer o procedimento, outros colegas que vem, e fazem, porque isso, eu não tenho respaldo do meu Conselho para estar fazendo um procedimento desse, e assim, se a cirurgia pediátrica vir e fizer um procedimento desses, e o bebê sangrar e tiver uma intercorrência alguma complicação, não tem problema, mas se for o enfermeiro que fizer isso, você não sabe quais são as complicações que isso vai acarretar a você, porque você não tem respaldo nenhum para estar fazendo aquele procedimento. Já teve casos aqui na UTI,

de bebê vir, teve uma passagem de PICC na SEMI, bebê com plaquetopenia, e veio aqui para a UTI, e a fala dos profissionais era: o bebê complicou porque passou PICC com plaquetopenia e sangrou muito. Então, a gente não tem respaldo para isso, então, assim, não adianta: 'ah, eu vou passar porque o bebê vai ficar sem acesso', 'o bebê vai ficar com periférico?'. Chama a cirurgia! Passar PICC com o bebê com plaquetopenia foge à nossa competência, foge ao que a gente pode fazer, mas as pessoas ainda têm muito que, ter muita consciência sobre esse assunto, e quando a gente não tem conhecimento, a gente acaba fazendo coisas que não são da nossa alçada, infelizmente, muitas vezes, a gente paga por isso. E2

Utilizando a legislação, a enfermeira se isenta da responsabilidade sobre suas decisões, pois o discurso não é dela e sim da lei. Sobre o relacionamento, outra profissional relata que se nega a realizar o procedimento por dominar o conhecimento sobre a passagem do cateter percutâneo e deter o poder sobre qual o bebê que vai ser cateterizado, partindo do pressuposto de que o médico não possui este saber, um mecanismo de indisciplina baseado no domínio do saber:

Na maioria das vezes, por exemplo, se eu disser que eu não vou passar, e não vou passar, quem é que vai passar? Ele [o médico] vai fazer o que? Ele não vai passar, ele vai fazer o que? (risos), ele: 'ah! as meninas não querem passar!' (risos), médico não tem prática com isso, de certa forma, a autonomia é realmente minha, por que digo: 'não vou, não vou e pronto!', não tem mais ninguém, aí o que acontece às vezes é que passa de um plantão para o outro e o outro colega já acha, na avaliação dela, que merecia sim que o cliente tivesse um acesso, ela vai correr o risco de passar e passa. Mas eles [os médicos] dizem assim: 'vá passar, vá!' E eu vou? Não! E3

Partindo do pressuposto de que estes comportamentos de oposição podem ser caracterizados como resistência aos mecanismos de dominação durante o manejo do PICC por enfermeiras, a resistência aqui se manifestou sob a forma de negação à realização do procedimento.

O fato de ter mais experiência no manejo do PICC coloca a profissional numa posição de superioridade em relação a seus pares, uma vez que se a enfermeira não passar o cateter, nenhum outro profissional dentro da unidade terá habilidade e destreza para fazê-lo.

No pensamento de Foucault é fundamental investigar as resistências contra os dispositivos de poder, pois para compreender os dispositivos de poder é preciso observar as estratégias antagônicas que se colocam contra ele, e através do estudo das resistências é possível entender o funcionamento do maquinário do poder (ALVIM, 2010).

A resistência e o poder são co-extensivo um ao outro, nós nunca somos pegos na armadilha pelo poder, sempre podemos modificar o domínio em determinadas condições,

segundo uma estratégia precisa, em toda parte estamos em luta e, a todo instante, vamos da rebelião a dominação e da dominação a rebelião e as relações de poder, só podem existir em função de uma multiplicidade de pontos de resistência que desempenham nas relações de poder o papel de adversário, de alvo, de apoio, de saliência onde se agarrar (FOUCAULT, 2005).

Pode-se perceber nos mecanismos de resistência utilizados pelas enfermeiras uma relação de forças principalmente com o profissional médico, mas extensivo às colegas enfermeiras quando estas assumem posturas que fogem do padrão estabelecido como verdade pelo saber teórico/prático adquirido.

4.2.3 A PRESENÇA DE UM PODER SOBERANO

O soberano é descrito por Foucault (2008) como o todo poderoso, aquele que faz valer sua vontade pela superioridade da força, com que domina o adversário. Era a mecânica de um poder que faz valer as regras e as obrigações, cuja ruptura constitui uma ofensa e exige vingança; de um poder que não precisa demonstrar por que aplica suas leis, mas quem são seus inimigos, e que forças descontroladas os ameaçam. Um super poder monárquico, uma disfunção do poder que provém de um excesso central, ele identifica o direito de punir com o poder pessoal, soberano.

Apesar de na constituição do poder disciplinar Foucault negar a presença de um soberano possuidor desse poder incontestável, o discurso das enfermeiras denunciam a persistência deste poder que, de acordo com estas análises, está localizado nas mãos da medicina. Um poder que elas descrevem como intransponível pelos meios convencionais de resistência utilizados, como as discussões e o conhecimento.

Este soberano, materializado na figura do médico é descrito como aquele que concentra o poder de decisão sobre a inserção e a retirada do PICC na unidade. Elas trazem nas suas falas algumas características do exercício deste super poder, mostram a submissão como algo inevitável, apontam a fragilidade da categoria profissional como principal causa da submissão e a retirada do cateter como o foco de um dos maiores conflitos.

4.2.3.1 Reconhecimento da presença de um soberano

Nesta subcategoria o médico, o monarca e o soberano serão considerados como

sinônimos, levando em consideração às metáforas de Foucault ao descrever o poder do soberano.

O poder de decisão do médico traz a prescrição médica como a lei, como a palavra final da qual as enfermeiras não podem esquivar-se de seguir, ele concentra o poder de decisão, determina a execução do procedimento e dá a última palavra nas situações de conflito.

O médico exerce um poder que desautoriza a enfermeira, que obedece às ordens utilizando como resistência apenas com um contra poder que só encontra no conhecimento a arma de defesa, mas não de combate. Esta análise não pretende fazer uma apologia aos conflitos éticos no local de trabalho, achando que as enfermeiras devam tomar este poder das mãos dos detentores por meio da relação de lutas, dessa forma, elas assumiriam o lugar dos opressores e talvez, nesta posição, exerceriam um poder semelhante ao que elas estão submetidas.

O foco desta análise está no estabelecimento das leis e nas formas de punição, pois para Foucault o crime, além de sua vítima imediata, ataca o soberano, pois a lei vale como a vontade do soberano e o castigo então, não pode ser identificado nem medido como reparação do dano; deve haver sempre na punição pelo menos uma parte, que é a do príncipe (FOUCAULT, 2008). Punição que não deve ser entendida apenas no seu aspecto físico, mas toda forma de coerção, humilhações, limitações, imposições e a submissão propriamente dita, que enquanto ato voluntário torna o indivíduo passivo.

Para as enfermeiras entrevistadas, durante o manejo do cateter na unidade, existe este soberano, cuja vontade é a lei, pois ele tem o poder de decidir, então ele determina e elas obedecem:

É mais indicação da parte médica. Quando tem dificuldade em acesso periférico, muito tempo de cateter umbilical, e aí opta pela passagem do PICC. Mas é mais uma opção da parte médica, aí a gente pode sinalizar. Mas quem determina são eles. E6

[...] outra questão é assim: pede para retirar o PICC e deixar com acesso periférico, muitas vezes se a gente não tira, quando o médico vê que o bebe não retirou o PICC, aí faz novamente a solicitação, até ser feita a retirada, entendeu, então, quando o médico aceita, se ele aceita, tudo bem, mas quando não aceita, aí fica, muitas das vezes, difícil a gente manter o cateter. E2

Outra enfermeira reforça ao relatar sobre o fato de que o médico manda e ela tem que

obedecer, mas ela explica “o porquê” que tem que obedecer:

Porque é uma prescrição médica que, infelizmente, nós não temos respaldo para poder combater. Porque, pra enfermagem poder se respaldar, não é apenas a enfermeira da unidade, é também a chefia. Então a gente precisa de uma cobertura de chefia, de instituição, não é chefia apenas imediata, é de instituição e de protocolo, de CCIH, de um monte de coisas juntas que vão respaldar o enfermeiro a tomar certas atitudes junto à equipe médica. E precisa também da parceria da equipe médica nesse procedimento. Porque não adianta eu falar que tem que passar 48 horas - se o cateter está infectado - com acesso periférico, se o médico não entende que é dessa forma que tem que ser feito. Então se não houver a parceira dos dois, a gente acaba perdendo a autonomia. Porque, infelizmente, ainda existe a soberania. Então a gente tem argumento, mas nem sempre a gente consegue passar por cima de algumas condutas. E8

Para esta profissional a prescrição médica é realmente a lei, é uma imposição do código de ética que ela não se sente capaz de ir de encontro e justifica, equivocadamente, este fato pela ausência de respaldo. Esta cobertura estaria na instituição hospitalar, na concessão de poder de decisão às enfermeiras, nos protocolos como norma escrita sobre o procedimento, na CCIH, o que poderia respaldar a permanência do cateter descartando o aumento do risco de infecção por essa conduta e, sobretudo, no consentimento do outro. A resistência não está na enfermagem, mas sim no outro que, do lado de fora desta relação, deve prescrever o poder da enfermeira.

A prescrição médica também foi apontada no estudo de Bernardes (2008) como uma das formas de manifestação do poder médico e de se fazer cumprir o seu domínio no ambiente profissional das enfermeiras por estabelecer uma hierarquia no atendimento e na assistência ao doente que deve ser cumprida mediante este instrumento.

A possibilidade de decidir estaria em partilhar com o médico o poder dele, como uma espécie de concessão da medicina. No estudo de Moya et al (2010), sobre as relações de poder e dominação no ensino de enfermagem e sua repercussão na conformação de uma identidade profissional subordinada, os autores dizem que apesar das queixas sobre a falta de liberdade e de autonomia, as enfermeiras preferem a segurança da posição conhecida (a subordinação) aos riscos desconhecidos da autonomia e a consequente obrigação da tomada de decisão. Elas se autoconvencem da inexistência de alternativas ao *status quo* ao qual estão submergidas.

Esta não é uma característica apenas da profissão da enfermagem, é uma crença materializada pelo capitalismo. De acordo com o sociólogo Zigmunt Bauman que, em seu livro *Em Busca da Política*, ao analisar de algumas crenças contraditórias existentes na

sociedade ocidental atual, conclui que essas crenças não precisam ser coerentes para que se acredite nelas. Para explicar a perda de legitimidade que atinge a ação política da sociedade, ele apresenta duas dessas crenças: a de que achamos que a liberdade está resolvida da melhor maneira no mundo, não havendo mais necessidade de protestar e exigir uma liberdade maior do que a que experimentamos; e de que, considerando a atual configuração política e econômica do mundo, pouco podemos mudar e, portanto, devemos nos contentar com os fatos do modo como eles estão (BAUMAN, 2000).

Ainda existe na enfermagem uma crença de que a prescrição médica deve ser executada sem questionamentos por parte dos outros profissionais da equipe de saúde. O trabalho da enfermeira não é mais o do início da profissão, no qual a enfermeira devia vigiar e controlar os doentes, estando submetida às mesmas condições disciplinares destes, sendo capacitadas à obediência. Hoje a sua prática se fundamenta em conhecimentos científicos, com novas possibilidades de atuação na busca pelo estabelecimento de um saber próprio, diferenciado, que qualifica a profissão e que a aproxima do paciente.

O exercício do poder médico e as obrigações de executar a prescrição de inserção ou de retirada do PICC prejudicam não só as enfermeiras que se submetem, mas a in experiência deles que sacrifica também o neonato como relatado pelas entrevistadas.

O estresse causado pelas tentativas de punção venosa em um bebê com poucas possibilidades de sucesso na cateterização percutânea (por possuir apenas uma veia visível para punção) e a realização do procedimento invasivo desnecessariamente em situações que, segundo elas, não haveria uma indicação real para o acesso central são queixas das profissionais que atribuem ao profissional médico a responsabilidade por esses atos, mesmo sendo executados por elas. São situações descritas pelas profissionais abaixo quando perguntadas sobre a relação com os profissionais na unidade:

Acho que a maior questão é com os profissionais médicos, teoricamente o PICC é de livre escolha do enfermeiro, avaliar sua necessidade, quando é que se deve passar, quando tirar, você avalia as condições do bebê, mas aqui, o que a gente vê muito é a interferência do médico de determinar quando vai passar, quando vai tirar, qual o tempo de durabilidade do PICC. Você vê o PICC que você passou tem dois, três dias, sendo retirado, então, essa avaliação que teoricamente a gente aprende para estar vendo a viabilidade do PICC, a necessidade do PICC, às vezes, foge, pela determinação do médico de estar passando aquele PICC, então você vê que tem um bebê que só tem mais um dia de antibiótico, dois dias de antibiótico, você passa o PICC, pede para passar o PICC, e três dias depois suspende tudo, e tira o PICC, então, teoricamente não haveria necessidade de estar passando esse PICC. E2

Há autoridade médica porque, o que está prescrito por mais que a gente discuta se não mudar ali [na prescrição], a gente tem que acabar fazendo por ex: muitas vezes a criança não tem condições ou não tem indicação, ou poderia ter um melhor resultado de uma outra forma e eles não tem muita noção de acesso mesmo, e aí eles fazem o que querem: tiram, botam quando querem. Achem que o foco infeccioso é o PICC, tiram o PICC, a gente muitas vezes não tem retorno dessa cultura, será realmente que foi o PICC? Porque é só tirar e passar outro porque quem vai passar é a enfermagem, então muitas vezes, chega menino recém nascido com menos de 24 horas de vida, e eles querem que a gente faça o PICC, o menino edemaciado, que poderia usar um cateter [umbilical] ou, em alguns casos, até um acesso periférico mesmo poderia servir, mas eu percebo esse pedido deles como uma falta mesmo de conhecimento sobre o acesso venoso, e eles aqui nessa unidade não participam do acesso venoso, se a enfermagem não consegue chamam a cirurgia. E4

Muitas vezes o médico é quem decide a passagem do cateter e a retirada do cateter. Eles muitas vezes não ouvem o que a gente diz, não levam em consideração até a própria criança... Como acontece vários casos aqui, onde a criança, nesse momento está bem, mas a criança é prematura, pode descompensar, como descompensa, é entubada e, em questão de 24 horas depois, ela precisa novamente de um PICC. E antes de tirar, a gente pergunta: 'Vai tirar? Tem certeza? Não é melhor deixar por mais 24 horas, não?'. Eles não ouvem, vai e tira. Quando é daqui a 24 horas tem que passar novamente. E6

Além dos riscos para a criança, muitas vezes a decisão médica também põe em risco o exercício profissional da enfermeira, pois ela executa uma atividade que pode ir de encontro à legislação profissional. As enfermeiras abaixo, ao se referirem ao relacionamento com os profissionais da unidade, falam que se sentem desrespeitadas e explicam o motivo:

Tem momentos que, por exemplo, a gente diz: 'ah! Nesse menino a gente não vai passar PICC, por isso, e isso, e isso', 'ah! Mas tem que passar!', 'ah! Como assim?'. Apesar de ser eu que faço o procedimento, o risco é pra mim e pra criança, mas quem decide são eles [os médicos] independente do risco, para criança e para mim, entendeu? Se eu tenho autonomia para passar, eu acho que também tenho autonomia para dizer que não vou passar, mas em alguns momentos isso é atropelado, mas a gente conversa, bate boca mesmo (risos), e aí vai. E3

Eu vejo que, por mais que você tenha conhecimento teórico, prático, por mais que você exponha o que você acha, ela só vai fazer o que ela acha, a médica ou o médico, se quiser, e às vezes, o que eu acho é que, mesmo concordando com você, para sustentar o ego, não faz, entendeu, não que o que ela está falando seja coerente, 'eu não vou fazer não, porque eu quero assim! Eu vou fazer assim!', eu acho. E9

É uma questão de quem manda e quem obedece de um poder que mesmo incoerente

nos seus desígnios, se faz cumprir por possuir uma legitimidade conferida por um título que por si só, agrega poder a esta prática. Esta reflexão é uma tentativa de deslocar as profissionais do local movediço onde elas se encontram para que avancem na sua emancipação como profissionais da área da saúde, com identidade e autonomia através do exercício de suas competências políticas compreendendo que esta situação de inércia é mundial e não apenas local.

4.2.3.2 Submissão ao poder

Considerando a presença deste super poder médico e a fragilidade da resistência destas profissionais, que como detentoras de um saber não conseguem exercer poder de decisão, esta subcategoria trata das situações nas quais elas relatam essa submissão como uma realidade cotidiana e não apenas um mito socialmente instituído.

Durante a descrição das falas, houve momento em que se tem a impressão que estão sendo descritas situações vivenciadas por enfermeiras do século XIX, do início da profissionalização da enfermagem moderna. Ao falar sobre sua autonomia no manejo do PICC a enfermeira abaixo, nega a autonomia da sua profissão explicando que a decisão é da equipe médica:

Autonomia, eu acho que é o seu poder de decidir entendeu, é seu poder de tomar decisões e dizer, não eu acho que é assim, é você se sentir segura e o serviço lhe apoiar, para decidir entendeu? Porque às vezes, a enfermagem não tem autonomia, não adianta dizer que tem porque você não tem, você não tem, dentro de um serviço, você não tem, eu não vejo serviço que você tenha autonomia, porque você até pode decidir uma coisa ou outra coisa, mas a sua decisão, sempre vai envolver a decisão médica, você dá a palavra dois e o médico dá a palavra um e zero. E a decisão fica por conta da equipe médica. E9

A enfermeira depoente quis indicar na sua ordenação que a decisão da enfermeira neonatal está quase sempre em segundo plano. As profissionais se submetem também porque o médico, quando não tem conhecimento suficiente sobre o PICC para poder argumentar com as enfermeiras o motivo da retirada do cateter “sabotam” a resistência destas profissionais não deixando prescrita uma solução para manter a permeabilidade do lúmen do cateter. A enfermeira se sente impotente para a manutenção de uma solução que não está prescrita, fato expresso pela profissional quando justifica a retirada de um cateter:

Aqui a gente não tem muita autonomia para estar mantendo o cateter, porque, por exemplo: o PICC precisa ter uma solução para manter, então a gente decide: a gente vai manter o cateter, 'e aí vai ficar um PICC hidrolisado?' Não pode, o médico tem que prescrever alguma solução para colocar no PICC, então, às vezes, quando o bebê não tem mais nenhuma solução para correr, se o médico não decidir que vai manter o PICC, a gente não tem como manter porque a gente não pode deixar o PICC hidrolisado e a gente não prescreve solução nenhuma para poder manter em PICC. E2

A disciplina é um poder que cria entre os indivíduos uma relação de limitações inteiramente diferente da obrigação contratual; a aceitação de uma disciplina pode ser subscrita por meio de contrato; a maneira como ela é imposta, os mecanismos que faz funcionar, a subordinação não reversível de uns em relação aos outros, o mais poder que é sempre fixado do mesmo lado, a desigualdade de posição dos diversos parceiros em relação ao regulamento comum opõem o laço disciplinar e o laço contratual, e permitem sistematicamente falsear este último a partir do momento em que tem por conteúdo um mecanismo de disciplina (FOUCAULT, 2008).

O poder disciplinar também submete trazendo a cerca, um muro alto, intransponível que para Foucault (2008) é cuidadosamente trançado e caracterizado pela figura simbólica do poder de punir. A prescrição médica novamente é apresentada como este muro alto por uma enfermeira quando fala sobre sua autonomia na retirada do PICC:

Muitas vezes em relação à equipe medica há uma discordância muito grande, principalmente no momento de retirar o cateter, muitas vezes a gente acredita que não custa nada deixar vinte quatro horas de observação após a retirada de antibiótico, por exemplo, por que a gente ainda vai ver como é que a criança vai se manter até lá. Muitas vezes eles querem retirar de imediato e não tem, muitas vezes, o argumento necessário para convencer que essa é a melhor forma, mas a gente acaba tirando, porque, está prescrito, prescrito e acabou. E4

Para Foucault (2008, p.29), o corpo está mergulhado num campo político e as relações de poder têm alcance imediato sobre ele sujeitando-o e obrigando-o a cerimônias. Este investimento político que está ligado à sua utilização econômica e sua constituição enquanto força de trabalho, só é possível se ele está preso num sistema de sujeição. Num mecanismo onde “o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso”.

A sujeição não é obtida apenas pela violência ou pela ideologia, ela pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, pode haver um “saber” do corpo,

a tecnologia política do corpo, difusa sendo impossível localizá-la num tipo definido de instituição ou no aparelho do Estado (FOUCAULT, 2008).

A submissão também é consentida porque as enfermeiras atribuem aos médicos a autoridade dentro da unidade e porque eles não aceitam questionamentos só restando para elas a obediência, fatos relatados por duas enfermeiras quando falam da sua autonomia no procedimento:

Muito pouca, digamos que de 100 % de autonomia, eu tenha 10% entendeu? Assim, porque por mais que eu não queira, digamos, retirar um PICC de um menino que eu sei que foi difícil a inserção, porque 'ah, retirei um PICC agora porque vai suspender antibiótico, o médico suspendeu hoje, vai retirar hoje?', 'Vai! Vai retirar hoje!'. Amanhã eu sei que aquele bebê vai precisar de um novo acesso, eu tenho que retirar, vou dizer o que? Eu não vou retirar? Porque eles não aceitam questionamento, eles não aceitam que eu diga: 'gente! Esse PICC foi de difícil acesso, foi difícil passar esse PICC, na na na na na', 'Ah não, tem que retirar, ele está ótimo, suspendeu antibiótico, tudo negativo'. Eu vou fazer o que? Não vou retirar? E9

A submissão é estabelecida de uma forma que não é possível compreendê-la apenas como um ato voluntário de obediência, e tratando-a como este investimento político citado por Foucault, é que se pode defini-la como uma subsunção, onde a submissão da trabalhadora é mais do que a simples aceitação de uma imposição externa. Elas mostram também uma relação de dependência com o opressor, uma dependência velada. A enfermeira está tão acostumada à lei que muitas vezes sinaliza para o médico a necessidade da prescrição, pois para ela o procedimento deve realmente estar prescrito:

[o cateter percutâneo] é no caso, uma rotina nossa aqui já, a passagem do cateter, a gente já tem a autonomia de estar vendo se já tem seis ou sete dias de cateter umbilical, a gente já vai procura o médico, sinaliza, vê as plaquetas do paciente, vai até o prontuário, sinaliza, e assim..., espera só ele, no caso agora mesmo tem que estar colocado em prescrição médica a passagem do cateter, nós não temos autonomia ainda de assim...nós vemos, ver, visualizar e passar, a gente ainda tem que se reportar ao médico para que coloque em prescrição para poder passar o cateter percutâneo. E7

Este status de subordinação, segundo Moya et al (2010), está relacionado com o fato das enfermeiras terem a necessidade de ser reconhecidas como membro da equipe de saúde, preferindo as alianças aos conflitos com a equipe médica. A noção de subordinação deriva da crença da onipotência do opressor, elas crêem que o poder dos médicos é absoluto e têm medo da liberdade da tomada de decisão. A explicação desse fenômeno também passa pela internalização por parte das enfermeiras, dos valores do opressor durante a formação

acadêmica, onde o modelo biomédico, positivista, mecanicista da medicina está incluso e, durante a prática profissional, quando a tecnologia se transforma em símbolo de profissionalização e competência.

Com base nestas premissas, as enfermeiras separam e hierarquizam os cuidados técnicos como prioritários na sua prática em detrimento dos cuidados de ajuda e de suporte que mais caracterizam a sua profissão, tornando-se invisível, atribuindo ao opressor uma visão positiva e a si uma visão negativa (MOYA et al, 2010).

É o que Andrade (2007) traz como o “mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina”, este sustentado socialmente e dentro da própria categoria da enfermagem, onde a enfermeira seria - também por questões de gênero - histórica e socialmente subordinada.

4.2.3.3 A fragilidade da categoria profissional

Esta subcategoria traz a fragilidade da categoria profissional que se revela na falta de corporativismo, de firmeza e de unanimidade nas decisões e opiniões, e resulta em diferenças de posturas profissionais e na submissão à decisão médica.

Aqui poderíamos pensar nas questões sociais e de gênero que marcam a história da enfermagem e a classificam como profissão feminina, de pouco prestígio, com imagem de categoria profissional fraca. Ao comentar sobre as situações conflituosas com a equipe médica, a enfermeira abaixo nega a existência de problemas com a equipe médica e confirma que a enfermagem é o lado fraco desta relação e que, deste fato, resulta a sua submissão:

Conflito nunca teve, teve assim, discussões de você dizer, eu acho que não deve, mas por a gente saber que o nosso lado é o mais fraco, a gente nunca vai dizer eu não vou fazer, já houve casos assim, de por exemplo, falar para retirar e a gente ficar prolongando, prolongando e só retirar no outro dia e a médica aí questionar, ‘porque é que não foi retirado?’ ‘Porque é que não retirou ainda?’ ‘Ah, tá, tá bom eu vou retirar’. E9

No estudo de Bernardes (2008) também foi identificada uma tentativa de negação da existência destes conflitos com a medicina quando se consideram as relações de poder e a autonomia, mesmo a enfermeira demonstrando a necessidade de se manter um bom relacionamento no ambiente hospitalar. No discurso acima, também se percebe uma tentativa de burlar a determinação médica prolongando a retirada do cateter, mas quando questionada pela médica, a enfermeira responde com a execução da ordem.

A idéia de subordinação da enfermagem à medicina é um processo histórico que segundo Foucault (2001d) inicia-se com a invenção do hospital como instrumento terapêutico no final do século XVIII. Até meados deste século, os religiosos detinham o poder nesta instituição, com a medicalização houve a introdução da disciplina e de suas técnicas de distribuição dos corpos no espaço, de controles que baniram os religiosos desta estrutura e transformaram o sistema de poder no interior do hospital. Antes, quem detinha o poder era o pessoal religioso destinado a assegurar a vida e salvar a alma.

Neste contexto, o médico passa a assumir o controle econômico do hospital e as enfermeiras são ali introduzidas para controlar os doentes. Essas relações hierárquicas se manifestam no ritual da vista descrito no regulamento dos hospitais do século XVIII que dizia “onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar” (FOUCAULT, 2001f, p.64).

Neste período foi marcada a subserviência da enfermagem à medicina. Além disso, Padilha et al (1997) acreditam que o fato desta relação se estabelecer entre gêneros diferentes com a predominância do feminino para a enfermagem e até bem pouco tempo do masculino para a medicina, tem um peso significativo na forma como se relacionam esses profissionais devido ao fato da mulher ser historicamente submetida ao poder masculino. As mulheres também desenvolveram ações de cuidados caritativos das religiosas, das parteiras leigas e de voluntárias na assistência aos doentes e, devido a estas atividades em muitos lugares, a assistência de enfermagem ainda é subsidiada pelo trabalho do médico, sendo o controle e a disciplina inerentes à enfermagem.

Estas práticas imprimem nas enfermeiras características estereotipadas de obediência, humildade, respeito à hierarquia que são esperadas e exigidas muitas vezes desde a formação e permanecem na vida profissional pela equipe multiprofissional e pelos pacientes. Padilha et al (1997).

Acho que é por questão de cultura, o enfermeiro ele muitas vezes ainda não luta por isso, porque, se eu cuido do meu bebê 24 horas, e eu vejo a real necessidade dele, acho que vem também por questão de cobertura, o que é que o nosso conselho traz, isso ainda não está bem explícito, que o enfermeiro tem autonomia de verificar a necessidade desse cateter e estar passando sem comunicar ao médico. E11

Perpetua-se na enfermagem um sentimento de impotência coletiva e da certeza de que os problemas com a profissão não têm solução, e esta cultura tem afastado cada vez mais as profissionais dos espaços de atuação política e de luta, seja por questões assistenciais ou

profissionais. Para Nascimento (2007) a cultura da enfermagem forma-se no contexto do trabalho baseada na concepção de mundo elaborada na formação, articulando-se com a consciência que ela, enquanto intelectual, desenvolve na sociedade em que está inserida, ou seja, a cultura da enfermagem é a forma como este profissional desenvolve e legitima suas práticas no mundo do trabalho.

Resgatando o percurso histórico da enfermagem pode-se entender que a profissão se configurou como subordinada ao saber e ao fazer da medicina, desprovida de liberdade, e construindo suas bases teóricas sob os ensinamentos médicos que foram passo a passo transferindo técnicas e procedimentos para esta profissional que deveria não só controlar os doentes, como também cumprir as prescrições médicas.

Durante a história da enfermagem a cultura tem priorizado mais a execução de técnicas e a reprodução rígida do conhecimento do que o atendimento às necessidades concretas que o trabalho da enfermeira exige, preparando a enfermeira mais para a submissão e para a aceitação das imposições do contexto de trabalho do que para a adoção de uma postura crítica sobre o cotidiano (NASCIMENTO, 2007).

Culturalmente parece estar faltando na profissão, especificamente a da enfermeira, maior criatividade, reflexão e crítica para imaginar formas diferentes de lidar com as solicitações do outro, de reconstruir sua atuação, de sair desta passividade que gera sofrimento psíquico e moral, seja individual ou coletivamente. É importante notar que muitas vezes não se percebe essa restrição à liberdade, e por isso subentende-se que se é livre.

A convivência com colegas despreparadas politicamente e que, diante das situações de conflito optam pela alternativa mais fácil, aproximando-se ou compactuando com aqueles que detêm o poder, no caso, com a medicina, dissolve a força da enfermeira enquanto classe trabalhadora e anula a sua capacidade política e, desta forma, na resolução do conflito, enfermeiras constituem um aglomerado de profissionais desunidas e subordinadas. Esta pactuação com o detentor do poder em detrimento da associação com as outras enfermeiras pode ser percebida na fala da E2, quando relata sobre as limitações na sua prática:

É mais a questão de viabilidade mesmo, eu às vezes, evito passar um PICC por avaliar essas condições mesmo, de não ter necessidade, porém o que acontece, quando eu decido não passar, geralmente tem outros profissionais que vão e passam, por exemplo: bebê com plaquetopenia, a gente sabe que tem um valor que você pode passar um PICC, eu, dentro do meu conhecimento, eu sei que não devo passar, porque eu não sou respaldada para isso, porém aqui existem profissionais que pouco importa, se o médico pedir para ele passar com plaquetas de 10 mil, ele vai e passa. E2

O problema desta reprodução cultural de submissão da enfermagem dá margem ao surgimento de uma violência horizontal entre os membros do grupo oprimido no contexto de trabalho.

No estudo de Moya et al (2010), a internalização de uma visão negativa de si mesmo, que ocorre na incapacidade dos oprimidos de questionar os detentores do poder, conduz a projeção de uma agressividade acumulada contra os membros do próprio grupo, aspecto observado na falta de coesão das enfermeiras. Esta falta de unidade na atuação das enfermeiras também foi citada e criticada por duas profissionais nos discursos abaixo ao relatarem sobre as limitações para a prática da cateterização e as situações de conflito:

Porque depende muito de com quem você está dando plantão, e dentro da equipe de enfermeiros mesmo, eu acho que não se impõe, talvez se a gente se posicionasse de uma melhor maneira, se nós fossemos coesos nas nossas decisões, do... o que é mesmo protocolado na passagem do PICC, se a gente tivesse firmeza nas nossas decisões, nas nossas escolhas, de quando vai tirar, quando vai colocar, talvez os médicos respeitassem mais a nossa posição, o problema é que a gente não tem uma unidade de pensamento dentro da equipe de enfermagem, e o que eu acho, entendeu, acho que isso interfere bastante. E2

É a gente discute muito, às vezes dá conflito como eu falei porque a equipe é grande e tem posturas diferentes, às vezes, por exemplo, eu digo que eu, a gente na equipe naquele dia, naquele plantão dizemos 'oh, não vamos passar' e quando chega a equipe de enfermagem da noite, 'ah vamos passar', isso de certa forma, como os colegas não tem uma opinião única também, eles se sentem, os médicos se sentem no direito também de pressionar pra ver quem vai, entendeu? Mas isso tem melhorado muito na verdade, mesmo por que é a gente tem muito discernimento em dizer que vai passar ou que não vai passar, em decidir qual é o bebê e, com o relacionamento melhorando também, essas coisas vão mudando, é uma coisa que acontecia mais antigamente, que agora está bem. E3

Berti et al, (2008) na sua pesquisa também encontraram resultados semelhantes, pois os enfermeiros identificam no relacionamento com seus pares um baixo corporativismo entre eles gerando conflitos quando eles se aliavam a médicos para prejudicar seu colega de profissão ou negavam ajuda a seus colegas. Na realidade estudada a insatisfação das enfermeiras se manifesta como uma agressividade contra as colegas de profissão porque estas não conseguem manter uma coesão na atuação do grupo no manejo do PICC. Na impossibilidade de transpor a barreira da dominação elas dirigem a insatisfação para as colegas que estão na mesma posição, ou seja, vivenciando os mesmos efeitos de dominação do poder.

Em Freire (1987), na situação concreta de opressão, o comportamento dos oprimidos reflete a estrutura da dominação e quando se frustram com a sua atuação passam a exercer um tipo de violência horizontal agredindo seus companheiros, dessa forma, estarão agredindo neles, indiretamente, o opressor hospedado neles.

4.2.3.4 Desencontro de saberes: a retirada do PICC como foco de conflitos

As diferenças de condutas entre as enfermeiras e os neonatologistas sobre o momento da retirada do cateter foi citada como a situação que gera o maior número de conflitos na unidade. Enquanto as enfermeiras optam pela permanência do cateter até a estabilização e alta dos bebês, os neonatologistas solicitam a remoção precoce justificando o risco de infecção para o neonato com o uso prolongado do dispositivo.

Desta forma, os conflitos são resolvidos após uma negociação entre saberes diferentes que têm em comum a intenção de estar fazendo o melhor para o RN. Na maioria das vezes prevalece a vontade médica quanto à prescrição da conduta sobre o procedimento, e dificilmente há um consenso sobre a retirada, gerando nas enfermeiras um sentimento de impotência por não poder decidir sobre um procedimento que elas consideram delas, como pode ser observado na seguinte fala:

Eu acho que [...] a autonomia chega até certo ponto, até o ponto onde a gente consegue apenas cuidar do cateter, onde a gente olha o cateter, vê/observa as reações, se tiver algum problema... [...] a gente tem autonomia pra poder indicar a passagem e conversar com a equipe sobre esse procedimento. Mas, assim, em relação à minha autonomia com o procedimento, ela é limitada; a minha e a do pessoal de enfermagem. É limitada no sentido de que a gente passa, a gente cuida, mas na hora de retirar já não é mais com a gente. E8

As enfermeiras diante destas situações vivenciadas relatam que a autonomia delas no procedimento se restringe ao cuidado com o cateter, quando este cuidado se estende ao neonato as decisões são médicas gerando insatisfação. Os achados do nosso estudo foram similares aos de Lima (2009) que pesquisou a utilização dos dispositivos venosos periféricos pelo enfermeiro no cuidado ao RN e crianças, a autora concluiu que a enfermeira tem autonomia para a inserção dos diferentes dispositivos venosos periféricos, porém não tem autonomia para indicar o PICC, situando a natureza da autonomia da profissional apenas no campo da técnica por ser detentora de conhecimentos que a habilitaria a desenvolver a técnica

Observando os conflitos nas relações do cotidiano de trabalho de enfermeiras, Araújo

Netto e Ramos (2002) também identificaram que a maioria dos conflitos ocorre entre os médicos e as enfermeiras, surgindo frequentemente nas situações assistenciais causados pela necessidade de construção e delimitação do papel da enfermeira na interface com o papel do médico gerando um dilema para ela quanto à tomada de decisão e definição do seu papel, ela questiona a sua autonomia (limite profissional em relação ao outro trabalhador), sua competência para discutir a ordem médica, sua responsabilidade com o paciente e o exercício do seu papel. Este dilema pode ser percebido no discurso que se segue:

A minha insatisfação é que apesar de toda essa complexidade [do procedimento], nossa autonomia é barrada, em alguns sentidos, como: quando somos habilitadas pelo curso a gente sabe que se o cateter tiver sinais de infiltração, a gente pode deixar o cateter em observação por 24 horas e depois reavaliar esse cateter. Mas, na nossa vivência e na nossa prática, a equipe médica, solicita a retirada imediata e a gente tem que, entre aspas, obedecer. Existe também a questão de infecção de cateter. Quando existe alguma suspeita de infecção, onde o sítio de infecção é o cateter, a gente também aprende que deveríamos primeiro tratar o cateter antes da retirada, ou retirar o cateter, passar 48 horas, com acesso periférico para depois puncionar outro acesso central, justamente, para poder bloquear esse sítio de infecção. E nada disso é, na verdade, seguido. E não é seguido, não por nossa determinação de enfermagem, e sim pela determinação médica. Então, a gente tem toda uma autonomia na passagem do cateter, na avaliação do cateter, mas a retirada dele não nos pertence. Então, essa é minha insatisfação na verdade. E8

Para Araújo Netto e Ramos (2007) as enfermeiras se apóiam no conhecimento prático e teórico, nas normas institucionais, na forma como as coisas são feitas nos processos de trabalho e nos resultados de seu próprio trabalho constituído pela sua experiência para conduzir os conflitos. As falas das enfermeiras descritas abaixo trazem estas situações ao relatarem sobre suas limitações para a execução do procedimento:

[...] eu não posso definir, assim, na minha avaliação se eu tenho um bebê que ele está em D4, por exemplo, de antibiótico e ele vai fazer mais três, o médico pede para retirar o PICC hoje, porque não deixa? Só faltam três dias de antibiótico, esse bebê poderia ficar mais esses três dias, aí se você retira, provavelmente, você vai ter que pegar um acesso periférico, aí perde o acesso, aí você vai ter que puncionar, então o bebê fica multi puncionado desnecessariamente, que a gente sabe que a utilização do PICC, tem casos de utilizar nove meses o PICC, entendeu? Então é questão de rotina médica mesmo, que às vezes, tem médico que não sabe nem o que é o PICC em si, o que é o cateter, de que ele é feito, mas aí manda tirar o PICC, uma infecção, a primeira coisa e tirar o PICC, ninguém manda tirar uma dissecação, raramente tira uma dissecação, porque a dissecação quem faz é a cirurgia, entendeu, mas PICC, como é a enfermeira que faz, poder tirar qualquer hora, tira e bota qualquer hora, tá entendendo? E2

Na fala se percebe um sentimento de desvalorização do trabalho da enfermeira pelos médicos uma vez que, para a profissional, como a inserção do cateter é um procedimento realizado por enfermeiras, não tem valor podendo ser retirado a qualquer hora conforme solicitação médica, tratamento este que não é dado aos cateteres inseridos pela cirurgia pediátrica. Em Fernandes et al (2002), encontramos uma explicação para este fato que pode estar no entendimento de que o trabalho da enfermeira ainda é percebido como extensão do trabalho doméstico exercido por mulheres, ou seja, invisível e socialmente desvalorizado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objeto e a análise deste estudo buscou-se compreender as relações de poder vivenciadas por enfermeiras durante o manejo do PICC em uma UTIN. Analisar as relações de poder proporcionou um movimento constante de ir e vir dentro das categorias estudadas, dos conceitos defendidos por Foucault e da literatura levantada sobre esta temática na produção científica da enfermagem de forma a estabelecer correlações entre seus elementos, a individualidade dos sujeitos dessa pesquisa e a coletividade organizacional.

A prática de enfermeiras com o PICC permitiu identificar a conformação das relações de poder no trabalho das enfermeiras, seus momentos de exercício e de submissão. Também foi possível compreender que a prática de conscientização sobre a posse de poder e a necessidade do seu exercício não faz parte da rotina das profissionais.

No primeiro momento a UTIN estudada serviu como metáfora para exemplificar de forma bastante persuasiva como o Panoptismo está presente na vida da sociedade e não apenas nas prisões descritas no Antigo Regime de Foucault. A estrutura física reproduz o princípio do Panóptico: ver sem ser visto e o quadriculamento coloca cada um no seu devido lugar. Nela pode-se perceber através de uma comparação simples, facilitada pela minha experiência na especialidade e na execução do procedimento, a distribuição e a configuração das relações de poder vivenciadas pelas enfermeiras no manejo do PICC. Os efeitos deste poder sobre as enfermeiras mostraram-se como o grande Leviatã, ameaçador, presente e constante, dando a elas a certeza da punição dos desvios.

Não se trata de identificar aqui uma punição física, mas talvez, algo tão violento quanto à mesma, na medida em que se investe a alma das profissionais; que desvirtuam as potencialidades; que as imobilizam numa prisão com o cadeado aberto; as mesmas onde elas mecanicamente se encarceram, mesmo sabendo que as portas destas estão abertas, mantêm-se na rotina por não acreditarem que é possível vivenciar numa situação melhor do que a já experimentada. Trata-se de questionar que tipo de cuidado pode ser prestado por cuidadores encarcerados? Penso que para cuidar do outro é preciso primeiro cuidar de si, saber quem se é, quem se quer ser enquanto cuidador, afinal é difícil oferecer o que não se tem em termos de liberdade.

Não só no que se refere à estrutura física, mas o funcionamento da unidade também tem um objetivo “panóptico”, onde se observou a norma, o controle do tempo, dos movimentos, do espaço, os vigias, os vigiados, o exame e a produção do conhecimento de

forma a pensarmos no aspecto produtivo do poder.

Na primeira categoria, *A disciplina no manejo do cateter percutâneo por enfermeiras*, a partir dos discursos das entrevistadas, pode-se perceber como a disciplina esquadrinha o agir das profissionais entrevistadas definindo o tempo, o espaço e as relações que esta profissional estabelece com o cateter e com a atividade. Nota-se que a disciplina se apresenta nas diversas situações de práticas das enfermeiras, não que esta seja a única a sentir seus efeitos, mas como realiza o manejo do PICC na maioria das vezes, são comumente conduzidas a comportamentos considerados institucionalmente satisfatórios.

Dessa forma, notou-se como o poder se expressa sob a forma de normas, rotinas, protocolos, que definem os bons e os maus funcionários e o padrão de conduta que deve ser almejado por todos. Nota-se a definição de um carcereiro, mediador de conflitos, com quem as enfermeiras se identificam e mantêm uma boa relação, vale ressaltar que ele nem sempre está a serviço delas, por vezes, resolve as situações de impasse favoravelmente à medicina, ou seja, do lado de quem concentra mais poder, considerando as suas limitações. Nesta análise também foi possível identificar a posição das enfermeiras na unidade, ora ocupando um lugar de destaque por estar realizando uma atividade de prestígio que beneficia os neonatos, ora como uma delinquente responsabilizada pelas não conformidades com o procedimento e pelos prejuízos aos bebês.

No que se refere à segunda categoria, *Ambiguidade do saber: exercício do poder e resistência*, nota-se nos discursos das enfermeiras a existência de um conflito entre o poder e o saber na prática das profissionais. Mesmo as enfermeiras possuindo o saber teórico e prático sobre o procedimento, contraditoriamente não exercem poder sobre a atividade ou o exercem de forma dominada, subordinada e descaracterizada conceitualmente. A expressão deste poder modificou o curso desta investigação, ao tratar da perspectiva disciplinar, uma vez que o exercício de poder das enfermeiras produziu uma situação de submissão tão intensa que não se esperava ser dessa forma.

A concepção de poder defendida neste estudo coloca as profissionais numa posição de igualdade com os outros profissionais, o problema é o modo como às enfermeiras se colocam considerando o seu exercício. O estudo das relações de poder permitiu a compreensão das posições estratégicas dos profissionais na unidade considerando o manejo do PICC e o entendimento das suas táticas para minimizar os efeitos do poder sobre o seu trabalho.

Sobre a cateterização percutânea realizada por enfermeiras no serviço, observamos lacunas no conhecimento teórico/prático/legal da equipe médica e das enfermeiras,

dificultando o exercício seguro desta atividade para os neonatos, havendo necessidade de qualificação de ambos os profissionais, estabelecimento de protocolos assistenciais que possam proporcionar a execução do procedimento de forma a proteger o exercício legal de ambos e a prevenção de danos previsíveis aos neonatos.

Quanto à terceira categoria, *A presença de um poder soberano*, as relações de poder manifestaram-se sob a forma de conflitos majoritariamente com a equipe médica trazendo fortes marcas dessa conformação ao longo da história destas profissões, reafirmando que esta relação é permeada pelas lutas destes trabalhadores pelo poder de decisão sobre as atividades assistenciais. Na unidade estudada, estas relações se mostraram evidentes revelando uma tendência das enfermeiras a cederem às pressões das equipes médicas para o bom andamento do serviço.

Embora as enfermeiras sejam conhecedoras de suas competências no manejo do cateter percutâneo, elas mantêm a situação de dominação com uma resistência pautada apenas no discurso do outro, dos elementos externos e assim essas profissionais conseguem estabelecer uma articulação com a legislação profissional, incorporando a reprodução na lógica da dominação, perpetuando-se, desta forma, o mito da subalternidade da profissão à medicina. Nesse sentido, se torna difícil o estabelecimento de espaços de acordos com os outros profissionais.

É intrigante perceber que, neste estudo, a disciplina se tornou algo atraente de tal forma a tornar as profissionais voluntárias do sistema de submissão que uniformiza seus comportamentos. Não se pretendeu, contudo, afirmar que esta posição é confortável para as trabalhadoras ou que as mudanças deste processo sejam fáceis de serem implementadas, mas acredita-se que esta pesquisa seja o primeiro passo para dar visibilidade a esta atividade das enfermeiras, trazendo para o espaço público a discussão da temática sob a perspectiva Foucaultiana.

Há uma necessidade da adoção de uma postura crítica frente ao contexto desta prática repensando as transformações e redefinições que orientem a formação destas profissionais, que parecem estar ausentes das posições de mando que lhes garantam poder de decisão. Foi possível constatar uma necessidade de discutir as concepções de poder, seus mitos e verdades para que ele seja incorporado na ciência da enfermagem e considerado na organização da sua assistência.

A possibilidade de uma realidade diferente está no trabalho coletivo, pois a atuação individual e pontual revela as fragilidades da categoria e se concretiza na sua invisibilidade de

atuação, na falta de participação nos espaços de atuação política e de tomada de decisão, ou seja, é preciso parar de mover-se de forma dividida, romper com o hábito do trabalho regular, tornar-se flexível, trocar o conforto da rotina por novas possibilidades de prestar cuidados, pela defesa da profissão e dos pacientes, pois a segurança nem sempre é sinônimo de autonomia.

Este estudo precisa ser considerado uma aproximação ao trabalho da enfermeira, pois seu valor maior é o de contribuir para a compreensão e análise do fenômeno das relações de poder vivenciadas na unidade, com a produção de conhecimentos relativos ao manejo do cateter percutâneo por estas profissionais e com a Neonatologia, enquanto especialidade da profissão.

Diante dos resultados desta pesquisa, não se acredita que caibam aqui generalizações, uma vez que o estudo das relações de poder em uma única realidade ou apenas utilizando os conceitos de Foucault não permitem uma compreensão total da realidade nos fornecendo apenas a perspectiva de um grupo de enfermeiras para essa discussão.

A realização deste trabalho permitiu considerar que o estudo das relações de poder ainda é algo complexo, difícil e inesgotável, necessitando assim, de maior aprofundamento e atenção das organizações, das trabalhadoras e das instituições de ensino.

Além disso, há uma dificuldade de abordar a temática do poder devido à conotação negativa da palavra, que serve apenas como exercício de dominação dos mais fortes sobre os mais fracos. Nesta perspectiva, as enfermeiras não compreendem as relações de poder como fatores determinantes das limitações na sua autonomia, ao realizarem esse procedimento.

Outra dificuldade reside no fato de que o exercício do poder não é um conceito que está incorporado ao pensamento das enfermeiras, como algo a se considerar na prestação de cuidados.

Os dados resultantes desta pesquisa sugerem no mínimo dois encaminhamentos imediatos, no sentido de estudos futuros:

1. Aprofundar a análise dos aspectos ético-legais do exercício profissional das enfermeiras, no manejo do cateter percutâneo;
2. Analisar as relações de poder vivenciadas por enfermeiras em outras situações assistências, ou sobre outra perspectiva teórica.

Acredita-se que este estudo tenha contribuído para um despertar das enfermeiras enquanto membros de uma profissão regulamentada, autônoma e reconhecida no âmbito das ciências da saúde, para a sua responsabilidade de produzir um cuidado competente e ético,

que permita a prestação de um serviço de preservação da vida e de organização do cuidado, que leve em consideração a superação das barreiras impostas pelo modelo biomédico à independência técnica das profissões.

REFERÊNCIAS

ALVIM, Davis M. Pensamento indomado: História, poder e resistência em Michel Foucault e Gilles Deleuze. **Dimensões**. v. 24, p. 193-207, 2010. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Disponível em: <<http://www.ufes.br/ppghis/dimensoes/data/uploads/Dimensoes%2024%20-%209%20%20Davis%20M%20Alvim.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2011.

ANDRADE, Andréa de Carvalho. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.60, n.16, 2007, p. 96-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672007000100018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 ago. 2011.

ARAÚJO NETTO, Laura Filomena Santos de; RAMOS, Flávia Regina Souza. Enfermeiro: o papel que se define nas relações conflituosas. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a125.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: v.6, n.1, p.63-72, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n1/7025.pdf>>. Acesso em: 02 out. 2011.

BAHIA, **Secretária da Saúde do Estado da Bahia**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/maternidadedereferencia/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=73. Acesso em: 02 out. 2011.

BAIOCCO, Graziella Gasparotto. **A Utilização do Cateter Central de Inserção Periférica no Ambiente Hospitalar**. [Dissertação]. Porto alegre: Universidade Católica do rio Grande do Sul, 2009. Disponível em: <http://tede.pucrs.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=2602.>. Acesso em: 12 de set. 2010.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979, 225 p.

BAUMAN, Zigmunt. **Em busca da política**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2000.

BERNARDES, Júnia Nacur. **Relações de poder vivenciadas por enfermeiros de clínicas oncológicas de Belo Horizonte**. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade Novos Horizontes, 2008. Disponível em: <http://www.unihorizontes.br/banco_dissertacoes/150620091619178919.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

BERTI, Heloisa Wey et al. Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto: v.16, n.2, mar-abr, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_03.pdf>. Acesso em: 15 out. 2011.

BOBBIO, Norberto. **Estado, governo, sociedade:** para uma teoria geral da política. 15. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009. 173 p.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de política.** Brasília: Universidade de Brasília. 1998, vol. I, 674p.

BORDIEU, Pierre. **O poder simbólico.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989, 315 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº196/1996.** Diretrizes e Normas Regulamentadoras Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/clm/labcor/etic196.htm>>. Acesso em: 02 jun. 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 12 jul. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância Sanitária. **Portaria n.º 272/1998.** Regulamento técnico para a terapia de nutrição parenteral. Diário Oficial da União, Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/272_98.htm>. Acesso em: 12 jul. 2010.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 258/2001.** Inserção de cateter periférico central pelos enfermeiros. Disponível em: <http://www.coren-rj.org.br/site/resolucoes/RES_COFEN_258_2001.swf>. Acesso em: 12 jul. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC n.º 45.** Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução nº 311/2007.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>>. Acesso em: 12 jul. 2009.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 2604.** Regula o Exercício da Enfermagem Profissional. Diário Oficial da União, Brasília, 1955. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4169>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

BRASIL, Conselho Federal de Enfermagem. **Lei nº 7498.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências Diário Oficial da União, Brasília, 1986. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 12 jul. 2010.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira, MERHY, Emerson Elias. **Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.** In: Pinheiro, Roseni; Mattos, Ruben Araujo de. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, ABRASCO, 2003.

p.197-210. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2011.

COLLIÈRE. Marie-Françoise. **Identificar os cuidados de enfermagem**. In: COLLIÈRE. Marie-Françoise. Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Traduzido por Maria Leonor Braga Abecasis. LIDEL – Edições Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999. p. 286-334.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. **Parecer técnico nº 09/2000**. Inserção de cateter venoso periférico (PICC) por enfermeiro. Rio de Janeiro: COREN, 2000.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Parecer técnico nº 202 /2008**. Belo Horizonte: COREN, 2008.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN SP CAT nº 06/2009**. Participação de profissionais de nível médio durante a inserção do PICC. São Paulo: COREN, 2009a.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN SP CAT nº 03/2009**. Realização de ultrassonografia vascular por enfermeiros. São Paulo: COREN, 2009b.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Parecer COREN SP CAT nº 08/2009**. Habilitação de enfermeiros para passagem de PICC por empresa. São Paulo: COREN, 2009c.

DANNER, Fernando; OLIVEIRA, Nythamar de. A genealogia do poder em Michel Foucault. IV MOSTRA DE PESQUISA DA PÓS-GRADUAÇÃO PUCRS, 4., 2009. **Anais eletrônicos...** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. Disponível em: <http://www.pucrs.br/edipucrs/IVmostra/IV_MOSTRA_PDF/Filosofia/71464-FERNANDO_DANNER.pdf>. Acesso em: 12 jan.2011.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. Tradução Claudia Sant'Anna Martins. São Paulo: Brasiliense, 2005. p. 143.

DOMINGUES, Tânia Arena Moreira; CHAVES, Eliane Corrêa. O conhecimento científico como valor no agir do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: v. 39, n. especial, 2005, p.580-8. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39nspe/v39nspe10.pdf>>. Acesso em: 8 set. 2011.

FERNANDES, Joscélia Dumêt et al . Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10515.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2011.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FILHO, Nelson Gomes dos Santos. O poder nas organizações vertentes de análise.

CienteFico. Salvador: ano II, v.1.ago/dez, 2002. Disponível em:

<<http://www.gerenciamento.ufba.br/MBA%20Disciplinas%20Arquivos/Lideranca/O%20poder%20nas%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20%20vertentes%20de%20an%C3%A1lise.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

FLORENTINO, Fátima Rejane Ayres; FLORENTINO, José Augusto. As Relações Sociais Profissionais entre Enfermeiro e Médico no Campo da Saúde. **Travessias**. Paraná: v. 3, 2009. Disponível em: <<http://www.unoeste.br/travessias/article/download/3354/2646>>. Acesso em: 8 set. 2010.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética e Saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisão, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos. São Paulo: EPU, 1998.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I**: a vontade do saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 13 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. Os intelectuais e o poder. In: MACHADO, Roberto (Org). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2001a.

FOUCAULT, Michel. Sobre a história da sexualidade. In: MACHADO, Roberto (Org). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2001b.

FOUCAULT, Michel. Verdade e poder. In: MACHADO, Roberto (Org). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2001c.

FOUCAULT, Michel. Poder-corpo. In: MACHADO, Roberto (Org). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2001d.

FOUCAULT, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. 2.ed. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 2001e.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da clínica. In: MACHADO, Roberto (Org). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2001f.

FOUCAULT, Michel. Soberania e disciplina. In: MACHADO, Roberto (Org). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2001g.

FOUCAULT, Michel. O olho do poder. In: MACHADO, Roberto (Org). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 2001h.

FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: Curso no College de France (1975-1976). Tradução: Maria Ermantina Galvão. 4ª tiragem. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, Michel. A sociedade disciplinar em crise. In: MOTTA, Manoel Barros (Org). **Ditos e escritos IV**: Estratégia, Poder-Saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. p. 267-69.

FOUCAULT, Michel. Precisões sobre o poder. Respostas a certas críticas. In: MOTTA, Manoel Barros (Org). **Ditos e escritos IV**: Estratégia, Poder-Saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p. 270-80.

FOUCAULT, Michel. Diálogo sobre o poder. In: MOTTA, Manoel Barros (Org). **Ditos e escritos IV**: Estratégia, Poder-Saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006c. p. 253-66.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. 35. ed. Petrópolis: vozes, 2008.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987, p.107.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. Cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.11, n.1, p.61-66, jan/abr 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/5976/4276>>. Acesso em: 02 set, 2011.

GELAIM, Ivo. O enfermeiro e suas atribuições “de poder” nas relações de trabalho. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba: v.1, n.2, p. 70-74, jul./dez, 1996. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/8761/6076>>. Acesso em 20 fev. 2012.

GONÇALVES, José Pedro Rodrigues. **A morte na Unidade de Terapia Intensiva**: um estudo de caso. [Dissertação]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2007.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175p.

JESUS, Milena Silva de; SAID, Fátima Aparecida. Autonomia e a prática assistencial do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.13, n.3, p.410-21, jul/set 2008. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewArticle/12996>>. Acesso em: 02 set. 2011.

JUNQUEIRA Maria de Fátima Pinheiro da Silva et al. **Os desafios da humanização em uma UTI neonatal cirúrgica**. In DESLANDES, Suely Ferreira (org). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006, p. 261-282.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. **Técnicas de Pesquisa:** planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LEBRUN, Gérard. **O que é poder.** Tradução Renato Janine Ribeiro; Sílvia Lara. São Paulo: Editora brasiliense, 14. ed, 2ª reimpressão, 1999, 124p. (Coleção Primeiros Passos, 24).

LEOPARDI, Maria Tereza; GELBEKE, Francine Lima; RAMOS, Flávia Regina Souza. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v.10, n.1, p.32-49, 2001.

LIMA, Franciane Dantas de. **A escolha do dispositivo de cateterização venosa periférica:** contribuições para o cuidado de enfermagem. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, 2009.

MELO, Walter. O poder na obra de Michel Foucault. In: XII SEMANA DE FILOSOFIA, 7., 2009, São João Del Rei. **Anais eletrônicos...** São João Del Rei: UFSJ, 2009, p. 300 -13. Disponível em: < http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/cofil/xxiii_walter_melo.pdf>. Acesso em : 08 nov. 2011.

MELO, Naomy Célia da Costa. **Capacitação para Enfermeiros na Passagem de Cateter Central de Inserção Periférica.** Hospital Geral Roberto Santos. Salvador, 2007.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em Saúde.** EPJV / FIOCRUZ: nov. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>>. Acesso em: 07 jul. 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999. 269p.

MIYOSHI, Milton Harumi; CHIMIRRI, Veridiana; MACCARI, Graziela Maria. Procedimentos Comuns em Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal. In: ALVES FILHO, Navantino et al. **Perinatologia Básica.** 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.687-709.

MORAES, Luciana. Tirando dúvidas sobre o PICC. **Jornal Intravenous,** São Paulo: ano V, n.13, set-dez, 2004. Suplemento.

MOYA, Jose Luis Medina, BACKES, Vânia Marli Schubert, PRADO, Marta Lenise do, SANDIN, Mari Paz. La enfermería como grupo oprimido: las voces de las Protagonistas. **Texto & Contexto Enfermagem,** Florianópolis, v.19, n.4, p. 609-17, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n4/02.pdf>>. Acesso em 20 mar. 2010.

NASCIMENTO, Maria Elisa Brum do. **Realidade cultural e contradições na formação do enfermeiro.** [Dissertação]. Curitiba: Setor de Pós-Graduação em Educação da Universidade

Federal do Paraná, 2007. Disponível em: < <http://dspace.c3sl.ufpr.br:8080/dspace/bitstream/handle/1884/12126/UNIVERSIDADE%5b2%5d.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 13 set. 2011.

NATIONAL Association of Neonatal Nurses. **Peripherally Inserted Central Catheters: Guideline for Practice**. Janet Pettit, Mary Mason Wyckoff (Org). 2.ed. NANN: Glenview, 2007

NETO, José Antonio de Sá; RODRIGUES, Benedita Maria Rêgo Deusdará. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.19, n.2, p.372-7, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/20.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2011.

NÓBREGA-TERRIEN, Silvia Maria. A enfermeira e o exercício do poder da profissão: a trama da ambiguidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.1, p. 79-86, 2004. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_1/pdf/art10.pdf>. Acesso em: 13 set. 2011.

OLIVEIRA, Rosângela; MARUYAMA, Sônia Ayako Tao. Princípio da integralidade numa UTI pública: espaço e relações entre profissionais de saúde e usuários. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v.11, n. 2, p.375-82, mai, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a19.htm>>. Acesso em 16 out. 2011.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; PARENTE, Rosana Cristina Pereira. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo: v.15, n.37, p.539-50, abr./jun, 2011. Disponível em: < <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180119116004>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza ET AL. Enfermeira - a construção de um modelo a partir do discurso médico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, n.3, p.437-51, dez, 1997. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/390.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2011.

PADUA, Elisabete Matallo Marchesini. **Metodologia da Pesquisa**: abordagem teórico-prática. 4. ed. Campinas: Papirus, 1999.

PANIAGO, Maria de Lourdes Faria dos Santos. A analítica do poder em Michel Foucault. In: I CONGRESSO NACIONAL DE HISTÓRIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS, 2008, Goiânia. **Anais eletrônicos...** Goiânia: FUNAPE, 2008. Disponível em: < [http://www.congressohistoriajatai.org/2010/anais_2008/doc%20\(55\).pdf](http://www.congressohistoriajatai.org/2010/anais_2008/doc%20(55).pdf)>. Acesso em: 08 nov. 2011.

PIRES, Denise. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília: v.62, n.5, p.739-44, set-out, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015>.

Acesso em 22 fev. 2012.

RODRIGUES, Rosa Maria; SCHNEIDER, Jacó Fernando. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 33-40, jul. 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13474.pdf>>. Acesso em: 02 set. 2011.

RODRIGUES, Zaira Simas, CHAVES, Edna Maria Camelo, CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Atuação do enfermeiro no cuidado com o Cateter Central de Inserção Periférica no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.5, n.59, 2006, p.626-9. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a06.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

ROSELLÓ, Francesc Torralba y. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009. 200p.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia Científica**: guia para eficiência nos estudos. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002. 181p.

SANTOS, Cristina Nunes Vitor. **A Satisfação Profissional de Enfermeiras Assistenciais em Hospital-dia**. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Salvador: Escola de Enfermagem da Universidade do Estado da Bahia, 2005.

SECRETARIA de Estado do Rio de Janeiro. **Rotina para Cateter Venoso Central de Inserção Periférica em Neonatos**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: < www.saude.rj.gov.br/Docs/cecih/Picc.doc>. Acesso em: 02 jul. 2011.

SILVA, José Cláudio Sooma. Foucault e as relações de poder: o cotidiano das sociedades tomado como uma categoria histórica. **Revista Aulas**. Camponas: n.3, dez., 2006, mar. 2007. Disponível em: < <http://www.unicamp.br/~aulas/pdf3/17.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2011.

SILVA, Ricardo. Historicismo e disputas conceituais na teoria política. In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 24., São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: ANPUH, 2011. Disponível em: < http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1308171084_ARQUIVO_Silva,Ricardo.ANPUH2011.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2011.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987. 175p.

VELLOSO, Isabela Silva Câncio; CECI, Christine; ALVES, Marília. Reflexões sobre relações de poder na prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre: v.31, n.3, p. 388-91, jun, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12885/10251>>. Acesso em 20 fev. 2012.

VENDEMIATTI, Mariana; SIQUEIRA, Elisabete Stradiotto; BINOTTO, Erlaine. A

liderança e o embate das subculturas: um estudo do setor hospitalar. In: XII SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 7., 2009, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: FGV, 2009. v. 1. p. 1-15. Disponível em: < http://www.simpoi.fgvsp.br/arquivo/2009/artigos/E2009_T00104_PCN83601.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2011.

VENDRAMIM, Patrícia; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves; PETERLINI, Maria Angélica Sorgini. Cateteres centrais de inserção periférica em crianças de hospitais do município de São Paulo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 3, n. 28, 2007, p. 331-9. Disponível em: < <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4679/2606>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano**: o resgate necessário. 2.ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: v.38, n.1, p.21-7, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n1/03.pdf>>. Acesso em 03 set. 2011.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sr (a) foi selecionado (a) e está sendo convidado (a) para participar da pesquisa intitulada: “Relações de poder no manejo do cateter percutâneo por enfermeiras”, que tem como objetivos: compreender as relações de poder vivenciadas por enfermeiras durante o manejo do PICC; Identificar como são estabelecidos os limites profissionais sobre o procedimento e Descrever as relações de dominação ou de resistência vivenciadas pelas enfermeiras durante o manejo do PICC Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando como método de coleta de dados uma entrevista semi-estruturada, gravada.

Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo e sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por um código de forma aleatória. Os dados coletados serão utilizados apenas neste estudo, sua exatidão preservada, podendo os resultados serem divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas da entrevista, para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e incinerada após este período.

Sr (a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada a sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

Sr (a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Orientador

Mestranda

Contato: Cristina Nunes Vitor de Araujo
e-mail: cristinavitor22@yahoo.com.br Telefone: 8874-7805

Salvador, ____ de _____ de 2011.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: _____

(assinatura)

APÊNDICE B - Roteiro da entrevista

Identificação

Idade:

Tempo de formação

Especializações

Tempo de experiência em Neonatologia:.....

Tempo de trabalho em nesta UTIN:.....

1. Conte-me sua experiência no manejo do cateter percutâneo.
2. Como você compreende e ou percebe as relações com os outros profissionais durante o manejo do PICC?
3. Como o manejo do PICC por enfermeiras é visto pelos profissionais que atuam na UTI?
4. Como a gerência percebe a realização desta atividade pelas enfermeiras?
5. Você sente-se segura para a realização deste procedimento? (...) não (...) sim. Justifique:
6. Como você compreende ou percebe a sua autonomia na realização desta atividade?
7. Que possibilidades limitam ou facilitam a realização do procedimento na unidade?

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PROF. DR. CELSO FIGUEIRÔA
HOSPITAL SANTA IZABEL

Salvador, 29 de Março de 2011

TÍTULO DA PESQUISA: Autonomia de Enfermeiras Neonatologistas no Manejo do Catéter Percutâneo.

PESQUISADOR: Álvaro Pereira
INSTITUIÇÃO: Maternidade José Maria de Magalhães Neto
CARGO: Enfermeiro

PARECER DO CEP:

ASPECTOS TÉCNICOS: Trata-se de uma proposta de dissertação de mestrado. Estudo supracitado apresenta relevância científica para a prática de enfermagem, uma vez que proporcionará o conhecimento sobre os fatores que interferem na conduta do enfermeiro frente ao manejo do cateter percutâneo. O protocolo tem justificativa coerente, bom delineamento e metodologia adequada. Recomendo que exclua o parágrafo primeiro da página 7 desse projeto, uma vez que traz uma idéia preconcebida sobre o campo de pesquisa e pode não retratar a realidade atual. Será a aplicação de um questionário semi estruturado pela pesquisadora após assinatura do termo de consentimento pelos enfermeiros.

POTENCIAIS RISCOS: Não há riscos, pois trata de aplicação de questionário por uma profissional de enfermagem aos seus pares.

PROVÁVEIS BENEFÍCIOS: Enriquecimento da Bibliografia a respeito do assunto. E serão gerados dados próprios para o hospital.
ASPECTOS ÉTICOS: O estudo e o TCLE contemplam requisitos exigidos na resolução 196/96. Comenta sobre a obrigatoriedade de apreciação do CEP e da realização da pesquisa apenas após a aprovação do mesmo.

PARECER FINAL: O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel, acatando o parecer do relator designado para o referido protocolo, em uso de suas atribuições, **aprova** o Projeto de Pesquisa supracitado, estando o mesmo de acordo com as Resoluções 196/96 e 251/97.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

PERÍODO DE VIGÊNCIA: 29/03/2011 A 29/11/2011
ENVIO DE RELATÓRIO: 29/09/2011
RELATÓRIO FINAL: 29/11/2011


Dr. Jedsan dos Santos Nascimento
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Prof. Dr. Celso Figueroa
Hospital Santa Izabel