



## A corrida de leito hospitalar na perspectiva de médicos e enfermeiros: uma análise foucaultiana

Bedside rounding in the perspective of doctors and nurses:  
a foucauldian analysis

La carrera de camas hospitalarias en la perspectiva de médicos y enfermeros:  
análisis foucaultiano

Marília Alves<sup>1</sup>, Tauana Wazir Mattar e Silva<sup>2</sup>, Rita de Cássia Oliveira<sup>2</sup>.

### RESUMO

**Objetivo:** Analisar a percepção de médicos e enfermeiros acerca da configuração do processo de corrida de leito vivenciados por eles em diferentes setores hospitalares. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, com dados coletados por meio de observação sistemática e entrevistas com roteiro semiestruturado com médicos e enfermeiros da Unidade de Internação (UNI) e do Centro Terapia Intensiva (CTI) de um hospital geral de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para a análise dos dados, foi utilizada a análise de discurso na perspectiva Foucaultiana. O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** Médicos percebem a corrida de leito como um momento para definição de condutas terapêuticas e enfermeiros como uma ferramenta que norteia suas ações assistenciais e administrativas. Foi identificado que o processo médico-centrado não considera o paciente em sua plenitude e é utilizado como um instrumento de educação médica, principalmente na UNI. **Conclusão:** Este estudo retrata a corrida de leito como um reflexo do ambiente relacional, que dificulta um cuidado colaborativo. Embora existam diferenças nas corridas de leito dos dois setores, os elementos e circunstâncias que influenciam o sistema são similares, pois, identificou-se a necessidade médica como principal razão para organização do cuidado.

**Palavras-chave:** Hospitais, Médicos, Enfermeiras, Enfermeiros, Poder (Psicologia), Visitas com preceptor.

### ABSTRACT

**Objective:** To analyze the perceptions of doctors and nurses regarding the bedside rounding process format experienced by them in different hospital departments. **Methods:** Qualitative research with data collected through systematic observation strategies and semi-structured scripted interviews with doctors and nurses from the Hospitalization Unit (UNI) and the Intensive Care Unit (CTI) of a Belo Horizonte hospital, Minas Gerais. Discourse analysis from a Foucauldian perspective was used for data analysis. This study was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** While doctors perceive bedside rounding as a moment to define therapeutic behaviors, nurses perceive it as a tool that guides their care and administrative actions. We identified that a medical-centered approach does not consider the patient in its entirety, and it's used as an instrument of medical education, mostly in the hospitalization unit. **Conclusion:** This study presents bedside rounding as a reflection of the relational environment, which makes collaborative care impossible. Although there are divergences in each hospital department regarding bedside rounding, the elements and circumstances that influence the system are similar, given that medical necessity was identified as the main reason for organizing care.

**Keywords:** Hospitals, Physicians, Nurses, Power (Psychology), Teaching rounds.

<sup>1</sup> Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte - MG.

<sup>2</sup> Centro Universitário Newton Paiva (NEWTON), Belo Horizonte - MG.

## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar las percepciones de médicos y enfermeras sobre la configuración del proceso de carrera de camas que experimentan en diferentes sectores hospitalarios. **Métodos:** Investigación cualitativa, con datos recolectados por observación sistemática y entrevistas con guion semiestructurado con médicos y enfermeros de la Unidad de Internación (UNI) y del Centro de Cuidados Intensivos de hospital de Belo Horizonte, Minas Gerais-Brasil. Para el análisis de los datos, se utilizó del análisis del discurso en la perspectiva foucaultiana. Estudio aprobado por Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** Mientras los médicos percibieron la prisa por ir a dormir como momento para definir conductas terapéuticas, los enfermeros observaron como herramienta que orienta cuidados y acciones administrativas. Identificó que el proceso médico centrado no considera al paciente en totalidad y se utiliza como instrumento de educación médica, principalmente en la UNI. **Conclusión:** Este estudio retrata la carrera por ir a dormir como reflejo del entorno relacional, que imposibilita el cuidado colaborativo. Si bien existen diferencias entre las camas en los sectores en cuestión, elementos y circunstancias que influyen en el sistema son similares, ya que la necesidad médica fue identificada como principal motivo para organizar la atención.

**Palabras clave:** Hospitales, Médicos, Enfermeras, Enfermeros, Poder (Psicología), Rondas de enseñanza.

## INTRODUÇÃO

A complexidade do cuidado ultrapassou os saberes de uma única profissão e a expansão da equipe assistencial decorre de uma concepção ampliada de saúde (WACHEKOWSKI G, et al., 2022). Iniciativas que promovem a qualidade na assistência à saúde exigem uma terapêutica descentralizada e mecanismos de comunicação que viabilizem discussões científicas tornam-se imprescindível (SETTANI SS, et al., 2019).

Aponta-se as corridas de leito como uma das formas de interlocução interdisciplinar para assegurar o fluxo rápido de informações ligadas à assistência. Este momento, envolvendo diversos profissionais, deve ser direcionado a discutir as atribuições de cada membro da equipe na organização terapêutica de forma articulada (GROSS S, et al., 2022).

A corrida de leito, referida também como visita ao leito, ronda médica e *rounds* interdisciplinares, é definida como método que possibilita aos profissionais de saúde discutirem, compartilharem saberes e aprofundarem informações sobre casos atendidos (CAPELLARI C e RIBEIRO MC, 2019).

No entanto, encontra-se reduzido número de trabalhos que aprofundem o tema cientificamente, principalmente no Brasil. Estudos, em sua maioria, analisam o olhar dos pacientes sobre as visitas médicas à beira do leito trazendo suas percepções e sentimentos (RATELLE JT, et al., 2021). Na busca bibliográfica foram encontradas publicações com enfoque principalmente na equipe médica (GENTA-MESA G e FLÓREZ ID, 2019; CARTAS US, et al., 2019; RATELLE JT, et al., 2022).

Ressalta-se que a comunicação efetiva no trabalho da equipe de saúde ainda é um desafio, mas a implementação de discussões clínicas a beira leito contribuem para a comunicação entre a equipe, paciente e família, aprimorando a qualidade da assistência. Apesar dos benefícios das rondas à beira do leito, pesquisas recentes indicam que seu uso está diminuindo no ambiente hospitalar (GUZINSKI C, et al., 2019; BRYNE A e WIESE J, 2020).

O trabalho em saúde demanda uma relação próxima entre diversos sujeitos que trazem consigo suas subjetividades e, suas expectativas e interesses podem aproximar-se, potencializando a perspectiva do cuidado ou distanciar-se gerando conflitos entre os envolvidos (FOUCAULT M, 2020).

Por se tratar de uma organização de múltiplas personalidades, o ambiente hospitalar é composto por um arcabouço estrutural, que sustenta o seu funcionamento, guardando características singulares de integração em rede invariavelmente da mesma forma, com a mesma regularidade e em diferentes setores (BELTRAMMI DGM e REIS AAC, 2019).

Sob a ótica de Michel Foucault, é importante considerar que o conhecimento que o sujeito detém em determinada situação lhe confere posição na relação estabelecida. Assim, neste estudo, propõe-se, como

objeto, a percepção de médicos e enfermeiros sobre a corrida de leito na concepção das relações de poder-saber de Michel Foucault em uma Unidade de Internação (UNI) e em um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital. A escolha por realizar a pesquisa em diferentes setores se justifica pelo fato de eles possuírem regime de trabalho similares e por compartilharem o cotidiano nas estratégias terapêuticas, todavia com significativa alteração no perfil assistencial e nas rotinas de trabalho.

As UNI's são setores abertos, que possuem elevada rotatividade de usuários e diversidade de especialidades (SETTANI SS, et al., 2019). Já os CTI's, são setores fechados destinados a assistência de pacientes críticos e, possuem menor rotatividade de pessoas (SANTOS GRS, et al., 2018).

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

Por inferir que a comunicação efetiva, além de concretizar um trabalho em equipe alinhado, atribui o mesmo nível de importância aos profissionais, intensificou o interesse em aprofundar na compreensão da configuração das corridas de leito. Logo, o propósito deste estudo foi analisar a percepção de médicos e enfermeiros acerca da configuração do processo de corrida de leito vivenciados por eles em diferentes setores hospitalares.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, fundamentada em uma perspectiva pós-estruturalista, baseada no referencial teórico do filósofo francês Michel Foucault. A pesquisa foi desenvolvida em dois setores de um hospital geral de Belo Horizonte, Minas Gerais, sendo eles uma UNI e o CTI. Quanto à seleção dos participantes, o processo de amostragem teve como critérios de elegibilidade: ser médico residente, ou coordenador de clínica ou plantonista, ser enfermeiro em contrato efetivo no hospital e terem pelo menos 6 (seis) meses de atuação nas unidades.

Foram excluídos os profissionais em férias ou licença médica no período da coleta de dados. Escolhidos de maneira não probabilística por conveniência, participaram da pesquisa 11 médicos e 18 enfermeiros. Foi utilizado como critério para encerramento da inserção de novos participantes a saturação de dados (CAMPOS CJK e SAIDEL MGB, 2022).

A coleta de dados ocorreu de setembro a dezembro de 2022 por meio de observação sistemática e entrevista com roteiro semiestruturado realizada por duas pesquisadoras enfermeiras experientes em serviço hospitalar. A sequência das entrevistas foi definida de acordo com a disponibilidade dos participantes em seus respectivos plantões, na própria unidade de saúde, em ambiente privativo.

As conversas foram áudio-gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Para o armazenamento dos dados, codificação e a validação entre codificadores foi utilizado o software MAXQDA® versão 2022. Os participantes foram identificados utilizando a letra inicial maiúscula, correspondente à sua categoria profissional, setor de atuação seguido do número correspondente à ordem da entrevista.

No tratamento dos dados, a Análise do Discurso (AD) foi utilizada na tentativa de compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido (CAPELLE MC e GOSLING M, 2004). Conforme propõe Foucault M (2021), a AD foi utilizada considerando os sujeitos, os discursos, os objetos do discurso, as estratégias de posicionamento, os procedimentos argumentativos, a memória, o interdiscurso, as continuidades e as rupturas.

Para atender os aspectos éticos, estudo acatou a Resolução nº 466/2012 (BRASIL, 2012) e a Resolução nº 510/2016 (BRASIL, 2016). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais sob o parecer nº 5.543.957 e CAAE 59026522.0.0000.5149. Para os participantes, procedeu-se com a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pela ótica das análises discursivas é preciso considerar que a reflexão sobre acontecimentos não pode ser generalizada e definitiva, pois, trata-se de uma aproximação que deve permitir o aparecimento de relações instáveis (FOUCAULT M, 2016). Os trechos abaixo demonstram como sujeitos de categorias profissionais distintas, porém inseridos em um mesmo setor, percebem a corrida de leito de maneira dissemelhante:

*“[...] aí é discutido os casos dos pacientes e o que vai ser feito no dia e quem vai de alta, quem vai ser transferido e, também, acontece a notícia para o familiar, né, depois da corrida de leito”. (E\_CTI\_10)*

*“Uns [médicos horizontais] são mais detalhistas, outros são mais diretos, mas de maneira geral, a corrida de leito engloba questão do protocolo, principalmente para a gente avaliar dieta, nova sedação, invasivos, antibióticos, esse tipo de coisa. (M\_CTI\_3)*

Enquanto o médico do CTI compreende a corrida de leito como um momento para estabelecer condutas terapêuticas, o enfermeiro percebe esse momento como um instrumento que determina suas atividades administrativas. Ouchi JD, et al. (2018) confirmam que a atual realidade dos serviços de saúde exige que o enfermeiro concilie a prática do cuidado com atividades administrativas, prejudicando o seu foco assistencial.

Estudo realizado em um CTI de Belo Horizonte, Minas Gerais, também identificou que os enfermeiros têm suas práticas voltadas para atividades burocráticas, enquanto as práticas médicas são mais focadas na propedêutica e terapêutica dos pacientes (MATTAR E SILVA TW, et al., 2020). Embora de setores diferentes, mas pertencente à mesma categoria profissional, o enfermeiro da UNI também percebe a corrida de leito médica como uma ferramenta que determina as suas ações:

*“A corrida de leito da enfermagem é para conhecer o paciente, a gente vai em um por um. As condutas [médicas], a gente fica esperando o médico passar primeiro para definir. Então a gente sempre fica esperando eles passarem para ver qual vai ser o processo do dia”. (E\_UNI\_5)*

Segundo Wachekowski G, et al. (2022), as visitas de enfermagem a beira leito possibilitam conhecer o estado de saúde do paciente. Nota-se que ao médico ainda são delegado o principal saber por nortear as estratégias terapêuticas.

O nível de visibilidade médica pode ser entendido como relativamente proporcional ao seu nível de responsabilidade, uma vez que, alguns enfermeiros conferem ao médico uma soberania sustentada pelo reconhecimento do encargo da pressão pela tomada de decisões (MATTAR E SILVA TW, et al., 2020). Entende-se como não dito que o foco da discussão clínica também não é o paciente em sua plenitude. É possível subentender que a objetividade da corrida de leito está relacionada ao tempo médio de permanência e giro de leito no setor.

*“A corrida de leito existe para identificar e resolver o problema do paciente ali na hora né? Então, esse paciente precisa do que para melhorar? Qual é a proposta para esse paciente? E resolvendo o problema, passa para o próximo. Então é uma coisa, corrida de leito objetiva”. (M\_CTI\_1)*

Uma melhor eficiência operacional é viabilizada quando o hospital apresenta giro de leito otimizado, possibilitando novas internações e menor ocorrência de complicações (DAMASCENO VA e ALVES KKAFF, 2020). A medicina moderna foi estabelecida em torno dos últimos anos do século XVIII, já embebida de ideias positivistas e o corpo humano passou a se constituir de um atlas anatômico, sólido e visível (FOUCAULT M, 2022). Para o enfermeiro do CTI, a objetividade do discurso médico durante as discussões clínicas gera ansiedade e angústia no paciente.

*“A corrida de leito acontece no horário de visita ou com o paciente consciente. Os pacientes ficam um pouquinho {risos} porque os médicos são mais objetivos, né? e*

*os pacientes acabam sentindo isso, né? então, a gente [enfermeiro] sempre que termina a corrida, a gente fala com o paciente: “daqui a pouco a gente volta aqui” para conversar. Porque às vezes o paciente fica um pouco assustado”. (E\_CTI\_7)*

Estudo realizado em Baltimore, identificou que a comunicação centrada no paciente durante as corridas de leito está associada a melhores resultados assistenciais (SHARP M, et al., 2022). Em Melbourne, Austrália, Redley B, et al. (2019) constataram que embora as corridas de leito sejam realizadas a beira leito, apenas 18% das discussões clínicas consideraram a contribuição dos pacientes nas decisões sobre os seus cuidados.

Conhecer seu estado clínico e as possibilidades terapêuticas gera possibilidade de fala para pacientes e familiares, trazendo maior sentimento de pertença e poder sobre a situação vivida. Conforme afirma Foucault M (2014), o poder se adquire, trata-se, portanto de uma posição que se conquista pelo conhecimento conquistado. Assim, o poder é relacional. Questionado se teria algo que melhoraria no processo, um médico do CTI trouxe que a corrida a beira leito pode se tornar uma experiência traumática, tanto para familiares quanto para os pacientes:

*“Eu particularmente acho que a corrida em beira de leito com a presença do familiar junto, gera uma angústia grande, vai ter a comunicação com termos técnicos, que pode gerar sofrimento. E eu acho que é importante que todos tenham a passagem, vendo o doente, mas eu, preferia uma sala em que pudesse ter todos sentados juntos ali, conversando sobre o caso. Eu acho que isso denotaria mais delicadeza no cuidado, falar de uma forma expositiva de frente para o leito todos os dias não é tão bonito”. (M\_CTI\_6)*

Estudo realizado em três hospitais universitários suíços confirma que os médicos se sentem mais confortáveis com discussões clínicas longe do paciente, uma vez que, para eles a corrida a beira leito demanda mais tempo e compromete abordar temas sensíveis (GROSS S, et al., 2022).

Assim, o desejo por uma corrida de leito em outro local pode ser entendido como uma estratégia de conforto para a equipe, deixando o paciente de estar na centralidade do processo. Na UNI, as falas demonstram que os casos clínicos dos pacientes são discutidos somente entre médicos e distantes do leito, mas não por uma necessidade de preservar o paciente e sim por uma necessidade médica.

*“[...] os preceptores se sentam com a gente em um computador, discutem cada caso, passa nos leitos com a gente se for preciso”. (M\_UNI\_5)*

*“[a corrida no leito acontece] só se a gente precisar da ajuda dela, né, para conversar com a família”. (M\_UNI\_4)*

Na Suíça, os casos de pacientes internados na UNI também são apresentados aos médicos preceptores pelo médico residente seguido de uma discussão detalhada sobre medidas diagnósticas e terapêuticas (GROSS S, et al., 2022). À medida que o hospital passou a ser um operador terapêutico, passou a ser vitrine, no qual todos os presentes se encontram expostos, em proporções diferentes de exposição, visibilidade e reconhecimento, mas de fato, sendo meticulosamente observados e controlados (FOUCAULT M, 2014).

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

*“Eu vejo que cada profissional aqui trabalha muito separado, o que é do enfermeiro é do enfermeiro, o que é do médico é do médico, fisioterapia, nutrição”. (E\_UNI\_3)*

*“[...] tento também explorar aquelas doenças daquele paciente de forma mais acadêmica né, extrapolando um pouco o caso, e é isso”. (M\_UNI\_1)*

As falas acima trazem que não há comunicação entre os profissionais de diferentes categorias. A corrida de leito, apesar de ser um momento para troca de informações e conhecimento entre profissionais e pacientes, é considerado por muitos profissionais como um instrumento de educação médica.

*“Acho que você propor a conduta é uma coisa que faz você aprender, porque você pode estar errado, mas você cria esse costume de estar propondo as coisas para o paciente e eles [preceptores] vão corrigindo a gente onde precisa, eu acho que essa maneira é uma coisa positiva pro aprendizado”.* (M\_UNI\_5)

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

No CTI, a corrida de leito também é percebida como momento acadêmico. A questão da educação médica no momento da corrida de leito do CTI desconsidera a presença de outros profissionais podendo gerar interferências negativas no processo de trabalho do restante da equipe.

*“Poque como corre muitos residentes também, acaba que é uma aula para eles né”.* (E\_CTI\_3)

*“[...] como tem muito residente, os médicos acabam explicando teoria dentro da corrida de leito, isso acaba delongando muito. É muito interessante? Sim, mas acaba travando um pouco o processo, sabe? Isso podia ser para um outro momento”.* (E\_CTI\_4)

Estudo realizado em Nova York, mostrou que, embora residentes de medicina reconheçam o valor da presença do paciente nas discussões clínicas, muitas vezes preferem aprender fora do leito pela preocupação de cometer um erro e parecer incompetente (RATELLE JT, et al., 2022). Para Foucault M (2022), há uma íntima relação entre o poder e o saber, entre a visibilidade e o conhecimento e, assim, ser participante ativo em qualquer processo acarreta visibilidade, mas ocasiona também um maior nível de responsabilidade e de exposição.

Estudo realizado em Memphis, identificou que os benefícios da corrida a beira leito se estendem através de sentimentos reforçados de valor e respeito entre membros da equipe. No entanto, há inúmeros obstáculos ao envolvimento dos enfermeiros à beira do leito durante as discussões clínicas (BIRD L, et al., 2023). Para os enfermeiros da UNI, não há partilha de saberes entre as equipes.

*“E aqui na UNI, eu acho que essas relações são muito fragilizadas, principalmente em relação ao profissional médico. Eu acredito, eles ainda têm uma visão muito médico centrado, de não dividir as funções, em relação a comunicar as condutas, de troca de conhecimento, de discutir o caso, eu acho que é bem frágil nesse ponto, sabe?”* (E\_UNI\_3)

Estudo realizado em Baltimore identificou que os enfermeiros possuem informações vitais que contribuem no cuidado dos pacientes (DITTMAN K e HUGHES S, 2018), entretanto, a não comunicação entre profissionais de diferentes categorias descaracteriza o trabalho em equipe (MATTAR E SILVA TW, et al., 2020).

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

*“Eu gosto bastante das corridas daqui. Eu acho que tenho uma participação / acho que por conhecer bem a minha equipe é uma participação bem bacana, assim, geralmente eles escutam bastante a opinião e até um pouco das condutas sabe? A gente tem uma parte muito grande na definição do cuidado de enfermagem”.* (E\_CTI\_4)

*“[...] eu sempre tento participar, mas tem algumas vezes que não adianta eu querer porque eu não tenho voz na corrida. Você vai falar e fica aquela coisa meio vaga, mas eu tento. E eu vejo que isso não é só eu. Os outros enfermeiros também”. (E\_CTI\_1)*

A participação ativa de E\_CTI\_4 na corrida de leito pode estar relacionada, ao tempo de convivência entre os profissionais demonstrando que as relações interpessoais interferem no processo assistencial.

Traços de personalidade individuais explicam uma variabilidade significativa na percepção do sujeito ao ambiente e o sentido que transfere ao seu processo de trabalho (SCHNEIDER-MATYKA D, et al., 2023). A equipe médica, por sua vez, percebe a corrida de leito como um momento tranquilo. Historicamente por ocupar uma posição social privilegiada, médicos usufruem de um conforto maior perante esses momentos.

*“Eu acho bem bacana, a nossa participação aqui é muito boa! Quem propõe conduta esses tipos de coisa, a gente tem total liberdade de fazer isso! Então eu participo ativamente da corrida de leito, a gente troca ideia, discute, assim, é muito tranquilo”. (M\_CTI\_3)*

*“Ah, eu acho que do jeito que tem ser mesmo, a gente tem o espaço de falar”. (M\_CTI\_5)*

*“Com o meu chefe [médico preceptor] eu acho muito tranquilo, eu não acho problema não”. (M\_UNI\_3)*

Para M\_UNI\_3 a comunicação é tranquila “com o seu chefe”, que também é médico, deixando implícito que com profissionais de outras categorias a discussão pode ser conflituosa e/ou inexistente.

Importante ressaltar como os enfermeiros de um mesmo setor trazem pontos de vistas diferentes quanto à discussão de casos:

*“Eu acho essencial discutir porque às vezes cada profissional vai ter uma visão, dentro da sua atuação. Então às vezes o médico, ele está focado em algumas questões que são importantíssimas e que não é da nossa competência, mas que algumas informações eles dependem porque está sob o controle do enfermeiro, então é uma participação muito importante, não só do enfermeiro como dos outros também”. (E\_UNI\_3)*

*“Minha participação é mais focada no paciente, para saber como é que ele está naquele momento, e atender a demanda dele, fora isso a gente não tem tanta participação. Agora se for focado para a área multi a gente não tem muito o que estar completando ou agregando não”. (E\_UNI\_6)*

Enquanto E\_UNI\_3 sinaliza a importância da sua contribuição nas discussões clínicas, E\_UNI\_6 aponta que ele não agrega nesse momento, contribuindo para a manutenção da invisibilidade do enfermeiro nesse setor e serviço.

O ambiente hospitalar favorece a observação contínua de todos, sem distinção. Nesse sentido, as relações e as percepções dos profissionais, aqui analisadas, refletem o estado de visibilidade que o poder oferece no cotidiano das práticas de saúde.

Desse modo, o que se percebe é que os sujeitos estão imersos em uma engrenagem na qual pouco importa quem exerce o poder, uma vez que, qualquer indivíduo pode fazer o mecanismo funcionar (FOUCAULT M, 2014). Nesta situação, o conhecimento reverbera como produção da verdade, ambicionando controlar o cotidiano das práticas de saúde.

A transmissão dessas verdades são, portanto, efeitos de relações de poder que se estabelecem a partir da produção, acumulação e circulação de saberes (FOUCAULT M, 2020). A principal limitação deste estudo é que examinamos a percepção sobre rondas à beira do leito em apenas um hospital. É importante que outros estudos sejam desenvolvidos em diferentes cenários.

## CONCLUSÃO

A corrida de leito pode ser compreendida como estratégia de poder por delimitar espaços e ditar o fazer dos profissionais envolvidos no cuidado, assim, este estudo retrata a corrida de leito como um reflexo do ambiente relacional. A inexistência de rotinas que padronizem a corrida de leito impossibilita um cuidado colaborativo tanto na UNI quanto no CTI e em ambos os setores se identifica a necessidade médica como principal razão para organização do cuidado. A percepção dos enfermeiros transfere para a corrida de leito um sentido único, no qual o médico opera como condutor do tratamento e o enfermeiro se comporta como condutor dos processos vinculados ao bom funcionamento do setor.

## REFERÊNCIAS

1. BELTRAMMI DGM, REIS AAC. A fragmentação dos sistemas universais de saúde e os hospitais como seus agentes e produtos. *Saúde em Debate*, 2019; 43(5): 94-103.
2. BIRD L, et al. Nurse-Led Rounds in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2023; 35(3): 327-336.
3. BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acessado em: 14 de outubro de 2021.
4. BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde. 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acessado em: 14 de outubro de 2021.
5. BRYNE A, WIESE J. Using Bedside Rounds to Change Culture. *Medical Clinics Of North America*, 2020; 1: 739-750
6. CAMPOS CJG e SAIDEL MGB. Amostragem em investigações qualitativas: conceitos e aplicações ao campo da saúde. *Revista Pesquisa Qualitativa*, 2022; 25(10): 404-424.
7. CAPELLARI C, RIBEIRO MC. Rounds clínicos: experiência de responsabilidade social universitária. *Gestão, Avaliação e Inovação no Ensino Superior*, 2019; 1: 1-23.
8. CAPELLE MC, GOSLING M. Análise de conteúdo e análise de discurso em ciências sociais, Pernambuco: Mimeo, 2004.
9. CARTAS US, et al. El pase de visita docente como herramienta didáctica en el proceso de formación de los médicos de pregrado. *Revista Cubana de Reumatología*, 2019; 21(1): 1-8.
10. DAMASCENO VA, ALVES KKAF. Aplicação e contribuições dos indicadores hospitalares: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 2020; 9(8): 1-16.
11. DITTMAN K, HUGHES S. Increased Nursing Participation in Multidisciplinary Rounds to Enhance Communication, Patient Safety, and Parent Satisfaction. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 2018; 30(4): 445-455.
12. FOUCAULT, M. Vigiar e Punir: Nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014. 302 p.
13. FOUCAULT, M. Arqueologia do saber. 9. ed. São Paulo: Edição 70, 2016.
14. FOUCAULT, M. A história da sexualidade II: o uso dos prazeres. 10. ed. Rio de Janeiro: Graal; 2020.
15. FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 11. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2021.
16. FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. 7. ed. Rio de Janeiro (RJ): Graal; 2022.
17. GENTA-MESA G, FLÓREZ ID. Relación médico-industria y los conflictos de interés: aspectos históricos y normativos, impactos negativos y propuestas. *Iatreia*, 2019; 32(4): 298-310.
18. GROSS S, et al. Perception of physicians and nursing staff members regarding outside versus bedside ward rounds: ancillary analysis of the randomised bedside-outside trial. *Swiss Medical Weekly*, 2022; 152(0304): 1-11.
19. GUZINSKI C, et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2019; 40: 1-5.
20. MATTAR e SILVA, TW, et al. Configuration of power relations in physicians and nurses' professional practices. *Rev Bras Enferm.*, 2020; 73: 1-8.
21. OUCHI JD, et al. O papel do enfermeiro na unidade de terapia intensiva diante de novas tecnologias em saúde. *Revista Saúde em Foco*, 2018; 1(10): 412-428.



22. RATELLE JT, et al. Relationships Between Time-at-Bedside During Hospital Ward Rounds, Clinician–Patient Agreement, and Patient Experience. *Journal Of Patient Experience*, 2021; 8(1): 1-8.
23. RATELLE JT, et al. The Effect of Bedside Rounds on Learning Outcomes in Medical Education: A Systematic Review. *Academic Medicine*, 2022; 1: 923-941.
24. REDLEY B, et al. Patient participation in inpatient ward rounds on acute inpatient medical wards: a descriptive study. *Bmj Quality & Safety*, 2019; 28(1): 15-23.
25. SANTOS GRS, et al. Handoff communication in intensive care: links with patient safety. *Escola Anna Nery*, 2018; 22(2): 1-8.
26. SETTANI SS, et al. Comunicação de enfermagem e as repercussões na segurança do paciente. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 2019; 13(8): 1-7.
27. SHARP M, et al. Observation tool to measure patient-centered behaviors on rounds in an academic medical center. *Medical Education Online*, 2022; 27(1): 1-9.
28. SCHNEIDER-MATYKA D, et al. Assessment of The Effect of Stress, Sociodemographic Variables and Work-Related Factors on Rationing of Nursing Care. *Res. Public Health*, 2023; 20:1-14.
29. WACHEKOWSKI G, et al. Strengthening visits at bedside: proposal for a systematic guide. *Research, Society and Development*, 2022; 11(4): 1-9.