

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

ROSEMEIRY CAPRIATA DE SOUZA AZEVEDO

**MODOS DE CONHECER E INTERVIR
A CONSTITUIÇÃO DO CORPO NO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NO HOSPITAL**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

ROSEMEIRY CAPRIATA DE SOUZA AZEVEDO

**MODOS DE CONHECER E INTERVIR
A CONSTITUIÇÃO DO CORPO NO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NO HOSPITAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do Título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Florianópolis, fevereiro de 2005.

ROSEMEIRY CAPRIATA DE SOUZA AZEVEDO

MODOS DE CONHECER E INTERVIR
A CONSTITUIÇÃO DO CORPO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO
HOSPITAL

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

Doutor em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 28 de Fevereiro de 2005, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Flávia Regina Souza Ramos
- Presidente -

Dra. Dagmar E. Meyer
- Membro -

Dra. Denise Gastaldo
- Membro -

Dra. Maria Itayra C. de S. Padilha
- Membro -

Dra. Kenya S. Reibnitz
- Membro -

Dra. Maria Henriqueta L. Kruse
- Suplente -

Dr. Selvino Assmann
- Suplente -

Dra. Denise M. Guerreiro V. da Silva
- Suplente -

DEDICATÓRIA

Ao Marco Aurélio, esposo, amante, amigo, grande incentivador, companheiro inseparável de lutas, vitórias, de sonhos..., sua paciência e amor foram fundamentais para a realização deste nosso projeto. Te amo!

Aos queridos filhos Rafael e Rodrigo. Por um momento nesta jornada nos deparamos com a vulnerabilidade da vida, mas, juntos, aprendemos que hoje é tempo de cantar...

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo privilégio de hoje poder dizer: Ebenézer, até aqui nos ajudou o Senhor! 1 Sam 7:12.

Aos meus pais pela presença e apoio incondicional que têm dado a todos os meus projetos de vida.

A minha irmã Rosenir (Rosa) e ao meu cunhado George, por se preocuparem com os meninos e assumindo-os como filhos, sem esse apoio minha permanência em Florianópolis seria muito difícil.

À Prof^a. Dr^a Flávia Regina, orientadora e companheira, pela orientação tranqüila desenvolvida num espaço de afetividade e liberdade, por valorizar as minhas idéias e me estimular a trilhar por caminhos incertos.

A Janete (irmã do coração) e Arlindo (XuXu) por me acolherem carinhosamente, pelo apoio e estímulo constante, vocês são a extensão da minha família. Janete sua alegria contagiante encheu de luz e riso os dias frios e tristes. Com você, XuXu, aprendi que a vida é dura para quem é mole e é mole para quem é duro, por isso devemos encarar os desafios com muita firmeza.

Aos colegas do Doutorado, pela troca tão importante; em especial a Adriana, Suzana, Edilza, Maria Angélica e Marineli, pelo carinho e principalmente pela alegria e afetividade de nossos encontros.

A Maira, colega, companheira, amiga e irmã, nossa amizade foi construída em bases sólidas, por isso tem rompido barreiras geográficas e virtuais. Quanta saudade das nossas caminhadas na Lagoa e na Joaquina, dos cafés e das gargalhadas...

Ao grupo de professores da PEN pelo aprendizado compartilhado.

Aos colegas da Faculdade de Enfermagem (FAEn), em particular, às do antigo Departamento de Enfermagem Fundamental e Aplicada que se desdobraram para cobrir minha ausência na disciplina. Obrigada!

Aos enfermeiros do HU pela disponibilidade em fornecer as informações necessárias e a todos os que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste trabalho.

A CAPES pelo apoio financeiro que muito contribuiu para a realização deste Curso.

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata Souza. **Modos de conhecer e intervir** – a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMO

O presente trabalho busca analisar os modos pelos quais o corpo é constituído como objeto de conhecimento e intervenção pelo enfermeiro (a) no cuidado hospitalar. Para desenvolvê-lo, apóio-me na teorização de Michel Foucault e no trabalho de autores que têm problematizado o corpo, em particular o corpo do cuidado a partir da relação poder/saber. Adotei a perspectiva genealógica foucaultiana como inspiração e atitude do pesquisador frente aos dados a serem analisados. O método genealógico não forneceu um modelo rígido de etapas e procedimentos, mas iluminou o caminho. O objeto de estudo foi sendo compreendido à medida que fui adentrando ao mundo do hospital para realizar as observações de campo e análise de documentos como prontuários dos clientes e o livro de registro de passagem de plantão dos enfermeiros, no período de 2000 a 2003. A análise dos dados empíricos possibilitou caracterizar o ritual de internação, o exame e o cuidado desenvolvido no hospital, bem como o seu produto, ou seja, que corpo está sendo produzido pelo cuidado de enfermagem. O ritual de internação é concretamente traçado pelas lógicas da instituição, dos profissionais médicos e saber construído sobre o sujeito; o exame dá visibilidade ao poder médico, esquadrinha o corpo e objetiva o doente sujeitando-o às verdades de um campo de saber. O cuidado de enfermagem se expressa em exercícios de poder, rituais, dispositivos, simbolizações e jogos de interesses que circulam, tramam e o sustentam no hospital. Este cuidado constrói domínios que permitem sua execução de forma parcelar, é administrado, põe em jogo os diversos interesses profissionais, visões, posições e poderes, é rotinizado e se apóia no modelo biomédico. Por conseguinte o corpo produzido é fragmentado, compartimentalizado, com múltiplos domínios, disciplinado, vigiado; enfim um corpo tomado pela doença. O hospital também se revela como um corpo “construído”, ao mesmo tempo em que “constrói” corpos. Finalmente, sobre a constituição do “saber” sobre o corpo pela enfermagem, constato que a construção deste saber se dá sobre um corpo específico, o “corpo doente”, gestado no interior da prática médica e, portanto, concebido como local de manifestação da doença; essa simbolização de corpo se reflete ainda hoje na forma de pensar e de organizar o cuidado no hospital - produção de cuidados apoiada na racionalidade técnica das ações e procedimentos.

Palavras-chave: Corpo; Cuidado de Enfermagem; Corpo do Cuidado; Cuidado Hospitalar.

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata Souza. **Manners of to know and to intervene** - the constitution of the body nursing care in the hospital. 2005. Theory (Doctorate in Nursing) Course of Masters degree in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

ABSTRACT

The present work search to analyze the manners for which the body is constituted as a knowledge object and intervention of the nurse in the hospital care. To develop it, I lean on in Michel Foucault's Theory and in the authors' work that have been problematizing the body, in matter, the body of the care starting from the relationship power/knowledge. Adopted the perspective genealogical as inspiration and attitude of the researcher in front of the data that will be analyzed. The genealogical method did not supply a rigid model of stages and procedures, but it illuminated the academic path. The study object was understood as I was penetrating to the world of the hospital to accomplish the field observations and analysis of documents as the customers' handbooks and the book of registration of passage of the nurses' duty, in the period from 2000 to 2003. The analysis of the empiric data made possible to characterize the embodied rituals, the exam and the care developed at the hospital, as well as his/her product, in other words, that body is being produced by the nursing care. The internment ritual is drawn concretely by the logics of the institution, of the medical professionals and to know built on the subject; the exam gives visibility to the medical power, it examines the body and objective the patient subjecting him to truths of the knowledge field. The nursing care is expressed in exercises of power, rituals, devices, symbolizations and the interplay of interests that circulate, scheme and sustain it in the hospital. This care builds domains that allow its application in form to parcel out, it is administered, it puts at stake several interests professionals, visions, positions and powers, it is routine and it leans on the biomedical model. Consequently, the produced body is fragmented, put on compartments, with multiple domains, disciplined, surveilled; finally a body taken by the disease. The hospital is also revealed as a "built body", at the same time in that it builds bodies. Finally, about the constitution of the knowledge about the body for nursing, I verify that the construction of this knowledge is about a specific body, the "sick body", conceived inside the medical practice and, therefore, taken as a place of manifestation of disease; that body symbolization is still reflected today in the form of thinking and of organizing the care in the hospital – a production of care supported by the technical rationality of the actions and procedures.

Word-key: Body; Care; Nursing, Body of the Care; Hospital care.

AZEVEDO, Rosemeiry Capriata Souza. **Los modos de saber e intervenir** - la constitución del cuerpo el cuidado lactante en el hospital. 2005. Tesis (Doctorado en Enfermería) el Curso Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RESUMEN

El presente trabajo busca analizar los modos para que el cuerpo se constituye como un objeto de conocimiento e intervención de la enfermera en el cuidado del hospital. Para desarrollarlo, yo me apoyo adelante en la Teoría de Michel Foucault y en el trabajo de los autores que han cuestionado el cuerpo, en particular el cuerpo del cuidado desde la relación poder/ conocimiento. Incluso sin la pretensión de llevar a cabo un trabajo genealógico, yo adopté tal perspectiva como la inspiración y actitud del investigador delante de los datos que se analizarán. El método genealógico no hay proporcionado un modelo rígido de fases y procedimientos, pero iluminó el camino. El objeto del estudio se entendió como mí estaba penetrando al mundo del hospital para lograr las observaciones del campo y análisis de documentos como los manuales de los clientes y el libro de registración de pasaje de (turno) deber de las enfermeras, en el período de 2000 a 2003. El análisis de los datos empíricos hizo posible caracterizar el ritual de internación, el examen y el cuidado desarrollado en el hospital, así como su producto, en otros términos, que ese cuerpo está produciéndose por el cuidado de enfermería. El ritual de internación es concretamente arrastrado por las lógicas de la institución, de los profesionales médicos y saber construido sobre el sujeto; el examen da la visibilidad al poder médico, examina el cuerpo y objetiva el paciente lo sujetando a las verdades del campo do conocimiento. El cuidado de enfermería se expresa en los ejercicios de poder, rituales, dispositivos, simbolizaciones y juegos de intereses que circulan, maquinan y lo sostienen en el hospital. Este cuidado construye dominios que permiten su ejecución de manera parcelar, es administrado, pone a la estaca el varios intereses profesionales, visiones, posiciones y poderes, es siempre practicado y se apoya en el modelo biomédico. Por consiguiente el cuerpo producido es fragmentado, puesto en compartimientos, con dominios múltiples, disciplinado, mirado; finalmente un cuerpo tomado por la enfermedad. El hospital también se revela como un cuerpo "construido", al mismo tiempo en que "construye" los cuerpos. Finalmente, sobre la constitución del "conocimiento" sobre el cuerpo por la enfermería, yo constato que la construcción de este conocimiento se siente en un cuerpo específico, el cuerpo "enfermo, concebido dentro de la práctica médica y, por consiguiente, concebido como el lugar de manifestación de la enfermedad; esa simbolización del cuerpo todavía se refleja hoy en la forma de pensar y de organizar el cuidado en el hospital - la producción de cuidados apoyada en la racionalidad técnica de las acciones y procedimientos

Palabras-clave: El cuerpo; Cuidado de Enfermería; el Cuerpo del Cuidado; el Cuidado Hospitalario.

“... o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”

(Foucault, 2002).

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	17
1.1 O Corpo na Perspectiva Filosófica.....	21
1.2 O corpo como objeto de conhecimento científico	27
1.3 O corpo no trabalho em Saúde e de Enfermagem.....	30
1.4 O processo de trabalho em Saúde	35
1.5 A constituição do “saber” sobre o corpo na Enfermagem.....	40
2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO	49
2.1 A eleição do referencial teórico-filosófico.....	49
2.2 Michel Foucault e sua trajetória filosófica.....	52
2.3 Pós-Modernismo, Pós-Estruturalismo e o pensamento de Michel Foucault	56
2.4 Método Genealógico	64
2.5 Método Genealógico e sua aplicação na Enfermagem	68
2.6 Aspectos Operacionais do Estudo	69
2.7 Os sujeitos e seu recorte espacial	70
2.8 Estratégias de aproximação da Instituição e dos clientes	71
2.9 Procedimentos de Coleta, Registro e Sistematização dos Dados.....	72
2.10 Análise dos Dados	75
3 A ‘RE-CONSTRUÇÃO’ DO CORPO NO HOSPITAL	80
3.1 O Hospital e um “Hospital em Especial”	81
3.2 O corpo internado – a entrada na Instituição.....	89
3.3 O corpo examinado.....	98
4 O ESPAÇO DO CUIDADO E A INTERVENÇÃO SOBRE O CORPO	115
4.1 O Cuidado de Enfermagem e sua dinâmica no espaço hospitalar	126
5 A REALIDADE DO OLHAR: O CUIDADO QUE FRAGMENTA O CORPO	144
REFERÊNCIAS	152
ANEXOS	161

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Ao longo dos tempos a concepção de corpo sofreu algumas rupturas. A ciência o enfocou como máquina, a religião o colocou como inimigo da alma, os sistemas produtivos, como instrumento de trabalho e a educação reforçou a cisão mente-corpo para aquisição dos processos cognitivos, transformando-o num dos vilões da Modernidade.

Na atualidade a temática “corpo” vem ocupando lugar de destaque gerando discussões na mídia, nas organizações, no gerenciamento e desenvolvimento do cuidado no ambiente hospitalar com o objetivo de construir novos olhares sobre este corpo para além de objeto de conhecimento e intervenção de enfermagem.

Esta tese está organizada em 5 capítulos.

Capítulo 1 – A construção do objeto de estudo. Apresento o ponto de partida das minhas inquietações e a construção do referencial teórico sobre o corpo na perspectiva filosófica, enquanto objeto de conhecimento científico, no trabalho e saúde e de enfermagem, o processo de trabalho em saúde e a constituição do saber sobre o corpo na enfermagem.

Capítulo 2 – Referencial teórico-filosófico e metodológico. Justifico a eleição do referencial teórico-filosófico, apresento a trajetória filosófica de Michel Foucault, as concepções do pós-modernismo, pós-estruturalismo e a inserção do pensamento de Foucault nestes movimentos, o método genealógico e sua aplicação na enfermagem, bem como, os aspectos metodológicos do estudo.

Capítulo 3 – A “re-construção” do corpo no hospital, neste enfoque o hospital, o corpo internado e o corpo examinado. Discuto o ritual de internação como um dispositivo de construção de nova identidade do cliente – o paciente, cujo corpo necessita ser distribuído no espaço e docilizado para que possa fazer “rodar” a engrenagem administrativa e organizacional do hospital.

Capítulo 4 – O espaço do cuidado na intervenção sobre o corpo. Neste capítulo retomo as concepções filosóficas do cuidado, as teorias que dão suporte ao trabalho do enfermeiro (a) na tentativa de compreender a dinâmica do cuidado

prestado/desenvolvido no hospital.

Capítulo 5 – A realidade do olhar: o cuidado que fragmenta o corpo. Apresento o caminho que trilhei e as principais conclusões do estudo.

Com a imagem a seguir convido você, leitor, para comigo fazer uma viagem pela construção do conhecimento sobre o “corpo do cuidado”, num exercício de liberar o pensamento e o espírito das preocupações e vicissitudes do cotidiano. Como a onda que ao ser lançada a praia não retorna para o mar da mesma forma, assim também se dá o processo de construção do conhecimento, ele nos confronta com “verdades” tidas como absolutas e ao mesmo tempo nos conduz a “abalos”, “tremidas” na forma de ver, pensar sobre o mundo e de intervir no corpo das pessoas.



*...a liberdade consiste em superar as barreiras
construídas por você mesma (o).*

(filme o instinto)

Capítulo 1

A construção do Objeto de Estudo....

1 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO...

Todo estudo tem seu ponto de partida no momento em que as coisas/fatos do cotidiano deixam de ser considerados “naturais” e se transformam em objeto de questionamentos. Nesse momento mergulhamos em busca de novos olhares e respostas para as nossas inquietações, pois as modificações que ocorrem no universo, direta ou indiretamente, influenciam o pensar, o sentir e o fazer humano, quer na dimensão pessoal ou profissional.

O avanço tecnológico na área da saúde contribuiu de forma significativa para a prevenção e cura das mais diversas formas de doenças, entretanto, a postura que os profissionais de saúde, em particular os de enfermagem, assumem ao tocar e/ou cuidar do corpo do cliente¹ me inquietou desde a graduação, momento em que o corpo foi concebido somente como objeto de diagnósticos, prognósticos e de terapêutica médica.

Nesse período tinha a intuição de que poderia existir outra forma de cuidar e olhar para o corpo do ser humano, porém não sabia como fazê-lo, foi aí que surgiu o seguinte questionamento: Como é possível cuidar de alguém olhando para o seu corpo como mero objeto de trabalho, sem ouvir, dar atenção, sem se importar com a sua dor, sua forma de perceber o mundo que o cerca? Na busca por melhor compreensão da situação, tentei me colocar no lugar do cliente muito embora obtivesse poucas respostas, pois a postura adotada pelos alunos era hermética e finalista, mais preocupada com o fazer (cumprimento de tarefas, rotinas, apresentar o trabalho ao professor) do que com o “sentir”.

Passado algum tempo, na qualidade de enfermeira responsável por uma unidade de internação busquei realizar um trabalho diferente daquele vivenciado enquanto aluna, ou seja, um trabalho desenvolvido de forma mais livre, menos presa a normas, regras, rotinas, controles e cobranças, onde o cliente pudesse ser ouvido, respeitado na sua individualidade. Entretanto, as regras institucionais foram mais fortes me exigindo

¹ A palavra cliente se refere ao doente que se encontra sob os cuidados da equipe de enfermagem por considerá-lo uma pessoa autônoma que possui capacidades para escolher, expressar desejos, necessidades e de manifestar resistências frente aos cuidados recebidos.

produtividade; o tempo se tornou um elemento determinante para a qualidade das relações e intervenções realizadas sobre o corpo do cliente, pois deveria atender maior número de pessoas em menor tempo possível; tudo se resumia a uma “produção em série”, dar conta do serviço para passar o plantão.

Com o início do exercício docente em 1994, surgiu a esperança de buscar maior integração com o cliente. Entretanto, me deparei com um currículo estruturado de forma a contemplar conteúdos independentes, apoiados no modelo biomédico². Nesse modelo as práticas de saúde privilegiam os sintomas, o órgão, a doença e não o cliente; o cuidado fica circunscrito à técnica e ao uso de instrumental tecnológico privilegiando, assim, os procedimentos a serem executados sobre o corpo. O aluno se preocupa em aprender sobre a doença, sua etiologia, manifestações clínicas e terapêuticas tendo como resultado um cuidado generalizado, massificado e, mais uma vez, o cliente assiste passivamente às intervenções que alunos e profissionais de saúde realizam sobre seu corpo em busca de causas e efeitos para explicar a sua doença.

Historicamente, o foco de atenção de alunos e trabalhadores de enfermagem no cotidiano do trabalho tem se limitado à observação dos sintomas objetivos, um olhar “mecânico” voltado para o cumprimento de normas e rotinas, controle de drogas, ao manuseio de máquinas e equipamentos cada vez mais sofisticados. Para Meyer (2002, p.3) essas atitudes refletem uma prática de enfermagem centrada no diagnóstico e na intervenção, na qual o ser humano passa a ser traduzido em informações produzidas por meio de *resultados de exames, telas de monitores que qualificam, quantificam e visualizam suas funções biofisiológicas* em detrimento das relações interpessoais baseadas na escuta, no respeito pela sua individualidade, pelo seu espaço, sua vivência e cuidado com seu corpo. O distanciamento profissional tem sido legitimado pelas

2 As concepções de saúde da Antiguidade preservaram sua influência sobre a medicina até o advento da medicina moderna. Com o nascimento da clínica e da anatomia patológica, criada por Morgagni (1682-1771) em Paris, foi possível associar determinadas lesões nos órgãos e sistemas do corpo com os sintomas (CANGUILHEM, 1995). Foi a partir desta perspectiva analítica de saúde que se desenvolveu o que hoje chamamos genericamente de modelo biomédico. Neste modelo o enfoque recai sobre os aspectos estruturais e funcionais dos órgãos e sistemas do corpo humano, a doença é considerada um processo, tendo seu início com uma etiologia (um ou mais fatores determinantes) que, por sua vez, causam uma patologia que se manifesta por meio de sinais e sintomas. O modelo biomédico é um modelo curativo, cujo objetivo principal é curar doenças e enfermidades; utiliza uma abordagem individual do cliente e a demanda é espontânea, tendo como ponto de partida a consulta médica. Este modelo vem sofrendo várias críticas na atualidade por não se preocupar com os aspectos sociais, econômicos, políticos e emocionais que envolvem o cliente no momento da doença.

liturgias da cura e cultura do poder profissional, que mantêm engessados não só os corpos dos clientes como também suas decisões e desejos.

Com o curso de Mestrado, tive a oportunidade de conhecer outras formas de pensar que vieram de encontro aos meus anseios, bem como aprofundar os conhecimentos sobre as Teorias de Enfermagem, dentre elas a de Madeleine Leininger. Esta teoria se fundamenta numa abordagem cultural do cuidado, por meio da valorização do conhecimento construído dentro do contexto sócio-cultural. O desenvolvimento de cuidado nessa perspectiva reforçou a necessidade de reorientar a minha prática ao identificar que, além de possuir competência técnica, o enfermeiro necessita compreender o outro a partir dos significados culturais que ele atribui às suas experiências de vida, ao seu corpo.

De acordo com Figueiredo (1994, p.54), “conhecer o corpo é condição necessária para aprender a cuidar, uma vez que a conformação biológica do corpo o materializa e o torna objetivo”. Por isso, no desenvolvimento do cuidado há de se considerar o sujeito presente e expresso no corpo quando reage aos estímulos pelos sentidos, quando deseja, ama, sofre, quando rebelde e se submete.

Atualmente, seja qual for o enfoque utilizado, o cuidado ao ser humano está em busca de novos valores, como a liberdade, independência e respeito à individualidade. A condição de passividade do cliente vem sendo refutada; o cuidado desenvolvido como ação complementar, de forma verticalizada, padronizada e mecanizada não é mais aceito; essa modalidade de cuidado vem sendo questionada, passando a se considerar o cuidado como ação intencional, intersubjetiva e compartilhada.

Durante o curso de Doutorado em Enfermagem, desenvolvi estudos sobre o corpo, nos quais procurei percebê-lo em diversas concepções/dimensões. Na busca pela compreensão temática aprofundei leituras sobre a existência humana, as diferentes correntes de pensamento que estudam o homem, o mundo e as concepções de corpo apresentadas ao longo dos tempos.

Castiel (1999), comentando Gil, afirma que os discursos sobre o corpo sofrem dois obstáculos: o primeiro diz respeito à própria natureza da linguagem, pois mesmo quando se pretende abordar o discurso sobre o corpo de forma mais global não têm escapado de uma visão parcial e, o segundo, se relaciona à multiplicidade de metáforas

ligadas ao corpo:

Corpo fenomênico, social, político, teórico, erógeno, institucional, corporativo. Em todas as noções, percebe-se a necessidade de identificação a uma imaginária unidade corporal. No entanto, quanto mais se fala do corpo, menos ele existe por si mesmo (p. 149).

Apesar de o corpo ser tema milenar, o conhecimento sobre o mesmo é pequeno e pouco claro na nossa cultura. A concepção predominante de corpo está diretamente relacionada com a questão do conhecimento humano ligado ao mundo da ciência e da técnica – pensar legitimado pela cultura vigente.

Entretanto, não se trata de desvalorizar o conhecimento já produzido ou o avanço da medicina na atualidade, principalmente no que se refere às possibilidades de recursos, não só para sobreviver às diversidades do meio, como também, para melhorar a qualidade de vida da sociedade. O que questiono aqui é a forma muitas vezes absolutista, excludente e perversa com que esse “saber/poder” foi apropriado pelos diversos profissionais que compõem a cena do cuidado, transformando o cliente em objeto manipulável, cujo próprio corpo é desconsiderado e renomeado em linguagem técnica e hermética, excluindo o cliente de participar do tratamento e cuidado de seu próprio corpo.

Nesse sentido o foco de análise deste estudo não deve desconsiderar o nível molecular de exercício do poder e dele partir para compreender a rede de poderes que sustenta e se relaciona com o nível mais geral de poder constituído na estrutura hospitalar. Para isso se faz necessária uma conversão na forma de olhar o cotidiano a nossa volta, buscando nas táticas, pequenas lutas e resistências, um novo reagrupamento discursivo, a ponto de permitir um avanço na compreensão dos discursos e das práticas, em seus pontos de inflexão; para repensar o cuidado como uma instância de participação e diálogo, condições indispensáveis para a instauração de relações mais simétricas e éticas.

Enfocar o objeto de estudo sob este prisma será oportuno para a enfermagem, em especial para o enfermeiro (a), que tem no cuidado, uma de suas funções primordiais. Essa perspectiva aponta para a seguinte **tese: no desenvolvimento do**

cuidado ao cliente hospitalizado a enfermagem constrói discursos e práticas (de cuidado) sobre o corpo, capazes de objetivar o sujeito cuidado; tais práticas se constroem dentro de um campo de saber e poder que são expressas por simbolizações, rituais e dispositivos moduladores de cuidados passíveis de serem apreendidos e reconstruídos.

Este estudo tem por **objetivo: Descrever e analisar os modos pelos quais o corpo é constituído como objeto de conhecimento e intervenção pelos enfermeiros (as)/profissionais de enfermagem a partir do cuidado desenvolvido no interior do espaço hospitalar.**

A importância deste estudo reside na oportunidade de convidar os profissionais de enfermagem para lançar novos olhares sobre o “corpo do cuidado” *traçando a história do presente a fim de possibilitar homens e mulheres, a tomar consciência das ataduras visíveis e invisíveis que hipotecam sua liberdade* (FOUCAULT 1987, p.20).

Nesta pesquisa, considere importante, ao tomar o corpo enquanto objeto de estudo, apresentá-lo sob três perspectivas: 1) da reflexão filosófica, 2) sob o olhar científico, na forma como o corpo foi se constituindo enquanto objeto de saber e de práticas cientificamente legitimadas; 3) na abordagem do processo de trabalho em saúde e de enfermagem, privilegiando o aprofundamento do corpo como objeto deste trabalho, para o qual se dirigem conhecimentos e modos de ação tornados tecnologia.

1.1 O Corpo na Perspectiva Filosófica

Todo discurso sobre o corpo desempenha um papel estratégico em que o poder de descrevê-lo está implicado, ou seja, o corpo não é concebido como uma entidade natural, pronto, esperando para ser revelado, mas sim realidades culturais constituídas pela linguagem. Para Cavallaro (1997), a linguagem organiza o corpo de acordo com as crenças da cultura. Isso significa que a idéia de corpo não é universal, mas flexível, podendo ser interpretada de várias maneiras, dependendo do tempo, local e do contexto definindo assim, verdades provisórias sobre o corpo, a saúde e a doença.

O homem sempre buscou uma “explicação” para o mundo e para os mistérios de sua existência. Os diferentes povos da Antiguidade - assírios, babilônios, chineses, indianos, egípcios, persas e hebreus - tiveram uma concepção peculiar sobre a natureza e formas de explicar os fenômenos naturais. Suas explicações tinham um apelo ao sobrenatural, ao mistério, ao sagrado, à magia – ao mito³.

Para a mitologia grega a constituição humana está vinculada à Natureza, tal como todos os outros seres que dela fazem parte. Um dos mitos que descrevem esta constituição é o mito de Prometeu⁴, no qual o ser humano é um ser constituído essencialmente de Natureza sobre a qual se acrescentou a espírito divino, sendo, portanto, filho da terra e irmão de todos os seres que aqui coabitam. A idéia da constituição humana perfeitamente integrada à ordem da Natureza e dependente dos desígnos divinos encontra-se registrada desde os primeiros escritos de que se tem conhecimento, originários da Mesopotâmia.

Os primeiros filósofos anteriores a Sócrates (pré-socráticos) que viveram na Grécia por volta do século VI a.C período que corresponde à formação da civilização helênica, se preocupavam com a natureza e o cosmo. Eles buscaram explicar o mundo e suas relações com a natureza de forma racional, abandonando as crenças sobrenaturais e a tradição mítica.

O conceito de Natureza, *physis*, era compreendido pelos antigos gregos, contemporâneos de Sócrates e até alguns séculos depois, como aquilo que tem o princípio e o movimento em si mesmo, um princípio imanente e que atua para um fim (*telos*). O conceito de *physis* por estar vinculado à representação do cosmos, do universo e todos os seres, se contrasta com o conceito de *tchné* - representação de tudo

³ O pensamento mítico é a forma pela qual o povo explica aspectos essenciais da realidade em que vive: a origem do mundo, o funcionamento da natureza e dos processos naturais. Um dos elementos centrais na forma de explicar a realidade no pensamento mítico é o apelo ao sobrenatural, ao mistério, ao sagrado e à magia (MARCONDES 2002, p. 20).

⁴ Mito de Prometeu - Céu e terra estavam criados. Entre as margens da terra, o mar debatia-se em ondas; dentro dele brincavam os peixes; os pássaros esvoaçavam, gorjeando; a terra estava repleta de animais. Mas não havia ainda nenhuma criatura onde o espírito pudesse alojar-se e de onde pudesse dominar o mundo terrestre. Prometeu, então chegou a terra. Descendida da antiga geração de deuses que tinham sido destronados por Zeus. Era filho de Jápeto, filho de Urano e da Terra, e sabia que, no seio da terra, dormia a semente dos céus. Por isso apanhou argila, molhou-a com a água de um rio, amassou-a e com ela formou uma imagem à semelhança dos deuses, senhores do mundo. Para dar vida ao boneco de argila, tomou emprestadas as almas dos animais características boas e más e colocou-as no peito do ser humano. Prometeu tinha uma amiga entre os deuses celestes, Atena, deusa da sabedoria. Ela admirou a obra do filho dos titãs e insuflou naquela imagem semi-animada o espírito, o sopro divino (SCHWAB 1997, p 17).

que é criado pelo ser humano, que possui um elemento racional e, por isso, um princípio externo da gênese (KESSELRING, 1992).

Segundo os gregos, em tudo que existe, em cada ser, há uma natureza, uma *physis*, uma essência que se mantém e que, ao mesmo tempo produz uma identidade, irmandade entre todos os seres. Em essência, o universo e tudo que está manifestado seria um; esse mesmo princípio regeria o crescimento qualitativo de todos os seres, processo este marcado por uma interligação permanente entre todos os elementos, um estado de harmonia e equilíbrio tanto no ser humano como fora dele. Portanto, ao fazer parte da totalidade da natureza, o ser humano, não pode ser compreendido fora dela.

Os gregos conceberam o homem como um ser constituído por uma unidade de dois elementos: corpo e alma, portanto, um ser unitário que encaminha sua vida de maneira coerente e harmoniosa, se propondo a seguir um regime para atingir sempre melhores estados de purificação, com vistas ao desenvolvimento da alma e evolução do indivíduo de forma integral em harmonia com o cosmos. A concepção unitária de homem se mantém até o início do processo de helenização do cristianismo — constituição do dualismo cristão — abandonando, inclusive, suas raízes orientalizadas (SILVA 1999).

A dominação exercida pela Igreja na Europa Feudal se apresenta como um fator determinante na formulação de corpo que se expande pelo mundo ocidental. Diferentemente dos gregos, para quem a beleza era a harmonia entre corpo e alma, e, portanto, mostrar o corpo belo era motivo de honra, a tradição cristã ensinou ao homem envergonhar-se de seu corpo, a ter vergonha de mostrá-lo, uma vez que o corpo era considerado feio.

No século XIII, sob o impulso da Igreja a concepção de Natureza e de corpo se altera, começa a se difundir a idéia de que os seres humanos só podem se aperfeiçoar se submeterem os seus corpos, impulsos e paixões à razão; toda Natureza é criação divina onde se manifestam a Sua bondade e a Sua sabedoria: toda ação humana deve, portanto, imitar a Natureza, que passa a ter uma função normativa.

O Cristianismo eleva o corpo à condição especial, pois o homem passa a ser considerado à imagem e semelhança de Deus, com direito de escolha para seguir o código moral revelado por Deus (Os Dez Mandamentos). Observa-se nesse período,

um paradoxo referente ao corpo, que passa a ser visto como sagrado e profano. É sagrado, quando diz respeito à Divindade, ao Corpo de Cristo, ao Verbo encarnado, e profano ao se referir ao corpo paixão, à emoção, à carne, ao corpo feminino considerado perigoso devido à lembrança de Eva; ou o sêmen, enfim *todas as secreções e moções humanas eram consideradas nefastas, devendo ser disciplinadas para salvar a alma* (RODRIGUES 1975, p. 125).

A concepção de corpo se liga à idéia de carne, de fragilidade, ao mundo das paixões e do pecado a ponto de haver *a crença de que, para se alcançar a salvação da alma, era necessário ao homem desligar-se dos bens materiais, transcender as coisas mundanas* (GONÇALVES 1994, p 34).

A transcendência, a crença em um mundo regido por leis imutáveis e acima dos seres humanos, afirmada pela Igreja, cria no corpo um estado de resignação, algo desprezível e vil, sendo comum submeter o corpo aos suplícios, à penitência dos jejuns, à tortura dos flagelos físicos, a trancafiá-lo atrás dos muros dos conventos. O desdém pelo corpo, o desprezo pelas coisas materiais, aliado a pouca valorização da ciência, reforça a idéia do mundo como algo transitório, passagem para uma outra vida - a vida celestial.

Durante muitos séculos o pensamento humano se nutriu do dualismo corpo-espírito em suas diferentes versões. Entretanto, por volta do século XVI e XVII, ocorre uma verdadeira revolução científica conduzida por cientistas e pensadores como Copérnico (1473-1543), Galileu (1594-1642), Francis Bacon (1561-1626), Descartes (1596-1650), Isaac Newton (1642-1727) entre outros, que desfazem a concepção orgânica de mundo, característica da Idade Média, criando um modelo mecanicista do universo.

Entretanto, é com o pensamento de Descartes que o dualismo se radicaliza. Sua preocupação não está vinculada à natureza humana, mas ao conhecimento; o mundo não tem mais unidade e se transforma num conjunto de objetos oferecidos ao conhecimento humano através da pesquisa científica. O método cartesiano fragmentou decisivamente o pensamento, levando à crença de que todos os aspectos dos fenômenos complexos podem ser compreendidos se reduzidos às suas partes constituintes.

Para Descartes o modelo do corpo é a máquina, ou seja, o corpo possui uma mecânica discernível das outras máquinas apenas pela singularidade de suas engrenagens, é somente um capítulo particular da mecânica geral do mundo. Aos seus olhos, o corpo não passa de um invólucro mecânico de uma presença; pois a essência do homem reside, em primeiro lugar, no *cogito*.

Segundo Le Breton (2003), o mecanicismo dá paradoxalmente ao corpo seus duvidosos títulos de nobreza, sinal incontestável da proveniência dos valores para a modernidade – se está subordinado ou acoplado à máquina, o corpo nada é. A metáfora mecânica ressoa como uma reparação para conferir ao corpo uma dignidade que não poderia ter caso permanecesse simplesmente como organismo.

Para Le Breton, o fim da transcendência marca a história do desligamento humano da totalidade e o nascimento de um indivíduo que já não crê em uma ordem transcendente acima dele, mas sim na materialidade manifesta do corpo. A crença em Deus é substituída por uma visão secular de mundo. A perspectiva é de auto-suficiência: o ser humano pode tornar-se perfeito por suas próprias forças - seu conhecimento e sua técnica – podem ajudá-lo a criar um mundo perfeito para si.

Com o advento da Revolução Industrial novos fatores, tais como a necessidade de reorganização da sociedade e de “adestramento” dos corpos, passaram a interferir na relação dos indivíduos com o corpo: as cidades começam a ter um crescimento desordenado devido ao aumento das populações nas novas áreas urbanas, que sem a referência da corte se transforma num caos; as doenças, a mendicância e a falta de saneamento básico vão se tornar preocupações cotidianas.

As relações que se estabelecem com o corpo e, paralelamente, a concepção de saúde que se estrutura nesse período apresentam fortes marcas da nova ordem econômica que está se formando - o capitalismo. A doença assume um caráter político e econômico e colocam a questão do corpo a partir de um prisma completamente novo, tanto para o corpo individual quanto para o social. O corpo do indivíduo é a concretização da força de trabalho, mercadoria fundamental nesta nova ordem; o corpo social é a garantia de reprodução dessa mercadoria, portanto, suas características devem ser de obediência e utilidade (FOUCAULT, 2000a).

A Modernidade, coroada pelas Revoluções Burguesa e Industrial opera, de fato,

a transformação do ser humano em objeto de conhecimento, isso faz com que o interesse pelo corpo seja incrementado em virtude dos diferentes conflitos de interesses que estão em jogo. O corpo passa a ser dotado de força própria, deixa de ser matéria inerte perde a sua vinculação com a alma e adquire dinamicidade proveniente da força mecânica que é atribuída ao próprio corpo.

Segundo Sennett (1997), o individualismo como expressão ideológica do capitalismo industrial, vai enfatizar a individualidade das partes do corpo e das partes constituintes da sociedade. A noção secular e mundana de indivíduo autônomo e independente em relação ao funcionamento orgânico, corresponde à instauração da propriedade privada, característica fundamental da nova ordem econômico-social. O processo de privatização altera, concomitantemente, a estruturação da esfera pública e a organização da personalidade, forçando os indivíduos a se envolverem com as questões do “eu”.

Marx (1983) nos dá uma contribuição importante para a compreensão do homem nas sociedades capitalistas. Ele vê o homem como consciência histórica, um ser que se constrói historicamente, tendo sua inserção na práxis humana explicada segundo relações sociais determinadas pelos modos de produção que condicionam seu modo de ser e de agir.

Para ele, o homem é ser essencialmente ativo, que cria a realidade material e social ao mesmo tempo em que essa realidade age sobre ele, constituindo assim, sua essência histórica, ou seja, o corpo precisa estar lá, não há história sem corpo. Ao desvelar as relações sociais do trabalho, Marx nos revela os corpos, corpos estes que assumem uma conotação de força e de luta para libertar a sociedade de um trabalho alienado e, portanto, desumano.

Em Marx está presente a idéia de que é por meio do corpo que o ser humano se relaciona com o restante da natureza e nessa relação constitui a sua própria subjetividade. *O homem vive da natureza, a natureza é o seu corpo, com o qual tem de permanecer em constante processo para não morrer* (MARX 1985a, p. 155).

Na atualidade, afirma Le Breton (2003), a relação do indivíduo com o seu corpo se dá sob a égide do domínio de si. *O homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, a conservar sua forma, a modelar sua aparência, a ocultar o envelhecimento*

ou a fragilidade e a manter sua saúde potencial (p. 30). O corpo é consagrado como emblema de si mesmo, onde o próprio sujeito é o mestre-de-obras que decide a orientação de sua existência. Pesquisas oriundas das ciências biomédicas têm trabalhado no sentido de projetar o corpo perfeito para uma saúde perfeita, cabendo à ciência a eterna busca por esse ideal que parece se transformar num novo “ideal” para a felicidade humana.

Cuidar do corpo tendo em vista a melhor aparência a ser projetada em público, vai se tornando, gradativamente, uma necessidade para os indivíduos. Essa necessidade é acompanhada pelo crescimento de conhecimentos relativos ao corpo nas áreas da estética, saúde e educação, de técnicas e objetos que lhes correspondem.

1.2 O corpo como objeto de conhecimento científico

As ciências biomédicas têm suas raízes na ciência moderna que se estrutura entre os séculos XVII e XVIII. Desde os primeiros escritos, os princípios da medicina empírica e as ações de seu especialista, o médico, repousam sobre as concepções de mundo de cada período.

Entretanto, as maiores transformações na perspectiva da produção do conhecimento no âmbito das ciências biomédicas acontecem no século XIX, com a incorporação do pensamento Positivista⁵. A produção do conhecimento científico acerca dos seres humanos vai encontrar na proposta positivista de Comte uma de suas marcas mais importantes.

O critério de cientificidade passa a ser a verificação do enunciado por meio de teste e observação sistemática, pois o importante é determinar os fatos e as correlações entre eles, transformando-os posteriormente em leis; a idéia de progresso da ciência se

⁵ O positivismo representa uma reação contra o apriorismo, o formalismo, o idealismo, exigindo maior respeito para a experiência e os dados positivos. Por ser uma reação contra o idealismo, o positivismo exerceu grande influência no progresso das ciências naturais, particularmente das biológicas e fisiológicas, do século XIX. Gnosiologicamente, o positivismo admite como fonte única de conhecimento e critério de verdade, a experiência, os fatos positivos, os dados sensíveis. Nenhuma metafísica é admitida, portanto, como interpretação, justificação transcendente ou imanente, da experiência (SINON 2001, p 146).

estrutura a partir da noção de acúmulo de conhecimentos, de revisões e citações sucessivas de tudo o que já foi produzido até então, em cada área, sem haver mudança radical.

O princípio da ciência positivista ainda hoje é utilizado no cuidado com o corpo, onde os resultados das análises laboratoriais (avaliação da composição química corporal) e utilização de dados estatísticos na interpretação dos mesmos servem de base para a busca da ligação entre os fenômenos clínicos e as possíveis descobertas ou confirmações de diagnósticos médicos. Os métodos e equações matemáticas utilizadas na análise do corpo parece ser um esforço de se encontrar fórmulas capazes de definir o padrão de referência do ser humano muito embora o corpo permaneça dando mostras de sua complexidade.

Por conseguinte, a linguagem médica utilizada para representar e descrever o corpo é a linguagem biológica, esta se organiza a partir de dados empíricos que são recolhidos, a ponto de tornar visível aquilo que não é, de submeter o corpo a um controle de qualidade realizado por testes, frequências, curvas e diagramas para determinar os riscos e possibilidades daquele que está sendo analisado, fazendo com que a experiência do corpo se transforme numa objetivação por meio de aparatos tecnológicos que são utilizados como ampliações dos sentidos humanos (microscópios, estetoscópios, balanças, dentre outros) (SILVA 2001, p 29,30).

A sofisticação técnica traz como consequência a fragmentação do corpo, devido ao caráter de objetividade obtida pela via instrumental e técnica, definindo assim, a forma de ver e o destino do ser humano. A ciência produzida nesses moldes procura estender aos problemas humanos a precisão matemática e a geometrização do corpo. A análise científica do corpo afasta o ser humano de si mesmo privilegiando seu funcionamento; as alterações são expostas de forma quantitativa/fragmentada, se sobrepondo e excluindo as variações de estados que necessitam ser expressos de forma qualitativa.

A forma mecânica com a qual o corpo se apresenta no âmbito da ciência biomédica deixa evidente a desconsideração das subjetividades humanas tanto no que se refere às suas diferenças étnicas, culturais, genéticas, sexuais e ambientais, quanto à compreensão de padrões de normalidade e seus desvios, ou seja, dos estados de saúde

e de doença. A ciência, a partir da qual se supõe a verdade, passa a exercer influência sobre todos os setores sociais, tornando-se capaz de “definir” a verdade e a realidade.

Na ânsia de seu exercício de poder sobre a natureza, o ser humano se coloca como objeto da tecnociência e realiza profundas alterações em si mesmo, em sua espécie e nos demais reinos que habitam o planeta. As alterações podem chegar a ponto de ser possível obter patentes de bactérias ou organismos pelo uso da tecnologia genética, o que implica numa ruptura da fronteira tradicional entre produtos de origem técnica e os seres vivos da natureza. Nesse contexto, a evolução deixa de ser encarada como um processo que traz consigo o progresso das espécies, mas sim como uma multiplicação, diversificação e de especialização das espécies onde a seleção não é um simples evento em que permite ao mais forte sobreviver, mas um processo estatístico no qual a própria repartição das probabilidades pode alterar o corpo e a direção da história humana.

Nesse sentido, a noção de morte se altera radicalmente, na medida em que passa a ser encarada como um estado passível de ser evitado ou, pelo menos, postergado, ampliando o sentido do poderio humano, tão forte na atualidade.

A fragmentação e especialização do conhecimento também podem ser observadas na saúde dos indivíduos ou populações. Capra (1993, p.116) faz um alerta para o risco que a medicina corre ao se concentrar em partes cada vez menores do corpo, *poderia perder de vista o indivíduo enquanto um ser humano, pois, ao se reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, esta não pode mais se ocupar com o fenômeno da cura.*

A mídia ainda hoje tem reforçado a concepção do “corpo máquina”, sendo assim, necessita de revisões freqüentes e conferem ao médico o poder de entender o que está acontecendo para consertá-lo, independente do estilo de vida de cada indivíduo.

O avanço da ciência, da tecnologia em sua conexão com o mundo e o modo de produção capitalista fizeram com que as relações com o corpo fossem alteradas, inaugurando uma era em que a imagem do ser vivo se encontra atrelada aos conhecimentos da cibernética e física atômica - a era da tecnociência.

Essa nova identificação com a vida gerou novas iniciativas científicas, tais

como a criogenia⁶, a clonagem realizada pelo avanço da engenharia genética e o projeto Genoma, que se propõe a fazer o mapeamento completo dos pares do DNA humano na busca pelo aperfeiçoamento da espécie humana *a ponto de poder manipulá-lo, localizar as regiões, os cromossomos, os lócus e situs e seus alelos responsáveis por cada característica humana, por cada possível defeito ou qualidade, com a finalidade de eliminá-lo ou ressaltá-lo* (SILVA 1999, p. 145). O corpo assim conformado deixa de habitar o corpo de Natureza e se prepara para habitar um outro corpo — o corpo planetário.

Com essa concepção de ciência a Medicina deixa de ser preventiva ou curativa para se tornar preditiva, sendo virtualmente possível predizer o destino do ser humano, evidenciando assim as sutilezas do domínio da ciência sobre o corpo. Nesse sentido, as obras de Foucault se mostram fundamentais para analisar uma das características do processo de civilização contemporânea, ou seja, a forma como o corpo passou a ser foco do exercício de poder e os dispositivos disciplinares desenvolvidos para o seu controle, sua medicalização.

1.3 O corpo no trabalho em Saúde e de Enfermagem

O Renascimento hoje se constitui em um marco importante para a compreensão dos fenômenos naturais, período em que o homem abandona as explicações religiosas⁷ e sobrenaturais para tomar a rédea de sua própria vida, passando a se representar como força criativa, independente, um sujeito com capacidade de promover mudanças na vida pessoal e social, passando a se afirmar como proprietário da natureza. Esta nova postura vai servir de base para a construção do método científico e, conseqüentemente,

6 Ciência da produção e manutenção de temperaturas muito baixas em sistemas, e do estudo das propriedades físico-químicas destes sistemas naquelas temperaturas (FERREIRA 1986, p. 499). Este método tem sido utilizado pela Medicina com a finalidade de se encontrar a cura para doenças fatais da atualidade e/ou experienciar a vida do futuro.

7 O abandono das explicações religiosas se deve ao desenvolvimento histórico e contatos culturais durante as Cruzadas; a evolução do contrato feudal, o crescimento do mercantilismo e de uma classe média onde as pessoas puderam se libertar do empobrecimento passando a procurar novas respostas para os problemas da vida. Discutiam sobre a autoridade clerical e começavam a depender cada vez mais da observação e experimentação (SZÁSZ 1971, p.32).

de uma nova racionalidade humana, forjada na cisão do ser humano em razão, paixão, sentimento e vontade.

Neste período ocorre um conjunto de transformações e de fatos históricos inter-relacionados, que adquirem fundamental importância na história das práticas de saúde e de enfermagem e que não podem ser pensados de forma isolada do amplo processo de emergência e desenvolvimento do modo de produção capitalista - a institucionalização do hospital e o surgimento da enfermagem profissional com Florence Nightingale.

O hospital, ao longo de sua história, apresentou consideráveis variações em sua função. Instituição bastante antiga, anterior à era cristã, sofreu influência de vários fatores (guerra, desenvolvimento da ciência, modelo sócio-econômico) na sua evolução, que lhe conferiram características diferenciadas em cada época.

O hospital Medieval em todas as suas formas, era essencialmente, uma instituição eclesiástica preocupada principalmente em manter a ordem social e prestar assistência aos desvalidos. De sua origem até o final do século XVII, o alvo do hospital era o pobre que estava morrendo e não o doente que precisava ser curado.

No século XVIII, frente aos novos rumos determinados pela força do modelo capitalista emergente, o hospital é forçado a romper com as missões de penitência e misericórdia da Idade Média, para se tornar um local de tratamento e recuperação dos doentes. O hospital incorpora o cientificismo emergente da medicina e se transforma numa instituição terapêutica.

Nesse momento o médico passa a fazer parte da cena hospitalar como principal responsável pela sua organização, o conhecimento médico se volta para a organização da clínica, isto é, começa a construir uma medicina direcionada para o cuidado com o corpo anátomo-patológico. Com isso, o hospital passa a ser um instrumento do trabalho médico o qual deverá favorecer não apenas a cura, mas a organização e acumulação de um saber sobre a doença em seus aspectos mais íntimos — instituição do modelo clínico. A clínica passa a se caracterizar como especialidade e como saber que se apóia num campo nosológico; encara a doença como ente, organiza verdades já conhecidas, instrui professores e alunos e, com o tempo, é confirmada — evolução das doenças — como prova de um saber capaz de inaugurar um “tempo positivo do saber”

(FOUCAULT 2001).

O novo hospital se transforma na grande escola que, financiada pelos ricos, atende pobres e transforma seu sofrimento em saber útil aos ricos, anulando seus efeitos negativos e se reorganizando por meio de uma nova tecnologia política: a disciplina⁸. A introdução deste mecanismo vai possibilitar a medicalização do hospital que passa a ser local de registro, acúmulo e formação de saber e de poder, cujo alvo e estratégia passa a ser não só o indivíduo, mas, também, a população.

O movimento de institucionalização e reorganização da estrutura hospitalar exerceu grande influência na natureza e forma de trabalho da enfermagem, fazendo com que a assistência religiosa assentada na servilidade e altruísmo fosse substituída por atividades voltadas diretamente ao cuidado do corpo com o objetivo de promover a cura (ROSEN, 1979).

O trabalho de enfermagem floresce atrelado ao comando médico que, por força de seu reconhecimento no processo científico de cura, assume o trabalho coletivo, determinando as tarefas a serem cumpridas.

O papel exercido por Florence Nightingale na segunda metade do século XIX foi fundamental para a constituição da enfermagem moderna. Florence Nightingale nasceu em 1820, na cidade de Florença, numa família aristocrata inglesa, possuía uma formação e conhecimentos que não eram comuns nem mesmo aos homens da época vitoriana em que vivia.

Interessava-se por política, pelas pessoas e, principalmente, por instituições de caridade. Aos 31 anos de idade, estagiou em Kaiserwerth, pequena instituição hospitalar inglesa voltada para o atendimento a doentes e formação de enfermeiras diaconisas. Permanece neste local durante um ano, sendo a experiência marcante para o trabalho que desenvolveu. Em seguida, Florence viaja pela Europa, visita hospitais e

8 Disciplina – é definida por Foucault como anatomia política do detalhe, arte do corpo humano que visa não unicamente ao aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto mais útil, e inversamente. Ela aparece como técnicas de poder centradas essencialmente no corpo individual; os procedimentos que asseguram o seu funcionamento são: a distribuição espacial dos corpos individuais (sua separação, seu alinhamento, sua colocação em série e em vigilância) e a organização, em torno desses corpos individuais, de todo um campo de visibilidade. A disciplina tem por objetivo aumentar a força útil dos corpos, por meio do exercício físico, do treinamento e racionalizar o exercício do poder de forma menos onerosa possível, mediante um sistema de vigilância, de hierarquias, de inspeções, de escriturações, de relatórios - uma tecnologia disciplinar do trabalho (FOUCAULT 1996, p. 129,129 e 2000e, p. 288).

casas de cuidados aos doentes, reúne materiais e experiências que lhe irão subsidiar a sua prática. Posteriormente, publica estudos comparativos entre instituições da França, Itália, Áustria e Alemanha, revelando o desejo de fundar uma escola de enfermagem em novas bases (PAIXÃO, 1960; PADILHA, 1997; LUNARDI, 1998).

Em 1854, com a deflagração da guerra da Criméia, o departamento médico do exército inglês se encontrava despreparado para organizar os serviços de transporte e abastecimento das tropas, ocasionando um colapso no atendimento aos soldados feridos. Em meio à indignação pública, Florence conversa com seu amigo, o Ministro da Guerra e vai com mais trinta e oito voluntárias para as frentes de combate em Scutari e se vê diante de um hospital com mais de quatro mil feridos. Ali começa a colocar em prática o que considerava ser uma “boa enfermagem”, se preocupando com a alimentação dos doentes, a limpeza e ventilação do ambiente, a troca de roupas de cama, a separação entre doentes e feridos, a higiene, a privacidade e lazer dos doentes, enfim, a implantação da ordem no hospital em seus mínimos detalhes.

As medidas terapêuticas instituídas por Florence visaram à eliminação de fatores negativos, tais como os problemas com a renovação e circulação do ar e o transporte das roupas, para organizá-lo de modo positivo, garantindo a presença constante do médico, a observação e anotações sobre cada caso, seguindo sua evolução.

Em 1859 a enfermagem se institucionaliza sendo difundida por Florence Nightingale. *As ações de enfermagem nightingaliana se propunham a contemplar o cuidado a partir de uma visão holística do ser humano, seja ele doente ou sadio, em inter-relação com o meio ambiente* (SILVA 1995, p. 45). O novo paradigma nightingaliano procura dar um novo perfil ao trabalho de enfermagem, agora calcado numa abordagem holística na inter-relação corpo-mente-meio-ambiente; levando em consideração os pensamentos, sentimentos e emoções no processo de recuperação do doente.

O modelo nightingaliano, apoiado no modelo clínico de cuidar, promoveu grandes avanços especialmente na organização das estruturas dos hospitais e na organização do próprio trabalho ao introduzir uma hierarquia entre os trabalhadores um conjunto de técnicas disciplinares no desenvolvimento de suas atividades.

Um dos fatores que mais contribuiu para a vitória do sistema proposto por Florence foi a rigorosa seleção das candidatas, só era permitida o ingresso de jovens educadas e de elevada posição social e, para garantir a educação das alunas com elevado padrão moral para o exercício da profissão, as escolas foram dotadas de internatos (LUNARDI, 1998).

Posteriormente, para alcançar o status de ciência a enfermagem se apóia inicialmente nas técnicas de enfermagem. Almeida (1986) se refere às técnicas de enfermagem como as primeiras manifestações organizadas e sistematizadas de saber na enfermagem; elas contêm as descrições do que deve ser executado pela enfermeira, passo a passo, relacionando o material a ser utilizado; podem se referir a procedimentos relativos ao cuidado do cliente (técnica de curativo, higiene), às rotinas administrativas (admissão, alta hospitalar) ou ainda ao manuseio de material e equipamentos hospitalares (montagem pacotes curativos, respiradores) As técnicas de enfermagem representam grande parte do trabalho da enfermagem e foram se modificando, desde uma simples descrição de passos até a apropriação de saberes de outras áreas do conhecimento (física, química, ciências), para encontrar as razões dos seus procedimentos.

Inicialmente, as técnicas de enfermagem eram registradas nos livros dos hospitais, pois foram constituídas com o objetivo de organizar o hospital e possibilitar que as enfermeiras controlassem tanto os doentes como o pessoal de enfermagem, estruturando um controle rígido de tudo que aí acontecia. As técnicas também pretendiam atingir as pessoas que chegavam ao hospital sem muito treinamento, como por exemplo, os alunos de enfermagem, uma vez que era parte do seu treinamento o “aprender fazendo”, e ainda, tinham uma referência mais próxima ao trabalho que se realizava no hospital: o ambiente, a ventilação, a limpeza, entre outros.

Com a construção dos princípios científicos na década de 50, a enfermagem incorpora os princípios da ciência à sua prática dando, assim, um grande passo em relação às técnicas de enfermagem e, conseqüentemente um novo salto rumo à construção de um saber mais específico da enfermagem - o desenvolvimento do conhecimento sobre as “necessidades básicas” e a construção das teorias de enfermagem (ALMEIDA, 1986).

Apesar desses avanços, ainda hoje é possível identificar a forte influência doutrinária que o modelo biomédico - inspiração cartesiana, centrado nos modelos da biologia e na concepção mecânica de homem (fragmentado e destituído de suas relações sócio-bio-psíquicas) - exerce na formação dos profissionais de enfermagem.

O modelo disciplinar e medicalizado de intervenção sobre o cliente se apresenta de forma estática, rígida e pouco flexível, a ponto de os mesmos acreditarem que seu corpo não lhe pertence e que somente o médico, a instituição, e os demais profissionais de saúde é que, com seus conhecimentos, poderão lhes restituir a saúde.

Nos séculos XIX e XX a enfermagem se constitui como uma atividade laboral realizada por um grupo de trabalhadores que se relacionam diretamente com os demais profissionais da saúde e a sociedade na qual está inserida. A conformação atual do trabalho da enfermagem é resultado de um processo que incorpora elementos da evolução geral do trabalho na sociedade capitalista - divisão técnica, parcelamento de tarefas, diferenciação de responsabilidades e procedimentos, divisão do trabalho em intelectual e manual, cuidado fragmentado executado por diversos agentes - imprimindo no processo de produção especificidades da área da saúde. No desenvolvimento das atividades da enfermagem, o corpo humano se constitui como seu objeto de trabalho sobre o qual os profissionais dirigem suas ações de cuidado.

1.4 O processo de trabalho em Saúde

Embora o foco deste estudo não remeta a uma retomada do referencial marxiano, como fundamento para a abordagem do processo de trabalho em seus elementos sociológicos e históricos, cabe um breve reconhecimento da importância deste referencial e de como o mesmo permitiu uma apropriação crítica sobre o trabalho em diversos tempos e sociedades humanas.

Deste modo, vale retomar brevemente o conceito marxiano de processo de trabalho uma vez que é a partir dele que será tomada a idéia de objeto de trabalho e de como o corpo é constituído como tal, quando este trabalho é o próprio cuidado de

enfermagem.

Marx define o processo de trabalho como:

Um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...). Atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (...). Pressupondo o trabalho sob forma exclusivamente humana (...) o homem não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo trabalho (MARX 1985b, p. 149).

Observa-se, nesta citação, que o trabalho estabelece nexos entre o homem e a natureza, como uma mediação que opera transformações requeridas por necessidades humanas. Deste modo, uma das primeiras características do trabalho humano é a sua intencionalidade, ou seja, o fato de possuir uma direção, um projeto, uma forma de ver o objeto idealizado e prever a sua transformação, sendo assim, todo trabalho se concretiza objetivamente no mundo real, mas é sempre dirigido pela consciência. Para Ramos,

É a consciência que gera os conhecimentos que mediarão o processo, que o intelectualiza, seja na percepção da carência, na definição de finalidades, na teorização do objeto sobre o qual atua, na elaboração de instrumentos e até na teorização do seu próprio processo de trabalho (RAMOS 1996, p.45).

O ser humano expressa no processo de trabalho não só as questões objetivas do seu desenvolvimento — a dimensão técnica de seu trabalho — mas seu modo específico de compreender a vida e realizar seus projetos, ou seja, apesar do cientificismo e da racionalidade de unificação do mundo — a separação do sujeito e objeto, eliminação da paixão pela razão — o homem não deixou de ser sujeito e subjetividade (RAMOS, 1999a).

O trabalho por ser uma atividade dirigida com o fim de criar elementos que

satisfaçam as necessidades humanas, compõe-se dos seguintes elementos: *objeto* – é a matéria a que se aplica o trabalho, algo a ser transformado; *instrumental* (instrumentos) – elementos que o trabalhador utiliza para operar sobre o objeto a fim de transformá-lo; *meios de trabalho* – são todas as condições materiais que o trabalhador utiliza para realização do trabalho e *produto* – objeto transformado pelo trabalho (concretização do objeto idealizado), este assumindo um valor-de-uso para atender às necessidades humanas (MARX, 1983).

O processo de trabalho se caracteriza também por ser sempre social e histórico, uma vez que os próprios processos geradores de necessidades e a demanda de trabalho para a sua satisfação são social e historicamente determinados.

Segundo Pires (1998), o processo de trabalho passou por grandes transformações em virtude da complexificação da vida social e do chamado “mundo do trabalho”. Do modo de produção artesanal (manufatura) para a indústria e, atualmente com o processo de internacionalização da economia (globalização), que se verifica ao longo da implantação do modelo capitalista de produção, as relações de trabalho estão cada vez mais atreladas a redes supranacionais que dominam a circulação do capital e garantem a insuficiente distribuição dos resultados e usufrutos gerados pela reprodução do capital.

Essas transformações afetaram o modelo de produção industrial, as relações de trabalho, a economia e a geopolítica do mundo. Para a autora, as principais mudanças são marcadas pela introdução de novos materiais, intensificação do uso da tecnologia microeletrônica, descentralização da produção e alterações nas formas de gestão do trabalho.

Na área da saúde, o processo de trabalho também passa por um momento de transformação a ponto de interferir nas estruturas das instituições que prestam atendimento à população, em particular na área assistencial e no aparato tecnológico disponibilizado.

Embora o modelo assistencial de saúde no Brasil destaque o atendimento médico individual, isto não significa que se esteja levando em conta o caráter individual das carências de saúde. O atendimento individual se dá não por considerar o lugar específico que o indivíduo ocupa na sociedade e que determina sua própria

forma de perder a saúde, perceber e reagir à doença, mas por ser a doença tomada individualmente não como produto social, mas como produto em um corpo biológico.

Leopardi et al (1989) afirmam que as necessidades de saúde e classes sociais são condicionadas/determinadas socialmente pelas ações resultantes das condições de vida, da cultura, da inserção no sistema de produção, bem como pelo caráter do seu atendimento. Assim, a posição que ocupa na estrutura social inscreve no indivíduo o seu potencial para a saúde e para a doença, bem como a forma de atendimento de suas necessidades. Com base nessa premissa, as autoras apontam para a grande contradição do sistema de saúde: a doença se individualiza enquanto responsabilidade pessoal e se socializa quando se trata de justificar a desigualdade de acesso ao cuidado.

Os profissionais da saúde, apesar de suas especificidades, de conhecimentos e de práticas, fazem parte de um conjunto de trabalhadores responsáveis pelo atendimento às necessidades de saúde dos seres humanos. Eles desenvolvem um trabalho coletivo, porém compartimentalizado, uma vez que cada profissional médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, dentre outros, desenvolve uma parcela específica do cuidado gerando assim, especialidades e multiplicidade de procedimentos sofisticados (uso de tecnologias), que, muitas vezes, são valorizados em detrimento das necessidades expressas pelos clientes.

Para Vaz (1995), a relação entre trabalho e tecnologia deve ir além da reconhecida via de conceitualização, onde tecnologia é concebida como um conjunto de saberes, métodos, técnicas e instrumentos que são acionados no trabalho, pois entre o modo como determinado trabalho se apresenta e a tecnologia que se utiliza para sua realização, se estabelece uma complexa rede de mediações, continuidades e descontinuidades de caráter histórico-econômico que se articula a toda uma racionalidade científica e organização social característica.

Dessa forma, não basta apenas perguntar sobre os efeitos que as mudanças tecnológicas exercem sobre o trabalho ou quais inovações são necessárias para que certo trabalho se desenvolva, mas, sim, questionar como e por que estas novas tecnologias modelam e determinam formas particulares de ações na saúde.

Segundo Ramos (1999) num primeiro encontro com a tecnologia o sujeito trabalhador se mostra como um “apêndice” tecnológico, um sujeito oculto, que se

apóia na tecnificação e se adapta ao esquema lógico da economia do ser de forma irreflexiva. O encontro com o sujeito passa pelo conhecimento do próprio trabalho, e isto não é tarefa fácil, visto que,

Extrapolando o conhecimento prático ou operacional e remete à compreensão de determinantes e contextos globais e particulares que envolvem cada trabalho, incluindo-se aí toda gama de mudanças na organização e das relações de trabalho, das inovações tecnológicas e das repercussões de novos paradigmas da produção, que atingem todos os setores, inclusive o de serviços (RAMOS 1999b, p.110).

No Brasil, a investigação das práticas de saúde enquanto “categoria trabalho”, está marcada pelo estudo precursor de Donnangelo (1975). Nesse estudo, a autora centra-se na análise das políticas de financiamento da produção da assistência em saúde e no exercício da medicina enquanto prática assalariada; focaliza a problemática da institucionalização e mercantilização da medicina, suas relações e condições de trabalho. Em 1976, a autora estende a análise do enfoque histórico da medicina, retratando-a como prática de caráter técnico e social, articulada a outras práticas de saúde.

Posteriormente, as análises do processo de trabalho são amplamente difundidas, como é o caso dos estudos de Mendes-Gonçalves (1979,1992), que sob inspiração marxiana desenvolveu teórica e conceitualmente interpretações relevantes, caracterizando os elementos constituintes do processo de trabalho em saúde. Derivando-se desta corrente, Schraiber (1993), destacou o conhecimento da subtotalidade representada pelo trabalhador no processo de trabalho, envolvendo as dimensões intersubjetivas e ético-moral dos processos de produção de serviços.

Na enfermagem, o interesse em aprofundar a dimensão “trabalho” como categoria de análise ocorreu no final da década de 60, expandindo-se a partir da década de 80. Dentre os pesquisadores que atuam nesta área destacam-se FERREIRA-SANTOS (1968), ALMEIDA (1984,1991), SILVA (1986), MELO (1986), PIRES (1989, 1996), ALMEIDA et al (1989), CASTELANOS et al (1989), LEOPARDI et al (1989), RAMOS (1992,1995).

Esses trabalhos, embora com enfoques específicos, analisaram a enfermagem como prática social com base nos pressupostos do materialismo histórico, apresentando de forma crítica as concepções sobre o enfermeiro e a enfermagem, relacionando-as à categoria trabalho. Discutiriam a enfermagem no processo de trabalho caracterizando sua finalidade, objeto, tecnologia, instrumentos e agentes, ou seja, estudaram a organização tecnológica do trabalho na prática de enfermagem.

A compreensão do social no campo da saúde provocou uma ruptura com os modelos cartesianos de investigação que se limitavam à busca de relações de causa e efeito no plano biológico e à resolução dos problemas de saúde pelo modelo clínico, baseado no diagnóstico e na terapêutica. Nessa ruptura, autores como Mendes Gonçalves (1994), Merhy (1997), Campos (1997) entre outros, utilizaram a categoria trabalho para melhor entender as práticas e saberes sobre o processo saúde-doença. Das análises sobre a saúde das coletividades emergiram novas focalizações sobre o objeto da prática médica, não mais como os corpos biológicos, mas os corpos sociais, passando a analisar o processo saúde-doença em suas relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade.

Assim, foi possível apreender as formas como a medicina e as demais práticas em saúde institucionalizadas reproduzem as relações sociais mais amplas, determinando conhecimentos sobre as necessidades, figuradas como doenças, criando tecnologias e formas diferenciadas de atendimento. Todo esse processo passou por debates e construções teóricas num contexto de múltiplas dimensões, com o propósito/desafio de compreender a enfermagem não só como prática e conhecimento que se apresenta de maneira estruturada, mas inserida num processo dinâmico de relações, que se desenvolve em espaços, tempos e sob finalidades contextualmente definidos.

1.5 A constituição do “saber” sobre o corpo na Enfermagem

O corpo, este território múltiplo, polissêmico, que possui sua própria maneira de

ser, parece que, a cada dia, perde sua inteireza, na medida em que é tomado como objeto de um saber tecnológico pelos profissionais de saúde.

A construção do saber sobre o corpo pelos profissionais de enfermagem se dá sobre um corpo específico, *o corpo doente*, apoiado no modelo biomédico de atendimento à saúde, construído no interior da prática médica, detentora da legitimidade do domínio dos saberes e intervenções dirigidas à saúde e à doença. Por isso, a forma de ver, pensar, lidar e cuidar dos doentes, com todos os meios - conhecimentos, técnicas e materiais — se concretiza na maneira/modos de organizar, produzir e reproduzir a vida social e biológica.

O corpo, como local de manifestação da doença, é objeto privilegiado destas práticas, mas, ainda “perigoso”, pouco conhecido e muito resistente aos critérios objetivos e à lógica das distribuições e classificações, das correlações lineares e da experimentação. Este corpo passa, então, por sucessivas reduções que lhe extraem as singularidades e subjetividades, ao mesmo tempo em que é “extraído” do tecido social em que vive. A mesma inspiração cartesiana, centrada nos modelos da biologia e na concepção mecânica de homem, ainda hoje é observada na formação dos profissionais de enfermagem.

Ao se referir à concepção de corpo, Garrafa (1998) afirma que desde o momento em que a história humana teve seus passos registrados e interpretados, sempre ficou dividida entre duas alternativas, *mercadoria ou valor*, que se apresentam nas diferentes legislações, tendências filosóficas e religiosas, pensamentos e comportamentos dos indivíduos e sociedades. Da escravidão, passando para a servidão em suas múltiplas formas (inclusive ainda existentes), até a prostituição e o trabalho assalariado, em suas mutações e no atual processo de reestruturação produtiva, nos defrontamos com certos modos de *contrato de uso* das capacidades físicas e mentais do corpo humano, que têm sido recolocados em novos termos com o desenvolvimento técnico-científico.

As transformações ocorridas na ciência e na sociedade apresentam novos desafios aos trabalhadores de enfermagem, no processo de construção de saberes e tecnologias que procuram dar conta da completude do corpo como foco, local e objeto de ação do cuidar, insistentemente tomado e modificado pela ciência e pela técnica.

Atualmente, a compreensão do significado do corpo, no contexto da saúde/enfermagem, deve passar pela reflexão sobre a diversidade de concepções do mesmo, dado a falta de “unidade” e controvérsias sobre suas formas de apreensão.

Sem considerar a validade ou adequação às formas de apreensão do corpo, o que se observa são focalizações em algumas perspectivas que, analisadas por autoras enfermeiras, podem ser sintetizadas em metáforas e simbologias, tais como: *corpo habitado e corpo que habita; corpo ritualizado, mecanizado e corpo sexuado*.

Corpo habitado – é o corpo doente, patologizado (por uma doença, vírus, malformação, anomalia, distúrbio) sujeito à descoberta e intervenção, é um corpo que sinaliza, queixa-se, individualiza-se como “caso” e, portanto, é passível de escuta e visão. Para este corpo a enfermagem desenvolveu um saber meticuloso, rigoroso e bem organizado onde as ações podem ser previstas, estandardizadas, rotinizadas e o produto controlado (RAMOS, 1998).

Corpo que habita – é o corpo que vive e circula nos espaços sociais. É um corpo que sinaliza sem queixas ou sintomas; as sinalizações são mediadas pelo cálculo de proporções, dispersões, concentrações, localizações e projeções. O saber sobre este corpo requer padrões de normatividade construídos histórica, cultural e ideologicamente, de tal forma que a enfermagem não pode atuar de maneira tão padronizada, uma vez que este corpo necessita de referências secundárias ou qualificativas para que possa se tornar visível (RAMOS, 1998).

Corpo ritualizado – é o corpo apreendido pelos rituais em toda sua existência, é influenciado pelos determinantes culturais e pela visão de mundo de cada um, reafirmando valores, princípios de um grupo ou sociedade. O ritual de cuidados exige uma série de requisitos para que a ação seja eficiente, os ritos expressam-se mediante o corpo cuidado e o cuidador, por gestos e ações que revelam o que é feito e como é feito (POLAK, 1997).

Corpo mecanizado - é o corpo “corpo-máquina”, que reforça a compreensão da doença como mecanismo biológico. É formado por carne e ossos, composto por válvulas e sifões, membranas e filtros. Nesta concepção a enfermagem desenvolve sua prática orientada pelo modelo médico (ação fragmentada e reducionista do homem) predominando assim, a concepção de corpo como objeto, foco do conhecimento

técnico-científico, como objeto de observação e mensuração, dificilmente como experiência subjetiva, problema existencial (POLAK, 1997).

Corpo sexuado – parte do questionamento sobre o papel e o significado social do sexo em busca de uma nova concepção de ser humano. O corpo sexuado passa a ser objeto de interesse de vários profissionais, pois a questão do gênero pode ser compreendida além da associação de elementos como o psicológico, social, genético e somático para focar na forma como cada um se sente e se percebe (POLAK, 1997).

Dentre as diferentes concepções de corpo apresentadas, levantadas a partir do próprio conhecimento produzido pela enfermagem, o corpo que é habitado, que habita, ritualizado, mecanizado e sexuado, apontam alguns caminhos em busca de outras abordagens que permitam o emergir do corpo como expressão, fala, linguagem, sensação e percepção. O desvelar destes caminhos possibilitará ao enfermeiro (a) um novo olhar sobre o corpo, realidade que se expõe às diferentes percepções, mediante a dinâmica da corporeidade⁹. Com esta visão de corpo, as ações de cuidado e de cura terão como foco o corpo vivente, ou seja, o corpo tornado sujeito destas práticas. Nesta perspectiva o corpo deverá ser compreendido em sua complexidade, na teia de relações existentes entre o corpo, o mundo e o outro.

O corpo não deve ser concebido como uma entidade natural, pronto para ser revelado, liberado ou castigado, mas como produto de uma linguagem que, como tal, adquire seu sentido no interior da cultura, ao organizá-lo de acordo com valores e crenças. Nessa perspectiva, o corpo deverá ser compreendido em sua complexidade, na teia de relações de poderes e saberes existentes entre o corpo, o mundo e o outro, uma vez que,

O corpo nunca é somente um corpo, nem uma coisa é somente uma coisa. A pílula traz consigo a marca de quem a dá e de quem a recebe (...) A relação mágica é portadora de conseqüências reais e verificáveis, atravessa literalmente os planos do real que as ciências distinguem analiticamente, para posteriormente reuni-las pelo traço de união da interdisciplinaridade (PETITAT 1998, p 23).

⁹ Corporeidade - modo de ser do homem é a essência expressa pelo corpo, visto-vidente, sensível, e por isso, “senti-sentant”, isto é, que sente e é sentido, é também tocado-tocante, visto no processo de coexistência, num cruzamento, num quiasma (MERLEAU-PONTY apud POLAK, 1997, p. 25).

Este é o nosso grande desafio: encontrar o fio condutor para tecer a união dos saberes justapostos em direção a uma abordagem que se preocupe (compreendendo-se não totalizante) com a inteireza e singularidade humana; a operacionalização de um cuidado que não despreze a importância biológica do corpo, mas que consiga ver além desta, as marcas de sua história, subjetividade, vivência política e social.

Deste modo, a produção de conhecimento sobre o significado do corpo para a enfermagem deixa de ser uma tarefa limitada ao campo técnico-científico para ser pensada como um território rico e instigante de exploração da moral e da ética. A perspectiva ética nos desafia a refletir sobre a nossa própria prática, ou seja, a questionar a forma como têm se desenvolvido os processos de intervenção sobre a vida dos clientes e o manuseio de seus corpos dentro da estrutura hospitalar.

Para Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001), a construção deste novo conhecimento não é tarefa fácil em virtude da falta de unidade sobre este corpo, visto que a enfermagem, ainda hoje, se situa num campo de dificuldades epistemológicas, éticas e técnicas. As autoras questionam a formação de um conhecimento relativamente unitário e integrador sobre um corpo tão múltiplo, ou ainda, *como trabalhar sobre um corpo que não se quer ver partido, mas inteiro e humano, quando este só parece se tornar objeto viável de saber e intervenção no momento em que se mostra corpo habitado pela doença* (p. 39).

A enfermagem tem desenvolvido estudos sobre o corpo com o objetivo de buscar novos significados e abordagens diversificadas para a compreensão de sua dimensão vivencial e subjetiva como apresentados nos trabalhos de FIGUEIREDO (1994), POLAK (1997), SILVA (1998), TEIXEIRA (1998), FREITAS (1999), FERREIRA (1999) e SANTANA (2000).

Entretanto, esta necessita produzir e aprofundar conhecimentos que problematizem e discutam a forma como o corpo é tomado enquanto objeto de conhecimento e intervenção pelos enfermeiros (as) e porque é assim tomado, seu acontecimento¹⁰.

¹⁰ Acontecimento ou história efetiva foi um termo utilizado por Nietzsche em oposição à história tradicional como objetivo de lançar o olhar ao que está próximo: o corpo, o sistema nervoso, os alimentos e a digestão, um mergulho para apreender as perspectivas, desdobrar as dispersões e as diferenças, o acontecimento olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, de seguir todos os traços do veneno, de encontrar o melhor antídoto, é um olhar que sabe tanto de onde olha quanto o que olha (FOUCAULT 2000a, p. 29 e 30).

Pensar e teorizar sobre o corpo como objeto de trabalho da enfermagem a partir de seus significados traz à tona uma outra dimensão do objeto em estudo, a necessidade de identificar como se dá a construção do saber sobre o corpo e como esse saber se transformou num exercício de poder para o enfermeiro (a)/profissionais de enfermagem no cotidiano de sua prática profissional. A busca por essa compreensão passa por novos questionamentos: Como o corpo foi construído dentro da estrutura hospitalar? Que relações foram estabelecidas com esse corpo? Que fatores têm sido determinantes nesta relação? Como a enfermagem foi se apropriando do corpo do cliente? Como o conhecimento da enfermagem se constituiu como uma verdade, outorgando poder para intervir sobre o corpo dos clientes? Que concepções de corpo têm apoiado os cuidados de enfermagem?

Para tentar responder a esses questionamentos, creio ser importante compreender como se constituíram as idéias e práticas de cuidados de enfermagem sobre o corpo, em particular, o corpo hospitalizado, como os saberes sobre este corpo se articularam para produzir nos enfermeiros (as) uma determinada forma de ação/cuidado, e conseqüentemente, a produção de um tipo de corpo.

Nesse caminho me apoiei nas idéias de Michel Foucault, pois elas são convincentes, persuasivas, produtivas e possibilitam compreender os problemas vivenciados pelas sociedades contemporâneas ocidentais, permitindo assim, responder a antigos questionamentos e ao mesmo tempo fazer novas perguntas, compondo o problema de outra forma, para encontrar novos significados e produzir outros sentidos.

Foucault se destaca por pensar de outro modo processos que são, muitas vezes, naturalizados. Suas obras/pensamentos nos incitam a estranhar o que parece natural, a buscar na raridade do cotidiano, aparentemente banal, elementos que permitam construir um inventário que, com o esforço criativo do pesquisador, se torna possível captar um recorte, por vezes, inusitado da realidade histórica. Nesse sentido, ele deixa uma contribuição especial para a área da saúde, demonstrando que a “verdade” em saúde aceita hoje como “natural” foi construída historicamente pelos homens, suas

práticas e discursos¹¹, os quais, aos poucos, vão consolidando este saber que se instaura como verdade graças a uma rede de relações que em determinado momento histórico busca seus próprios interesses; demarca um certo modo de agir em saúde, uma subjetividade que ao se revelar como prática nos parece óbvia.

Veyne (1995), afirma que para agir, basta ao homem uma consciência pré-conceptual do mundo que o cerca, independente da necessidade de apreendê-lo ou explicá-lo. Assim, muitas vezes determinadas práticas se impõem ao homem como resultado de uma separação que não lhe permite visualizar o que as determinou, somente uma operação intelectual abstrata permitiria compreender que as coisas não passam de objetivações, de práticas pré-estabelecidas, cujas determinações devem ser expostas à luz — um processo de “densificação” dos objetos, cuja rarefação e estranheza permitem estudá-los em detalhe, captando o que, à primeira vista, parecia encoberto.

Esta discussão diz respeito à possibilidade concreta que têm as pessoas de exercer algum tipo de poder nos diversos níveis e instâncias na área da saúde por meio da “produção de verdades” devido à crescente medicalização do cuidado, ou seja, a incorporação gradual de padrões sociais, culturais e políticos a partir de parâmetros instituídos pela ciência médica (associação conceitual entre saúde/normalidade, doença/anormalidade) desvelada nos atos médicos ao intervir sobre a vida, a saúde dos indivíduos e comunidades de forma padronizada, normalizada, bem como no jogo de interesses/poderes e resistências que se estabelecem nas instituições hospitalares.

¹¹ Para Foucault o discurso não está relacionado a um conjunto de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam (FOUCAULT 2000b, p.56). FISCHER complementa essa idéia ao dizer que Foucault é quase teimoso ao afirmar e reafirmar que os discursos são históricos, não só porque se constroem num certo tempo e lugar, mas porque têm uma positividade concreta, investe-se em práticas, em instituições, em um número infundável de técnicas e procedimentos que, em última análise, agem nos grupos sociais, nos indivíduos, sobretudo nos corpos (FISCHER 1996, p.55).



O que faz os sonhos se realizarem são as ações orientadas para os objetivos

(David Mc Nally)

Capítulo 2

Referencial Teórico-Filosófico e
Metodológico

2 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO E METODOLÓGICO

Neste capítulo apresento a opção teórica que serviu de eixo norteador para a construção do estudo, o método genealógico, os conceitos básicos utilizados, os procedimentos metodológicos, as estratégias de coleta e análise de dados.

2.1 A eleição do referencial teórico-filosófico

A eleição do referencial teórico-filosófico para o estudo sobre a construção do “corpo do cuidado” e a forma de intervenção pelos profissionais de enfermagem sobre este corpo está ancorado nos escritos de Michel Foucault. Sem dúvida uma das primeiras questões que se apresentam ao leitor é por que Foucault? Não poderia ser utilizado um outro referencial?

A escolha pelo referencial foucaultiano se deve em primeiro lugar, ao convite e estímulo que o autor faz para olhar o nosso cotidiano de forma diferente, ou seja, olhar para as banalidades do dia-a-dia, àquilo que parece ser natural, rotineiro e desinteressante, na tentativa de identificar os problemas específicos, originais, embutidos nestas banalidades, pois são estes que constroem e sustentam a nossa própria existência.

Segundo, o seu entendimento sobre o poder, possibilitando maior compreensão das relações e dos diferentes jogos/lutas de poder nos quais estamos continuamente envolvidos dentro da estrutura hospitalar. Em Foucault, o poder deixou de ser apresentado como algo soberano, estático, centrado na figura do rei/Estado para ser tematizado como relações de forças, como possibilidade de processo, movimento e de jogo. Ele não construiu uma teoria geral e globalizante do poder, mas sim uma analítica de poder capaz de dar conta do seu funcionamento local, em campos e

discursos específicos e em épocas determinadas.

Embora o objeto de estudo não seja, especificamente, “o poder”, considero que o poder operante, notadamente em suas relações com o saber, no molde foucaultiano, permeia a realidade estudada e compõe o objeto eleito não de modo inalienável. Mesmo não visando descrever as manifestações de poder (poder como alvo ou foco), mas por ter o poder-saber como pressuposto teórico (ponto de partida), o estudo pôde apoiar-se na perspectiva genealógica foucaultiana.

O projeto foucaultiano a respeito do poder traz consigo modificações importantes tais como:

a) o *abandono da visão tradicional do poder* cuja atuação se baseava fundamentalmente em seus aspectos negativos: proibição, negação, exclusão, interdição, repressão, coação, ou seja, em seus aspectos jurídicos e proibitivos, *para enfatizar seus efeitos positivos*, como a produção de saber, as técnicas e as estratégias de resistências.

b) *abandono de qualquer modelo centralizador*, pois o poder não deve ser pensado como emanado de um ponto fixo, deve ser *compreendido na dinâmica das relações de poder* — idéia de rede. Rede esta que permeia todo o corpo social, articulando e integrando os diferentes focos de poder (Estado, escola, prisão, hospital, asilo, família, fábrica, vila operária, dentre outros) que se apóiam uns nos outros.

Sendo assim, um dos princípios fundamentais da nova analítica do poder é que *o poder é um feixe de relações mais ou menos piramidalizado, mais ou menos coordenado* (Foucault 1996, p. 246), por isso dever ser reconhecido na pluralidade de correlações de forças, no enfrentamento constante e perpétuo. O resultado destas relações de poder é a liberdade, garantindo assim, a possibilidade de reação por parte daqueles sobre os quais o poder é exercido; não há poder sem liberdade e sem potencial de revolta e resistência. Portanto, o poder difere da dominação e da violência - ação sobre um corpo que força, submete, quebra, destrói e fecha todas as possibilidades, restando como alternativa a passividade - o poder é uma ação sobre ações.

c) a *adoção do modelo de guerra* à inteligibilidade das relações de poder, o uso de estratégias para o desenvolvimento das ações. Nesse sentido o autor afirma:

O que parece certo é que, para analisar as relações de poder, só dispomos de dois modelos: o que o Direito nos propõe (poder como lei, proibição, instituição) e o modelo guerreiro ou estratégico em termos de relações de forças. O primeiro foi muito utilizado e mostrou, acho eu, ser inadequado: sabemos que o Direito não descreve o poder. O outro sei bem que também é muito usado. Mas fica nas palavras: utilizam-se noções pré-fabricadas ou metáforas ('guerra de todos contra todos', 'luta pela vida') ou ainda esquemas formais (as estratégias estão em moda entre alguns sociólogos e economistas, sobretudo americanos). Penso que seria necessário tentar aprimorar esta análise das relações de forças (FOUCAULT 2000a, p. 241).

Pela estratégia é possível escolher os meios a serem empregados para atingir o seu objetivo, obter vantagem sobre o outro para que no momento do confronto seja possível privar o adversário dos seus meios de combate a ponto de renunciar à luta ou desenvolver ações para enfrentar a batalha. Portanto, numa relação de poder, a estratégia de luta também se constitui em uma fronteira que pode inclinar-se tanto para a resistência, como para a vitória.

O terceiro motivo da escolha deste referencial diz respeito à própria trajetória intelectual de Foucault, ou seja, sua forma de problematizar as questões do poder e da produção de saberes ao propor uma análise crítica do mundo em que vivemos e das diferentes ciências que compõem as "verdades" sobre a sociedade, sobre os homens e sobre si mesmos.

Por tudo isso as idéias de Michel Foucault me parecem bastante convincentes, persuasivas e produtivas, pois cria um marco conceitual novo e poderoso, que nos ajuda a compreender problemas vivenciados pelas sociedades contemporâneas ocidentais, permitindo dar outras respostas para antigas perguntas, ou melhor, fazer novas perguntas para encontrar outros significados e produzir novos sentidos.

Ao se utilizar destas lentes, a direção da análise do objeto de estudo passa necessariamente por uma modificação. A análise do poder exercido pelos profissionais de enfermagem sobre o "corpo do cuidado" (corpo dos clientes) deixa de ser descendente para se transformar em ascendente, privilegiando o nível molecular do exercício do poder e dele partir para compreender a "rede de poderes" que se estabelecem na relação enfermeiro (a)/cliente. Isto significa que estudar o poder implica buscá-lo nas táticas, nas lutas, nas resistências que lhe são imanentes e

impostas a todo o momento, suscitando novos agrupamentos discursivos.

Pensar o direito do cliente frente ao seu processo saúde-doença e, mais especificamente, na intervenção sobre seu corpo, de outra forma, implica não necessariamente em rechaçar o saber aí posto, mas sim expor sua racionalidade, relativizá-lo, democratizá-lo, poder dele discordar e reapropriá-lo, de tal modo que seja consoante às escolhas morais definidas pelos sujeitos nele implicados.

2.2 Michel Foucault e sua trajetória filosófica

Embora exista farta e bem elaborada literatura sobre o trabalho de Foucault, aqui tenho pretensões bem mais simples e modestas, apresentando de forma sucinta a composição de sua obra, pois comentar sobre Foucault é um exercício de ousadia em virtude da dificuldade de lidar com um autor que nunca quis ser modelo, que nunca quis ser fundador de uma discursividade, que recusou as noções convencionais de autor, obra e comentário (Eribon, 1990; Miranda & Cascais, 1992). Ao contrário, esperava que cada um de seus livros fosse um “objeto-evento”, que desaparecesse *sem que aquele a quem aconteceu escrevê-lo pudesse, alguma vez, reivindicar o direito de ser o seu senhor, de impor o que queria dizer, ou dizer o que o livro deveria ser* (FOUCAULT 1978, p. viii).

Segundo Ortega (1999), apesar da intensa preocupação com o pensamento e a vida de Foucault, a maior parte da sua literatura se focaliza nos escritos dos anos 60 e 70, tendo como foco central a problemática do poder ou da arqueologia do discurso.

Num de seus últimos cursos, em 1983/1984 no Collège de France, Foucault descreve os três eixos de sua experiência: da verdade, do poder e do sujeito; nos anos 60 concentrou-se mais no eixo da verdade — saber, que vai da formação do conhecimento à análise das formas do dizer verdadeiro; nos anos 70 seu enfoque foi o eixo do poder, que parte de uma teoria geral do poder ou do domínio da história à análise dos procedimentos do pensamento governamental e de suas tecnologias e, nos

anos 80 o núcleo do seu olhar é o sujeito, o qual conduz o desligamento de uma teoria do sujeito a uma análise das modalidades e técnicas da relação consigo ou a história das diferentes formas de uma pragmática do sujeito (ORTEGA, 1999).

Os estudos de Foucault da década de 60 são caracterizados como arqueológicos¹², sua preocupação se volta para as formações políticas discursivas. É a luta, o combate, o resultado do combate e, conseqüentemente, o risco e o acaso que vão dar lugar ao conhecimento; uma explicação de que por trás de todo o saber, de todo conhecimento, o que está em jogo é uma luta de poder. O poder político, por exemplo, não está ausente do saber, ele é tramado com o saber.

Essa inovação metodológica foi assinalada nas seguintes obras: *História da Loucura* (1961) – analisa os saberes sobre a loucura e as condições das possibilidades do nascimento da psiquiatria; *O Nascimento da Clínica* (1963) – estuda a ruptura arqueológica entre a medicina clássica, taxonômica, classificatória — considera a doença como essência abstrata, segundo o modelo da história natural — e a medicina clínica moderna, fundada na anatomia patológica, para a qual o ser da doença desaparece, dando lugar ao corpo individual como seu objeto; *As Palavras e as Coisas* (1966) e *A Arqueologia do Saber* (1969) – descrevem os discursos que através do tempo, se tornaram conhecidos como a Medicina, Economia Política, Biologia, revelando sua especificidade, condição de aparecimento, formas de acúmulo de conhecimento e encadeamento, bem como as regras de sua formação e as descontinuidades que as escondem.

Já nas obras da década de 70, o autor se apresenta como o filósofo da microfísica do poder, onde busca as relações que há entre o discurso e as demais

¹² A arqueologia é uma espécie de atividade histórico-política que procura responder como os saberes aparecem e se transformam. A descrição arqueológica é precisamente o abandono da história das idéias, a recusa sistemática de seus postulados e de seus procedimentos, a tentativa de fazer uma história inteiramente diferente daquilo que os homens disseram. Tem por princípios: 1) definir não os pensamentos, as representações, as imagens, os temas, as obsessões que se ocultam ou se manifestam nos discursos; mas os próprios discursos, enquanto práticas que obedecem a regras; 2) não procura encontrar a transição contínua e insensível que liga os discursos ao que os precede, envolve ou segue; 3) não é ordenada pela figura soberana da obra, ela define tipos e regras de práticas discursivas que atravessam obras individuais; 4) finalmente, não procura reconstruir o que pôde ser pensado, desejado pelos homens no instante em que proferiam o discurso. Em outras palavras, não tenta repetir o que foi dito, reencontrando-o em sua própria identidade; não é nada além e nada diferente de uma reescrita, quer dizer, na forma mantida da exterioridade, uma transformação regulada daquilo que já foi escrito, é a descrição sistemática de um discurso–objeto (FOUCAULT, 2000b, p. 159,160).

práticas não discursivas – fase genealógica¹³, ou seja, a busca pela história da política da verdade. Por que em um determinado momento surge um conceito que não existia antes? Que estratégias discursivas (saberes) e não discursivas (poderes, instituições) propiciam o novo conceito de exército, escola, hospital? As obras genealógicas são: *Vigiar e Punir* (1975), *Microfísica do Poder* (1979), *História da Sexualidade I - A Vontade de Saber* (1988).

Nesse período, o ponto de partida das investigações do autor não é o corpo ou o sexo, mas a “vontade de saber” sobre estes — corpo e sexo — na época contemporânea. Esses temas ganham importância a partir da genealogia do poder, quando estuda o corpo, voltado para a apreensão das condições de possibilidades que fazem emergir, em cada época, as relações e oposições entre os corpos, suas designações e especificidades. Foucault não se preocupou apenas em defender os direitos do corpo em termos de saúde, bem-estar e liberação sexual, tratou de historicizar a vontade crescente de adquirir direitos sobre o corpo e de atrelá-los ao direito de majorar os níveis de prazer, de governá-lo; esse governo se dá com o exercício do poder, no campo das penalidades.

Na opinião de Maia (1995), poucos autores do cenário contemporâneo trilharam tantas áreas do saber como Foucault: da epistemologia das ciências humanas à ética, da literatura à sexualidade, da loucura à punição. Mas o estudo do poder ao longo dos anos 70, em torno da problemática do poder com suas características, táticas e estratégias o projetou como um dos filósofos franceses de maior presença no cenário cultural alemão e anglo-saxão. No entanto, suas idéias ganharam terreno na América, em particular na América Latina, que as utilizam como referenciais teóricos em seus estudos, talvez influenciados pela presença de Foucault em movimentos políticos-sociais em alguns países latinos. No Brasil esteve por diversas vezes pronunciando conferências, tendo por destaque “A verdade e as formas jurídicas” e a série de conferências sobre a medicina social pronunciadas no Rio de Janeiro, em 1974.

Os últimos escritos de Foucault estudam a arte de governar, estes foram

13 A genealogia se opõe ao método histórico tradicional; seu objetivo é assinalar a singularidade dos acontecimentos, fora de toda finalidade monótona. Ela evita a busca da profundidade para se deter na superfície dos acontecimentos em seus mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis (DREYFUS & RABINOW 1995, p. 118).

registrados na década de 80, no entanto, sua intenção não é tratar do problema da formação do Estado, mas pensar que tipo de racionalidade implica ter como exercício o poder do Estado. Ele está preocupado em estudar as relações entre racionalidade e poder não em termos de Estado centralizado, mas em termos de dominação, orientado para os indivíduos (pessoas) e à população em geral, a fim de “governá-los” de maneira contínua e permanente. Ao invés de perguntar sobre a identidade das pessoas, pergunta *como é possível as coisas chegarem a ser como são?*

Ainda na década de 80, Foucault aborda o tema grego da ética na perspectiva da estética, em suas obras *História da Sexualidade I e II*. Estas obras foram fundamentais para a compreensão do que ele chamou de cultivo de si (“cultiva-te a si mesmo”), denominado atualmente por “cuidado de si”, resgatando o conceito grego onde o cuidado deve ter por objetivo construir um “si” e criar a si mesmo e sua vida como “obra de arte”.

Quando Foucault se refere à *História da Sexualidade*, na verdade, trata de perceber a sexualidade como um modelo de experiência historicamente singular, na qual o sujeito é objetivado para si mesmo e para os outros, por meio de certos procedimentos de governo: a) a confissão, que desempenha papel importante nas instituições penais e religiosas em todo o tipo de fala; b) a conduta sexual, tarefa de analisar o próprio desejo sexual, submetida a regras muito estritas de segredo, decência, vinculada à proibição verbal e à obrigação de dizer a verdade.

Na verdade, seu objetivo foi traçar a história das diferentes maneiras como os seres humanos, na nossa cultura, têm desenvolvido um saber acerca de si mesmo através da Economia, Biologia, Psiquiatria, Medicina, dentre outras, ou seja, analisar estas ciências com seus jogos de verdade específicos e relacioná-los com as técnicas que os homens utilizam para entender a si mesmos.

Enfim, Foucault não pretendeu, a partir de um tipo particular de saber, esboçar o quadro de um período ou reconstituir o espírito de um século, mas apresentar elementos sobre o conhecimento dos seres vivos, das leis da linguagem e dos fatos econômicos, relacionando os saberes dos séculos XVII, XVIII e XIX ao discurso filosófico de seu tempo. Não foi buscar nos séculos XVII e XVIII a origem da Biologia, Economia ou Lingüística, mas observar as figuras características do que

chamou “Idade Clássica” — uma taxonomia ou história natural pouco contaminada pelo saber existente da fisiologia animal ou vegetal, buscando reconhecer o momento em que a história natural morre, desaparece, para surgir a *episteme* do século XIX (Motta 2000).

Foucault (2000b) se refere à *episteme* como o conjunto de relações que podem unir, em uma determinada época, as práticas discursivas que dão lugar às figuras epistemológicas, às ciências; eventualmente aos sistemas formalizados, o modo segundo o qual, em cada uma dessas formações discursivas, se situam e se realizam as passagens à epistemologização, à cientificidade, à formalização. A *episteme* é a ordem específica do saber; é a configuração, a disposição que o saber assume em determinada época e que lhe confere uma positividade enquanto saber.

Segundo Ternes (2000, p. 57), com a noção de *episteme*, Foucault se distancia de todas as histórias de seu tempo. A *episteme* foucaultiana opera em um nível mais profundo e decisivo — trabalha na construção do saber. Além disso, *não é um recorte (tranche) da história comum a todas as ciências; é um jogo simultâneo de configurações (rémanences) específicas e também não é um estado geral da razão; é uma relação complexa de deslocamentos (décalges) sucessivos.*

Sem dúvida, os estudos Foucaultianos abrem uma perspectiva de análise profícua sobre as práticas assistenciais desenvolvidas atualmente pelos profissionais da saúde, na medida em que sua base teórica permite compreender como determinadas verdades são instituídas e apreciar as relações de poder operantes nos serviços e ações de saúde institucionalizadas. Dessa forma, ele incita a estranhar o que se apresenta como natural para buscar, no cotidiano, elementos que permitam construir um inventário capaz de captar o recorte, por vezes, inusitado, da realidade histórica.

2.3 Pós-Modernismo, Pós-Estruturalismo e o pensamento de Michel Foucault

Há uma falta de consenso sobre a Pós-Modernidade. Nessa falta de consenso há

um duplo movimento: um de acirramento das conseqüências da ciência moderna e outro de crítica ou superação que emergem de novas teorias que incorporam o complexo, o dinâmico, as multi-dimensões da realidade.

Abbagnano (2000) define Pós-Modernidade ou o Pós-Moderno como o estado da cultura posterior às transformações que, nas sociedades desenvolvidas do século XX, afetaram os critérios de verdade ou as regras do jogo que regulavam o fazer científico, filosófico e artístico na modernidade. Até o início do século XVII, ciência e religião formavam um todo indissolúvel. O projeto do Iluminismo consistiu justamente em delimitar os campos do pensamento e da ação, dissociando a fé da verdade científica. Esse primado da ciência sobre a tradição e a autoridade representou, também, o primeiro passo no sentido da fragmentação do saber em inúmeras especialidades e subespecialidades, tendência que se manifestaria plenamente no século XX.

O pós-modernismo teve início no final da década de 60 e início da década de 70. Foi um movimento de natureza variável e fragmentária, provocando segundo Land (2005), alguns efeitos tais como:

a) Antifundacionalismo: surge de uma compreensão da linguagem como uma realidade em si, permitindo todas as interpretações possíveis, mesmo as mais contraditórias – todas são verdadeiras. Isto devido ao fato de a verdade não ser absoluta, podendo ser trocada por outros valores. Pós-modernistas falam freqüentemente de textos, idéias e linguagem privilegiados, cuja importância, crêem, resulta não de qualidades inerentes, mas de relações hierárquicas de poder.

b) Ênfase sobre o “outro: o pós-modernismo enfatiza o ”outro“— ou seja, grupos minoritários/marginais, tais como pessoas de cor, mulheres, homossexuais e povos do terceiro mundo que podem desafiar o “centro” ou alicerce do poder. Por isto, em geral, a literatura e a mídia divulgam o homem branco ocidental euro-americano num esforço para manter a hegemonia de poder.

c) Expressão na crítica literária: nos textos modernistas a identidade literária é fixa, enquanto no pós-modernismo, embora o texto tenha uma mesma estrutura para todos os leitores, o significado da obra reside na experiência do leitor que, por sua vez, não interpreta de forma independente, pois está inserido numa comunidade que molda

a maneira como ele compreende o texto.

Desde que a ciência se constituiu como tal, é pensada e validada pela epistemologia, ou filosofia das ciências, que consiste no estudo crítico dos princípios, hipóteses e resultados, visando determinar os fundamentos lógicos, o valor e o alcance/objetivo do saber científico. A epistemologia estabelece, portanto, os critérios de verdade, também chamados critérios de pertinência, para um domínio do conhecimento — a ciência.

A partir do Iluminismo, firmou-se uma concepção filosófica de ciência como valor em si mesma, vista como finalidade nobre e desinteressada, cuja função seria combater o obscurantismo e a superstição.

A consequência mais imediata dessa concepção de ciência diz respeito à abrangência do saber científico: passa a ser cientificamente aceitável apenas aquele conhecimento suscetível de ser traduzido em linguagem informática; a pesquisa científica fica condicionada às possibilidades técnicas da máquina, e o que transcende a essas possibilidades é descartado como não-operacional, ou seja, tudo aquilo que no saber constituído não for conversível à linguagem da máquina será abandonado. A fragmentação extrema do saber em áreas estanques, característica da cultura dita pós-moderna exclui o não-especialista e o inabilita para a tomada de decisões. O acesso à informação torna-se prerrogativa exclusiva dos especialistas de cada área e as funções administrativas progressivamente se deslocam em sua direção.

De acordo com Gellner (1992), um dos traços peculiares do saber pós-moderno é a definição das próprias regras que o legitimam — aproxima procedimentos científicos de políticos, tornando as diferenças entre ambos cada vez mais difusas; os critérios de legitimação do saber se confundem com os critérios do poder. Se na epistemologia a discussão da legitimidade se dava entre verdadeiro e falso, no campo ético esta se dá entre o que é justo e injusto, na linguagem o jogo técnico situa a discussão entre o que é eficiente e o que é ineficiente. A razão pós-moderna se opõe às categorias tradicionais da filosofia (sujeito, razão, totalidade, progresso), fazendo surgir novas categorias teóricas como; aumento de potência, eficácia, otimização do desempenho, dentre outros.

Dessa forma, a atividade científica vista tradicionalmente como ato de liberdade

do espírito humano, dá lugar a uma tecnologia intelectual subordinada a interesses. De qualquer maneira, ainda que abandone as grandes categorias iluministas, o pós-moderno não se despede da racionalidade, antes a subordina a um *a priori* histórico deslocando a razão da transcendência para a contingência (VEIGA-NETO, 1995).

Na ótica dos paradigmas que têm de um lado os iluministas e de outro os pós-modernistas, vê-se que os mesmos não operam de modos estanques e isolados, pois surge o novo pautado em pilares do antigo. O pensamento que surge não rompe totalmente com o que posto estava, ou seja, eles coexistem praticamente simultaneamente, sem constituir uma seqüência de substituições. O pós-modernismo foi alimentado por obras de vários ensaístas sobre a cultura, filósofos, teóricos da literatura, lingüistas e antropólogos (MARTINS, 2005).

Na realidade pós-moderna, no entanto, as condições de produção de arte e literatura - cultura - tomam um rumo peculiar onde a ciência se torna prisioneira do saber informático e hiperespecializado sendo reduzida à organização do conhecimento, ou seja, a maneira de organizar, armazenar e distribuir informações, passa a ser focalizada em seus limites e interesses.

Santos (1997) entende que a pós-modernidade instala-se como uma teia na paisagem moderna, onde retrata um cotidiano repleto de tecnociência, bens e serviços no qual a mídia assume um papel importante na geração de modelos e consumo.

No pós-modernismo o homem tem dificuldade de sentir, expressar/ver o cotidiano em que vive. Nele a sensação é de que o irreal está presente, assim como o vazio de um mundo cheio de perplexidade, porque só se fala em “des”, como bem ilustra Santos (1997) desencanto, desordem, descrença, deserto e outros. Assim é como se a lógica parecesse não existir e que a imaginação humana estivesse se esgotando. Ou seja, estes “des” parecem estar esvaindo com todas as ordenadas/alicerces/rumos do mundo ocidental, visto que para se organizar é necessário que se tenha identidades fixas e definidas.

A lógica do pensamento humano passa por mudanças, esta que estava baseada no “ou” passa a dar ênfase no “e”, deste modo não se pode separar nem ordenar, isto é representar o mundo onde se vive. Numa perspectiva muito pertinente, Santos (1997) afirma que a soma dos “des”, como: des-referenciação do real, des-materialização da

economia, des-estetização da arte, levará à somatória Zero, ou seja, ao esvaziamento do homem.

A crítica pós-moderna tem mostrado quão frágeis eram as pretensões uniformizadoras dos modelos anteriores, chamando a atenção para a diversidade cultural multifacetada das idéias e das ações humanas. As dimensões da posição pós-moderna influíram nas concepções gerais das ciências sociais, voltando o olhar para o vivido, o sentido, o holístico, o complexo, o dinâmico, o multirrelacional, o transcultural, o interdisciplinar...

Nessa perspectiva, a “razão pura” é substituída pelo que Maffezoli chama de “razão sensível”, a exemplo do surgimento de grupos sociais efêmeros que se apóiam na cultura do “aqui e agora”. Estes grupos passam a ser vistos como *os atores sociais no teatro da contemplação do mundo*, a alta tecnicidade/cientificidade no pós-moderno, contrastando com os livros de auto-ajuda e com o misticismo aceito e praticado por grande parcela da sociedade, em particular da classe média

Portanto, falar em "história pós-moderna" é falar de um saber histórico organizado, mas não fechado, que rompe com a proposta linear de história; um saber que passa a trabalhar com conceitos de descontinuidade, ruptura, subjetividade. É fazer uso do saber histórico não no sentido de compor grandes unidades nas quais os indivíduos possam se reconhecer, mas no sentido de encontrar a heterogeneidade, a luta entre as forças que surgem de todos os lados e que constituem novos acontecimentos. É questionar a tradição, a origem e o devir.

Neste sentido, Michel Foucault se apropria dos conceitos nietzscheanos para falar em "história efetiva"¹⁴, uma história que trabalha a descontinuidade, visão não totalizante, compreendendo que a força que se encontra em jogo na história não obedece a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta. É uma nova forma de olhar e estudar o objeto a ser historiografado, um olhar que procura a

¹⁴ A história efetiva se distingue daquela dos historiadores pelo fato de que ela não se apóia em nenhuma constância, nada do homem, nem mesmo seu corpo. A história será efetiva na medida em que ela reintroduzir o descontínuo em nosso próprio ser; ela tem o poder de inverter a relação entre o próximo e o longínquo – lança o seu olhar para o próximo, mas não teme olhar em baixo, olha do alto, mergulhar para apreender as perspectivas, desdobrar as dispersões e as diferenças, ou seja, olha para o mais próximo, mas para dele se separar bruscamente e se apoderar à distância; não teme ser um saber perspectivo – olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não, é um olhar que sabe tanto de onde olha quanto o que olha (FOUCAULT 2000a, p.26-30).

profundidade e não mais a continuidade nas "leis do devir" (MUNIZ, 2000).

Com essa nova forma de olhar para a história/acontecimentos Foucault não busca as fundações; ocupa-se em descobrir como as tramas históricas constituem os sujeitos singulares, sem interpretá-los como encarnações de um sujeito transcendental; edifica uma filosofia que sai das práticas concretas e não de uma suposta razão autofundada. Ele se recusa a fornecer verdades objetivas ou mesmo a nos mostrar qualquer coisa como uma representação, mesmo que seja de forma aproximada do mundo.

Veiga-Neto (1996) argumenta que, para o pensamento pós-moderno, o que passa a interessar é o sentido que damos ao mundo. Assim, não há uma perspectiva privilegiada a partir da qual possamos olhar e entender o mundo. O ser pós-moderno não tem a "aspiração" de encontrar uma verdade oculta do outro, o que se encontra é uma série de superfícies que se desvanecem em tênues e agitados reflexos. A verdade, pensada dessa maneira, torna-se inseparável do processo que a estabelece; a questão é saber quem pode dizer o que está sendo dito, que posição deve ocupar o sujeito que enuncia, de que lugar ele fala, a que campos de saberes ele pertence, com que outros enunciados ele se relaciona, ou seja, como se exerce o poder de produzir e definir verdades em detrimento de outras por meio das quais buscamos ordenar nossos mundos.

Nessa perspectiva ganham centralidade os pressupostos de que a linguagem e o discurso são constitutivos do social, da cultura e do sujeito. A perspectiva pós-estruturalista redimensiona a noção de cultura, tratando-a como campo de conflito e de luta, ao deslocar a ênfase de uma avaliação epistemológica (falso/verdadeiro) baseada na posição estrutural do ator social, para os efeitos de verdade inerentes às práticas discursivas (SILVA T. T. apud VARGAS 2002, p. 32).

Portanto, o pós-estruturalismo pode ser caracterizado como um modelo de pensamento, um estilo de filosofar e uma forma de escrita. Entretanto, o pós-estruturalismo não pode ser reduzido a um conjunto de pressupostos compartilhados, a um método, a uma teoria ou até mesmo a uma escola, mas deve ser pensado/concebido como um movimento de pensamento, ou melhor, uma complexa rede de pensamento interdisciplinar que corporifica diferentes formas de prática crítica (LYOTARD, 2002).

Como uma atividade que predominou na França do pós-guerra, o pós-estruturalismo trás consigo o legado das interpretações “existencialistas” da fenomenologia de Hegel, feitas por Alexander Kojève e Jean Hyppolite; a fenomenologia do Ser de Heidegger e o existencialismo de Sartre; a redescoberta e leitura estruturalista de Freud, feitas por Lacan; a epistemologia de Gaston Bachelard e os estudos da ciência de Georges Canguilhem. O movimento inaugura ainda a recepção francesa de Nietzsche, o qual forneceu as fontes de inspiração para muitas das inovações teóricas; também é inseparável da tradição estruturalista da lingüística baseada no trabalho de Ferdinand de Saussure e de Roman Jakobson, bem como das interpretações estruturalistas de Claude Levi-Strauss, Roland Barthes, Louis Althusser e Michel Foucault (PETERS, 2004).

Foucault (2000c), em uma rara entrevista a G. Raulet, na qual discute diretamente a questão do estruturalismo e do pós-estruturalismo, se declara nunca ter sido um estruturalista, mas reconhece que o problema discutido pelo estruturalismo - problema do sujeito e de sua reformulação - era muito próximo de seus interesses.

Para Foucault, as investigações estruturalistas, embora apresentassem pontos diversos sob outros aspectos, convergiam em um único ponto: sua oposição filosófica à afirmação teórica do primado do sujeito. Esta afirmação foi dominante na França desde a época de Descartes e serviu de postulado fundamental para uma ampla gama de abordagens filosóficas, dos anos 30 aos 50, incluindo o existencialismo fenomenológico e as tendências no campo da psicologia que negam o inconsciente. Contudo, ele sugere que os comunistas e outros marxistas tinham tido a premonição de que o estruturalismo estava prestes a dar um fim à cultura marxista tradicional na França e uma cultura de esquerda que não fosse marxista estava prestes a surgir.

Também foi decisiva para a emergência do pós-estruturalismo, a interpretação que Heidegger fez de Nietzsche, bem como as leituras de Nietzsche feitas por Deleuze, Derrida, Foucault, Klossowski e Koffman, desde o início dos anos 60 até os anos 70 e 80 (PETERS 2004, p. 5).

Entre os expoentes do pós-estruturalismo incluem-se Roland Barthes (no campo da crítica literária e suas ramificações sociais), Michel Foucault (história, sociologia, filosofia) e Jaques Derrida (linguagem, crítica literária, retórica). Derrida aborreceu em

especial os filósofos analíticos (os anglo-saxônicos), pelo menos os que se deram ao trabalho de ler a sua produção, por tentar mostrar que por debaixo da superfície cuidadosamente cultivada de rigor, lógica, análise e investigação desapaixonada, a filosofia analítica era uma atividade altamente tendenciosa, retórica e subjetiva. Para isso ele emprega um método conhecido como desconstrutivismo, que consiste essencialmente em mostrar que qualquer obra literária gera necessariamente, dentro de si mesma, contradição fatal, minando assim o argumento no qual se avança ostensivamente (LYOTARD, 2002).

Na perspectiva moderna, o sujeito é considerado racional, centrado, unitário, uma essência que preexiste à sua constituição na linguagem social. É racional e calculista, um ser capaz de autonomia e independência, se for conveniente educado em relação à sociedade; sua consciência é dotada de um centro, origem e fonte de todas as suas ações; essa consciência é unitária, identificando-o em referência a si mesmo.

Para Silva (1995, p. 248) o sujeito moderno *só existe como resultado dos aparatos discursivos e lingüísticos que assim o construíram*. Aquilo que é visto como essência e como fundamentalmente humano não é mais do que o produto das condições de sua constituição.

A avaliação do sujeito moderno como uma construção discursiva demonstra o deslocamento efetuado pelo pós-modernismo e pelo pós-estruturalismo: do paradigma da consciência para o da linguagem. Com esse deslocamento Foucault desenvolve o conceito de discurso no qual chama a atenção para o papel exercido pela linguagem como elemento de constituição da realidade e sua cumplicidade com as relações de poder, destacando os efeitos de verdade produzidos pela linguagem e pelo discurso. O conceito de discurso é importante para mostrar o nexos existente entre saber e poder, onde o saber não constitui o outro do poder, mas seu correlato. *O saber é movido por uma vontade de poder e o poder exige o conhecimento daquilo e daqueles que devem ser regulados e governados* (SILVA 1995, p. 249).

O caráter disciplinar da organização moderna do saber e do conhecimento é outra característica que tem sido destacada pela interrogação pós-estruturalista. Foucault demonstrou que a disciplinarização do saber e a divisão de trabalho estão no centro das relações de poder/saber, relações estas que se encontram mutuamente

implicados.

A perspectiva pós-moderna e pós-estruturalista desalojou o intelectual do seu lugar de “fonte” de autoridade e sabedoria, de intérprete esclarecido dos interesses de grupos oprimidos, para colocá-lo na mesma perspectiva de parcialidade dos outros atores sociais, onde a análise de seu discurso não é tomada como autoridade dada, mas igualmente questionado.

2.4 Método Genealógico

Para Queiroz (1999), a história genealógica de Foucault é uma história de “invenções”. Não de invenções grandiosas e sublimes, mas de mínimas e desprezíveis invenções; não é uma história de objetos que navegam serenos nas águas calmas da maturação, porque falar em genealogia é enunciar o campo de forças, as relações de poder, os jogos de saber-poder, as estratégias e os mecanismos destes jogos configurando o real.

Machado (2000) define o método genealógico como a análise do *porquê dos saberes*, que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-o como peça de relações de poder ou incluindo-o em um dispositivo político.

O método genealógico proposto por Foucault é interpretativo, mas não hermenêutico. A compreensão interpretativa só pode advir de alguém que não compartilha do envolvimento do ator, mas dele se afasta; não se constitui uma teoria geral da produção, ao contrário, o método nos proporciona uma análise interpretativa do nosso cotidiano.

O método genealógico se opõe ao histórico tradicional; seu objetivo é assinalar a singularidade dos acontecimentos, fora de toda finalidade monótona. A história genealógica trabalha com a descontinuidade, desfaz os pontos fixos, quebra as identidades e introduz o corpo na História. Ela é meticulosa, exige, portanto, a minúcia

do saber, evitando a todo custo o que está acima da história, suas significações ideais; exige paciência (FOUCAULT, 2000a).

Foucault simplesmente não fez apologia a descontinuidades, mas se propôs a discutir a seguinte questão: como é possível que se tenha em certos momentos e em certas ordens de saber, mudanças bruscas, evoluções, transformações que não correspondem à imagem tranqüila e contínua que normalmente se faz? Ele não se preocupou com o tempo ou a amplitude dessas transformações, mas sim, com a modificação nas regras de formação dos enunciados que são aceitos como cientificamente verdadeiros. Em suma se preocupou com o problema da política do enunciado científico.

Nesse sentido, afirma Machado (2000), não se trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre os enunciados científicos; qual é seu regime interior de poder; como e por que em certos momentos ele se modifica de forma global.

A genealogia é a paciente procura dos começos históricos (seus micronascimentos), lá onde não há uma identidade originária, apenas o disparate dos acasos, daquilo que já foi começado. Ela aponta em direção ao lugar onde a história ainda guarda em si seu caráter mesquinho, baixo, pouco nobre e demasiadamente modesto, ou seja, trata da proveniência, do lugar onde os acontecimentos são acasos e não causalidades; faz descobrir que *na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que nós somos – não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente* (FOUCAULT 2000. p. 21).

Assim, a genealogia quer apreender não o lento deslocar da coroa por sobre a cabeça dos príncipes, mas uma a uma, em sua própria dispersão, as feridas abertas nos corpos dos homens (inclusive os monarcas), as chagas expostas ao tempo: *ela deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo* (Ibid, p.22). A história não é devir, porém emergência: espaço sem dono do aparecimento súbito e do confronto entre os corpos e deles com o tempo – *enquanto que a proveniência designa qualidade de um instinto, seu grau ou seu desfalecimento e a marca que ele deixa no corpo, a emergência designa um lugar de afrontamento* (Ibid, p. 24).

Com esse novo olhar sobre as relações de poder, Foucault (2000d) propõe as seguintes precauções metodológicas:

- Não se trata de analisar as formas regulamentares e legítimas do poder em seu centro, mas captar o poder em suas extremidades/capilaridades. Captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam para penetrar nas instituições onde as técnicas e instrumentos de intervenção se corporificam.
- Não analisar o poder no plano da intenção ou decisão, mas, estudá-lo na sua forma externa, onde ele se relaciona com seu campo de aplicação, se implanta e produz efeitos reais. Tentar saber como foram constituídos os súditos.
- Não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo, grupo ou classe sobre a outra. O poder deve ser analisado como algo que circula que funciona e se exerce como rede, que se aplica a indivíduos e como tal torna-se um efeito e o centro de transmissão do poder.
- Não fazer uma dedução do poder partindo do centro para os seus prolongamentos mais baixos. Deve-se, antes, fazer uma análise ascendente do poder, ou seja, analisar a maneira como os fenômenos, as técnicas e os procedimentos do poder atuam nos níveis mais baixos; como se deslocam, se expandem, se modificam; mas, sobretudo, como são investidos e anexados por fenômenos mais globais.
- O poder forma e coloca em circulação um saber, ou seja, produz saberes por meio de aparelhos de verificação: métodos de observação, registros, procedimentos de inquérito e de pesquisa.

A abordagem genealógica serviu de inspiração para o desenvolvimento do trabalho e as precauções metodológicas supra citadas orientaram minha postura enquanto pesquisadora frente aos dados a serem analisados. O método não forneceu uma seqüência rígida de etapas e procedimentos a serem seguidos, mas “iluminou” o

caminho.

Nessa perspectiva a genealogia me ajudou a evitar a profundidade, a buscar a superfície dos acontecimentos, os mínimos detalhes, as menores mudanças e os contornos sutis, uma vez que o intérprete da genealogia olha as coisas à distância. Entretanto, isso não significa que os acontecimentos sejam triviais ou sem importância, mas que os significados devem ser buscados na sua superficialidade e não em profundidades misteriosas.

O genealogista não pretende descobrir entidades substanciais (sujeitos, virtudes, forças) nem revelar suas relações com outras entidades deste tipo, estuda o surgimento de um campo de batalha que define e esclarece um espaço. Por conseguinte, os sujeitos emergem num campo de batalha no qual desempenham seus papéis. O mundo não é um jogo que apenas mascara uma realidade mais verdadeira existente por trás das cenas. Ele é tal como aparece; esta é a profundidade da visão genealógica.

Escreve a história efetiva se opondo à perspectiva supra-histórica que busca totalizar a história, ao traçar seu desenvolvimento interno, identificação com o passado oferecendo a segurança de um final em direção ao qual a história se move. A genealogia aceita o fato de que não somos nada além da nossa história, e que, portanto, nunca conseguiremos um quadro total e desvinculado daquilo que somos nem de nossa história; por isso, o genealogista tem o cuidado de escutar a história em vez de acreditar na metafísica. Para ele as práticas culturais são mais importantes que as formações discursivas, a seriedade destes discursos pode ser compreendida apenas como parte de uma história que ocorre na sociedade.

A genealogia foucaultiana se caracteriza por atribuir ao saber-poder uma função positiva, indo ao encontro do mito platônico de que o acesso ao conhecimento verdadeiro nada deve à benevolência dos governantes. Foi esse mito que, no entender de Foucault, começou a mostrar que por trás de todo conhecimento, o que está em jogo é uma luta de poder (DREYFUS, 1995).

O poder político não está ausente do saber, ele é tramado com o saber. Por isso, faz parte do ofício do genealogista a tarefa de revelar o regime político inerente ao jogo enunciativo. Com a dimensão genealógica, Foucault problematizou a loucura e a doença a partir das práticas sociais e médicas, definindo certo perfil de

“normalização”; problematizou a vida, a linguagem, o crime e o comportamento criminoso a partir de certas práticas punitivas que obedecem a um modelo disciplinar.

2.5 Método Genealógico e sua aplicação na Enfermagem

Os estudos de Foucault abrem uma perspectiva de análise profícua na saúde e na enfermagem, na medida em que sua base teórica permite uma apreciação das relações de poder operantes nos serviços e ações de saúde institucionalizadas.

Ao demonstrar que as práticas estabelecidas em saúde emergem de uma rede de relações de poder e interesses, Foucault abre a possibilidade de repensar o fazer cotidiano (muitas vezes desenvolvido de forma automática) e de nos responsabilizarmos pelo momento histórico que construímos enquanto sujeitos.

Azevedo & Ramos (2003, p.291) identificaram a partir do catálogo do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem – CEPEn (2001) alguns trabalhos brasileiros que utilizaram o referencial foucaultiano para análise de seus objetos de estudo. Dentre eles destacam-se: Miranda (1987) se apoiou na microfísica do poder para apreender da prática diária dos enfermeiros no hospital, elementos que poderiam colaborar para a submissão das enfermeiras à figura do médico; Rossi (1991) utilizou o instrumental teórico de Michel Foucault para análise da reforma Carlos Chagas ocorrida na sociedade brasileira nos anos 20; Lunardi (1994) buscou clarificar como se dá o processo de formação disciplinar das enfermeiras, descrevendo as técnicas/táticas disciplinares presentes na formação discursiva deste processo; Sabóia (1995) discutiu as relações de poder que se estabelecem entre os profissionais de saúde e os diabéticos atendidos em um ambulatório especializado; Fabbro (1996) investigou a construção da identidade da enfermeira no contexto hospitalar a partir do significado da hierarquia, das relações de poder, das questões de gênero e os limites que a organização hospitalar inscreve na subjetividade da enfermeira; Lunardi (1997) apresentou algumas respostas para a forma como se dá a governabilidade na enfermagem; Padilha (1997), estudou a

prática assistencial de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX, a partir da vinda das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo ao Brasil; a tecnologia disciplinar no espaço hospitalar e o discurso do cuidado caritativo como base no processo de cuidar na enfermagem; Costa (1998) discutiu o cuidado de si como exercício estratégico do enfermeiro enquanto trabalhador responsável pelo cuidado do outro; Wendhausen (1999) problematizou o controle social requerido sobre o indivíduo pela Reforma Sanitária Brasileira a respeito da construção de uma subjetividade medicalizada em saúde e demais instâncias sociais, e Borenstein (2000) reconstruiu a história da enfermagem num hospital de Florianópolis, no período de 1953 a 1968, desvelando o tipo de assistência prestada, as relações de poder que se estabeleceram e as transformações ocorridas nesse período.

Sem dúvida, o referencial foucaultiano aponta um novo olhar para os diversos campos de atuação da enfermagem, seja no âmbito Institucional, das Políticas Públicas, Reforma Sanitária e Formação Profissional, na tentativa de entender que estratégias, lutas, saberes e práticas têm influenciado a construção dos sujeitos e o delineamento de técnicas que possibilitam a ampliação dos espaços de autonomia do cliente e da enfermagem.

Para Muniz (2000), o diferencial e impacto da contribuição foucaultiana à pesquisa sócio-histórica está na forma de problematização em que o resultado não coincide com a apresentação de um objeto desvelado em todos os seus segredos, mas a desmontagem e a apresentação das peças que entraram na composição do engenho histórico. O pesquisador não fica restrito a explicações e interpretações dos fatos, mas busca as linhas de constituição, as lutas, experiências e fatos que originaram seus limites e desenhos próprios, numa aproximação ao objeto de estudo; os discursos e práticas que são construídas e que dão suporte para a intervenção no corpo.

2.6 Aspectos Operacionais do Estudo

Apesar da postura de abertura e flexibilidade exigida do pesquisador diante dos estudos foucaultianos, algumas opções de caráter operacional foram preliminarmente

tomadas. Estas dizem respeito ao lócus e aos instrumentos de coleta e análise dos dados.

Albuquerque (2000) alerta que ao se utilizar as idéias de Foucault como ferramentas de estudo, não se pode fazer um trabalho de dissecação de fatos, utilizando o bisturi da razão para distribuir, ordenar e classificar os mesmos em torno de um eixo que explica tudo. Por isso neste trabalho a minha intenção é dar nova vida aos fatos que explicam o passado, (já apresentados em diferentes estudos) para identificar e refazer as tramas construídas em torno do corpo hospitalizado a fim de que possamos compreendê-las e buscar, se possível, outras formas de atuação/intervenção no momento do cuidado.

Fischer (1996) descreve ao longo de 13 lições sua própria experiência em trabalhar com Foucault. Na 9.^a lição, a autora demonstra o que significa aceitar a proposta foucaultiana de fazer uma análise ascendente, ela assume o trabalho operativo de descrever os discursos a partir de seus menores enunciados, recolhidos na sua realidade dispersa, captando nesses lugares as diferentes práticas a que um determinado discurso se associa.

Assim, ao invés de tomar como verdade absoluta que a enfermagem exerce um poder totalitário e dominador sobre o corpo do cliente no momento do cuidado, adotei a postura de um “caçador de tesouros” que sai em busca de pistas, imagens, coisas ditas (textos) e de visibilidades (técnicas e procedimentos gerados institucionalmente) para problematizar, promover estratégias de estranhamento, colocando sob suspeita os significados produzidos no contexto hospitalar e suas implicações para o cuidado.

2.7 Os sujeitos e seu recorte espacial

A equipe de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem) foram os sujeitos participantes deste estudo, uma vez que o cuidado prestado ao cliente não acontece de forma isolada, mas num conjunto de relações que diferentes sujeitos estabelecem entre si.

A investigação foi realizada na clínica médica de um hospital universitário, localizado na região Centro-Oeste do País. A clínica médica foi escolhida em virtude da baixa rotatividade de seus clientes (média de permanência de 20 a 25 dias) permitindo, assim, maior aproximação com a realidade e dinâmica desenvolvida pela equipe de enfermagem no desenvolvimento do cuidado. Também pelo vínculo profissional e experiência com o serviço, pois além de ter passado alguns anos prestando assistência nesse serviço, o hospital serve de campo de estágio para a Faculdade de Enfermagem na qual desempenho atividades docente-assistenciais.

2.8 Estratégias de aproximação da Instituição e dos clientes

Primeiramente o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Instituição com a solicitação de autorização para entrada em campo (Anexo 1). Após o parecer favorável do Comitê de Ética, fiz contato com a gerência do serviço de enfermagem para informar sobre a minha inserção na clínica e apresentar os objetivos do trabalho. Em seguida me dirigi à enfermeira da unidade e sua equipe para apresentar o projeto, seus objetivos e ressaltar a importância da contribuição de todos na pesquisa.

Expliquei que as informações obtidas seriam utilizadas na construção da tese, suas identidades estariam sendo preservadas mediante a identificação por categoria profissional e que se estivessem de acordo deveriam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), o qual foi assinado por todos. A identificação dos clientes foi mantida em sigilo mediante a utilização de nomes pessoais fictícios.

A partir desse momento começou o período que denominei “aproximação com o campo”. Essa aproximação levou aproximadamente um mês e meio, ou seja, 45 dias, o tempo em que o projeto passou pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição.

Essa aproximação com o campo foi importante, pois, apesar de a instituição ser conhecida passei os últimos três anos afastada em processo de capacitação profissional. Esse momento se caracterizou por um “olhar inquieto”, atento a todos os

movimentos, na tentativa de captar as relações entre os membros da equipe de enfermagem, enfermagem/equipe médica, enfermeiro (a)/cliente, principalmente no momento do cuidado. A aproximação com os clientes aconteceu de forma gradativa, mediada pelo diálogo, intuição e empatia, pois *compreender o pensamento do outro é penetrar no seu mundo, sua presença e sua vida. Para tanto se faz necessário uma comunhão com quem fala, um ouvir olhando para o outro, envolvendo-se com ele, sendo tomado pelo seu gesto lingüístico* (CARVALHO 1987, p. 40).

No primeiro dia fiz um levantamento do número de clientes internados na clínica, o período de internação e as condições gerais de cada um com as informações contidas nos prontuários para se ter um panorama geral da unidade e estabelecer estratégias de trabalho. Observei situações que envolviam o cuidado com os clientes, a circulação das pessoas pelos espaços físicos da clínica, atuação dos profissionais em interações que se estabeleciam com clientes/equipe de enfermagem e a organização e dinâmica da assistência ao cliente na instituição.

Optei por ir ao hospital de roupa colorida e utilizar jaleco branco, me identificando junto à equipe de saúde e clientes como sendo enfermeira que já trabalhara ali e que, no momento, estava realizando uma pesquisa de doutoramento. Dessa forma definia meu papel de pesquisadora e observadora, conforme orientação de Minayo (1994, p. 142), *o pesquisador deve deixar claro para si e para o grupo sua relação temporária com o campo*.

Assim, após alguns dias, minha presença na clínica já era tida como “natural”, entrava e saía do posto de enfermagem, enfermarias, salas de prescrição médica, dentre outros locais, sem despertar curiosidade e/ou causar constrangimento, quer por parte dos clientes ou da equipe de saúde.

2.9 Procedimentos de Coleta, Registro e Sistematização dos Dados

A escolha das técnicas de trabalho de campo deve estar relacionada à natureza do problema a ser estudado. Neste estudo, foram utilizadas as técnicas de: observação, entrevistas/diálogos informais para tirar dúvidas, análise de documentos como os

prontuários dos clientes (80 prontuários), os livros de registro de passagem de plantão dos enfermeiros (6 livros), no período de 2000 a 2003 e o Manual de Normas e Procedimentos de Enfermagem das unidades de internação Clínica Médico – Cirúrgica.

A observação é uma técnica muito utilizada em pesquisa qualitativa, já que permite obter a informação no momento em que ocorre o evento e o observador tem a oportunidade de registrar a situação estudada tal como acontece naturalmente.

Entretanto, para que a observação adquira rigor científico ela deve obedecer aos seguintes critérios: ser realizada de forma atenta, voltada para os eventos relacionados com a questão de pesquisa; precisa e minuciosa em seus detalhes como falas, gestos, relações entre pessoas; descrita de forma objetiva; ser exata e completa na anotação do fato como realmente aconteceu, pontuando tempo, local, acontecimento em si, pessoas envolvidas, enfrentamentos, fatos inusitados; devendo ainda ser sucessiva e metódica para identificar as conexões entre os diferentes momentos observados (LEOPARDI 2001b, p. 195-196).

Lüdke & André (1986) destacam a importância que o observador exerce no desenvolvimento da pesquisa, por isso sugerem um preparo tanto material quanto pessoal, definindo *o quê e como observar*. Quanto ao preparo pessoal, não foi para mim tarefa difícil uma vez que já havia realizado trabalhos prévios, cuja observação de campo se configurou como etapa metodológica; a experiência adquirida contribuiu para a sua aplicabilidade nesta tese.

Segundo Alves-Mazzotti (1998), a observação possui vantagens e desvantagens. O autor aponta como vantagens o nível de conhecimento ou da capacidade verbal dos sujeitos “chegar”, na prática, a sinceridade de certas respostas que, às vezes, são dadas só para causar “boa impressão”; identificar comportamentos não-intencionais ou inconscientes e explorar tópicos que os informantes não se sentem à vontade para discutir; fazer o registro do fato/comportamento em seu contexto temporal-espacial.

Por outro lado, as desvantagens estão relacionadas à abrangência - abrange apenas seus próprios limites temporais e espaciais, isto é, eventos que ocorrem fora do período de observação não são registrados; economia - é uma técnica pouco econômica, pois exige muitas horas de trabalho do pesquisador.

A observação foi realizada no período de novembro de 2002 a fevereiro de 2003. Nos dois primeiros meses compareci à clínica de segunda a sexta-feira, realizei observações diárias de 2 a 3 horas, no período matutino, pois, é neste período que a maior parte dos cuidados são desenvolvidos. Nos meses subsequentes voltei à clínica esporadicamente para aprofundar questões que ainda não estavam totalmente compreendidas, perfazendo um total de 120 horas de observação.

Todas as observações realizadas foram registradas em Diário de Campo, imediatamente após as situações observadas. Não tive dificuldades em registrar as observações no momento em que os fatos ocorriam, acredito que por se tratar de um hospital-escola o registro das atividades é encarado com naturalidade por todos, inclusive clientes e seus familiares. Os registros do diário de campo foram digitados e agrupados sequencialmente.

Após leitura exaustiva das observações contidas no diário de campo montei um quadro denominado “notas reconstitutivas”¹⁵ a partir do seguinte questionamento: De que modo o corpo está sendo construído aqui? Ao tentar responder a essa questão comecei a me aproximar do referencial teórico e a desvelar o objeto de estudo.

Outros instrumentos também foram utilizados para coleta de dados, dentre eles, os prontuários dos clientes e o livro de registro de passagem de plantão dos enfermeiros da clínica. Os documentos são fontes importantes de informações que podem subsidiar a fundamentação de uma pesquisa ou complementar dados obtidos por meio de outras técnicas; dentre as inúmeras fontes documentais temos: jornais, registros estatísticos, revistas, arquivos históricos, pareceres, regulamentos, normas, rotinas e os prontuários hospitalares (LUDKE & ANDRÉ, 1986).

Os prontuários forneceram dados acerca do cliente - identificação pessoal, procedência, condições socioeconômicas, atividade profissional, manifestações clínicas, diagnóstico, terapêutica instituída, cuidados executados, dentre outros. No livro de passagem plantão da clínica obtive informações acerca das hierarquias que se estabelecem na estrutura hospitalar (solicitações/encaminhamentos administrativos), relações médico/enfermeiro, médico/cliente e relatos que revelavam os bastidores e

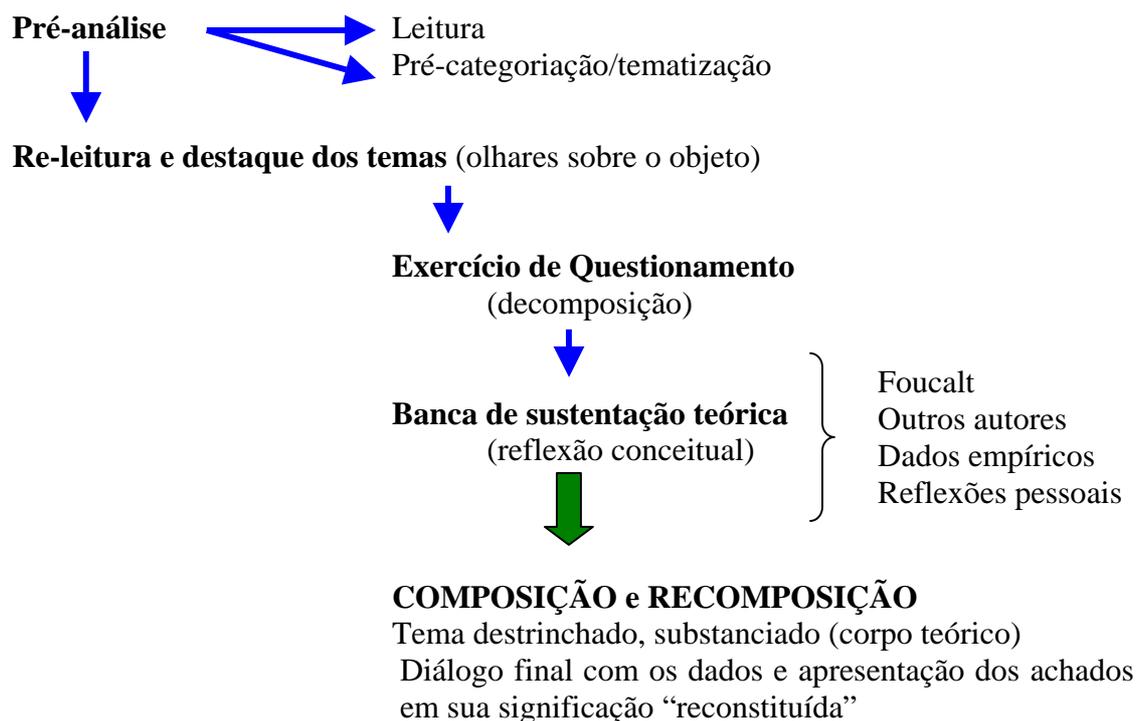
15 Notas reconstitutivas - são notas em que eu coloco a interpretação pessoal, de forma livre e ou associada à literatura no sentido de me aproximar da compreensão de como o corpo está sendo construído nos diferentes momentos do cuidado.

redes de poderes instituídos no hospital, a partir de cenas e registros descritos por enfermeiros. Esses registros passavam pelo “filtro” dos enfermeiros, susceptíveis às dificuldades das condições de trabalho, relações interpessoais, emoções vividas por cada um no momento do registro. Isso não significa dizer que o fato de o enfermeiro fazer o seu registro de forma “filtrada” seja algo ruim ou que tenha prejudicado o estudo, pelo contrário propositalmente era interessante ver que tipo de informação é filtrada/dirigida para aquele canal.

Por isso, mesmo reconhecendo que se trata de informações filtradas e selecionadas a partir das perspectivas dessas pessoas e que representam informações sintéticas daquilo que consideram mais relevantes para aquele momento sobre determinadas circunstâncias, era importante ver exatamente isso, que filtro era aquele que ele estava privilegiando.

2.10 Análise dos Dados

Os dados foram analisados com base no referencial foucaultiano, especialmente inspirados na orientação genealógica, obedecendo ao percurso sintetizado no esquema a seguir:



Dessa forma pode-se dizer que o trabalho foi desenvolvido seguindo etapas: pré-análise (leitura e pré-categorização), re-leitura e destaque de temas, exercício de questionamento, sustentação teórica, composição/recomposição. Vale ressaltar que esta é uma divisão didática, tem por objetivo apresentar ao leitor o movimento realizado pelo pesquisador no processo de organizar e reorganizar, inúmeras vezes, os dados colhidos.

A pré-análise foi constituída de leitura exaustiva do material empírico na tentativa de identificar como se construiu os saberes sobre o corpo e sua relação com o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro. Em seguida passei a pré-categorizar/tematizar os achados com base em categorias teóricas pré-definidas, principalmente, a relação saber-poder, constituição do discurso de saberes, corpo e cuidado, e categorias empíricas que foram surgindo na medida em que os dados foram sendo destrinchados, apontando novas facetas e questões sobre o objeto.

A partir do questionamento “de que modo o corpo está sendo construído aqui?” busquei dar visibilidade à dinâmica do trabalho e à produção de corpo no cuidado. Com base nos questionamentos foi possível estabelecer um diálogo entre o referencial teórico, Michel Foucault, outros autores, dados empíricos e reflexões pessoais registradas nas notas reconstitutivas, para, em seguida, desenvolver o processo de composição e recomposição do tema destrinchado, agora com base teórica, estabelecendo um diálogo final com os dados, apresentando os achados em sua significação “reconstituída”, visto que a significação não é literal, mas a significação atribuída pelo pesquisador.

Sempre haverá variados significados ao objeto e à realidade observada, eu reconstituí os “quadros”, “retratos” desta realidade com o “meu olhar” que traz consigo vivências influenciadas por um referencial que é próprio.

As categorias e sub-categorias analisadas foram:

- **O ritual de internação;**
- **O corpo examinado;**
- **O cuidado de enfermagem e sua dinâmica no espaço hospitalar:**
 - **Cuidado desenvolvido em parcelas,**
 - **O cuidado de enfermagem é administrado,**

- **O cuidado é rotinizado,**
- **O cuidado põe em jogo os diversos interesses profissionais, visões, posições e poderes.**



"La visita al hospital", y fue realizado en 1.897 por el pintor español Luis Jiménez Aranda.

CAPÍTULO 3

A 'RE-CONSTRUÇÃO' DO CORPO
NO HOSPITAL

3 A ‘RE-CONSTRUÇÃO’ DO CORPO NO HOSPITAL

(...) os eventos não existem como dados naturais, bem articulados entre si, obedientes às leis históricas e esperando para serem revelados pelo historiador bem munido; (...) um evento só ganha historicidade na trama em que o historiador concatena-o, por isso, ao invés de partirmos em busca da síntese e da totalidade, deveríamos aprender a desamarrar o pacote e mostrar como fora construído, efetuando a “descrição da dispersão” (RAGO 1995, p.5).

São dez horas da manhã, o telefone toca e ao atendê-lo a enfermeira recebe a solicitação de vaga para a internação, ela faz algumas perguntas em relação ao sexo, idade e provável hipótese diagnóstica para avaliar a disponibilidade de leitos na unidade e em seguida informa ao residente sobre a existência da vaga e que o cliente só deverá ser conduzido para a clínica no momento em que o prontuário já estiver montado. A partir desse momento começa a se desenvolver uma série de ações articuladas, no sentido de fazer cumprir as etapas preconizadas pela instituição durante o procedimento de internação tanto na área administrava quanto assistencial – na clínica. Na área administrativa o residente/aluno preenche a solicitação de AIH (Autorização de internação hospitalar) e encaminha para o registro montar o prontuário, após essa etapa o cliente passa pelo serviço social recebe orientações sobre os horários de visitas, a restrição de alimentos e pertences pessoais, complementa algumas informações socioeconômicas para posteriormente ser conduzido à clínica.

Na clínica a enfermeira solicita aos auxiliares que preparem o leito para receber o cliente, este após alguns minutos se apresenta na unidade acompanhado pelo funcionário do registro e de um familiar. Imediatamente o auxiliar o conduz até a enfermaria/leito e lhe oferece a roupa do hospital, reforça as orientações quanto ao horário de visita e encaminha-o ao banho. Após o banho verifica os sinais vitais e pergunta sobre a causa de sua internação, queixa principal e registra no prontuário. Daí por diante cada profissional médico, enfermeiro, nutricionista, dentre outros, se aproximará do mesmo para examiná-lo, tocar o seu corpo, realizar procedimentos que, de alguma forma, contribua para a identificação de seu problema, de sua doença e, conseqüentemente, para o estabelecimento de condutas terapêuticas.

Como pode ser observado neste pequeno relato, a partir do momento em que o cliente passa a ser considerado “internado” e adentra ao mundo do hospital, sua rotina, seus hábitos e sua vida ganham novas dimensões.

Para nós, profissionais da saúde, o universo do hospital se torna tão familiar a

ponto de não nos causar “estranhamento” as múltiplas cenas de dor, sofrimento e angústia pelas quais passam os clientes. Como enfermeira e, posteriormente, como docente de enfermagem sempre estive presente no hospital, seja desempenhando atividades assistenciais ou acompanhando alunos em atividades práticas de ensino, o que de certa forma me aproximou do “mundo do hospital”. Este mundo possui uma dinâmica própria, a qual, mediante a atuação de seus personagens (médico, enfermeiro, assistente social, cliente, dentre outros) nos mais variados cenários, revela o trajeto que o corpo percorre dentro da estrutura hospitalar, a forma de cuidar e de perceber este corpo.

O exercício de olhar/refletir sobre o mundo do hospital, as experiências vivenciadas nesse contexto, implicou, necessariamente, em defrontar-me com as incertezas, armadilhas, jogos de poder dos quais participamos e de problematizar todo e qualquer esquema de verdade e seus possíveis desdobramentos em suas relações com o cliente que recebe o cuidado de enfermagem, a rede de poder instituída, autorizando-nos a tocar, manipular este corpo e o saber construído a partir deste corpo.

Nesse sentido, apresento o “trajeto” que o corpo percorre no contexto hospitalar: entrada no hospital, o momento da internação, a chegada na clínica e os primeiros toques no corpo por meio do exame, tendo como ponto de partida a realidade concreta observada e o seu cotejamento com o processo histórico de construção do corpo na medicina e na enfermagem.

3.1 O Hospital e um “Hospital em Especial”

O Hospital Universitário da Região Centro-Oeste nasceu da inspiração dos profissionais dos cursos da área da saúde, uma vez que os alunos necessitavam de um campo próprio de trabalho para estágio profissionalizante, o que implicava na construção de uma estrutura hospitalar compatível com a crescente demanda.

Em 1982, o magnífico reitor criou uma comissão para obter junto ao Governo Estadual a cessão de uso do espaço de um antigo e desativado hospital para a

Universidade, com o propósito de transformá-lo em hospital universitário. No mesmo ano, o governador sancionou a Lei Estadual nº. 4.503, de 26 de agosto e o Decreto nº. 2.045 de 14 de setembro de 1982 firmando o Contrato de Concessão de Uso da referida instalação, transformando-o em Hospital Escola. Repassa, neste ato, todos os equipamentos ora existentes na unidade hospitalar.

A estrutura física cedida contava com 5.791,82 m² de área construída, 74 leitos para internação, alocado numa área total de 27.798 m². Em 21 de Novembro de 1983, o Conselho Diretor da Universidade com a aprovação do Presidente da República e pela Resolução 94/CD/83, realiza, em caráter de excepcionalidade, a abertura de concurso público a fim de contratar pessoal para organizar, planejar e implementar o funcionamento do hospital. Este fica vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, sendo inaugurado em 31 de julho de 1984.

Os serviços de Enfermagem e de Nutrição em sua totalidade eram compostos por docentes que desenvolviam atividades docente-assistenciais num sistema de rodízio. Entretanto, nos últimos anos ocorreu a contratação de profissionais enfermeiros e nutricionistas não docentes (denominados técnicos), para atender às necessidades desses serviços. Os docentes ficaram restritos aos cargos de gerências e chefias de serviços em decorrência do crescente número de afastamentos para capacitação em nível de mestrado/doutorado e pelo processo de reestruturação/implantação da nova estrutura curricular, o que exigiu maior número de docentes no ensino de graduação.

Atualmente, a equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem distribuídos nos períodos matutino, vespertino e noturno, possuem diferentes vínculos empregatícios; alguns funcionários pertencem ao quadro de servidores da Universidade, outros são cedidos ao hospital pelas Secretarias Estadual e Municipais de Saúde ou ainda, voluntários¹⁶. Essa situação é decorrente da ausência, nos últimos oito anos, de concursos públicos nas universidades para o preenchimento dos cargos/funções em vacância.

16 Voluntários são profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem que concluíram seu curso profissionalizante e prestam serviços ao hospital sob supervisão do enfermeiro da clínica para adquirir experiência profissional e habilidade manual; não possuem vínculo empregatício, trabalham por um período determinado de tempo (3- 6 meses) de segunda a sexta-feira e recebem somente vale – transporte.

O serviço médico se organiza de forma similar, mantendo as chefias de clínicas vinculadas diretamente à Faculdade de Medicina. A equipe médica, em sua maioria, é composta por docentes da Faculdade de Ciências Médicas, estes desenvolvem atividades docente-assistenciais de forma concomitante, contam com a participação de médicos residentes, em todas as áreas básicas e alunos do 5º e 6º ano de medicina (interno).

A estrutura física do hospital é horizontal, sua capacidade operativa é de 118 leitos, 03 salas para cirurgia geral, 02 salas de centro obstétrico, 02 salas de pequenas cirurgias para atendimento ambulatorial, 38 consultórios ambulatoriais, serviço de pronto atendimento adulto, pediátrico e obstétrico, 01 unidade de terapia intensiva neonatal, com 10 leitos, que atendem neonatos de gestantes de alto risco do serviço de ginecologia e obstetrícia do hospital, clínica médica, cirúrgica, pediátrica, ginecológica e, nos próximos meses deverá ser inaugurada a unidade de terapia intensiva de adulto com capacidade para 8 leitos. Possui ainda serviços de apoio diagnóstico por meio de imagens (RX, Ultra-som, endoscopias), laboratórios clínicos e de anatomia patológica, banco de sangue, cozinha, refeitório, lavanderia, um anexo didático com salas de aula, biblioteca e auditório.

Após sua criação, a estrutura organizacional do hospital sofreu basicamente duas alterações, a primeira em 1985 com a implantação do Plano de Cargos e Salários (PCS) e a segunda, em 1991 quando o hospital passou a se configurar como órgão suplementar vinculado diretamente à Vice-Reitoria, constituindo-se de Diretorias, Gerências, Seções, Serviços e Comissões.

Atualmente a estrutura organizacional do hospital apresenta a seguinte conformação básica: Superintendência, Diretoria Administrativa – composta pelas Gerências Financeira, Material e de Serviços Gerais, Diretoria Clínica (cargo normalmente ocupado por profissional médico) – se compõe da Gerência de Enfermagem, Nutrição e Dietética, Serviço Social e a Diretoria de Informática/Instrumentalização.

A estrutura gerencial do hospital assume as mesmas características da Universidade, ou seja, a ocupação dos cargos se dá por processo eletivo direto com a participação dos docentes, funcionários e discentes. São elegíveis os cargos de

Superintendente, Diretor Clínico e Administrativo, Gerentes de Enfermagem e Nutrição.

A Gerência de Enfermagem é composta pelos Serviços de Enfermagem Materno-Infantil, Médico-Cirúrgica, Enfermagem Ambulatorial e Educação Continuada. Durante muito tempo esses cargos foram ocupados exclusivamente por docentes da Faculdade de Enfermagem e Nutrição, atualmente, somente a Gerência de Enfermagem é ocupada por docente, os serviços de Materno-Infantil e Médico-Cirúrgica estão sob a direção de enfermeiros (técnicos) que compõem o quadro de enfermagem do hospital.

O afastamento dos docentes de enfermagem do hospital, embora motivada pela reestruturação curricular/capacitação em nível de mestrado/doutorado, alterou sua estrutura administrativa e assistencial. Isso refletiu diretamente na qualidade da assistência prestada, pois com a rotatividade de enfermeiros na clínica, algumas rotinas se perderam e até mesmo a metodologia da assistência de enfermagem deixou de ser executada. Atualmente, os serviços estão passando por um processo de reestruturação e resgate de condutas/rotinas consideradas fundamentais para o bom desempenho do trabalho tais como: passagem de plantão junto ao leito dos clientes, estabelecimento de critérios para acompanhantes, implementação da metodologia da assistência de enfermagem.

Apesar de ser um hospital universitário, possui, assim como os demais hospitais, a dimensão racional/finalista fortemente arraigada nos seus princípios norteadores, principalmente por se prestar, entre outras finalidades, a campo de estágio para os cursos da área da saúde (enfermagem, medicina e nutrição). Esta dupla finalidade (prestar assistência à saúde e servir de campo de estágio) faz com que o hospital traga consigo, as amarras burocráticas das instituições públicas de ensino e de saúde. No entanto, sua estrutura administrativa, embora embasada em uma hierarquia vertical bastante definida teoricamente, contando com organograma e regimento próprios, apresenta, nas relações cotidianas, a plasticidade e informalidade comum às organizações consideradas de pequeno porte.

Administrativamente, o hospital se comporta como “empresa de saúde” trazendo em seu bojo princípios gerais que evidenciam sua aderência ao modelo

funcionalista/burocrático, ao desenvolver ações no sentido de aumentar a produtividade e, conseqüentemente, a arrecadação de verbas, a economia (de tempo, espaço, energia, movimentos, sentimentos e de dinheiro) e a racionalização na aplicação dos recursos financeiros, materiais e humanos.

Diferentemente de uma casa, onde os espaços estão divididos basicamente em sala, quarto, cozinha, área de serviço, etc, o hospital, organiza seu espaço em enfermarias dispostas lado a lado ao longo de um corredor, posto de enfermagem, salas para laboratórios, Rx, farmácia, como também, salas para a área administrativa.

A clínica médica, foco de observação deste estudo possui trinta leitos, estes não são fixados por especialidades clínicas, sendo comum a internação de pessoas doentes para elucidação diagnóstica e tratamento. Dentre os doentes da clínica há um número considerável de pessoas cujo estado de saúde pode ser considerado grave (doenças crônico-degenerativas em estado adiantado), fato este que contribui para o aumento do período de hospitalização, reinternações e óbitos.

A clínica é composta por quatro enfermarias e uma unidade de isolamento que se localiza no corredor paralelo, dentro da mesma estrutura física. Cada enfermaria possui seis leitos, sendo três de um lado e três do outro, ao lado de cada leito uma mesinha de cabeceira, algumas cadeiras para que o acompanhante possa permanecer junto ao seu familiar, banheiro com chuveiro, vaso sanitário e um lavatório, nem sempre em boas condições de funcionamento.

A unidade de isolamento destinada ao tratamento de doenças infecto - contagiosas e portadores do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), é composta por cinco quartos de um único leito, um desses fica reservado ao atendimento de clientes em situações de urgência/emergência, tratamento de doentes em estado grave ou ainda àqueles que necessitam de observação contínua em virtude de o hospital não contar, até o momento, com a Unidade de Terapia Intensiva para Adultos, os doentes graves são assistidos nas próprias clínicas em que estão internados.

O espaço físico assistencial da clínica abriga ainda salas destinadas à guarda de equipamentos (carrinhos de curativos, cilindro de oxigênio, aspirador portátil), de exames e de expurgo. O posto de enfermagem é pequeno e está subdividido em três áreas: central – área de circulação geral da enfermagem e demais membros da equipe

de saúde, este espaço contém um balcão com gavetas onde se guarda os impressos, é o local onde a enfermeira e sua equipe faz a prescrição/anotação de enfermagem; à direita o preparo das medicações e à esquerda, uma pequena área com armário no qual são acondicionadas as roupas a serem utilizadas pelos clientes e um pequeno estoque de material de consumo (seringas, scalp, agulhas, sondas, etc) utilizado na clínica.

Embora sua estrutura física não seja suficientemente grande, a clínica ainda foi subdividida para abrigar o espaço acadêmico-administrativo da medicina, ou seja, salas para prescrição de internos e residentes, repouso para o docente médico e chefia médica da clínica.

Nesta pequena caracterização da clínica médica, fica evidente que a área destinada aos clientes e ao desenvolvimento do seu cuidado é pequena se comparada com os espaços destinados às atividades acadêmico-administrativas, especialmente a área ocupada pela medicina, não só na clínica, como também em todo o hospital.

A distribuição física e simbólica dos espaços no hospital não ocorre por acaso ou de forma neutra; ela é política e obedece a uma racionalidade - o “status” que a classe médica ocupa dentro da estrutura hospitalar. Nesse sentido Fischer ressalta que,

a atribuição do espaço se efetua segundo um princípio que reflete, entre outros aspectos, o sistema hierárquico na sua alocação. Assim, quanto mais se sobe em grau dentro desse sistema, tanto mais o tamanho e o valor do espaço são importantes, constituindo o vetor das orientações que o poder lhe imprime. O comportamento humano exerce sobre o espaço um domínio físico ou psicológico, quando não ambos, de maneira que a dominação se dá no momento em que se pode determinar e agir a tal ponto que os lugares passam a ser incorporados às representações e às condutas (FISCHER, 1993, p. 83).

A apropriação simbólica dos espaços no hospital pelos profissionais da saúde, principalmente os da área médica, revelam o poder que estes profissionais exercem na dinâmica hospitalar, ao delimitar sua área de “poder”, de controle, onde somente pessoas credenciadas possam ter acesso. É comum ver os médicos e seus respectivos alunos circularem por todas as áreas/espaços do hospital com total desembaraço; se sentem tão à vontade que muitas vezes podemos encontrá-los sentados sobre o leito do cliente, balcões e/ou mesas. Aos demais membros da equipe de saúde em particular, à

equipe de enfermagem, algumas restrições já estão simbolicamente instituídas, estes circulam livremente pelos corredores, enfermarias, postos de enfermagem, farmácia, laboratórios, Rx, dentre outros espaços, e de forma restrita, em áreas destinadas à medicina como, por exemplo, sala de prescrição de internos/residentes e sala da chefia médica. Nestes locais o acesso da enfermagem se dá em situações consideradas especiais tais como: tirar dúvidas quanto à prescrição médica, encaminhamentos de exames, solicitar esclarecimentos sobre o diagnóstico/prognóstico dos clientes.

Entretanto, se se levar em consideração a área de circulação do cliente identifica-se que esta se mostra mais reduzida ainda, sua circulação é permitida somente na enfermaria onde se encontra sua cama e no corredor que lhe dá acesso, sendo pouco tolerada sua presença/permanência até mesmo no posto de enfermagem. A restrição do espaço físico imposta ao cliente nem sempre é bem aceita. Ao tentar romper esses limites alguns clientes são rotulados como “impertinentes e inoportunos”, “rebeldes” e passam a ser vistos pela equipe de saúde com outros olhos, podendo até mesmo criar resistência na condução do tratamento.

Sr João até hoje não aprendeu que é proibido entrar no posto para pegar roupa (Registro de observação – auxiliar enfermagem).

Não sei o que tanto esses pacientes caminham pelo hospital, na hora da medicação a gente tem que sair procurando (Registro observação – técnico enfermagem).

Os clientes, às vezes, se referem ao hospital como uma “prisão”, em virtude da restrição de liberdade e pelo pouco espaço que ocupam, pois o único espaço externo às enfermarias a que têm acesso é a chamada área externa ou “pracinha”, que na verdade se resume a um corredor com aproximadamente trinta metros de comprimento por dez de largura, localizado entre as clínicas médica e cirúrgica. Na pracinha há bancos de cimento e algumas árvores, no entanto, devido ao calor intenso essa área se torna pouco atrativa sendo mais utilizada por clientes que sentem necessidade de conversar com outras pessoas ou fumar.

A preocupação com a delimitação/controle do espaço físico individual e coletivo pode ser verificada desde o início do século XVIII. Nesse período surge a

medicina social, que passa a instituir medidas/modelos de intervenção (polícia médica – Alemanha, sistema de urbanização – França e o modelo medicina da força de trabalho – Inglaterra) com o objetivo de controlar os diferentes fenômenos epidêmicos e endêmicos que ocorriam nas comunidades. O controle se dava por meio da observação e registro dos doentes, esquadramento do espaço a fim de fixar o doente numa determinada área (casa, rua, região, bairro) e até mesmo a construção de um cordão de isolamento sanitário nas cidades — isolar o pobre para não contaminar os ricos (FOUCAULT 2000a).

Com a organização do espaço físico da cidade, o hospital assumiu papel de destaque, de asilo para pobre e local para se morrer se transformou em espaço de observação, tratamento e cura das doenças. Dessa forma, o hospital além de instrumento de cura passa a ser terapêutico, distribuindo os doentes de maneira mais organizada e disciplinada,

Pode-se dizer que a disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes, uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial); é orgânica (pela codificação das atividades); é genética (pela acumulação do tempo); é combinatória (pela composição das forças). E para tanto, utiliza quatro grandes técnicas: constrói quadros, prescreve manobras, impõe exercícios, enfim, para realizar a combinação das forças, organiza “tática” – arte de construir, com os corpos localizados, atividades codificadas e as aptidões formadas; aparelhos em que o produto das diferentes forças se encontra majorado por sua combinação calculada, é sem dúvida a forma mais elevada da prática disciplinar (FOUCAULT, 1996, p.150).

Ao avançar em suas análises, Foucault (1996) afirma que a disciplina procede a distribuição dos indivíduos nos espaços, sendo utilizado para isso diversas técnicas: as localizações funcionais criando espaço útil para vários usos; o controle das atividades (horários previamente definidos para o desenvolvimento das atividades - técnica ainda hoje muito utilizada, presente nas rotinas de banho, de medicação, dentre outras); a composição das forças e a observação médica mediante o exame físico. No entanto, com o passar do tempo a técnica de observação se reafirma sobre as demais, uma vez que o espaço corporal passa a ser metodicamente investigado em sua relação com os

fenômenos da doença. Isso fez com que os movimentos, a identificação e isolamento dos doentes contagiosos no hospital fossem controlados a ponto de individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, a vida e a morte, constituindo assim, um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas.

Essa realidade é vivenciada diariamente nos hospitais, pois seus espaços continuam sendo organizados e disciplinados para receber apenas um corpo doente, ou seja, um substrato onde a doença se instala e se manifesta; restando ao cliente a ocupação de um lugar e o cumprimento de normas e rotinas instituídas pela instituição.

Após receber a solicitação de internação a enfermeira de acordo com o sexo, disponibilidade de leito e estado de saúde determina o local que deverá ser ocupado pelo cliente. Quando este chega à clínica seu espaço já está determinado, imediatamente é conduzido até o leito dando início aos procedimentos de rotina (verificar sinais vitais, conduzir ao banho, orientar horário de visitas, etc).

3.2 O corpo internado – a entrada na Instituição

O hospital estudado está vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e recebe clientes provenientes da cidade, regiões circunvizinhas e de outros Estados, em particular da região norte do País para o atendimento às suas necessidades de saúde. Por isso, é grande o número de pessoas que procuram os ambulatórios médicos do hospital, em busca de atendimento e resolução para os seus problemas de saúde.

O hospital consegue atender a uma parcela relativamente pequena desta população, restando um número considerável de clientes que retornam para suas residências sem qualquer atendimento. Essa situação faz com que o cliente antes de entrar na estrutura hospitalar trave uma luta com a burocracia institucional na tentativa de romper barreiras pré-estabelecidas (consultas e exames prévios, disponibilidade de leito, estado de saúde, etc) para ser considerado eleito, “credenciado” para adentrar ao hospital.

A primeira barreira a ser vencida se refere à marcação de consultas. Diariamente desde as primeiras horas da manhã 5:30h, 6:00h, ou até mesmo antes do amanhecer (algumas pessoas chegam a dormir no pátio externo do hospital), já é possível observar uma concentração de pessoas na porta do hospital aguardando o início do atendimento.

Às 7:00 horas um funcionário se coloca diante do hall de entrada do hospital, considerado como sala de espera, e vai perguntando o que cada pessoa deseja. As que vão realizar exames ou que trouxeram amostras de material são encaminhadas para o laboratório, as que estão com consultas agendadas são conduzidas aos ambulatórios, outras formam uma grande fila em frente à central de marcação de consultas, as quais, após agendamento, devem retornar ao hospital no dia marcado.

Antes da internação propriamente dita, o cliente realiza consultas clínicas e/ou especializadas, exames laboratoriais e radiodiagnósticos, ou seja, o “corpo passa de mão em mão” até encontrar o seu destino, que pode ser o acompanhamento ambulatorial ou a internação.

Além de passar “de mão em mão”, o período pré-internação é moroso e prolongado, pois nem sempre há vagas para realização de exames, consulta com especialista ou leito hospitalar disponível, o que revela as deficiências e sujeição destes clientes ao sistema público de saúde. Alguns clientes se sentem tão indignados que desistem do seu tratamento, recorrendo ao hospital em situações mais graves.

Como em todas as instituições hospitalares, o “ritual de internação” começa com a consulta médica, seja no ambulatório ou no pronto atendimento de adulto (PA) e culmina com a indicação de hospitalização, revelando assim uma das extremidades da rede de poderes e saberes que se encontra instituída na estrutura hospitalar – a hierarquia existente entre os profissionais de saúde e os serviços, como pode ser observado no seguinte registro de observação;

A admissão do cliente na clínica médica geralmente acontece por indicação do professor/residente/interno via pronto atendimento de adulto (PA), ambulatório da referida clínica ou mediante transferências de outras instituições de saúde, mais especificamente do interior do Estado. Constatada a necessidade de internação entra-se em contato com a enfermeira para saber sobre a disponibilidade de vagas e solicita ao serviço de registro a abertura do prontuário (Notas de observação)

O fato de o professor, residente ou aluno de medicina ser responsável pela indicação da internação revela que há um nível de conhecimento e preparo diferenciado entre os profissionais da saúde e até mesmo entre os integrantes da mesma categoria. Na medicina, por exemplo, a aquisição de conhecimento está estruturada num ciclo básico de cunho fortemente biológico, onde, a partir de um conjunto de informações a serem transmitidas pelos professores e aprendidas pelos alunos, se dá o preparo para o contato com o corpo. Este preparo acontece no desenvolvimento do próprio trabalho, mais especificamente, no período de internato, quando o aluno tem contato mais próximo e constante com o doente, observando aquilo que funciona ou não no corpo, ou seja, ao lidar com o corpo, os alunos vão se tornando/se transformando em profissionais médicos.

A enfermeira, embora possua conhecimentos sobre o cuidado com o corpo, no momento da internação assume o papel de intermediadora e coordenadora do fluxo de doentes na clínica, é ela quem sabe se tem vaga ou quando vai ter, determina o momento de encaminhar o cliente à clínica e de distribuí-lo no espaço hospitalar.

O caminho a ser percorrido pelo cliente desde a chegada até a sua saída, ou seja, internação, tratamento e alta é concretamente traçado pelas lógicas:

a) da **instituição**, esta visa atender à doença e sua manifestação física, para isso deve possuir recursos materiais, humanos e aparatos tecnológicos; a lógica institucional se encontra atrelada à lógica dos profissionais de saúde.

b) dos **profissionais de saúde** que ali atuam ao definir “quem e quantos” podem percorrê-lo, esta lógica se apóia no saber científico e separa o ser humano do seu corpo, determina padrões de normalidade/doença e de gravidade, identifica quem entra para o hospital, o espaço que a ser ocupado e que prioridades devem ser atendidas;

c) do **saber construído sobre este sujeito**, um saber fragmentado, onde o corpo é concebido como objeto de manipulação e ganha importância na medida em que pode ser devassado pelo olhar e pelo fazer de quem “sabe” como tratá-lo, bem como daqueles que o utilizam para “treinar” esse olhar e esse fazer. Entretanto, o processo de construção deste saber não se revela como algo machineísta, uma vez que o trabalho médico se limita a realizar isto e não outra coisa, não é sua função fazer algo diferente,

ou seja, se preocupar com a dor do cliente, seus conflitos, medo de ficar internado, suas angústias.

O médico, ao tomar a doença e sua teorização sobre o corpo acha que está atendendo a todas as necessidades deste corpo, e isso não é verdade. Essa teoria não dá conta do todo, ou seja, compreender o cliente em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais, políticos, ideológicos e espirituais.

Ao tomar o corpo anátomo-fisiológico como seu objeto, o trabalho médico não se dirige especificamente para o desvendamento das regularidades da ciência biológica, e sim para a obtenção de seus efeitos específicos, orientados pela concepção do que é considerado saúde ou doença para o corpo. A função desempenhada pelo saber médico na construção e controle do corpo ganha, por extensão, o estatuto de teorias das necessidades e, com isso, o poder de regulamentá-las, servindo de parâmetro para suas formas de existência social. Isto é, ao fazer equivaler o conhecimento cientificamente estruturado sobre o objeto e as necessidades humanas, o saber se transforma em prática capaz de definir o que é e o que não é legítimo, enquanto normal e patológico (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Segundo Mendes–Gonçalves (1994), por elaborar continuamente leis generalizantes explicativas do objeto de conhecimento sem referência histórica, o corpo anátomo-fisiológico tornou-se um campo de invariantes qualitativas no qual é possível explicar, para todas as situações históricas concretas, a ocorrência da normalidade e da patologia. Portanto, o objeto apreendido pelas ciências básicas e, por extensão, o objeto de trabalho apreendido na prática, passa a ser compreendido como o “verdadeiro e o único objeto”, reduzindo assim, outros saberes e outras práticas à condição de charlatanismo, por lidar com objetos “não-verdadeiros”.

Ao captar de forma exclusiva o corpo, os profissionais de saúde em particular, médico e enfermeiro (a) adquirem substancial autonomia no seu trabalho, uma vez que torna as questões técnicas, por serem científicas, controladas apenas no âmbito interno à profissão. Por outro lado, a clínica (dimensão tecnológica desse saber) individualiza, separa o normal do patológico não só do corpo do homem (indivíduo biológico), mas promove a ruptura das conexões desse homem com o contexto social e consigo mesmo.

Em seguida, o cliente passa pelo serviço de registro e documentação, no qual, mediante o fornecimento de informações pessoais, preenche um formulário e recebe o número de registro que o identificará como pertencente ao hospital e à clínica de destino.

Nesse momento os fatos de sua doença considerados importantes passam a ser preenchidos pelo médico e registrados num documento denominado “prontuário do paciente”¹⁷, a doença adquire um nome científico, uma forma e passa a ser comunicada por meio de linguagem cifrada,

Paciente admitido às 17: 00h na clínica médica veio acompanhado do maqueiro, sendo trazido em cadeira de rodas. Negro, viúvo, sem filhos, 65 anos, católico. Refere que há 11 anos apareceu lesão ulcerada em MID, o qual não cicatrizava, procurou assistência médica e foi diagnosticado LTA sendo tratado, porém a doença veio reincidindo por todos esses anos. Relata que há 2 meses notou aparecimento de lesão na região frontal e asas de nariz externamente acompanhado de tosse seca e dispnéia de repouso que piorava com a deambulação, apresenta astenia, anorexia e tontura com perda de 12 Kg em 2 meses. REG, hipocorado (+/++++), desidratado (+/++++), presença de lesão em região frontal e asas de nariz interna e externamente com crostas endurecidas, indolores, algumas com bordas infiltradas. Boca sem lesão, dentes em péssimo estado de conservação, halitose. Abdome plano sem abaulamento ou retrações, presença de circulação colateral em abdome superior, ausência de visceromegalia. MMII presença de lesão cicatricial em dorso de pé “D”, região anterior da perna “D” e de lesão cicatricial em cotovelo “D” com áreas hipocrômicas. SSVV: P 100 bcpm, T36°C, FR 32 irpm, PA 130x 80 mmHg. (Registro do Enfermeiro momento de admissão – prontuário do cliente).

Apesar de ser denominado “prontuário do paciente”, o cliente ainda hoje não tem livre acesso ao mesmo e as explicações são variadas. Alguns argumentam que as informações ali contidas, embora sejam relativas à vida e às condições de saúde do cliente, estas passam a ter importância somente para o médico, servindo de subsídio para instituir a terapêutica clínica. Outros alegam que pela forma como os médicos/residentes/alunos de medicina, equipe de enfermagem fazem suas anotações,

17 Historicamente o registro de cuidados de saúde dos clientes no “prontuário do paciente” foi e ainda é executado com a intenção de promover um meio de comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidado e tratamento dos mesmos; é utilizado como instrumento legal da organização hospitalar e do grupo de profissionais responsáveis pelo seu tratamento servindo de base para avaliação da qualidade e eficiência das medidas terapêuticas implementadas, como também as orientações dadas no sentido de recuperar e promover a saúde dos indivíduos; é um documento que serve de fonte para pesquisa.

com uso de termos técnicos, o entendimento por parte do cliente fica restrito. Independente dos possíveis argumentos que tentam justificar esse fato, o que se evidencia é que a partir do momento em que o cliente adentra para o hospital, este passa a ser tratado como parte da grande “massa“ de clientes hospitalizados.

O cliente, ao ser admitido no hospital perde alguns papéis que vão além da barreira geográfica que o separa do mundo exterior, por outro lado ganha outra identidade no mundo do hospital. Afinal, que mundos são esses? Como são constituídos? Qual o produto de cada mundo?

O *mundo exterior* é o mundo do trabalho, da produção, do ganho salarial, da realização profissional; da família e do seu entorno afetivo e simbólico dos papéis que desempenha como pai/mãe, cidadão (ã), líder comunitário; é o mundo da vida que pulsa e caminha em várias direções, toma decisões, enfim, um mundo no qual o sujeito se percebe e age com relativa autonomia, liberdade de deslocamento (ir e vir quando e para onde quiser) e de expressão (sentimentos de amor, ódio, raiva, esperança).

O *mundo do hospital* é o mundo da doença, da produção de novos saberes, onde o saber científico se sobrepõe ao saber e experiências adquiridas ao longo da vida, da técnica que orienta os profissionais a tocar/manipular o corpo, da hierarquia, da ordem e da rotina, da identificação — pelo número de registro, enfermaria, leito, patologia. É um mundo organizado de forma tão peculiar, que à medida que o cliente penetra no seu interior vai ganhando outra identidade, a de “paciente”.

Para Kruse (2003), o percurso em direção ao tornar-se paciente inicia com um banho, uma simbolização ao desapego a tudo que fica lá fora, à outra vida, o que prossegue com o vestir a roupa do hospital; com o ato de se desfazer de seus objetos pessoais; ser objeto de uma ficha médica e alvo de determinadas atribuições que outros estabelecem; não ter direito à correspondência privada; ter um lugar e hora certa para cada atividade — momento de calar e falar, de dormir e comer, até mesmo ficar sem comer, entrar e sair — ter atribuições quanto à limpeza e ordem na enfermaria.

A construção desta identidade está ligada ao século XVIII, momento em que ocorre a ruptura no saber médico com o advento da medicina científica. A medicina científica traz consigo novas formas de conhecimento e novas práticas institucionais, direcionando o olhar clínico para o corpo, representado como o lugar da doença,

permitindo assim que as “verdades patológicas” fossem reveladas pela ciência. O fim de uma concepção religiosa e individual da doença acabou obstruindo as reações de sofrimento do sujeito diante das adversidades ou fragilidade da vida, o sintoma deixou de ser representado como tentativa de um conflito, de uma reconciliação do ser com o mundo, passando a se configurar apenas como sinal de uma patologia, uma disfunção no conjunto de órgãos e tecidos. Segundo Foucault (1996, 2001) o hospital surgiu como um espaço de consolidação da identidade de doente/paciente, de assistência, segregação e exclusão, uma imensa vitrine que deu visibilidade ao ‘paciente’, reafirmando-o como doente na família, no trabalho e na comunidade.

Atualmente a construção da identidade “paciente” no mundo do hospital passa pelo desfazer de sua privacidade, relações familiares e sociais, ou seja, deixar de ser autor de sua própria história/autonomia para se tornar objeto da ficha médica. A partir deste momento o foco de atenção e registro se volta para parte de sua história de vida (história da doença atual) e a observação de sinais/sintomas; enfim, o hospital é um mundo em o corpo necessita ser fixado num espaço para que possa ser cuidado e vigiado.

Sua entrega total à instituição ocorre no momento em que assina o “Termo de Responsabilidade”¹⁸ documento em que afirma concordar com todos os procedimentos (diagnósticos e terapêuticos) que o médico e sua equipe julgarem ser necessários instituir durante o período de internação, sob pena de receber alta no momento em que a ordem médica for descumprida. Em algumas instituições este documento não é utilizado, o consentimento ou não para a realização dos procedimentos passa por decisões compartilhadas, após esclarecimentos dos riscos e benefícios que determinada conduta terá sobre sua vida.

Podemos dizer que o processo de admissão é uma das primeiras manifestações/visibilidade do poder que se revelam “cristalizadas” no hospital, um poder capaz de envolver, enquadrar o indivíduo, conformando-o, codificando-o como

¹⁸ Termo de Responsabilidade é um documento resumido, no qual são definidos os compromissos das partes — do hospital, do paciente e responsável pelo paciente — quanto às normas do hospital e às responsabilidades de natureza civil. Nesse termo também estão expressos os atos como procedimentos de diagnóstico, de terapêutica e, de desenvolvimento da ciência, isto é, de pesquisa. Em grande parcela dos hospitais os “Termos de Responsabilidade” são praticamente idênticos, são genéricos e dão autonomia quase que total às instituições e ao profissional médico.

um objeto que ao ser inserido na máquina assistencial obtém como produto um sujeito obediente, pronto para fazer “rodar” as operações de rotina. Uma rotina marcada pela fragmentação do tempo (horário para visita, exames, higienização, curativos, alimentação) e do corpo, em cujas partes são executadas técnicas e procedimentos (Rx de tórax, curativo região abdominal, punção lombar, higiene oral).

Vale ressaltar que apesar do processo de admissão se revelar num primeiro momento como duro, rígido, cristalizado, esse poder é móvel e dinâmico, visto que o *poder só existe em ato, mesmo que, é claro, se inscreva num campo de possibilidade esparso que se apóia sobre estruturas permanentes* (DREYFUS, 1995, p. 242). Por isso, o processo de admissão é resultante da produção e troca de signos entre os profissionais que compõem o cenário da internação, construindo assim uma trama/rede de poderes que gradativamente vão se consolidando na estrutura hospitalar.

Em seguida, o cliente é encaminhado para o Serviço Social recebe algumas orientações quanto: ao horário de visitas, à proibição de entrada de alimentos provenientes de sua residência e/ou proximidades do hospital, à restrição de pertences (somente os de uso pessoal) sendo imediatamente encaminhado à clínica de destino.

Desde o momento da chegada do cliente ao hospital para marcar a consulta, realizar os exames, a internação, admissão na clínica, a instituição da terapêutica até o momento da alta, podemos verificar que o doente vai sendo instruído, educado para ser obediente, submisso às normas institucionais e aos profissionais de saúde, por meio de orientações de como deve se comportar, do que é permitido, onde deve circular. Uma educação que coloca o corpo em repouso, que restringe, que o afasta do seu mundo e, por conseguinte, de suas particularidades, para se fixar em conteúdos (normas e rotinas) que dão sustentação ao trabalho dos profissionais que atuam no hospital, como foi observado nos seguintes registros:

O enfermeiro recebe o cliente na unidade de internação e apresenta-se como responsável pela unidade, auxiliar ou técnico de enfermagem encaminha-o para o banho e oferece a roupa do hospital; o enfermeiro orienta o familiar sobre o horário da presença do residente responsável pelo cliente na unidade; o enfermeiro permite a entrada dos familiares na unidade, fora do horário de visitas (Rotina de admissão).

É permitida a entrada de visitantes somente no horário de visitas (diariamente das 14 às 16:00h), salvo casos liberados pela enfermeira responsável pela unidade; todo cliente internado deverá usar a roupa do hospital; o cliente só poderá sair da unidade com o consentimento do

enfermeiro (Normas do Serviço de Enfermagem Médico-Cirúrgica).

Não fumar nas dependências do hospital; não fazer barulho, nem falar em voz alta; evitar visitas entre pacientes sem autorização médica e da enfermagem; não manipular equipamentos hospitalares que estão na enfermaria (registro de oxigênio, vácuo); não trazer alimentos para os pacientes; seguir as orientações dos profissionais da enfermagem ou dos médicos; não é permitida a permanência de pessoas nos corredores do hospital; não entrar nos postos de enfermagem e nas copas (Recomendações gerais – normas hospital).

O processo de instrução desenvolvido no hospital é semelhante ao da escola, pois na maioria dos casos, as instruções repassadas aos clientes tendem à proibição e interdição a serviço da racionalidade hospitalar. É o enfermeiro (a)/médico que determina que orientações e em que momento estas devem ser repassadas, daí sua aproximação com a educação/pedagogia autoritária que procura formar, treinar, domesticar, desenvolver e aperfeiçoar o indivíduo desde o seu nascimento até a morte, ou seja, formar e treinar o seu físico e a sua mente para desenvolver um padrão de comportamento tipificado de papéis que a educação (eu complementar o hospital) lhe permite exercer (FERREIRA, 1996).

Em *Vigiar e Punir*, Foucault descreve inúmeras passagens que demonstram certa identidade entre a prisão, o manicômio, a fábrica, o quartel e a escola. Posteriormente, ele se refere a essas instituições como instituições de seqüestro, isso é, instituições capazes de capturar os corpos por tempos variáveis e submetê-los a variadas tecnologias de poder. No hospital é exatamente isso que acontece quando num primeiro contato com o cliente lhe apresentamos a lista dos “não”, das “proibições” constantes nas normas e regimentos da clínica e da instituição como um todo.

Na estrutura hospitalar é o enfermeiro que tem assumido a responsabilidade de distribuir os corpos na clínica e para isso tem se utilizado de alguns critérios tais como: nível de complexidade/gravidade do cliente, sexo, demanda da força de trabalho, a disposição dos materiais e equipamentos nas enfermarias como bicos de saída para ar comprimido, oxigênio, dentre outros. Por conseguinte, o enfermeiro tem recepcionado o cliente de forma burocrática, fria e distanciada, assumindo muitas vezes uma postura

estritamente técnica e sem se mostrar sensível à situação do outro, não dando espaço para o cliente expressar a sua angústia, medo do ambiente, preocupação com seu estado de saúde e familiares que deixou em casa.

Como foi observado, o ritual de internação não acontece de forma aleatória, desordenada, mas dentro de um campo de múltiplas interações onde atuam diversos personagens tais como o médico, o enfermeiro, o funcionário do registro, o assistente social. Nesse momento já é possível dar alguns contornos, “uma cara” ao hospital e aos profissionais que ali atuam, pois, as diferentes atividades desenvolvidas por cada elemento nos diversos setores pelos quais o cliente passa desde o momento de sua chegada, são reveladoras não só da identidade profissional, como também, das relações que se estabelecem dentro do hospital

O enfermeiro desempenha um papel importante nesta etapa, pois além de preparar um local para acomodá-lo, avalia suas condições clínicas, psicológicas (nível de consciência), higiênicas com o objetivo de estabelecer prioridades na sua intervenção uma vez que os corpos, quando hospitalizados, são objetos do olhar — um olhar que tem um trajeto minucioso (parte por parte) — e das mãos que os tocam, manipulam e os examinam.

3.3 O corpo examinado

Ferreira (1986, p.737) define o exame como uma,

(...) observação minuciosa do paciente pelo médico, uma inspeção que tem por finalidade o detalhamento objetivo de elementos concretos, “sinais” evidentes no corpo do doente e elementos subjetivos ”sintomas”, relatados que auxiliam o médico a montar o quadro clínico da doença.

Nessa perspectiva o exame, pode ser entendido como a avaliação daquilo que se vê, se escuta e se toca. Entretanto, se por um lado, o exame é utilizado para identificar,

diferenciar e direcionar as ações/intervenções sobre o corpo do cliente; por outro, ele não só constitui o corpo do doente como realidade a ser pensada e transformada, mas define o examinador em relação a este corpo, na forma de pensar, de cuidar, de intervir; também define este outro corpo no “corpo do hospital”.

Para entender a forma como o corpo é examinado, me ocupo em compreender como se construíram as idéias e as práticas de exame, principalmente o exame do corpo doente/hospitalizado e identificar como a construção do saber clínico se articulou para compor um “padrão” de ação e de comportamento do médico e do enfermeiro (a) em relação ao corpo do cliente.

A doença e o sofrimento humano são tão antigos quanto a própria humanidade, por isso, o homem sempre esteve em busca de explicações para os seus males. Durante muito tempo a “cura” esteve apoiada mais no instinto e sensibilidade do que na experiência.

A sensibilidade do doente lhe ensinava que tal ou qual posição proporcionava alívio ou piora no sofrimento e essa relação estava alicerçada puramente na observação, tanto de si como do comportamento animal. Ao instinto e à observação veio juntar-se o método empírico de tentativas (acertos e erros) com o qual o homem primitivo teria aprendido a reconhecer as plantas alimentícias e medicinais, diferenciando-as das venenosas.

No entanto, chega o tempo em que a sabedoria leva o homem a supor que, dentre todas as coisas, existe uma vontade superior a sua e, aos poucos, começa a buscar recursos junto ao sobrenatural na tentativa de debelar os seus sofrimentos. Instaura-se assim, a medicina sacerdotal ou mágica onde o sacerdote assume a função de mago e médico e se dedica a observar os astros, fenômenos naturais, a conhecer as plantas que são utilizadas como remédios. Juntam-se, num mesmo ato, as práticas de esconjuro, sonoterapia e numerosos remédios extraídos dos três reinos da natureza criando, assim, um verdadeiro sistema de pensamento mitológico em que os seres humanos se colocam na dependência dos deuses e de seu poder (BOTTÉRO, 1985).

À medida que o conhecimento humano vai tomando consciência de seu próprio valor e possibilidades, paulatinamente, o homem se afasta das explicações mágico-místicas para se apoiar na “medicina dos filósofos” que emprestam seus

conhecimentos e princípios à arte de curar. Essa medicina é fortemente influenciada por Pitágoras e Alcmeón¹⁹, que além de filósofo é fisiologista, astrônomo e médico.

Hipócrates médico da Antiguidade no Ocidente, ao desenvolver sua medicina considerou a doença não como um problema em especial, mas centrado no ser humano, na natureza que o rodeia, bem como na sua qualidade individual, abarcando assim uma totalidade. Posteriormente, Galeno inaugura a medicina sistemática, baseada numa concepção morfológica e analítica ao fundar a patologia local, na qual a doença de cada órgão constitui um fato em si mesmo, contrapondo-se, assim, à teoria cósmica e biológica de Hipócrates. Sua terapêutica está apoiada na dieta, no uso das águas para ingestão ou banhos, no emprego de sangrias, purgantes e no uso de drogas em forma de pílulas, cataplasmas e supositórios (LOPES, 1970).

O conhecimento e o exame médico na Idade Média estavam centrados na noção de crise, ou seja, nas alterações que ocorriam durante o curso da doença. Nesse período, a humanidade foi marcada pelas grandes epidemias de peste e cólera, dizimando enorme parcela da população. Os médicos se viam impossibilitados de curar, cabendo-lhes o desenvolvimento de algumas medidas preventivas. Tal atitude obriga o médico a partilhar do universo dos doentes, contribuindo assim para o enriquecimento da medicina clássica e, posteriormente, a clínica.

[...] ao médico cabia observar o doente e a doença, desde seus primeiros sinais, para descobrir o momento em que a crise apareceria. Nessa atitude expectante, o médico observava os sinais, previa a evolução e, na medida do possível, favorecia a vitória da saúde e da natureza sobre a doença, desenvolvendo um papel de prognosticador, árbitro e aliado da natureza contra a doença (FOUCAULT, 2000a, p. 102).

De maneira geral a medicina clássica apresenta as seguintes características: é classificatória; tem como modelo a história natural, portanto, a doença é considerada como espécie natural; o conhecimento médico é taxonômico estabelecendo identidade e diferenças entre as doenças, organizando um quadro classificatório e hierárquico em termos de classes, ordens, gêneros e espécies; o sintoma é o guia do conhecimento e

¹⁹ Alcmeón é autor do mais antigo livro de medicina grega que se tem notícia, *Da Natureza*. Também considerado autor das primeiras dissecações anatômicas, situou o cérebro como sede da inteligência e distinguiu as artérias das veias. É dele também a teoria humoral, na qual a saúde é resultante da harmonia entre os quatro humores – o sangue, a pituita, a bile amarela e a bile negra, teoria esta retomada por Hipócrates.

está diretamente relacionado com a doença; não se interessa por nada que seja invisível, secreto, oculto no corpo, conhecimento superficial do doente; o método capaz de conhecê-lo é o “método sintomático” em contradição ao método filosófico utilizado até o momento; é “histórico”, mas se limita a descrever e a ordenar o que é visível estabelecendo um quadro classificatório; é uma medicina das espécies patológicas (MACHADO, 1988).

No século XVIII, a clínica ganha destaque com a transformação do hospital em local terapêutico voltado para a cura dos doentes e inserção do médico como parte integrante da instituição. Essa reorganização se associa ao desenvolvimento do método clínico, quando o olhar médico não se contenta mais em constatar, mas busca descobrir. Ocorre assim a passagem da época clássica/medicina clássica à modernidade; com isso, o objeto do saber médico, a doença, sofre uma reconfiguração, saindo do espaço de representação taxonômica, superficial, para o espaço concreto, objetivo, profundo do corpo do doente, como afirma Souza (1998, p.11),

O “olhar em profundidade” que se realiza no conhecimento da anatomia patológica se articula ao “olhar da superfície” da observação da doença, transpondo o olhar médico do espaço ideal das categorias nosográficas da medicina classificatória, ou das espécies, para a espessura e o volume do espaço corporal da medicina anátomo-clínica (SOUZA, 1998, p. 11).

Nesse momento a clínica passa a ter prestígio e a ser concebida como o tempo positivo do saber, pois revela uma “verdade”. Por isso, se fez necessário rever e reorganizar as condições e funções do hospital, ajustando-o às novas descobertas científicas e demandas do sistema político-econômico emergente — o capitalismo.

Foi nos hospitais militares que primeiramente se organizou o ensino clínico. O exame dos casos, sua exposição detalhada relacionada a uma explicação possível é tradição muito antiga na experiência médica, entretanto no século XIX a clínica *não tem a obrigação de mostrar os casos, seus pontos dramáticos e seus acentos individuais, mas de manifestar em um percurso completo o círculo das doenças, ou seja, formar, constitucionalmente, um campo nosológico inteiramente estruturado* (FOUCAULT, 2001. p. 65).

No modelo clínico, se encontram doenças cujo portador é indiferente, o que está presente é a doença no corpo e o olhar médico se volta para a “verdade” construída sobre a doença. São as diferentes doenças que servem de base/texto; o *doente é apenas aquilo através do que o texto é apresentado à leitura e, às vezes, complicado e confundido* (idem, p. 66). Se no hospital, o doente é sujeito de sua doença e se constitui um caso; na clínica, o doente é o acidente de sua doença, objeto transitório do qual se apropriou, ou seja, a clínica não é um instrumento para descobrir uma verdade ainda desconhecida; mas uma determinada maneira de dispor a verdade já adquirida e de apresentá-la para que seja desvelada sistematicamente (FOUCAULT, 2001).

Isso resultou na organização e construção de um “modelo padrão” de investigação, o exame clínico, que desde a sua concepção estabelece quem deve realizar o exame e os passos que devem ser seguidos,

Aconselha que se confie cada doente da clínica a dois estudantes; são eles, e apenas eles, que o examinarão. Começarão por interrogá-lo sobre sua pátria e as constituições reinantes, sobre sua profissão e suas doenças anteriores; a maneira como a atual começou e os remédios tomados. Farão a investigação de suas funções vitais (respiração, pulso, temperatura), de suas funções naturais (sede, apetite, excreções) e de suas funções animais (sentidos, faculdades, sono, dor). Deverão também lhe apalpar o baixo ventre para constatar o estado de suas vísceras (FOUCAULT, 2001, p.67).

O exame, como um dos elementos que compõem a nova estrutura disciplinar do hospital, vai dar nova visibilidade ao corpo do cliente, bem como possibilitar sua decifração. A partir do exame é possível qualificar, para então classificar e, para isso, segue uma direção, de cima para baixo; é considerado o método mais importante para que se conheça a “verdade” sobre o cliente, visto que a observação das minúcias incide sobre sua vida, seu corpo.

Uma das características marcantes do exame é o seu “ritual”. Aqueles que são submetidos ao exame serão diferenciados e para praticar essa operação é preciso descer aos detalhes, obedecer a um cerimonial/ritual cujo *script* deve ser seguido à risca. Segundo Foucault (1996 p. 164,165)

(...) o exame é altamente ritualizado. A inspeção deixa de ser descontínua e rápida e se transforma em observação regular que coloca o doente em situação de exame quase perpétuo acarretando com isso conseqüências: na

hierarquia interna - o médico começa a suplantar o pessoal religioso e lhe confiar um papel, mas subordinado; na técnica do exame – aparece a categoria do “enfermeiro” e o hospital, se torna um local de formação e aperfeiçoamento científico.

O exame, por ser um procedimento altamente ritualizado, reúne a cerimônia do poder e da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade, ou seja, num só mecanismo o exame possibilita a formação de um certo tipo de saber e o exercício de uma certa forma de poder, capta o indivíduo doente numa objetivação limitadora e o sujeita a verdades de um campo de saber que, ao mesmo tempo, ele ajuda a construir. Assim, o exame resolve o problema dos hospitais, *onde era preciso reconhecer os doentes, expulsar os simuladores, acompanhar a evolução das doenças, verificar a eficácia dos tratamentos, descobrir os casos análogos e os começos das epidemias* (FOUCAULT, 1996, p.168).

Ainda hoje o exame assume caráter ritualístico, está inserido numa disciplina específica, a Semiologia e Semiotécnica²⁰, as quais buscam o desenvolvimento de teorias, conhecimentos específicos e habilidades manuais para subsidiar o estudo e a descrição dos sinais e sintomas de uma doença.

Com essas disciplinas o médico passou de uma posição predominante de expectador da doença à posição de alguém que participa na produção do que se mostra, ao incorporar na prática de exame além de instrumentos como estetoscópio, esfigmomanômetro, régua, balança, recursos sensoriais como o tato, visão, audição, olfato. Estas disciplinas fazem parte do processo de formação profissional de Médicos e Enfermeiros.

Ao consultar grades curriculares e planos de ensino das referidas disciplinas nos cursos de Medicina e Enfermagem em diferentes universidades públicas do país, foi possível, numa análise aproximada, identificar algumas diferenças no que se refere ao

²⁰ Semiologia – *semio* + *logo* ciência geral dos signos, tem por objeto qualquer sistema de signos (imagens, gesto, vestuários, ritos, etc).
Semiotécnica - Semiótica – *semeiotiké, téchne* estudo e descrição dos sinais de uma doença (FERREIRA 1986, p.1567)

nome com que são designadas, a carga horária, a ementa e o período em que são ministradas.

Na grade curricular do curso de Medicina a disciplina de Semiologia/Semiotécnica recebe o nome de Semiologia Médica ou Semiótica, é ministrada no terceiro ou quarto ano, possui uma carga horária em torno de 300 horas, tem por objetivo construir conhecimento semiológico para a prática do exame clínico. O estudante deverá entender os mecanismos fisiopatogênicos dos achados físicos mais comuns, desenvolver habilidade para colher história do cliente (Anamnese), no contexto (família, ambiente profissional e social) na qual a doença ou sintomas aparecem. O conteúdo da disciplina abrange 8 tópicos distribuídos em 5 módulos: I – Introdução à entrevista médica, Ectoscopia e Semiologia da cabeça e pescoço; II – Semiologia do aparelho cardiovascular; III- Semiologia do tórax; IV – Semiologia do abdome; V – Semiologia do sistema nervoso e do sistema ósteo-articular. A metodologia de ensino compreende aulas expositivas e práticas à beira do leito.

Na estrutura curricular do curso de Enfermagem os conteúdos de Semiologia/Semiotécnica nem sempre são desenvolvidos como disciplina específica, às vezes se encontram inseridos em outras disciplinas, tais como: Processo de Cuidar: Fundamentação e Prática, Fundamentos de Enfermagem, Introdução à Enfermagem; é ministrada no terceiro, quarto ou quinto semestres com uma carga horária em torno de 150 horas, metade que na medicina; tem por objetivo discutir e demonstrar aspectos técnico-científicos no processo de assistência ao cliente hospitalizado e família; o aluno aprende as técnicas de exame físico fundamentais para a assistência de enfermagem diante do reconhecimento das condições normais e patológicas dos indivíduos; desenvolve habilidades e competências com relação às técnicas de enfermagem; a metodologia de ensino compreende aulas teóricas e práticas em laboratórios, unidades básicas de saúde e à beira do leito.

Normalmente, o exame segue uma ordem, “céfalo-caudal” e se compõe de duas partes: *Anamnese* (relato do doente sobre sua doença frente aos questionamentos do médico) e o *Exame Físico*, que avalia o estado de saúde física ou mental do cliente como pode ser observado na sistematização do exame clínico descrito por Amaral Filho et al (1999) (Anexo 3).

Com a anamnese e o exame físico é possível investigar a vida do cliente nas diferentes facetas de sua existência (biológica, social, econômica, psicológica). Para isso, se utiliza instrumentos como a observação, entrevista, testes psicológicos, laboratoriais e métodos propedêuticos de avaliação física (inspeção, palpação, percussão e ausculta)²¹ com o objetivo de se chegar ao diagnóstico médico/clínico.

A técnica do exame, além de possibilitar a constituição do cliente como objeto descritível e analisável por meio do acúmulo dos registros dos vários casos, também permite a constituição de um sistema comparativo que facilita a descrição de grupos, a caracterização de fatos coletivos e sua distribuição na população.

A Anamnese é composta pela identificação do cliente, queixa(s) principal (is), História da doença atual (HDA), História patológica pregressa (HPT), História fisiológica (H. Fis), História social, História familiar e familiar (H. Fam/Fal), Revisão dos sistemas (interrogatório sintomatológico): Estado Geral: Pele, Cabeça, Olhos e Ouvidos, Nariz e seios Paranasais, Cavidade Bucal, Pescoço, Gânglios Linfáticos, Aparelhos Respiratório, Cardiovascular, Digestivo, Urinário, Genital, Membros, Coluna, Sistemas Hematopoiético, Endócrino, Nervoso e Psique.

O Exame Físico se subdivide em várias partes: 1) Sinais Vitais/ Ectoscopia/Pele e Mucosa, 2) Cabeça e Pescoço - cabeça (crânio, face, sobrancelhas, pálpebras, cílios, aparelho lacrimal, globo ocular, conjuntiva bulbar e palpebral, escleróticas, córneas, pupilas/íris, cristalino, tensão ocular, campo visual, acuidade visual e fundo de olho, nariz, seios paranasais, ouvidos (externo, médio e interno), boca, lábios, gengivas, dentes, palato duro, orofaringe, mucosa bucal e articulação temporo-mandibular;

²¹ *Inspeção* - ato de observar e inspecionar em que se utiliza o sentido da visão na avaliação do aspecto, da cor, da forma, do tamanho e movimento das diversas áreas corporais.

Palpação - é a utilização do sentido do tato com o objetivo de explorar a superfície corporal e os órgãos internos. A palpação confirma dados da inspeção e permite a obtenção de novos indícios como alteração da textura, tamanho, forma, consistência, sensibilidade, elasticidade, temperatura, posição e característica de cada órgão, resistência muscular, presença de massas e outros.

Percussão - é o golpeamento leve de uma área a ser pesquisada, utilizando-se a parte ulnar dos dedos, a borda cubital da mão ou com instrumento próprio, originando sons vibratórios. A Percussão é utilizada principalmente para se delimitar órgãos, detectar coleções de líquido ou ar e perceber formações fibrosas teciduais; o som gerado da percussão tem características próprias quanto à intensidade, timbre e tonalidade, refletindo a densidade da superfície subjacente.

Ausculta - consiste na aplicação do sentido da audição para ouvir sons ou ruídos produzidos pelos órgãos decorrentes da vibração das estruturas entre sua origem e a superfície corporal; a vibração sonora pode ser captada diretamente pelo ouvido do examinador ou com o auxílio do estetoscópio. Os tipos de som variam de acordo com o órgão auscultado e são caracterizados quanto a duração, intensidade, altura, ritmo e timbre (POSSO 1999, p. 7-11).

pescoço – mobilidade, forma e volume, sinais arteriais e venosos, pesquisa de linfonodos, tireóide, pulso carotídeo, cisto do canal tireoglossos; 3) Sistema Respiratório – inspeção estática (anatomia do tórax, mamilos, tipos torácicos), inspeção dinâmica (tipos respiratórios e uso de musculatura acessória, ritmos respiratórios, frequência e amplitude respiratória, cornagem ou estridor laríngeo, tiragem, sinais de Lemos Torres e de Litten), palpação, percussão e ausculta; 4) Sistema Cardiovascular - inspeção geral, região precordial, pulso venoso jugular, circulação colateral, palpação do *ictus cordis*, precórdio, das bulhas, frêmito pericárdico, ausculta de bulhas cardíacas e seus desdobramentos, regularidade do ritmo, sopros cardíacos, ruídos, pulsos arteriais e típicos; 5) Sistema Digestivo – inspeção lesões de pele nível de abdome, tipo abdominal, cicatriz umbilical, fístulas enterocutâneas, contrações peristálticas, abaulamentos, palpação superficial, profunda de vísceras, percussão e ausculta de ruídos hidroaéreos; 6) Sistema Locomotor – inspeção geral (anterior e posterior, lateral), exame das mãos, cotovelo, ombro, articulação coxo-femoral, do joelho, tornozelo e pé; 7) Coluna Vertebral – inspeção frontal (anterior e posterior) e sagital (perfil), palpação de músculos paravertebrais, ligamentos interespinais e apófises espinhosas, coluna cervical, pesquisa do grau de mobilidade e avaliação neurológica de plexo braquial, exame da coluna lombar - inspeção de manchas, nodulações, lordose e outras deformidades, palpação de estruturas ósseas e tecidos moles, pesquisa do grau de mobilidade (flexão/extensão/rotação/inclinação lateral), avaliação neurológica de plexo sacral, reflexos superficiais, contração clônica, testes especiais – manobras de Lasegue, Valsava, Naffzinger, Schoeber, de flexo-extensãocervical e pesquisa de Babinski; 8) Sistema Nervoso – inspeção de postura e posições típicas no leito, plegias e paresias, atrofias, avaliação de marcha, sensibilização, força muscular (MMSS, MMII, tônus muscular, coordenação motora, reflexos nervosos superficiais e profundos, sensibilidade superficial, profunda, especial e gnosiais e alterações de sensibilidade.

A descrição das partes que compõem o exame (anamnese e exame físico) revela sua face mais visível, a objetivação dos corpos. Com o exame cada parte do corpo do cliente é tomado como um objeto que deve ser minuciosamente observado, inspecionado e palpado, dividido, fragmentado onde cada parte é analisada em função

de si mesma. O corpo se torna objeto de exame nas mais variadas posições: deitado, sentado, em pé, parado e durante a marcha. Cada pormenor é avaliado, medido, auscultado, palpado, inspecionado, cheirado. Da mesma forma, suas condições de higiene, nutricionais, seus hábitos, suas expressões faciais, suas queixas são arroladas, a coerência de sua fala, o seu estado mental, tudo é alvo de escrutínio.

O corpo se torna um substrato onde o exame não apenas sanciona um aprendizado, porém sustenta-o permanentemente. Por outro lado, ele ordena e disciplina a utilização do corpo do examinador, que ao seguir um roteiro já tem suas ações e até mesmo posturas previamente definidas.

Um dos efeitos visíveis do exame se dá no momento em que o cliente se reconhece como um objeto singular, portador de anormalidades, tanto na sua estrutura corporal como em seus hábitos, os quais devem ser corrigidos, para que se conformem ao que é normal. Portanto, na ação de examinar se produzem saberes que vão orientar as práticas assistenciais dos médicos/enfermeiros (as) no sentido de estabelecer estratégias de vigilância e controle a fim de reconduzir o corpo à normalidade. Por isso, é comum após a realização do exame estabelecer condutas tais como: prescrever medicações, solicitar exames, determinar o intervalo de verificação da temperatura, pressão arterial, realização de curativos (2 ou 3 vezes ao dia), mudanças de decúbito, dentre outras, instituindo assim, não só medidas para a recuperação dos desvios/padrões de irregularidades detectadas, como também uma disciplina ao corpo. Além disso, esse procedimento implica em distanciamento, demonstração de força e estabelecimento de verdade; *no exame estão envolvidos um campo de saber e um tipo de poder e nessa superposição de relações de poder/saber, o exame assume todo o seu brilho* (FOUCAULT1996, p. 154).

Durante o exame físico o foco de atenção do médico se volta para a obtenção, leitura e interpretação de dados objetivos/quantitativos/clínicos. É um olhar direcionado para o que se revela de forma imediata, o aqui e agora, que não se preocupa com o que poderia estar pensando o cliente quando se vê esquadrihado.

A Enfermagem apesar de ter o seu exame físico estruturado no modelo médico, tem se esforçado para fazer releituras desse ritual de uma forma própria. Florence Nightingale já no século XIX, propõe um exame físico diferenciado ao voltar o seu

olhar não só para as alterações fisiológicas que acometem o doente, mas ir além do que “um rosto corado ou pálido possa significar”, se detendo em observar as peculiaridades de cada um. *Um gosta de sofrer sozinho, de ser o menos auxiliado possível, o outro prefere ser objeto de preocupação constante* (Nightingale 1989, p.130), (...) “falta de apetite” está muitas vezes relacionada com *o preparo inadequado do alimento, escolha inadequada da dieta e horários de refeição inadequados* (p.124), enfim, um exame que buscou se apoiar também em bases humanísticas²².

Muito tempo se passou e a enfermagem, ainda hoje, se encontra presa entre a manutenção do modelo clínico e a busca por referenciais humanísticos para a construção de sua base de conhecimento, desenvolvendo teorias, processos de enfermagem — metodologias específicas para o diagnóstico, avaliação e terapêutica — a ser aplicado pelo enfermeiro (a) no cotidiano do seu trabalho. No entanto, estes profissionais mantêm em suas ações a influência do modelo biomédico, como pode ser observado nas anotações de enfermagem registradas nos prontuários e no livro de registro de enfermagem.

Período matutino: cliente acamado, pouco comunicativo, abdome distendido, referindo dores nas articulações ósseas, continua em dieta zero (Prontuário – auxiliar de enfermagem).

Período vespertino: paciente pouco comunicativo passou todo o período no leito, SNG em sinfonagem apresentando resíduos escuros em média quantidade, abdome globoso, apresentou hipertermia, diurese presente, evacuação ausente (prontuário – técnica de enfermagem)

Clínica com 29 pacientes, houve 2 internações e 1 alta. Sr José Monteiro continua grave, com cianose de extremidades, PA baixa (80x50mmHg), taquicárdico (FC= 130bcpm) com abdome distendido e rígido, passado S.V de alívio, porém só drenou 100ml concentrado, cor escura e odor forte, segue gemente e em macronebulização. Paciente Vitor apresentando 200ml de débito pelo dreno de tórax, referindo dor no local. Paciente Julieta deverá ficar em jejum a partir das 22h para endoscopia amanhã (Enfermeiro - livro de registro).

O ritual de exame atinge a sua máxima eficácia e legitimidade no momento da

22 Para Florence a preocupação com o ser humano era tão importante que em alguns momentos chegou a dizer às enfermeiras que o paciente não é meramente uma peça do mobiliário para ser conservado limpo e arrumado contra a parede; a enfermeira deve buscar conhecer o que significa um ser humano doente, saber como se comportar com uma pessoa doente e saber que seu paciente é um ser humano enfermo, não um animal (NIGHTINGALE 1989, p. 162,163).

visita médica, quando o saber produzido, o diagnóstico, é validado pelos seus pares, outorgando poder ao médico para intervir sobre o corpo do cliente. A visita médica dá visibilidade e reforça o poder médico na instituição, qualifica a informação, disciplina os sujeitos e organiza o próprio corpo médico dentro das especialidades.

A visita médica é um ritual de um grupo fechado, com conhecimentos e finalidades específicas, que exclui os ‘estranhos’ (enfermeiros, clientes e demais membros da equipe de saúde) de forma natural. Essa exclusão pode ser observada na postura que o médico assume ao realizar a visita (professor no centro seguido de residentes e internos em círculo ao redor do leito do cliente), na linguagem/terminologia utilizada para se comunicarem, uma demonstração clara da força exercida pelo grupo na produção e manutenção do esotérico²³, ou seja, de um conhecimento que é próprio e restrito a uma categoria.

A visita médica é realizada diariamente. Às 7:00h os residentes/internos fazem uma avaliação prévia de seus clientes, prescrevem a medicação do dia e solicitam alguns exames laboratoriais ou de imagens (RX, ultra-som, tomografias, etc). Entre 9:30 e 10:00h chega o professor que passa discutindo com cada aluno (5 a 6 alunos) o seu “caso”; professor e alunos cercam o leito de cada cliente sob sua responsabilidade e repassam as informações sobre a patologia, sinais clínicos e/ou dados encontrados durante o exame físico, valores dos sinais vitais obtidos das anotações de enfermagem, conduta terapêutica tomada, resultados de exames e/ou eventuais intercorrências. Em seguida o professor interroga o aluno ou faz algum comentário no sentido de ampliar a discussão sugerindo a realização de novos exames ou mesmo mudança na terapêutica instituída - estabelecimento de novas condutas (Notas de Observação).

Durante a visita o cliente se comporta de forma passiva, obediente, assustado, sem entender o que realmente está acontecendo com sua saúde em virtude da quantidade de pessoas em volta de seu leito discutindo o seu caso, bem como pela dificuldade de entendimento da linguagem utilizada (termos técnicos).

Por possuir uma estrutura visível (sinais e sintomas), a doença, se revela inteiramente ao olhar que percorre o cliente em sua superficialidade, a ponto de ser considerado como o “ser da doença”. Dessa forma, a medicina pode identificar a

23 Esotérico – todo ensinamento ministrado a círculo restrito e fechado de ouvintes; compreensível apenas por poucos, hermético (FERREIRA 1986, p. 698).

essência de cada doença e situá-la num quadro nosográfico de parentescos mórbidos, pelo estabelecimento de analogias e comparação de sintomas.

Assim, a clínica assume uma função eminentemente pedagógica, desaparece a diferença entre sintoma e doença. A doença não é mais de natureza oculta; sua essência é a própria manifestação sensível enquanto fenômeno. Ela passa a ser concebida como um conjunto de sintomas passíveis de serem apreensíveis e decifráveis pelos números, pelo olhar, fala/linguagem, a ponto de se constituir como verdade manifesta e registrada na qualidade de evolução médica como se observa nos registros abaixo:

Paciente estável, com normalização dos valores da temperatura. Estamos investigando possível infecção pulmonar (específico) solicitamos hoje hemograma e bioquímica, está no 7º dia de gentamicina. (Residente)

Resultado de exames: Hemocultura -11.10.00. (+) Streptococcus bovis, sensível à penicilina; Hemograma – (17.10.00) Rcc 4.23, HT 34,5, Hb 11.4, WBC 12.000, Neu 8.76, Lin 2.25; Bioquímica (17.10.00) Ur 34, Cr 1.20, Na 137, K 4.9. Conduta propedêutica – Rx Tórax PA, P e Laurell D; Análise – paciente referiu episódio de dispnéia ontem, porém hoje se encontrava eupneico, sendo observado diminuição de MV à direita com estertores crepitantes em base de HTD. Manteve-se afebril e solicitamos novo Raio-X de tórax, que avaliaremos. (Residente + interno)

Paciente queixando-se de dispnéia + mal estar durante o dia de ontem o que não teve concordância com o aspecto radiológico visto em Rx de tórax realizado ontem. Solicito novo Rx tórax (interno)

Portanto, se de um lado o exame e a “verdade clínica” produzida por ele aproximou o conhecimento à conduta médica, auxiliando-o a traçar o programa terapêutico e a antever seu prognóstico, por outro, afastou o médico do cliente portador de doença ao relegar ou banalizar outras dimensões do humano e de seus valores, como o respeito, a compaixão, a solidariedade e principalmente o diálogo.

A enfermagem segue motivada a buscar novos métodos de organização do seu trabalho a fim de construir uma prática independente e comprometida com a qualidade da assistência prestada aos seus clientes. Entretanto, não se pode negar a importância que as ciências médicas e o desenvolvimento técnico-científico exerceram e ainda hoje exercem no processo de cura das doenças e, conseqüentemente, na melhoria das condições de saúde das pessoas.

A enfermagem vive um momento em que enfrenta um conflito de base ao tentar desenvolver práticas diferenciadas, construir novas teorias sobre o corpo e maneiras de cuidar. No entanto, permanece mergulhada no “corpo do hospital”, com quase nenhuma flexibilidade na forma de pensar e de agir. Daí o grande questionamento: Até que ponto a enfermagem vai conseguir fazer “algo diferente”, uma vez que a clínica ainda é definidora das ações de cuidado e de intervenção?

Ainda não se tem a resposta, é preciso lembrar que as diferentes forças (clínica, exame, rotina) têm o poder de constituir o outro e que a enfermagem vem se esforçando para reconstruir o corpo do cuidado de outra forma. No entanto, ela não encontra força suficiente para “romper” e “desmontar” o modelo clínico; no máximo consegue “afrouxar suas amarras” e provocar alguns abalos nessa estrutura no momento em que procura atender o cliente na sua individualidade, possibilitando a permanência de um familiar ao seu lado proporcionando-lhe maior segurança, flexibilizando algumas rotinas.

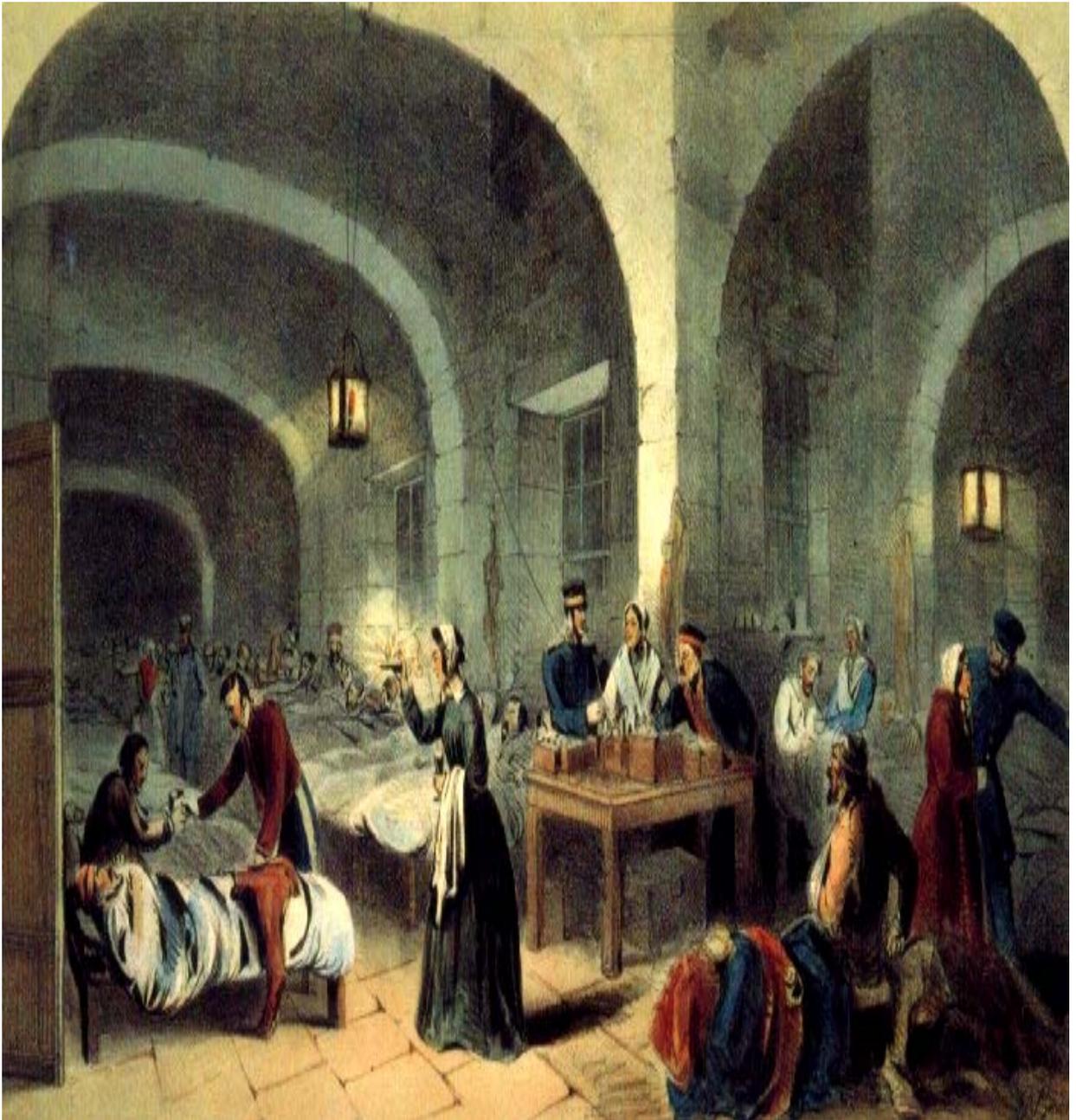
Assim como a visita médica dá visibilidade ao poder médico, a passagem de plantão dá visibilidade ao trabalho do enfermeiro (a) no que se refere ao controle e cuidado com o corpo. No entanto, este ritual apresenta algumas diferenças em relação ao ritual da visita médica como pode ser observado no registro abaixo:

A passagem de plantão acontece após cada período de 6 ou 12 horas de plantão (7:00, 13:00, 19:00 e 6:00 horas). Nesse momento, o enfermeiro e sua equipe de trabalho se colocam diante do leito de cada cliente para repassar as informações referentes ao estado de saúde de cada um, os exames realizados, as alterações ocorridas no plantão, os cuidados prestados (banho, jejum, curativo), a história e estado geral dos clientes admitidos, dentre outros. Este ritual acontece de maneira menos formal que a visita médica, alguns clientes se sentem à vontade que aproveitam a oportunidade para tirar dúvidas, principalmente, no que se refere ao horário de exames e jejuns, outros participam desse momento completando as informações que estão sendo repassadas ao grupo (Registro de observação).

Esses rituais revelam que o corpo do cuidado construído dentro do hospital não é o corpo da vida — corpo que se vê, se reconhece, que vivencia sentimentos (amor, ódio, raiva) próprios do ser humano, mas é o corpo da vida tomado pela doença. Por outro lado, quando os profissionais de saúde estão construindo esse corpo pelo saber

eles também estão construindo “este lugar chamado hospital, que funciona assim”, obedecendo a uma lógica organizadora, legitimadora, disciplinadora e “sabedora” destes corpos.

O hospital se revela como um corpo construído, mas que ao mesmo tempo, é um “corpo que constrói corpos”. Corpo construído para abrigar, para ser este local de receber outros corpos. Será este o motivo pelo qual não se consegue fazer algo diferente?



Florence Nightingale institui o novo padrão para o cuidado de enfermagem

CAPÍTULO 4

O ESPAÇO DO CUIDADO E A INTERVENÇÃO SOBRE O CORPO

4 O ESPAÇO DO CUIDADO E A INTERVENÇÃO SOBRE O CORPO

O “ato de cuidar” existe a partir da concepção da vida, está interligado com a origem do homem, faz parte de sua natureza, é inerente à sua essência e dá suporte à sua existência. O cuidado faz parte das necessidades básicas de sobrevivência da espécie humana e sempre esteve presente na história da humanidade como forma de viver e de se relacionar. Pensar no cuidado é pensar no nosso fazer, na nossa existência e responsabilidade como profissional de saúde inserido na sociedade.

Por isso, investigar os aspectos que permeiam o processo de cuidar na saúde envolve muito mais do que habilidade técnica e conhecimento científico, visto que o cuidar representa uma atitude de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento com o outro.

Para pensar sobre a prática de cuidado dentro da organização dos serviços de saúde, levando-se em consideração o modelo assistencial vigente faz necessário retroceder no tempo para resgatar a sua historicidade. Vale ressaltar que ao retomar alguns momentos dos primórdios da enfermagem, fatos estes já bem conhecidos pelos seus profissionais, não estou a procura de uma origem ou essência da enfermagem, por acreditar, assim como Foucault (2000a, p. 18), que *atrás das coisas há algo inteiramente diferente: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo de que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas*. Recorro a esses momentos para encontrar conexões “estratégicas” a fim de traçar um panorama que me ajude a compreender em que condições e em que momento histórico, o cuidado passou a se constituir como prática de intervenção e dispositivo de poder exercido pela enfermagem.

Foucault (2000a) deixa claro que o importante não é buscar as transformações que certo objeto sofreu ao longo do tempo em uma determinada cultura, mas tornar problemático e, portanto, histórico, tudo o que é visto como objeto natural *a priori*. Para Foucault, o importante não é buscar “o corpo” (*o cuidado*), mas sim as práticas, as experiências, as relações que o fortalecem ou enfraquecem em cada circunstância

(SANT'ANNA, 1997).

Num sentido filosófico, cuidado compreende uma forma primária de estar no mundo. Para Heidegger (1998), o cuidado é inerente à natureza humana, faz parte de sua identidade, é ele que possibilita a existência humana, ou seja, unifica realidade e possibilidade. Esta visão é expressa pelo autor quando fala que cura (sinônimo erudito do cuidado) situa-se na raiz do ser humano. Heidegger se utiliza da fábula de Higino para elucidar seu pensamento.

Certa vez, atravessando um rio, cura viu um pedaço de terra argilosa: cogitando, tomou um pedaço e começou a lhe dar forma. Enquanto refletia sobre o que criara, interveio Júpiter. A cura pediu-lhe que lhe desse espírito à forma de argila, o que ele fez de bom grado. Como Cuidado quis então dar seu nome ao que tinha dado forma, Júpiter proibiu e exigiu que fosse dado o seu nome. Enquanto Cuidado e Júpiter disputavam sobre o nome, surgiu também a terra (tellus) querendo dar o seu nome, uma vez que havia fornecido um pedaço de seu corpo. Os disputantes tomaram Saturno como árbitro. Saturno pronunciou a seguinte decisão, aparentemente equitativa: “Tu Júpiter, por teres dado o espírito, deves receber na morte o espírito e tu, terra, por teres dado o corpo, deves receber o corpo. Como porém foi o Cuidado quem primeiro o formou, ele deve ao Cuidado enquanto viver. Como, no entanto, sobre o nome há disputa, ele deve chamar ‘homo’, pois foi feito de húmus (terra) (HEIDEGGER, 1998, p. 265-4).

A fábula mostra que o ser humano enquanto vive é uma presença de cuidado (cura), por isso, o cuidado está na origem de seu ser e o mantém. Boff (2000, p.34) ao comentar esta fábula diz que *o cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano e tudo o que fizer será imbuído de cuidado, desde o nascimento até a morte, pois o cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência (p. 54).*

Para Heidegger apud Waldow (1992), liberdade significa ação para a satisfação de possibilidades que estão presentes em nossa situação real. Nesse sentido, os seres humanos, dentro de limites, são capazes de realizar coisas/projetos podendo escolher e se responsabilizar pelo próprio ser a partir do cuidado.

Mesmo que constitua um atributo para todos os seres humanos, na área da saúde e na enfermagem o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar, não se dá no vazio, mas no contexto das experiências humanas. Por isso estudiosas no assunto afirmam que o cuidado é a razão existencial da enfermagem.

O termo cuidado deriva-se do inglês “carion” e das palavras góticas “Kara” ou “Karon” Como substantivo, cuidado deriva-se de Kara, que significa aflição, pesar ou tristeza. Como verbo, “cuidar” (de carion) significa “ter preocupação por” ou “sentir uma inclinação ou preferência”, ou ainda, “respeitar/considerar” no sentido de ligação de afeto, amor, carinho e simpatia (GAUT, 1983).

Ferreira (1986) define o vocabulário cuidado como atenção, zelo, encargo, responsabilidade, inquietação de espírito, pessoa ou coisa que é objeto de desvelos, algo pensado, imaginado, meditado, previsto, calculado, suposto.

Na língua portuguesa o vocábulo cuidado não é específico, como específica, não era a tarefa desenvolvida pelas pessoas que cuidavam de outrem em todas as culturas. A palavra nos traz a idéia de responsabilidade, sugere atitudes e sentimentos que podem levar a uma relação entre pessoas, isto é, a uma prática, uma ação social. Esta ação social era comandada pelas representações simbólicas que, até o século XVII, estavam ligadas à religião (ROSSI, 1991b).

Nesse período, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres e de exclusão, não havia se constituído como espaço médico por excelência. O reino das religiosas, cujo objeto de ação não era o doente que necessitava ser curado, mas o pobre que estava morrendo, tinha suas ações voltadas tanto para o atendimento das necessidades de ordem material quanto espiritual tendo por objetivo a caridade e a salvação da alma. A cura se constituía num jogo entre a natureza, a doença e o médico. A doença era compreendida como uma planta que nasce, cresce e morre; o meio ambiente além de proporcionar uma troca com o indivíduo pode, se perturbado, ser responsável pela doença.

Até então não havia qualquer relação entre o hospital e a medicina, esta era teórica, livresca e não associada à clínica. O cuidado se apoiava no paradigma mágico-religioso; concebido como atividade feminina era desenvolvido pelas religiosas, uma representação do trabalho “doméstico” com dimensão filantrópica e caritativa.

É no final do século XVIII, no velho mundo, que a “arte de curar” inicia a sua formação distanciando-se da arte de cuidar, tornando-se pública, política e tomada pelo poder. Essa transformação se dá, segundo Foucault (2000a), pela necessidade de se colocar ordem nos hospitais militares (que representavam a desordem econômica -

contrabandos, gastos excessivos com as pessoas internadas que por sua vez eram representantes de comportamento desordeiro); curar os soldados doentes, evitando sua morte, pois com o desenvolvimento tecnológico militar (uso do fuzil) os soldados passaram a ser foco de atenção, de cuidado e de vigilância.

O hospital encontra no médico o seu especialista, ele está habilitado para identificar dentre os elementos naturais fatores que poderiam favorecer o aparecimento de determinadas doenças e localizá-los no espaço hospitalar. Nessa administração do espaço individual, manifesta-se uma nova tecnologia política, a disciplina, introduzindo mecanismos disciplinares caracterizados pela distribuição espacial dos indivíduos, pelo controle do desenvolvimento das ações, pela vigilância perpétua e constante dos indivíduos e pelo registro contínuo (FOUCAULT, 2000a). Numa enorme ampliação de seu poder medicalizante sobre o social, estes novos saberes e instituições serão capazes, também, de determinar a forma de organizar as relações de coexistência interna e social dos homens entre si, dos homens com as coisas, as condições de moradia e seus deslocamentos, integrando e colocando em funcionamento outro dispositivo de poder (além da disciplina) a biopolítica²⁴.

A transformação do hospital em ambiente terapêutico, ou seja, em local de cura, obrigou o médico a abandonar o paradigma mágico-religioso e a instituir o paradigma científico - modelo clínico de cuidado, no qual o corpo do doente passa a ser minuciosamente examinado, controlado e vigiado. Com isso a disciplina assume um papel importante – organizar e disciplinar o ambiente terapêutico; e para dar conta desta nova função, institui uma nova arte de cuidar – o cuidado se constitui como campo de domínio particular de ação, onde o médico (posteriormente, os demais profissionais da saúde com seus saberes) passa a exercer um “certo domínio” sobre “certas coisas”.

Com isso, as comunidades religiosas que organizaram o hospital “desordem” são banidas. O espaço é medicalizado e aspectos como alimentação, ventilação,

²⁴ Diferentemente da disciplina que se dirige ao corpo – a vida do homem, a biopolítica se volta para o homem ser vivo, à multiplicidade dos homens, na medida em que forma uma massa global, afetada por processos que são próprios da vida como o nascimento, a morte, a produção, a doença. A biopolítica lida com a população, o coletivo como problema político e científico. Observando numa determinada população os acontecimentos e sua duração, trata, sobretudo, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais para intervir naquilo que são determinações gerais desses fenômenos. Em resumo, assegurar sobre a vida, sobre os processos biológicos do homem-espécie, uma regulamentação (FOUCAULT, 2000e, p.289-294).

hidratação, condições de higiene, dentre outros, passam a ser de domínio do médico. Este se torna o grande conhecedor de todas as coisas, o especialista e detentor de poder, que planeja as medidas de manutenção da saúde nos espaços individuais e coletivos.

O novo modelo de cuidar exige novas técnicas que são criadas para sustentar e dar eficiência à disciplina: a ordem, a vigilância, os registros, as identificações (de entrada, fluxos e saídas, nomes, diagnósticos, prescrições, tratamentos, exames). Este é o contexto favorável à emergência de um novo profissional, a enfermeira responsável pelo controle do espaço hospitalar e vigilância do corpo do doente, ou seja, a enfermeira assume o domínio do cuidado para o domínio do corpo.

No cenário social, o modelo econômico capitalista, em franco desenvolvimento, imprime uma nova conformação à sociedade; a população pobre se incorpora ao processo de produção (composição da força de trabalho) e ganha força política, passando a participar de movimentos reivindicatórios. Isso aumentou a demanda de cuidados no hospital, pela exigência de recuperação do corpo doente, o mais rápido possível, para voltar ao mercado de trabalho.

Conforme já discutido no capítulo I, neste contexto político e econômico é que Florence Nigthingale começa a instituir novo padrão para o cuidado de enfermagem e mostra a necessidade de um preparo formal e sistemático para aquisição de conhecimentos distintos daqueles buscados pelos médicos, cujos fundamentos permitiriam manter o organismo em melhores condições de saúde e/ou recuperar doenças. O enfermeiro deveria ter a capacidade de observar com profundidade e descrever com propriedade as alterações ocorridas no corpo, conferindo assim, novo caráter, intelectual e científico, à enfermagem.

Florence instituiu como prática de cuidado aquilo que considerou ser “boa enfermagem”, preocupando-se com a alimentação adequada dos doentes, a limpeza e ventilação do ambiente, a troca de roupas de cama, a higiene dos doentes, sua privacidade e lazer, enfim a implantação da ordem no hospital em seus mínimos detalhes. Para introduzir a ordem no ambiente hospitalar, foi necessário que o pessoal de enfermagem fosse disciplinado mediante o treinamento formal proposto por Florence. Esse treinamento teve por objetivo capacitar o pessoal de enfermagem que

trabalhava no hospital, bem como o estabelecimento das tarefas a serem desenvolvidas pela enfermagem, sempre sob a direção do médico.

O cuidado passou a ser ensinado e desenvolvido na “prática”, fundando na correta aplicação da técnica e noção de “eficiência” da enfermagem. Esta eficiência, porém, afastou a nova profissional daqueles princípios de afeto, amor, dedicação, na medida em que o cuidado passou a ser prescrito e administrado a partir de regras. Este perde sua expressão como ação sentida, vivida e exercitada numa relação de proximidade, de preocupação e envolvimento com o outro na medida em que as ações curativas passaram a ser executadas de forma “distanciada”, ou “aproximada” de novos padrões e objetivos, revelando assim, sua face mais tecnologizada com a incorporação de tecnologias cada vez mais sofisticadas.

Para Sobral (1994) as técnicas de enfermagem se constituíram em rituais de neutralização do corpo. Estes se efetivaram por meio da manipulação asséptica do corpo cuidado ao transformar o toque num detalhe frio e repetitivo da técnica em si e pelo controle emocional, demarcando assim o comportamento do enfermeiro (a) no desenvolvimento de sua prática assistencial. O controle emocional foi o *grande aliado da interdição das emoções, impedindo a vivência do sentimento, calando o riso da alegria e o soluço do choro* (ibid, p.47).

Segundo Waldow (1998) várias autoras, entre elas Donahue estabelecem a relação enfermagem/mulher, mãe/cuidado. Para ela, o papel da enfermeira como mãe, nutridora e educadora, amplia-se para o cuidado de doentes, idosos e necessitados. Por tais interpretações das raízes históricas e culturais, o cuidado passou a ser compreendido num sentido de afeição, preocupação, assim como de responsabilidade pelas pessoas necessitadas. Mesmo que não se deseje negar tais dimensões do cuidado, essencialmente humanas, cabe reconhecer o risco de se analisar as práticas de cuidado, principalmente as profissionais, exclusivamente ou privilegiadamente sob tais aspectos, revestindo tais práticas de atributos “naturalizados” e mistificados.

De acordo com Meyer (2000) não podemos tomar como “verdade absoluta” a vinculação enfermagem/feminino, pois, quando se busca analisar o cuidado na perspectiva da diferença, se deve, em primeiro lugar,

(...) deixar de pensá-lo como uma ação balizada por pressupostos teóricos,

científicos e /ou humanitários neutros e desinteressados, para teorizá-lo e exercitá-lo como uma ação fundamentalmente política. Nessa perspectiva, o cuidado não poderia ser pensado como uma essência generalizada e universalizada do feminino e/ou da Enfermagem (MEYER, 2000, p. 14).

Algumas preocupações sobre o cuidado têm sido incorporadas pela enfermagem, das quais muitas se originam de definições e explorações teóricas desenvolvidas principalmente nas áreas da psicologia, psiquiatria e filosofia.

Fromm (1963) e Rogers (1965) relacionam cuidar/cuidado com amor e doação. Para Fromm, cuidado significa comportamento o qual está associado com responsabilidade, respeito e conhecimento da pessoa. Segundo Rogers, além de amor, no cuidado está implícito relação de ajuda e deve englobar compreensão e aceitação.

Erikson (1963) discute o cuidado como interação durante o ciclo de vida. Mayeroff (1971) expandiu a noção de cuidado no sentido relacional, enfocando-o sob o ponto de vista existencial, de crescimento, pois o cuidado é um processo de desenvolvimento que assume continuidade. O ser humano no processo de crescer descobre suas capacidades, estas possibilitam sua recriação como pessoa por meio da integração de novas experiências (ao adentrar no mundo do outro) e idéias para que ambos (cuidador/cuidado) participem do processo de descoberta e aprendizagem mútua.

Segundo Mayeroff (1971) o cuidado apresenta alguns ingredientes principais que constituem, na verdade, as qualidades necessárias para o cuidar, estas incluem: a) conhecimento – de forma abrangente (implícito, explícito, direto e indireto), o cuidador (a) deve ser capaz de entender as necessidades do outro e respondê-las de forma adequada; b) ritmos alternados – capacidade do cuidador (a) modificar seu comportamento frente às necessidades do outro, ou seja, aprender com os erros, adquirindo assim um comportamento mais flexível; c) paciência – ser tolerante e ouvir o outro, permitir o crescimento do outro respeitando seu próprio ritmo e sua própria maneira de ser; d) honestidade – é estar aberto (a) para si e para o outro, de forma honesta e respeitosa. Isso requer que o cuidador (a) tenha a capacidade de aceitar o outro como ele é e não como se desejaria que fosse; e) confiança – confiar na habilidade que o outro possui para crescer e se realizar, respeitando também o ritmo e

a sua maneira de ser. Inclui o libertar, não criar dependência e conseqüentemente coragem de arriscar; f) humildade – consiste em estar disposto (a) a aprender com o outro, exige aceitação de limites pessoais; g) esperança – está relacionada com a possibilidade de o outro vir a crescer por meio da relação de cuidado. Essa esperança é sem pretensões, ou seja, sem idealizar o futuro; h) coragem – é o ingrediente que o cuidador (a) deve ter em deixar o outro ser, apesar do desconhecido.

As idéias de Buber (1987) são utilizadas para abordar o cuidado em seu aspecto relacional. Para Buber o ser humano se distingue por sua relação com os outros seres e/ou objetos; a relação com o outro ser humano se dá no momento em que um conhece e/ou reconhece o outro como sujeito e com ele se importa.

Bishop & Scudder (1991, 1996) discutem o conceito de presença no cuidado relacionando-o às idéias de Buber no que concerne ao relacionamento *eu-tu*, *eu-isso*. O primeiro caracteriza-se pelo relacionamento de forma integral com o outro ser, em que ambos reagem e se relacionam como pessoas.

No relacionamento do tipo *eu-isso*, o cuidador (a) não considera o ser cuidado como mera categoria patológica ou representante de um papel (paciente), mas como pessoa única. Entretanto, as relações acontecem no sentido *pessoa-objeto*, ou seja, impessoal, o cuidado é desenvolvido de forma correta e eficiente, porém o cuidador (a) se volta apenas para o seu aspecto técnico, realiza procedimentos num corpo qualquer. Isso não significa que o cuidador (a) deve desenvolver um relacionamento íntimo e profundo com o cliente, mas uma relação que fortaleça o *self* do outro, estabelecendo um relacionamento terapêutico.

Os estudos e discussões sobre o cuidado humano, como uma característica única e essencial da prática de enfermagem, têm se expandido gradativamente. Na década de 70, o enfoque no cuidado emerge e ganha impulso nos Estados Unidos da América (EUA), no final da década de 80 e início de 90, difunde-se na Austrália, Escandinávia, e mais recentemente, no Brasil, onde esta abordagem tem sido introduzida especialmente por NEVES-ARRUDA et al (1992) NEVES-ARRUDA (1993); PATRÍCIO (1992,1993); SILVA (1993, 1997) e WALDOW (1992,1995).

Meyer (2000) ao fazer uma análise crítica sobre quem tem exercido o direito de definir o que é cuidado de Enfermagem, faz o seguinte questionamento: Como

poderíamos definir as atuais Teorias do Cuidado? A autora situa as Teorias do Cuidado como um movimento específico de relações conflituais por constatar o domínio da Ciência, da prática médica e de seus princípios, na área da saúde. Nesse sentido, elas poderiam ser entendidas *como espaços que agregam estratégias de resistência e contestação a esses cânones científicos e a essas racionalidades* (p. 14).

Na enfermagem, algumas teóricas têm aprofundado o estudo sobre o cuidado. Suas teorias têm guiado grande parte das investigações, discussões, bem como inspirado e organizado novos modelos e proposições para a prática e ensino de enfermagem.

Uma grande contribuição para a teoria do cuidado surgiu com Madeleine Leininger (1978). Sua teoria é fundamentada no modelo transcultural de enfermagem (Modelo do Sol Nascente) e engloba a idéia do cuidar/cuidado humano em suas diferenças e similaridades nas diversas culturas, daí a denominação de Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado ou Teoria Cultural do Cuidado.

Para Leininger (1991) o cuidar/cuidado é a essência da enfermagem. Em qualquer cultura, os seres humanos percebem e experienciam comportamentos de cuidado dentro de seu contexto cultural e familiar. Por isso as ações de cuidado devem ser diferenciadas a fim de manter ou resgatar o bem-estar do cliente, sua saúde, ajudá-lo a enfrentar a morte de forma apropriada, respeitando normas e valores culturais.

Outra teoria que tem dado suporte à prática do cuidado é a de Watson (1985). A Teoria do Cuidado Transpessoal de Watson se apóia no processo do cuidado humano para o qual requer intenção, desejo, inter-relacionamento e ações. Para a autora, o processo transpessoal afirma a subjetividade das pessoas, proporciona mudanças positivas para o bem-estar de outrem e possibilita o crescimento da enfermeira. A enfermeira é co-participante do processo cujo ideal de cuidado é a intersubjetividade.

O cuidado é concebido como o ideal moral da enfermagem; só pode ser efetivamente demonstrado e praticado de forma interpessoal; consiste de fatores que resultam da satisfação de certas necessidades humanas, isso inclui aceitar a pessoa não somente como ela é, mas como virá a ser.

A inter-relação no cuidado transpessoal envolve um relacionamento de cuidado humano especial — a união com outra pessoa — uma alta consideração (estima) pela

pessoa em sua forma de ser e de se relacionar com o mundo. O cuidado começa quando o enfermeiro (a) entra no espaço/vida da outra pessoa e consegue detectar a sua condição, ocorrendo assim, um fluxo de intersubjetividade entre enfermeiro (a) e o cliente (WATSON, 1985).

Para o estudo e compreensão da enfermagem como uma ciência de cuidar/cuidado Watson (1988) identificou dez fatores estruturais, os quais se constituem em combinações de intervenções: formação de um sistema de valores humanístico-altruístico; estruturação de fé e esperança; cultivo da sensibilidade de nosso próprio eu e dos outros; desenvolvimento de um relacionamento de ajuda e confiança; promoção e aceitação de uma expressão de sentimentos positivos e negativos; utilização de um processo de cuidar criativo de resolução de problemas; promoção ensino-aprendizagem transpessoal; desenvolvimento de meio ambiente de apoio, proteção e/ou ajuda física, mental, social e espiritual, assistência de necessidades humanas e admissão de forças existencial-fenomenológicas e espirituais.

Waldow (1995; 1998), estudiosa brasileira, entende que o cuidado humano,

(...) consiste em uma forma de viver, de ser, de se expressar, uma postura ética e estética frente ao mundo. Um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento, da vida.

Nesse sentido, a prática de cuidar da enfermagem deve se caracterizar por ações e comportamentos que associem ao espírito científico a emoção, a sensibilidade, a destreza e a habilidade. Portanto, realizar procedimentos técnicos em um corpo qualquer, ou estabelecer o relacionamento do tipo pessoa-objeto, não pode ser considerado cuidado humano.

No processo de formação profissional, as técnicas de enfermagem são ensinadas/aprendidas de maneira formal; alguns professores chegam a enfatizar que o conhecimento científico e a utilização de tecnologias são fundamentais para o exercício/prática de cuidado. Há, porém, outras facetas do cuidado que necessitam ser consideradas ou melhor, resgatadas, tais como a consideração, o respeito, a compaixão

e até mesmo o afeto.

Quando pensamos em cuidado, vem-nos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem estar físico e mental das pessoas. Em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses instrumentos e produz-se a saúde. Entretanto, precisamos considerar que a direção inversa desta forma de pensar também é verdadeira, ou seja, que as necessidades de intervenção/cuidado na saúde está na dependência direta da forma como aplicamos as tecnologias e construímos os conhecimentos científicos.

Porém, nem tudo o que se considera como importante para o bem estar das pessoas pode ser imediatamente traduzido e operado como conhecimento técnico e uso de tecnologia, é preciso entender que quando assistimos/cuidamos de outras pessoas, mesmo na condição de profissional da saúde, estamos construindo mediações, escolhendo dentro de certas possibilidades o que deve ser aplicado em cada caso, esta escolha deveria ser pautada no respeito pelo ser, querer e o fazer daqueles dos quais cuidamos.

Segundo Ayres (2004, p.85), o cuidado em saúde deve fazer parte da construção de projetos humanos. Portanto, o cuidar exige certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldado a partir de uma forma de vida que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo. Então, *é forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, ou seja, que concepção de vida bem sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência.*

A proposta de Ayres é sem dúvida o “ideal de cuidado”, entretanto lanço outros questionamentos: Que possibilidades temos nós, cuidadores (as), em conceber felicidade em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção do projeto de felicidade dos clientes? A verdade é que raramente chegamos sequer a nos indagar sobre os projetos de felicidade daqueles indivíduos ou populações aos quais prestamos assistência, quanto mais participar ativamente de sua construção.

É preciso lembrar que o momento assistencial pode (e deve) fugir de uma tecnificação, isto é, de olhar para o corpo apenas como objeto de intervenção, mas perceber as trocas que ali se realizam para enxergar a potencialidade reconciliadora

entre as práticas assistenciais e a vida. O cuidado põe em cena um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, ou seja, não é a *theoria* nem a *póiesis* o espaço privilegiado do cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a práxis, ou atividade prática. O saber que se realiza no cuidado (se deixarmos) é algo que na filosofia aristotélica é chamado de *phrónesis*, ou sabedoria prática, um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos diante dos objetos criados no e para o seu mundo (GADAMER, 1991).

4.1 O Cuidado de Enfermagem e sua dinâmica no espaço hospitalar

O modo pelo qual o corpo foi constituído como objeto de conhecimento e de intervenção pelo enfermeiro (a) já foi tratado no capítulo 1, páginas 10-15 e início do capítulo 4, respectivamente. Neste momento retomo o olhar sobre os dados empíricos, sobre a realidade observada para refletir sobre os rituais e dispositivos utilizados pela enfermagem, a partir do cuidado desenvolvido no contexto estudado.

No contexto hospitalar, convive-se com corpos portadores de enfermidades e afecções que foram ou se encontram submetidos a terapias, corpos que expressam em si os dilemas dos controles sociais e da regulação institucional (POLAK, 1996).

Segundo Ribas-Gomes (1991), o processo de trabalho da enfermagem se organizou em três direções: 1) organizar o cuidado do doente, o que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem; 2) organizar o ambiente terapêutico por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza e higiene; 3) organizar os agentes de enfermagem por meio de seu treinamento, utilizando as técnicas e os mecanismos disciplinares.

Historicamente as enfermeiras têm adotado princípios da Escola Científica e Clássica da Administração para gerenciarem o seu trabalho, tendo em vista a estruturação e organização do Serviço de Enfermagem nas instituições de saúde. Algumas características desse estilo de gerência como: a fragmentação das atividades, a impessoalidade nas relações, a centralização do poder e a rígida hierarquia ainda são

marcantes no cotidiano do trabalho da enfermagem como pode ser observado nos seguintes registros,

As atividades da clínica estão divididas por categoria profissional. Em cada enfermaria, 2 funcionários: um responsável pelos cuidados em geral e o outro pela medicação. O enfermeiro é responsável pelo gerenciamento da clínica, passagem de sondas, cuidado direto a clientes graves, e curativos que necessitam de avaliação mais aprofundada (Notas de observação)

[...] na realidade o funcionário de enfermagem só se aproxima dos clientes para desenvolver alguma atividade, em particular nos momentos de higiene, administração de medicamentos, cumpre rotinas (Notas da observação).

[...] o isolamento só não está melhor porque essa paciente está aqui. Passei a semana inteira agüentando sua “moage” lá fora, ela chegou ao isolamento primeiro que eu, só estou aqui porque que a enfermeira já havia feito à escala de serviço senão eu iria pedir para me trocar de lugar (discurso auxiliar de enfermagem – Notas de observação).

O cuidado desenvolvido em parcelas, estágios ou distribuído em escalas evidencia não só a posição que cada elemento da equipe de enfermagem assume em relação ao cliente, como a percepção que clientes e seus familiares têm em relação à equipe de enfermagem. Isto se revelou exemplarmente no momento em que uma acompanhante, preocupada com a continuidade do tratamento antibiótico do seu familiar e por não dispor de condições financeiras para comprar o medicamento, me aborda na enfermaria e pergunta onde se encontra a enfermeira chefe, pois gostaria de saber se o hospital já providenciou a compra do remédio. Imediatamente, a esposa do cliente ao lado faz a seguinte afirmação: *não adianta perguntar para a chefe que ela não sabe, quem sabe das coisas é quem mexe com os doentes, as auxiliares, elas já sabem tudo de cabeça.*

O cuidado desenvolvido de forma parcelar é um dispositivo, uma forma de se estruturar e de realizar o cuidado. Sob esta forma de cuidar este corpo vai ser um corpo dividido em vários domínios, ou seja, o domínio sobre o corpo e dividido entre os diversos agentes de saúde, onde cada um se preocupa com uma área específica. Como consequência, o cuidado se torna esfacelado, muitas vezes impessoal e distanciado; o

foco de atenção se volta para a alteração/anormalidade ocorrida em determinada parte do corpo de forma descontextualizada; em alguns casos essa pequena parte do corpo passa a identificar o cliente, como por exemplo, “o pé diabético de Maria”.

O corpo também passa a ser apropriado em múltiplas e pequenas apropriações (corpo que elimina, corpo que come, corpo que cheira, corpo que tem ferida, corpo que sente dor, corpo que recebe infusão, dentre outros), no qual para cada pequena apropriação lança-se mão de conhecimentos diferenciados tais como:

- Para um corpo que recebe infusão, uma anatomia da rede venosa;
- Para um corpo que tem excreções, a fisiologia para uns e a higiene para outros;
- Para um corpo que retém ou perde líquido, uma bioquímica, e assim sucessivamente.

A hidratação do sr João está atrasada, não tem condições de via periférica, não sei porque ainda não puncionaram uma subclávia (Discurso auxiliar de enfermagem – registro de observação)

Maria apresentando diurese diminuída, instituir balanço hídrico (Enfermeiro - registro prontuário).

O cuidado de enfermagem é administrado, ou seja, passa por um processo de elaboração que envolve previsão e distribuição de recursos humanos e materiais para a sua execução. Uma administração regida por certas regras, implícitas e explícitas, a exemplo da regra da disposição e distribuição “do que se dispõe” em face “do que se determina como ação” e “do que não se dispõe”, ou seja, administrar também a carência. Como se pode observar, uma simples regra, como esta da disposição, se desdobra em outras que irão dar percursos, orientações, parâmetros para o “dispor” e o “distribuir”.

Normalmente, a disponibilidade de recursos humanos e materiais para o desenvolvimento do cuidado estão atrelados a: nível de dependência do cliente, complexidade do seu estado de saúde e das relações interpessoais que se estabelecem entre os elementos da própria equipe de enfermagem.

A enfermeira da unidade ao elaborar a escala de trabalho, tem se deparado com

profissionais de difícil relacionamento, exigindo habilidade, “jogo de cintura” para driblar as diferenças pessoais conforme registro abaixo,

Não “dá para trabalhar junto mesmo, pois cada um quer ser mais “chefe” que o outro (Registro observação - auxiliar de enfermagem).

Cuidar é administrar o cuidado em todos os seus meandros, não só em relação à previsão e distribuição de materiais e recursos humanos, mas saber lidar com as emoções, rejeições que se estabelecem no grupo. O administrar é um atributo do enfermeiro (a) e diferencia o seu trabalho em relação aos demais membros da equipe de enfermagem, ele (a) é quem tem o conhecimento de quem pode ou não desenvolver certo tipo de cuidado, quem pode dizer: “para cuidar deste cliente são necessários dois funcionários”; “aquela funcionária tem condições de cuidar de uma enfermaria”. Portanto, cuidar é também “dispor o cuidar” e isso implica em conhecer essas regras de disposição.

Entretanto, nem sempre as regras dão conta de organizar e desenvolver o cuidado de forma eficiente, em face da carência de recursos humanos e materiais, acarretando sobrecarga de trabalho e o distanciamento do cliente.

A clínica está sem secretário, a enfermeira termina assumindo essa função para tornar possível a continuidade do seu trabalho, encaminhando solicitação de exames, medicamentos para os clientes e até mesmo solicitando ao médico o preenchimento de certidão de óbito ocorrido às 4:30 visto que até as 9:15 o corpo ainda não havia sido encaminhado para o necrotério pela ausência desta certidão. A enfermeira da clínica se sente tão indignada com essa situação que faz o seguinte desabafo “a enfermagem cuida do corpo enquanto está de olho aberto, depois que fechou não é mais responsabilidade nossa” (Notas de observação)

Sr Valente, enfermaria 423, com incontinência urinária deseja retirar o fraldão devido o intenso calor. Solicitou à auxiliar de enfermagem calção para fazer a troca, esta por sua vez foi categórica ao afirmar “se urinar no leito querendo ou não vai voltar para o fraldão, não tem funcionário e nem lençol suficiente para ficar trocando toda hora” (Notas de observação).

Por isso o cuidado é administrado em doses, o enfermeiro (a) diariamente prevê a quantidade de pessoal e material para atender às necessidades do cliente; em etapas,

um administra medicamentos, outro curativo, um terceiro encaminha solicitação e exames, e assim sucessivamente, de forma a contemplar o alvo (atender às demandas de cuidado de cada cliente) e os agentes (ao determinar quem vai fazer o quê).

Além disso, o enfermeiro (a) também tem administrado a ingerência que outros profissionais tentam exercer sobre o trabalho da enfermagem. Por várias vezes no campo observei a enfermeira da unidade questionando o interno/residente quanto à prescrição de curativo, alegando ser esta prescrição de competência da enfermagem. A questão do curativo ser ou não ser de competência da enfermagem é só mais um exemplo da construção e consolidação de campos de saber e prática, onde a enfermagem vai ter que exercer uma vigilância.

A vigilância exercida pela enfermagem deixa de ser apenas sobre o corpo do cliente, mas amplia-se para o seu campo de trabalho, para o seu saber. Controlar quem está entrando em sua área e assumindo sua “função”. Um outro exemplo dessa “invasão” de campo de saber ocorre com as atividades desenvolvidas pelo fisioterapeuta. Durante muitos anos a enfermagem ficou responsável pela fisioterapia respiratória de seus clientes, aplicando nebulização, tapotagem, exercícios respiratórios, drenagem postural e outros. Porém com a inserção do fisioterapeuta no ambiente hospitalar, este profissional vem gradativamente tomando para si estas atribuições.

As questões relativas a recursos humanos em saúde e, particularmente, na enfermagem têm sido objeto de regulamentação pelo Conselho Federal de Enfermagem – COFEN em sua Resolução 189/1996 e de estudos/propostas por parte de instituições formadoras e/ou prestadoras de serviço. Esse maior interesse pelo assunto tem ocorrido porque as instituições precisam adequar seus custos com pessoal a uma nova realidade, escassez de recursos financeiros.

De acordo com a Resolução COFEN/189/96, para efeito de cálculo de pessoal, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito, nas 24 horas: 3,0 horas de enfermagem por cliente, na assistência mínima ou auto cuidado; 4,9 na assistência intermediária; 8,5 na assistência semi-intensiva e 15,4 horas de enfermagem por cliente na assistência intensiva. A distribuição percentual do total de profissionais de Enfermagem, deverá ser efetuada observando o Sistema de Classificação de Pacientes

(SCP): para a assistência mínima e intermediária, 27% de enfermeiros e 73% de técnicos e auxiliares de enfermagem; assistência semi-intensiva, 40% de enfermeiros e 60% de técnicos e auxiliares de enfermagem; assistência intensiva, 55,6% de enfermeiros e 44,4% de técnicos de enfermagem. O quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido do Índice de Segurança Técnica (IST) não inferior a 30% do total.

A preocupação com a qualidade da assistência/cuidado prestado aos clientes nas instituições de saúde (isso também implica em quantidade suficiente de profissionais para atender às necessidades dos clientes) tem sido algo tão forte no trabalho que tem surgido outras possibilidades de resposta, embora na prática ainda não se observe a incorporação destes novos conhecimentos. Na prática o enfermeiro (a) ainda administra “o imediato”, ou seja, dispõe, distribui, faz remanejamentos de pessoal de acordo com o número de profissionais presentes no período de trabalho/plantão. Isso significa que o cotidiano de trabalho exige novos cálculos e regras que, por sua vez, vão produzir novos conhecimentos a ponto de se tornarem generalizáveis. Novas regras criam novas terminologias, a exemplo do Sistema de Classificação de Pacientes.

Segundo Laus & Anselmi (2004), o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) é considerado como a primeira etapa do processo de dimensionamento de pessoal de enfermagem, é um recurso pelo qual se torna possível monitorar a produtividade e custos dos serviços de enfermagem. Para as referidas autoras, embora a história mostre que a classificação de pacientes na área de enfermagem tenha surgido desde Florence Nightingale, é a partir da década de 1930, nos Estados Unidos, que o Sistema de Classificação de Pacientes foi desenvolvido. Este sistema passou a ser amplamente utilizado nos hospitais norte-americanos, com a finalidade de analisar a tipologia do paciente internado, estimar o tipo e a quantidade de recursos necessários para assisti-los e monitorar as ações desenvolvidas, segundo o nível de gravidade e complexidade.

No Brasil, o SCP foi estudado inicialmente e apresentado como proposta a ser utilizada no cálculo de pessoal de enfermagem, por Ribeiro em 1972. Hoje, existem várias propostas de SCP. Elas se diferenciam na forma de avaliação e no número de categorias que são avaliadas, mas todas são baseadas no cuidado progressivo ao

cliente. Perroca (1996), por exemplo, utiliza um instrumento com 13 indicadores de cuidados, com pontuação de um a cinco pontos, objetivando apontar a intensidade crescente do grau de dependência do cuidado em relação à enfermagem. O valor um corresponde ao menor nível de atenção de enfermagem e o valor cinco, ao máximo nível de dependência.

Os 13 indicadores críticos não se restringem apenas à esfera biológica, consideram também a dimensão psicossocial do cuidado, a saber: estado mental, nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição, hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação e integridade cutâneo-mucosa. A terminologia críticos designa necessidades de cuidado de enfermagem do paciente que, quando associados entre si, são capazes de identificar a categoria de cuidados a que esse paciente pertence.

O paciente é classificado em todos os indicadores, em um dos cinco níveis, na opção que melhor descreve sua situação em relação à assistência de enfermagem. A somatória dos pontos correspondentes a cada um dos 13 indicadores classifica o paciente em uma determinada categoria de cuidado: cuidados mínimos (13 a 26), cuidados intermediários (27 a 39), cuidados semi-intensivos (40 a 52) e cuidados intensivos (53 a 65). Considera-se cuidado mínimo, o cuidado prestado a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, fisicamente auto-suficientes quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas (NHB); cuidado intermediário, cuidado a pacientes estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência das ações de enfermagem para o atendimento das NHB; cuidado semi-intensivo, cuidado a pacientes crônicos ou não, estáveis sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, porém, com total dependência das ações de enfermagem quanto ao atendimento das NHB; cuidado intensivo, cuidado a pacientes graves, com risco iminente de vida, sujeitos à instabilidade de sinais vitais, que requeiram assistência de enfermagem e médica permanente e especializada (PERROCA, 2000).

Esse é um exemplo claro de como o conhecimento de enfermagem se constrói incorporando novas terminologias, produzindo instrumentos que, muitas vezes se dirigem para administrar o cuidado de forma classificatória, quantificável,

manipulável, obedecendo à mesma lógica das tipologias e diagnósticos médicos, por mais que sejam tomados como inovadores.

O Sistema de Classificação de Pacientes é um exemplo de dispositivo do saber que vem se incorporar ao fazer da enfermagem, contribuindo para dar sustentabilidade à atual conformação do cuidado desenvolvido no hospital, ainda fragmentado e com base em saberes e diagnósticos classificatórios.

O cuidado é rotinizado; obedece a uma ordem, a uma rotina em que atividades tão íntimas como dormir, alimentar, tomar banho são previamente estabelecidas, como se todos fossem iguais e portadores das mesmas necessidades.

As rotinas visam articular de forma proveitosa a “elaboração temporal dos atos”, de tal maneira que estes sejam articulados, uns em relação aos outros. As atividades geralmente são organizadas de modo a compor uma série, onde uma ação não pode ser realizada sem que a outra esteja concluída, por exemplo, não se inicia o trabalho sem receber o plantão e ler os prontuários; antes de realizar um curativo converse com o cliente, encaminhe-o ao banho, prepare o material, troque o leito, posicione-o confortavelmente no leito para posteriormente realizar o curativo.

A rotina determina não só o momento, o jeito de cuidar do corpo do cliente, bem como, direciona todo o trabalho a ser desenvolvido pela equipe de enfermagem dentro do hospital,

Colegas enfermeiros - estamos orientando a equipe de enfermagem das clínicas médica e cirúrgica que ao realizarem o procedimento de verificação de sinais vitais de qualquer cliente o façam utilizando a bandeja com: termômetro, esfignomanômetro, estetoscópio e um copo de algodão embebido com álcool a 70% para desinfecção dos mesmos. Isto deverá ser seguido em todos os períodos (M, T, N) (Chefia de Enfermagem – registro Livro passagem de plantão).

Precisamos montar uma rotina de encaminhamento de material para o CME com horários bem definidos. Está ficando uma quantidade de material na sala de curativos de um plantão para o outro (Enfermeira da unidade – registro livro passagem de plantão).

Ao realizar a admissão de paciente na clínica auxiliares e técnicos de enfermagem devem lembrar de: descrever história sucinta, como o paciente chegou (deambulando, de maca, acompanhado por quem), queixas, encaminhá-lo ao quarto, ao banho, posteriormente ao banho, orientar normas e rotinas da clínica, verificar e anotar: peso, altura, sinais vitais (Chefia do serviço de enfermagem – registro livro passagem de plantão).

A rotina é um “ritual de cuidado” que visa ordenar, normalizar as ações da enfermagem no sentido de imprimir uma dinâmica para o seu trabalho. Atua no sentido de treinar, ajustar economicamente o tempo decorrido entre cada atividade, produzir um cuidado mais uniformizado (menos passível às diferenças de quem executa) e serializado (em série, partes em seqüência lógica).

Essa ação uniformizada tira a possibilidade do trabalhador poder expressar-se no trabalho, ou seja, desenvolver as atividades do seu “jeito”. Mas, apesar disso ele encontra brechas, *organizando-se de outras formas, elegendo prioridades, fazendo o que pode para, ao menos, minimizar os efeitos adversos sobre si e sobre o resultado de seu trabalho* (RAMOS 1996, p.96).

Além de ser uniformizado e serializado, o cuidado precisa ser “comunicado” em cada um dos seus momentos para que, posteriormente, diferentes agentes possam assumir partes daquela série.

Terminada a visita médica alguns internos/residentes alteram a prescrição médica do dia e decidem quem são os clientes que receberão alta hospitalar. Entretanto, nem sempre essas alterações são comunicadas à equipe de enfermagem, causando transtornos para o desenvolvimento do cuidado (Notas de observação).

Esse registro revela como a falta de comunicação quebra toda uma série de atividades que deve ser desenvolvida, ou seja, a ausência de comunicação desmonta a ação rotinizada e representa uma ameaça à ação complementar dos diferentes agentes.

Por outro lado, a rotina é um dispositivo de poder do qual a enfermagem tem se utilizado para disciplinar os corpos durante a sua permanência no hospital. O cumprimento de horários e rotinas é indispensável à organização de qualquer instituição. Particularmente no cuidado de enfermagem, reconheço que há inúmeras situações em que a observação da rotina se faz necessário como, por exemplo, exames que exigem preparo.

Um exemplo clássico, ressaltado na fala da maioria dos enfermeiros é o questionamento sobre a necessidade de realizar banho no leito a partir das 05:00 horas da manhã para passar o plantão “em ordem”. Embora todos digam concordar que isto

possa ser reavaliado e/ou flexibilizado, dando oportunidade para que o cliente possa fazer sua higiene pessoal um pouco mais tarde quando estiver totalmente desperto, porque esta continua sendo uma rotina na maioria dos hospitais brasileiros?

Sendo assim, a rotina produz corpos obedientes, disciplinados, despossuídos de vontades e prontos para sujeitar-se a quem, aparentemente, exerce o poder de conhecer e pôr em prática as regras do “bom cuidado”, do funcionamento do trabalho e da instituição, sem pôr em cheque os valores e idéias que os estão sustentando.

O cuidado põe em jogo os diversos interesses profissionais, visões, posições e poderes instituídos na estrutura hospitalar. Uma luta pela manutenção de espaços conquistados e a conquistar, onde o cliente se revela como expectador do seu cuidado e do seu corpo.

Esses jogos de interesses se revelaram, por exemplo, com a suspensão de internação ocorrida na clínica médica devido à falta de funcionários para atender a toda demanda de cuidados exigidos pelos clientes. A medida ocorreu após reunião entre a Gerência de Enfermagem, Chefia Médica da clínica médica, Enfermeiro responsável pela Comissão de Controle e Infecção Hospitalar e o Superintendente do hospital. Entretanto, os discursos que circularam pela clínica revelaram a capilaridade do poder médico e os jogos de interesses existentes no hospital:

O PA fechou não porque estão reconhecendo que há poucos funcionários para prestar cuidados aos doentes graves, mas porque deixamos de priorizar a coleta e envio de material para exames tais como fezes, urina, escarro. A não realização destes exames tem limitado as atividades dos residentes, por isso eles começaram a reivindicar a redução de internação na clínica. Esta reivindicação foi acatada pela chefia médica da clínica, o qual possui livre acesso ao diretor do hospital. Outro fator que poderia estar interferindo nessa redução é a falta de médicos (professores) plantonistas para dar cobertura na clínica (discurso auxiliar de enfermagem – Notas de observação).

O PA fechou, mas as internações continuam acontecendo, ontem internaram 3 pacientes: um indicado pelo médico chefe da clínica, outro pelo diretor clínico do hospital e o terceiro do ambulatório “a porta de entrada fechou (PA), mas os doentes continuam entrando pela porta dos fundos” (discurso enfermeira da unidade – Notas de observação).

Apesar de a enfermagem vivenciar/sentir de perto as dificuldades para desenvolver o seu trabalho, não tem encontrado forças suficientes para resistir ao

poder “soberano” que o médico põe em funcionamento para atender aos seus interesses. Por isso necessita conquistar novos espaços de negociação, de decisão, para se estabelecer enquanto sujeitos de ação, desenvolvendo estratégias que permitam seu posicionamento diante de situações-problema, menos suscetíveis à interferência de outro profissional.

A conquista de novos espaços de atuação passa pelo desenvolvimento de competência, maior conhecimento e habilidade do enfermeiro em se posicionar, liderar. Essa conquista não se dá de forma tranqüila, harmoniosa, mas num ambiente de conflitos, cobranças e resistências.

Não sei o que esses médicos estão esperando; a punção dessa subclávia já deveria ter sido feita há dias, viu que a paciente estava piorando e não fez nada, depois quando piora de vez é a gente que fica correndo. (discurso auxiliar enfermagem - Notas de observação).

O residente solicitou à enfermeira da unidade máscara com carvão ativado para que o mesmo pudesse avaliar o cliente que se encontra no isolamento com diagnóstico de meningite bacteriana. O gerente de enfermagem foi até a clínica questionar a necessidade do uso da máscara visto que “o diagnóstico de meningite bacteriana não tem indicação de uso da máscara com carvão ativado, seu uso se restringe à proteção de agentes químicos e não bactérias...” (Notas de observação).

A enfermeira argumenta com o residente que ao invés de ceder vaga externa para o leito de emergência, este deveria ser ocupado pelo doente da enfermaria masculina que se encontra taquipneico em macronebulização contínua, podendo fazer parada respiratória a qualquer momento. O residente contra argumenta dizendo que no momento isso não é possível, pois os dados da gasometria mostram melhora na concentração de Oxigênio (Notas de observação).

As diferentes posições e visões, assumidas pela enfermeira e residente, exemplificada neste último registro de observação, revelam os distintos olhares e saberes que estão em jogo no momento do cuidado. Enquanto a enfermeira se preocupa em acompanhar a evolução do desconforto respiratório para atuar de forma “precoce”, evitando complicações respiratórias ou desconfortos maiores para o cliente e, até mesmo, para providenciar material para uma possível intervenção de urgência, o residente fixa o seu olhar e a sua ação em dados objetivos, quantitativos (gasometria) e as possíveis repercussões hemodinâmicas que podem causar no corpo do cliente. No

entanto, olhares e saberes que deveriam ser complementares, na verdade se mostram refratários ao diálogo.

Os conflitos vivenciados pelos profissionais da enfermagem normalmente são decorrentes da agressividade com que interno/residente e o médico tratam a equipe de enfermagem; a falta de condições materiais e humanas para o bom desempenho do trabalho; o relacionamento com o cliente, dentre outras.

Quando o residente Sol chegou à clínica era insuportável, gritava com todo mundo, aos poucos foi vendo que não iria conseguir muita coisa dessa forma, não dávamos atenção para o que ele falava em algumas situações, falávamos na mesma altura (discurso auxiliar de enfermagem – Notas de observação)

[...] aqui todo mundo se acha no direito de cobrar da enfermagem, até a paciente Lua está reclamando porque a enfermagem não trocou a sua cama, não quer nem saber se tem roupa ou não (discurso auxiliar de enfermagem – Notas de observação)

Clínica um caos! Espero sinceramente que essa situação de falta de funcionário melhore, pois corremos o risco de surtar, está impossível trabalhar (Enfermeira – registro livro passagem de plantão).

Plantão trabalhoso, com muitos pacientes graves e poucos funcionários. Está praticamente impossível dar plantão sem recursos humanos, todos os funcionários sobrecarregados de serviço, carga horária, muitos estão fazendo hora-extra para dar cobertura na clínica. Não sei por que dispensaram a outra enfermeira, o número de funcionários precisa ser aumentado urgente (Enfermeira – livro registro passagem de plantão).

Toda vez que a gente vai dar a medicação o paciente quer saber o que é ele já está cansado de saber e fica enchendo o saco da gente (discurso auxiliar de enfermagem – Notas de observação)

Conquistar novos espaços implica também em “resistir” às condições de trabalho, pois estas influenciam diretamente no seu produto, ou seja, na qualidade da assistência que está sendo prestada.

Em Foucault não há relações de poder sem resistência; pois *o poder só se exerce sobre “sujeitos livres”, enquanto livres têm diante de si a possibilidade de várias condutas* (Dreyfus 1995, p.244). A resistência está ligada a “estratégia” utilizada pelo indivíduo/coletivo para a obtenção da vitória, o seu confronto, em termos de insubmissão e luta. Essa luta também se constitui uma “fronteira” onde a

ação calculada das condutas dos outros não pode mais ultrapassar a réplica de sua própria ação.

A resistência exercida pelos profissionais de enfermagem diante da ausência de condições para o desenvolvimento do cuidado pode ser observada quando se lê no prontuário do cliente que o curativo não foi realizado devido falta de funcionários no período ou, no livro de passagem de plantão, que os clientes do isolamento ficaram sem banho por não ter profissionais em número suficiente para atender à demanda do serviço.

Entretanto, o movimento de resistência não se restringe a equipe de enfermagem e às rotinas de trabalho, ela se estende ao cliente, ou seja, o cliente também encontra mecanismos para demonstrar a sua insatisfação com o cuidado que recebe:

(...) mesmo orientado o paciente segue retirando a punção venosa e jogando no chão... (Registro prontuário – enfermeiro)

(...) tentado passagem SNE no Sr José, porém não consegui, o mesmo se mostrou resistente ao procedimento, agindo de forma agressiva querendo dar ponta-pé e cuspiendo na gente... (Registro – Livro passagem plantão)

Sra Lúcia, insatisfeita com o tratamento recebido solicitou alta a pedido (Registro – Livro passagem de plantão).

Como se observa entre a relação de poder e a estratégia de luta existe atração recíproca, cada instante dessa relação pode tornar-se, e geralmente se torna, um confronto entre adversários, gerando instabilidades que fazem com que os mesmos processos, os mesmos acontecimentos possam ser decifrados em dispositivos de poder.

Os diferentes posicionamentos, visões e jogos de interesses envolvidos no cuidado são simbolizações visíveis da rede de poderes que se trama e que se opera dentro do hospital. As estratégias de resistência estabelecidas nesta relação revelam a desconstrução do imaginário do médico vinculado ao “Olimpo”, poderoso, soberano, e a emergência de um campo de atuação em que médicos, equipe de enfermagem e clientes se colocam numa posição mais igualitária para estabelecer suas estratégias de luta diante das relações de poder que se estabelecem no hospital. Por conseguinte, o corpo que está sendo construído já não é um corpo tão frágil, sujeito a qualquer tipo e

forma de intervenção, mas um corpo que não se cala, reivindica e assume posturas/attitudes questionadoras diante de um poder instituído.

O cuidado se apóia no modelo biomédico de saúde, centrado na doença, nos sinais e sintomas. A enfermagem ao sustentar suas ações no modelo biomédico, como tecnologia hegemônica no trabalho hospitalar, fragmentou o corpo, organizou o ambiente e instituiu mecanismos disciplinares, em particular, a vigilância. Assim, direcionou as atividades de cuidado no sentido de acompanhar os pequenos funcionamentos do corpo naquilo que se revela como “vida que pulsa”, ou seja, no corpo que respira, que se alimenta, que dorme, que sente dor, que cheira. No hospital esses funcionamentos constroem um “outro corpo”, que de tão forte e de tanta importância, reduz e restringe o “corpo vida”, o corpo que foi inicialmente tomado pela doença.

Ao observar atentamente a realidade do cuidado desenvolvido pela enfermagem, em muitos momentos fui tomada pela dúvida: Até que ponto o olhar da enfermagem se diferencia do olhar médico? Até que ponto este olhar quer ser diferente? Se não há respostas únicas e permanentes, talvez seja possível identificar que o olhar médico se volta para o funcionamento do corpo, com o objetivo de diagnosticar, classificar estabelecer estratégias de intervenção para promover a cura; e o olhar da enfermagem aos pequenos funcionamentos deste corpo, a fim de mantê-lo sob vigilância; conhecer o seu funcionamento para poder atuar no sentido de reconduzi-lo à ordem. Quando por algum mecanismo este corpo pára de funcionar a enfermagem, automaticamente, aumenta o “rigor do olhar” (acompanha de perto, se aproxima do corpo várias vezes no plantão) e conseqüentemente, aumenta as minúcias deste poder de “intervenção/manipulação” sobre o corpo. Na prática, a visão de mundo dos profissionais da enfermagem determina substancialmente a forma de ser, viver e de cuidar. Ao adotarmos uma visão fragmentada nos conduzimos a ações mutiladoras, se possuímos uma visão mais ampla, conseqüentemente, nos conduzimos a ações mais plenas.

A enfermagem mostra um olhar que tenta o tempo todo ser diferente, mas que permanentemente é tomado por este domínio (olhar clínico). Ele é tão chamado, tão dirigido a olhar para o corpo anátomo-fisiológico que se torna raro escapar deste

domínio. O modelo biomédico adotado pelas ciências médicas e posteriormente pela Enfermagem não comporta o pensamento e o olhar do todo, da inteireza.

A Medicina, a exemplo de outros setores da ciência, em nome de sua própria legitimidade não apenas buscou conhecer o seu objeto, mas também impôs a este os mesmos limites e restrições a que estava submetida. Estudou o corpo e seu funcionamento objetivamente; criou limites para este corpo; restringiu e enclausurou o sintoma no sistema. A consequência deste modelo é o espanto do profissional quando o sintoma está fora de um sistema instituído obrigando-o a fazer pontes onde elas não existem e a enxergar vínculos onde ele sequer tinha previsto.

Para Urasaki, a enfermagem espelha as “feridas” do moderno sistema médico ocidental e, como toda sociedade, ainda está alicerçada com os valores modernos: busca da sociedade perfeita, submete-se ao dever-ser, à moral, à ordem, à unidade, ao trabalho, à ação-produção, à organização e luta pelo poder; mantém um compromisso com as certezas absolutas, com o estabelecido, com o previsível, com a atitude intelectualista, com a razão; por isso abre mão das emoções (que devem ser contidas, por simbolizar fraqueza), dos sentimentos, da espontaneidade; *advoga a favor do distanciamento, do não relacionamento enquanto pessoa na relação que envolve o cuidar, apesar de ser “gente cuidando de gente”, abdica do prazer, do vitalismo - dos regeneradores do ser* (URASAKI 2003, p.78).

Portanto, a Enfermagem tem um compromisso consigo mesma e com a humanidade, necessita encontrar forças para “desconstruir” esse modelo perverso e “reconstruir” a ciência na sua prática, valorizando a fala, as respostas e experiências humanas nos diferentes ciclos da vida: saúde, doença, viver, morrer, nascer, crescer, sofrer, aprender, transformar. É construir pontes para acomodar a ação de cuidar no processo da vida humana restaurando a dimensão da inteireza/totalidade, ou melhor, é devolver-lhe o lugar que lhe foi tomado, relação e não separação, distanciamento.

Pensar no cuidado de enfermagem como o lugar de cuidado às pessoas é pensar em complexidade, aceitar a ambigüidade nas relações entre o sujeito cuidador (a) e o sujeito que é cuidado aceitando a ordem/desordem a auto/hetero organização. Isto exige o reconhecimento de fenômenos, tais como liberdade e criatividade, qualidades inexistentes no modelo biomédico.

Com isso, a Enfermagem e demais ciências da saúde veem-se impelidas a ampliar seu universo de leitura e codificação, a introduzir elementos antes considerados extra-sistêmicos em sua anamnese: o corpo cultural e histórico, o corpo semiótico feito de sinais e símbolos, de histórias e lendas, de imaginação e fantasia, de sonhos e brincadeiras, de jogos e papéis sociais, de personagens imaginários, de mitos e de crenças, do vivido e do desejado, dos saberes e dos sabores, dos seus temores e ansiedades, enfim um corpo feito também de paixões (URASAKI, 2003).

Neste capítulo busquei pensar na dinâmica (movimento) que rege o cuidado em torno deste corpo eleito ou assim reconstruído.

No capítulo final que se segue, será feita uma articulação dos movimentos e pensamentos da análise empreendida até aqui, de forma a sintetizar as principais reflexões, na retomada da tese inicial deste estudo.



Auto retrato de Frida Kahlo (1907-1954) ao adoecer

CAPÍTULO 5

A REALIDADE DO OLHAR: O
CUIDADO QUE FRAGMENTA O
CORPO

5 A REALIDADE DO OLHAR: O CUIDADO QUE FRAGMENTA O CORPO

A gente não nasce sabendo tudo o que é necessário para viver. Temos que inventar o que está faltando. (...) A través da vida, o corpo humano vai sendo criado e recriado (RUBEM ALVES 2000, p. 110)

Aventurar-se pelo “corpo do cuidado” demandou muitos estudos, leituras, participação em seminários e principalmente, certa disponibilidade para ser aprendiz de mim mesma. Foram anos regados a embates, surpresas, alegrias, momentos de receios, medos e constatação das minhas limitações.

Nesse caminhar ousei deixar o conforto das ruas asfaltadas que, com suas sinalizações, nos orientam e mostram o percurso de chegada ao destino, para trilhar por terrenos acidentados, movediços, guiados por incertezas e dúvidas. Escolhi esta trajetória pela vontade de me distanciar dos olhares e linguagens que até aqui tem me conduzido, embora sabedora de que isso não seja totalmente possível.

Neste capítulo final, pretendo mostrar os caminhos que trilhei, as descobertas que fiz e destacar as principais reflexões realizadas sobre os achados que deram sustentação e consistência à tese construída no início do estudo. No entanto, não apresento essas reflexões como conclusões “finalizadas” ou “verdadeiras”, mas “temporárias”, pois, ao rever os achados estes podem ser pensados e analisados de outro modo.

Por isso não escrevo um “manual” de cuidados com o corpo, nem receitas que orientam como se deve agir, pois aprendi com o filósofo, professor e amigo, Selvino Assmam, que o trabalho do pesquisador serve para transformar em primeiro lugar a si mesmo, ultrapassar seus próprios limites de pensamento, ou seja, liberar o pensamento das amarras que o conduz, para então, pensar o cotidiano de forma diferente e, assim, convidar outros a fazer o mesmo exercício.

Estudei o corpo em uma de suas inúmeras vias, o “corpo do cuidado”, para compreender como a enfermagem criou e incorporou os rituais, os dispositivos, as

simbolizações, os saberes e práticas de cuidado e de controle sobre o corpo do cliente hospitalizado.

A partir desse olhar, iniciei a minha trajetória procurando conhecer a concepção de corpo ao longo da história da civilização humana. Nesse trajeto aprendi que o corpo pertence à história, está marcado indelevelmente pela cultura, por jogos de interesses sociais, políticos e econômicos vigentes em cada sociedade; é atingido pelas mais variadas esferas de poder, passível de leituras diferenciadas, porém complementares, por diferentes agentes sociais e diversas áreas de conhecimento, cujos entrelaçamentos tecem múltiplas facetas que se matizam em dobras²⁵ e transitoriedades.

As diferentes concepções de mundo contribuíram para transformar o corpo *Uno* em perfeita harmonia com a *Natureza (physis)*, o *Cosmos* e o sagrado num corpo “dual” (corpo/espírito) desprezível, vil, resignado, submetido aos suplícios, aos jejuns, aos flagelos físicos, como forma de se obter a salvação da alma; um corpo frágil, ligado à carne e ao mundo das paixões e do pecado.

No estudo sobre a construção do corpo no trabalho em saúde e enfermagem, destaquei dentre o conjunto de fatores e fatos históricos inter-relacionados, que adquiriram importância para a história das práticas de saúde e de enfermagem – a institucionalização do hospital e o surgimento da Enfermagem Moderna com Florence Nightingale.

Ao percorrer a história do hospital me deparei com as primeiras referências científicas sobre o corpo. Se antes o hospital era local de abrigo para pobres e doentes que estavam morrendo, com a emergência do modelo capitalista, este incorpora o cientificismo emergente da medicina e se transforma numa instituição terapêutica. A partir daí, o hospital passa a ser um instrumento do trabalho médico o qual deverá

²⁵ O conceito de dobras aparece com Deleuze ao efetuar a genealogia da subjetividade, na qual analisa os processos de subjetivação. Para o autor, a geração de subjetividades não consiste na demarcação dos limites de um eu, enclausurado e interior, mas na idéia de que ele é o efeito de uma função ou operação que sempre se produz na exterioridade desse eu. O sujeito já não é uma unidade-identidade, mas envoltura, pele, fronteira: sua interioridade transborda em contato com o exterior. Após fazer leituras das obras de Foucault, Deleuze recria o conceito de dobra para explicar os processos de subjetivação como modificação dos limites que nos sujeitam, para nos reconstruir com outras experiências, outra delimitação – criação de possibilidades de existência que rejeitam a ordem de identificação existente, adquirindo dimensão política. A dobra inaugura uma política que renuncia ao esquema opressão/libertação/identidade para afirmar a diferença, a variação, a metamorfose, como formas de resistência às duas formas atuais de sujeição: uma, que consiste em individualizar de acordo com as exigências do poder; a outra, que vincula, ata a uma identidade sabida e conhecida (DEMÈNECH, TIRADO & GÓMEZ 2001, p. 113-135).

favorecer não só a cura, mas a organização e acumulação de um saber apoiado na doença – o modelo clínico. Esse modelo produz determinados saberes e poderes sobre o corpo que marcam profundamente a vida, a estrutura do hospital e a formação profissional na área da saúde, sendo que até hoje nos mantemos fiéis aos seus princípios.

A reorganização do hospital se dá mediante a introdução de uma nova tecnologia política, a disciplina, que se encarrega de organizar e distribuir os corpos, colocando-os sob vigilância constante, tornando visíveis os mecanismos que produzem saber e poder; um conjunto de práticas (visita, exame) que produz, em uma só operação, determinados conhecimentos sobre o homem. Os mecanismos disciplinares do hospital se mantêm até hoje por serem produtivos — produzem corpos obedientes, dóceis, de fácil manipulação/manejo.

Resgatei alguns fragmentos históricos do surgimento da Enfermagem Moderna, situando-a num determinado momento histórico/social e no ambiente hospitalar para mostrar como o passado está ligado ao presente na sua expressão ritualística, simbólica e em seus dispositivos moduladores do cuidado.

A enfermagem como profissão surge associada ao saber médico e à institucionalização do hospital. Isto fez com que a sua trajetória se ligasse ao discurso científico — cuja prática de cuidado se apóia no modelo clínico ou biomédico. Um modelo curativo, preditivo, que tem por objetivo curar doenças e enfermidades; utiliza a abordagem individual do cliente, suas ações/práticas de cuidado se apóiam no diagnóstico médico numa relação de causa e efeito, sinais e sintomas e ao hospital como instituição disciplinar dos corpos.

Ao retomar a constituição do “saber” sobre o corpo pela enfermagem, constato que a construção deste saber se dá sobre um corpo específico, o “corpo doente”, gestado no interior da prática médica e, portanto, concebido como local de manifestação da doença; essa simbolização de corpo se reflete ainda hoje na forma de pensar e de organizar o cuidado no hospital — produção de cuidados apoiada na racionalidade técnica das ações e procedimentos.

Ao analisar o material empírico, primeiramente, faço a “re-constituição” do caminho percorrido pelo corpo ao adentrar o mundo do hospital. Nesse percurso

utilizo as ferramentas de Foucault, em particular o poder disciplinar para demonstrar como o ritual de internação e de exame se constituem em dispositivos de distribuição espacial dos corpos, constituição de saberes/poderes, docilização de corpos e construção de nova identidade – o paciente.

Pode-se dizer que o ritual de internação é uma das primeiras manifestações ou visibilidade da rede de poderes operantes no hospital. A partir desse ritual é possível dar alguns contornos, uma “cara” ao hospital e aos profissionais que ali atuam, pois as atividades são reveladoras de identidades profissionais e das relações que se estabelecem no hospital. Foucault (2002, p.39) ao referir-se aos sistemas de controle do discurso exercidos socialmente, afirma que *uma das formas mais superficiais e mais visíveis de fazê-lo é aquela que se coloca sob o nome de “rituais”*. Neste sistema, o ritual define a qualificação que devem possuir aqueles indivíduos que falam, ou seja, aqueles que, no jogo de um diálogo, de uma interrogação, de uma narrativa, devem ocupar uma tal posição e formular um tipo de enunciado, estando, portanto, já definidos os gestos, os comportamentos, as circunstâncias e todo o conjunto de signos que acompanharão o discurso. O ritual fixa, enfim, a eficácia das palavras, seu efeito sobre aqueles a quem se endereçam, bem como os limites de sua ação.

Na internação, por exemplo, o papel de quem fala e de quem se submete à fala já estão clara e previamente definidos, cabendo àqueles que se prestam aos diferentes papéis, apenas segui-lo. O cliente sabe que o seu papel é responder às perguntas que lhe são feitas — um expectador — por isso assume a aparência de alheamento ao que está sendo dito/questionado/realizado, pois do expectador não é esperado um papel ativo, apenas sua presença física basta para compor a encenação.

O ritual de exame estabeleceu um “modelo padrão” de identificação, diferenciação e direcionamento para as ações/intervenções sobre o corpo do cliente. Desde a sua concepção definiu quem deveria realizá-lo e os passos a ser seguido. O exame tornou-se o método mais eficiente para se conhecer a “verdade” sobre o cliente em virtude da observação minuciosa de seu corpo, constituindo-se numa força capaz de realizar, num só mecanismo, a formação de saber e o exercício do poder, objetivando o cliente de forma limitada, sujeitando-o às “verdades” de um campo de saber.

O corpo se tornou um substrato onde o exame além de sancionar um aprendizado, sustenta-o permanentemente, atingindo a sua máxima eficiência e legitimidade no momento da visita médica, quando o saber produzido – o diagnóstico, é validado por seus pares, conferindo poder ao médico e a todo o modelo que o sustenta.

A Enfermagem, apesar de ter o seu exame físico estruturado no modelo médico, tem se esforçado para fazer releituras desse ritual de forma própria, lançando o seu olhar para além das alterações fisiológicas, a fim de identificar as peculiaridades de cada cliente. Entretanto, ainda hoje se encontra presa entre a manutenção do modelo clínico e a busca por referenciais humanísticos para a construção de sua base de conhecimentos e de ação. Nesse sentido, pode-se dizer que atualmente a enfermagem se vê diante de um grande desafio, encontrar fios que possam tecer a união de saberes justapostos em direção a uma abordagem singular, operacionalizando o cuidado de forma a não desprezar os aspectos biológicos inerentes ao corpo, mas ver, além destes, as marcas da história e subjetividade de cada cliente.

O hospital também se revelou como um corpo “construído” que, ao mesmo tempo, “constrói” corpos. Corpo construído para abrigar, receber outros corpos, que ao adentrarem no mundo do hospital são tomados pela doença passando a obedecer a uma lógica organizadora, legitimadora, disciplinadora e “sabedora” de seus corpos.

Posteriormente, a análise dos dados me conduziu a uma certa conformação do cuidado no hospital, identificando alguns momentos em que este se expressa em exercícios de poder, rituais, dispositivos, simbolizações e jogos de interesses que circulam, tramam, sustentam o desenvolvimento do cuidado no hospital. Este cuidado produz, também, corpos fragmentados, disciplinados e dóceis, apesar da existência/vigência do discurso em torno do “cuidado integral” e holístico.

A enfermagem exerceu e ainda exerce com maestria a disciplinarização dos corpos dos clientes ao instituir e pôr em funcionamento certos rituais — de internação, de banho, de curativo, de verificação de sinais vitais, dentre outros — e dispositivos moduladores de cuidado — normas, rotinas, técnicas de enfermagem. Esses rituais, dispositivos que além de disciplinar o corpo do cliente disciplinam o corpo do enfermeiro (a), produzem um jeito de ser enfermeiro (a), determinando posturas,

formas de olhar e de cuidar do corpo, de controlar o ambiente e o tempo. O esquadramento do tempo, do espaço e do corpo em seus gestos e atitudes dá visibilidade à rede de poderes que se constrói e reconstrói pelo cuidado com o corpo no hospital.

A modulação do cuidado desenvolvido no hospital revelou que além de disciplinar os corpos, o cuidado:

- **Constrói domínios** – que são divididos entre os diferentes agentes que prestam o cuidado. O corpo passa a ser apropriado em múltiplos domínios exigindo para cada pequena apropriação um conhecimento diferenciado. Por conseguinte, o corpo produzido é um corpo esfacelado.
- **Necessita ser administrado** – para isso são estabelecidas regras implícitas e explícitas, que auxiliam o enfermeiro (a) a prever e distribuir os recursos humanos e materiais para o pleno desenvolvimento do cuidado, bem como administrar suas carências, exigindo do profissional habilidade, “jogo de cintura” ao se relacionar com sua equipe. Embora o conhecimento de Teorias Administrativas/Resoluções profissionais possa auxiliar o planejamento do cuidado, o enfermeiro (a) no cotidiano de seu trabalho, constrói outras regras e conhecimentos “práticos” visto que administra o imediato, o imprevisto. Isso contribui para que se crie nova regra, novas terminologias, novos instrumentos para administrar o cuidado. Apesar de “novos”, os conhecimentos e instrumentos produzidos sobre o corpo continuam sendo classificatórios, fragmentados, quantificáveis, manipuláveis e obedecem à mesma lógica das tipologias e diagnósticos médicos, mas que, no entanto, são apresentados e defendidos como diferenciados e representativos de um avanço histórico.
- **É rotinizado** – obedece a uma ordem, é serializado, determina *quando, como e quem* deve realizar o cuidado. Esse cuidado produz um corpo despersonalizado, autômato, massificado, docilizado, nega

ao cliente a possibilidade de existência de singularidades e diferenças entre os sujeitos, facilitando o seu controle pela norma.

- **Coloca em jogo os diferentes interesses profissionais, visões e poderes que circulam no hospital** - na intrincada rede de interesses, lutas por espaços conquistados e por conquistar dentro do hospital, o cliente se revela simplesmente como expectador do seu cuidado e do seu corpo, o qual em alguns momentos se apresenta como um palco de lutas e resistências entre a equipe de saúde.

Olhares diferentes sobre o mesmo corpo revelam os diferentes caminhos trilhados pelos profissionais na construção do seu saber e de sua formação profissional, bem como, a necessidade de se aproximar, de estabelecer um diálogo entre os saberes para que possam olhar o corpo em sua complexidade mesmo que a idéia de totalidade se configure apenas como meta, em torno de um ideal de cuidado integral.

Os jogos de interesses impõem limitações e dificuldades ao desenvolvimento do cuidado, sendo necessárias negociações, “jeitinhos”, arranjos para acomodar os interesses diversos. A força exercida pelo médico no hospital, nas relações profissionais e no cuidado nos remete ao “Olimpo”, a construção do imaginário do médico vinculado ao ser todo poderoso, soberano, detentor até mesmo da vida e da morte. Por mais que este imaginário esteja longe do real, onde os limites deste profissional se mostram enormes, o corpo que se produz desta simbolização é um corpo frágil, sujeito a qualquer tipo e forma de intervenção. Um corpo que se cala, pois se vê impossibilitado de questionar um saber/poder tão fortemente instituído.

- **Apóia-se no modelo biomédico** de saúde, centrado na doença, nos sinais e sintomas. Com esse modelo a enfermagem organiza o ambiente, fragmenta o corpo e a vida ao dissociar o cliente de seu contexto social e familiar, de sua história, para se preocupar com as manifestações de sua doença atual. Coloca o corpo sob vigilância constante, direcionando suas ações de cuidado para acompanhar e manter os pequenos funcionamentos do “corpo vida” a fim de identificar o momento de intervir sobre o corpo. Uma intervenção

pontual, distanciada e mecânica que vai, pouco a pouco conformando um outro corpo — mutilado e empobrecido.

Ao final do estudo, é possível constatar que o enfermeiro (a), ao prestar o cuidado ao cliente hospitalizado continua a construir discursos e práticas que objetivam o sujeito cuidado e a reproduzir rituais e dispositivos moduladores de cuidado que são apreendidos, reconstruídos e repassados no processo de formação profissional.

Entretanto, com o curso da vida outras percepções e necessidades se manifestam e devem contribuir para a construção de novos dispositivos moduladores de cuidado. Pôr-se a caminho de uma nova visão de corpo e de cuidado, supõe, sobretudo, conviver com a incerteza, abdicar do papel de árbitro da verdade, criar espaços entre saberes múltiplos. Este novo olhar requer, além de perseverança, vigilância contra o risco de dar roupagem nova para discurso velho e, ainda, atenção necessária para não transformá-lo em modismo (ALMEIDA, 1997).

Como já afirmei anteriormente, este trabalho não tem o propósito de dar conselhos, dizer como se deve cuidar, mas **se eu pudesse...**

Se eu pudesse deixar algum presente a você...

Deixaria aceso o sentimento de amar a vida dos seres humanos;

A consciência de aprender tudo o que foi ensinado pelo tempo afora.

Lembraria os erros que foram cometidos para que não mais se repetissem.

Deixaria a capacidade de escolher novos rumos.

Deixaria para você, se pudesse, o respeito àquilo que lhe é indispensável:

Além do pão, o trabalho. Além do trabalho, a ação.

E, quando tudo mais faltasse, um segredo:

O de buscar no interior de si mesmo,

A resposta e a força para encontrar a saída.

(Autor desconhecido)

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 4.ed. Trad. Coordenada e revista por Alfredo Bosi. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- AYRES, J.R C. M Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface. Comunic., Saúde, Educ.**, v8,n.14, p.73-91, set.2003-fev.2004.
- ALBUQUERQUE JR, Durval Muniz de. Um leque que respira: a questão do objeto em história. In: PORTOCARRERO, Vera; CASTELO BRANCO, Guilherme (Org). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: NAU, 2000. p. 117-137.
- ALMEIDA, M. C. P. de. **Estudo do saber de enfermagem e sua dimensão prática**. Rio de Janeiro, 1984. Tese (Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. 1984, 179p.
- ALMEIDA, M. C. P; ROCHA, J. S. Y. **O saber de Enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M. C. P. de et. al. A situação da enfermagem nos anos 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41º. Florianópolis 1989. **Anais**. Florianópolis, Associação Brasileira de Enfermagem, 1989 p.43-75.
- ALMEIDA, M, C. P. de **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva na rede básica de saúde em Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1991 Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 1991, 297p.
- ALMEIDA. M.C . Complexidade: do casulo à borboleta. In: CASTRO G.; CARVALHO E. A ; ALMEIDA. M.C. **Ensaios de complexidade**. Porto Alegre(RS) :Sulinas; 1997, p. 25-45.
- AMARAL FILHO, José Carlos et al. **Semiologia**: roteiro básico de estudo. Apostila do Curso de Semiologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá - MT, 1999. p. 15-79.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem - CEPEn , Brasília-DF, volume XIX, 2001.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998.
- AZEVEDO, Rosemeiry C. S; RAMOS, Flávia R. S. Arqueologia e genealogia como opções metodológicas de pesquisa na enfermagem. **Rev.Bras Enferm**. Brasília, DF maio/jun; 56 (3): 288-251, 2003.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 5ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.
- BORENSTEIN, M. S. **Relações de poder num Hospital de Caridade**: uma visão foucaultiana. Pelotas: Ed. E gráfica Universitária –UFPel, 2000.
- BOTTÈRO, J. A magia e a medicina reinam na Babilônia. In: LE GOFF, J. (Org). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.
- BUBER, M. **I and thou**. New York: Collier Books Macmillan Publishing Company, 1987.
- CAMPOS, G. W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho de equipe em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs).

- Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo, HUCITEC, 1997 p. 229-266.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CAPRA, Fritjof. **O ponto de mutação**. São Paulo: Cultrix. 1993.
- CASTELLANOS, B. E. P. et al. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41º, Florianópolis, 1989. **Anais**. Florianópolis, Associação brasileira de Enfermagem, 1989. p. 147-169.
- CASTIEL, Luis David. Hestórias clínicas: categorias para o corpo que adocece. In: VAITSMAN, J; GIRARDI, S. **A ciência e seus impasses:** debates e tendências em filosofia, ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- CAVALLARO, Dani **The body for beginners**. New York: Writers and Readers Publishing, Inc., 1997.
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. Resolução COFEN/189/96. Disponível no endereço eletrônico <http://www.portalcofen.gov.br/legislação/resoluções>. Acesso 20 de dez. 2004.
- COSTA, A.L. R.C. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem**. Dissertação (Mestrado).Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 142f
- CRESPO, J. **A história do corpo**. Lisboa: Difusão Editorial, 1990.
- DEMÈNECH, Miguel; TIRADO, Francisco; GÓMEZ, Lúcia. A dobra: psicologia e subjetivação. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org) **Nunca fomos humanos:** nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. 208p.
- DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade**. São Paulo, Pioneira, 1975.
- _____. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica:** para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- ERIBON, D. **Michel Foucault**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- ERIKSON, E. **Childhood and society**. New York: Norton, 1963.
- FABBRO, M. R. C. **Processo de formação de identidade da enfermeira: trabalho e poder no contexto hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Educação). Campinas (SP).Universidade estadual de Campinas, 1996. 266f.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2. ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FERREIRA, José Maria Carvalho. Pedagogia libertária versus pedagogia autoritária, p.109-133. In: SIEBERT, Raquel Stela de Sá et al. **Educação libertária:** textos de um seminário. Rio de Janeiro: Archiamé, Florianópolis: Movimento–Centro de Cultura e Autoformação, 1996.
- FERREIRA, M. A. **O corpo no cuidado de enfermagem:** representações de clientes hospitalizados. Rio de Janeiro, 1999. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1999.
- FERREIRA-SANTOS, C A. **A enfermeira como categoria ocupacional num moderno hospital-escola brasileiro**. Ribeirão Preto. 1968. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem

Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1968, 200p.

FIGUEIREDO, N. M. A. **O corpo da enfermeira**: instrumento do cuidado de enfermagem. Rio de Janeiro, 1994. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1994.

FISCHER, G. N. Espaço, identidade e organização. In: CHANLAT, J. F. (Coord). **O indivíduo na organização** – Dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993, v.2, p. 83.

FISCHER, Rosa Maria. Bueno. A paixão de “trabalhar com” Foucault. In: COSTA, Marisa. Vorraber (Org) **Caminhos investigativos**: novos olhares na pesquisa em educação. Porto Alegre: Mediação, 1996. p. 37-60.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Hermenêutica del sujeito**. Madrid: La Piqueta, 1987.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000a.

_____. **A Arqueologia do saber**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000b.

_____. Michel. Estruturalismo e Pós-Estruturalismo In: FOUCAULT, M. **Arqueologia das ciências e histórias dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. Coleção Ditos & Escritos II. 2000c. p.307-334.

_____. Aula de 14 de janeiro de 1976. In: FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2. tiragem. São Paulo: Martins Fontes. 2000d. p.27-48.

_____. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, Michel . **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). 2. tiragem. São Paulo: Martins Fontes. 2000e. p.285-315.

_____. **O nascimento da clínica**. 5. ed., Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. 8. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FREITAS, M. E. A. **A consciência do corpo-vivência que assusta**: a percepção de profissionais de enfermagem na área hospitalar. São Paulo, 1999. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo. 1999.

FROMM, E. **The art of loving**. New York: Bantam Books, 1963.

GADAMER, H. **Verdad y método**. Salamanca: Sigueme, 1991

GARRAFA, Volnei. O corpo manipulado ou bioética, liberdade e corpo. In: ANDRADE, H.M.; CZERMAK, R.; AMORETTI, R. **Corpo e psicanálise**. Porto Alegre: UNISINOS, 1998.

GAUT, D. Development of a theoretically adequate description of caring. **Western Journal of Nursing Research**, v. 5, n. 4, p. 313-324, 1983.

GELLNER, Ernest. **Pós-modernismo, Razão e Religião**. Trad. Susana Sousa e Silva. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

GONÇALVES, Maria A. **Sentir, pensar, agir** – corporeidade e educação. Campinas –SP: Papyrus, 1994.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

KESSELRING, Thomas. O conceito de Natureza na história do pensamento ocidental. **Revista Ciência & Ambiente III** (5), jul/dez 1992.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. **Os poderes dos corpos frios** – das coisas que se ensinam às enfermeiras. Tese (Doutorado). Doutorado em Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LAND, Gary. **O desafio do pós-modernismo**. Disponível no endereço eletrônico http://dialogue.adventist.org/articles/08_1_land_p.htm . Acesso em 15 jan. 2005.

LAUS, Ana. Maria; ANSELMINI, Maria Luiza. .Caracterização dos pacientes internados nas unidades médicas e cirúrgicas do HCFMRP-USP, segundo o grau de dependência em relação ao cuidado de enfermagem. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**. v. 12, n. 4. Ribeirão Preto July/Aug. 2004.

LE BRETON David. **Adeus ao corpo: antropologia e sociedade**. Campinas-SP: Papirus, 2003.

LEOPARDI, M.T; RODRIGUES, A. M.; CASTELLANOS, B. E. P.; ALMEIDA, M. C. P.; MENDES, S. A.S. A. O desenvolvimento técnico-científico da Enfermagem – uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: 41º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. **Anais...** Florianópolis: ABEn, ABEn - seção S.C , 1989, p.97-126.

LEOPARDI, M., GELBCKE, F. RAMOS, F. R. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49. Jan./abr. 2001.

LEOPARDI. M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001b.

LEININGER, M.M. **Transcultural nursing concepts, theories and, practices**. New York: Wiley, 1978.

_____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991.

LYOTARD, Jean-François. **A condição pós-moderna**. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2002.

LOPES, O de C. **A medicina no tempo**. São Paulo: Melhoramentos, 1970.

LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI, V. L. **Fios visíveis/invisíveis no processo educativo de (des) construção do sujeito enfermeira**. Dissertação (Mestrado) Porto Alegre. Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994. 270f.

_____. **Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem**. Florianópolis. Tese (Doutorado). Florianópolis. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997. 279f.

_____. **História da Enfermagem** – rupturas e continuidades. Pelotas: UFPEL, 1998.

MACHADO, Roberto. **Ciência e saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault**. Rio de Janeiro. 2. ed., Graal, 1988.

_____. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal. 2000. p VII-XXIII.

- MAIA, A. C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social**, Rev. Sociol. USP, São Paulo, 7 (1-2): 83-103, out. 1995.
- MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper & Row, 1971.
- MARCONDES, Danilo. **Iniciação à história da filosofia: dos pré-socráticos a Wittgenstein**. 7. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
- MARTINS, E. R. **Cultura, ciência, teoria e filosofia**. Disponível no endereço eletrônico http://www.criticanarede.com/fil_historia.html. Acesso 19 de jan. 2005.
- MARX, Karl. Manuscritos econômicos e filosóficos. In: ERICH Fromm. **Conceito marxista do homem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.
- MARX, Karl. **Manuscritos econômicos e filosóficos**. In: FERNANDES, Florestan (org). São Paulo, Ática (Coleção grandes Cientistas Sociais) 1985a.
- MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. São Paulo, Nova Cultural, 1985.b p.149
- MELO, C. M.M. de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1986.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. São Paulo, 1979. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 1979, 209p.
- _____. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo, Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde, 1992.
- _____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo, HUCITEC, 1997 p. 71-112.
- MEYER, D.E **Diferentes concepções do cuidar: da integralidade à fragmentação do ser**. Palestra proferida no 52º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, Recife, 2000 (Mimeo)
- _____. **Como conciliar humanização e tecnologia na formação e na prática de enfermagem?** Ressignificar o humano no contexto da ciborguização. Palestra proferida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Fevereiro, 2002 (Mimeo).
- MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.
- MIRANDA, J. A. B., CASCAIS, A. F. A lição de Foucault. In: FOUCAULT, M. **O que é um autor?** Lisboa: Passagens, 1992. p. 5-28.
- MIRANDA, C. M. L. **Os doce(is) corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Ciências sociais). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Ciências Sociais, 1987. 138f.
- MOSSÉ, C. As lições de Hipócrates. In: LE GOFF, J (Org). **As doenças têm história**. Lisboa: Terramar, 1985.
- MUNIZ, D. A. J. Um leque que respira: a questão do objeto em história. In: PORTOCARRERO, V.; BRANCO, G. C. **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000. p. 117-137.

- NEVES-ARRUDA, A. E.; DIAS, L. P. M.; SILVA, A. L. da. Pesquisar para assistir. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 26, n. especial, p. 119-124, out. 1992.
- NEVES- ARRUDA, A . E. **Cuidando e confortando**: Programa Integrado de Pesquisa. Curitiba, 1993. Projeto CNPq.
- NIGTHINGALE, Forence. **Notas sobre enfermagem**. São Paulo: Cortez: ABEn-CEPEen, 1989.
- ORTEGA, Francisco. **Amizade e estética da existência em Foucault**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.
- PADILHA MICS. **Mística de enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX** [tese de Doutorado em Enfermagem]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1997.232f.
- PAIXÃO, Walesca **Páginas da história da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1960.
- PATRÍCIO, Z. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.1, n.1, p. 89-103, jan/jun 1992.
- PATRÍCIO, Z. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/propondo o cuidado (holístico). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.2, n.1, p. 67-82, jan/fev 1993.
- PERROCA M. G. **Sistema de Classificação de Pacientes**: construção e validação de um instrumento. Dissertação. São Paulo –SP. Escola de Enfermagem da USP. 1996.
- PERROCA, M.G. **Instrumento de classificação de pacientes de Perroca**: validação clínica. Tese. São Paulo-SP. Escola de Enfermagem da USP, 2000.
- PETERS, Michael. **Estruturalismo e Pós-estruturalismo**. Disponível no endereço eletrônico <http://www.rubedo.psc.br/Artiivro/estpost.htm> . Acesso 31 de nov.2004.
- PETITAT, A. Ciência, afetividade e cuidados de enfermagem. In: MEIER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- _____. **Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudos em instituições escolhidas. Campinas, 1996. Tese (Doutorado). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. 1996, 347p.
- _____. Organização da enfermagem na sociedade contemporânea. **Anais**. Associação Brasileira de Enfermagem. Belo Horizonte: Aben /MG, 1998.
- POLAK, Y. A concepção de corpo no mundo da saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.1,n.1,p. 4-9, jan./jun. 1996.
- _____. **A corporeidade como resgate do humano na enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel, 1997.
- POSSO, Maria Belém Salazar. **Semiologia e semiotécnica de enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 1999.
- QUEIROZ, André. **Foucault**: o paradoxo das passagens. Rio de Janeiro: Pazulin. 1999.
- RAGO, Margareth. O efeito-Foucault na história brasileira. **Tempo Social**, Rev. Sociol. USP,

São Paulo, 7 (1-2): 67-82, out. 1995.

RAMOS, F. R. S **Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde**. 1992. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1992.

_____. **Obra e Manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. 1995. Tese. (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

_____. **Obra e Manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Pelotas: UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-graduação em Enfermagem /UFSC, 1996.

_____. **Os corpos do saber: uma perspectiva ética do trabalho de enfermagem no cuidado ao adulto**. Florianópolis, 1998. Mimeo.

_____. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI. M.T (Org). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC : Ed. Papa Livros, 1999a. p. 105-120.

_____. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, F. R. (org) **Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis de enfermagem**. Florianópolis: Ed da UFSC, 1999b. p. 15-63.

RIBAS-GOMES, E. L. **Administração em enfermagem: constituição histórico social do conhecimento**. Tese (Doutorado) Ribeirão Preto – SP. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto /USP, 1991, 188p.

RODRIGUES, José C. **O tabu do corpo**. 2 ed. Rio de Janeiro: Archiamé, 1975.

ROGERS, C. **Client centered therapy**. Boston: Houghton Mifflin, 1965.

ROSSI, M.J.S. **Espaço, poder e saúde: a reforma Carlos Chagas**. [Tese de Livre Docência] Rio de Janeiro. Universidade do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, 1991. 471f.

ROSSI, M. J. S. O curar e o cuidar - a história de uma relação (um ensaio). **R. Bras. Enferm.** Brasília, 44(1): 16-21, jan/mar. 1991b.

SABÓIA, V. M. **A mão dupla do poder: a enfermeira e os idosos no grupo dos diabéticos do HUAP-UFF**. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 1995.

SANTANA, M. G. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividades**. Pelotas: Ed. Universitária/ UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000. (Série Teses de Enfermagem).

SANT'ANNA, Denise. O corpo entre antigas referências e novos desafios. **Cadernos de subjetividade**, São Paulo, v. 5, n.2, p. 275-284, dez. 1997.

SANTOS, Jair Ferreira. **O que é pós-moderno**. São Paulo. Editora Brasiliense, 1997. Coleção Primeiros Passos.

SCHRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade**. São Paulo, HUCITEC, 1993.

SCHWAB, Gustav. **As mais belas histórias da Antigüidade Clássica**. 5.ed. São Paulo: Editora PAZ e TERRA, 1997.

SENNETT, Richard. **Carne e pedra: o corpo e a cidade na civilização ocidental**. Rio de Janeiro: Record. 1997.

SILVA, A. L. da. O processo de cuidar em enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.6,n. 2, p. 117-126, out. 1993.

_____. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Pelotas: Ed. Universitária/UFPEL, Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC, 1997. 215p.

SILVA, T. T da. O projeto educacional moderno: identidade terminal? In: VEIGA-NETO (org) **Crítica pós-estruturalista e educação**. Porto Alegre: Sulina, 1995. p. 245 -260.

SILVA, A. M. **O corpo do mundo: reflexões acerca da expectativa de corpo na Modernidade**. 1999. Florianópolis. Tese (Doutorado). Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. 1999.

SILVA, A. M. **Corpo, ciência e mercado: reflexões acerca da gestação de um novo arquétipo da felicidade**. Campinas – SP: Autores associados: Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.

SILVA, G. B. da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, M. J. P. da. Reflexões sobre a relação interpessoal no cuidar: o fator corpo entre a enfermeira e o paciente. In: MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M. (orgs). **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1998.

SINON, M. C. O positivismo de Comte. In: REZENDE, Antônio (org) **Curso de filosofia: para professores, alunos dos cursos de segundo grau e de graduação**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

SOARES, C. L. **Corpo e história**. Campinas - SP: Autores Associados, 2001.

SOBRAL, V.R.S. Construindo uma profissão feminina. **Rev. Enf. UERJ**, v.2, n.2, p. 242-9, 1994.

SOUZA, Alicia R. N. D. de. **Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica**. 1998. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado). Curso de Pós-Graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.

SZÄSZ, Thomas. **A fabricação da loucura**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1971.

TERNES, J. A morte do sujeito. In: PORTOCARRERO, V.; BRANCO, G. C. **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000.

TEIXEIRA, E. R. **Desejo e a necessidade no cuidado com o corpo: uma perspectiva estética na prática de enfermagem**. 1998. Rio de Janeiro. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 1998.

URASAKI, Maristela Belletti Mutt. A transformação: do cuidar mecânico ao cuidar sensível. **Rev Paul Enf** jan-abril; 22(1): 72-81, 2003.

VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira. **Corpus ex machina: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva**. 2002. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre. 2002.

VAZ, Marta. Regina Cezar. A epidemiologia social como saber tecnológico: um ensaio. **Texto&Contexto**, Florianópolis, v. 4,n.1, p. 33-48, jan/jun. 1995.

VEIGA-NETO, Alfredo José (org) **Crítica pós-estruturalista e educação**. Porto Alegre: Sulina, 1995.

_____. Olhares... In: COSTA, M. V. (org) **Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação**. Porto Alegre: Mediação 1996.

VEYNE, Paul Marie. **Como se escreve a história**. 3. ed. Brasília: UNB, 1995

WALDOW, Vera R. Cuidado: uma revisão teórica, **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre 13(2):29-35, Jul. 1992.

_____. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 7-30.

_____. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WATSON, J. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown, 1985.

_____. **Nursing: human science and human care**. Norwalk, CT: Appleton-century-Crofts, 1988.

WENDHAUSEN, A. **Micropoderes no cotidiano de um Conselho de Saúde**. Tese (Doutorado) Florianópolis (SC): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1999. 242f.

ANEXOS

ANEXO 1

SOLICITAÇÃO À COMISSÃO DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO

DA: Profa **ROSEMEIRY CAPRIATA DE SOUZA AZEVEDO**

PARA: Presidente da Comissão de Ética do Hospital Universitário.

MD:

NESTA

Sr Presidente,

Venho por meio deste solicitar a V.S^a apreciação e permissão para desenvolver a pesquisa intitulada **“O CORPO DO CUIDADO: UMA INTERPRETAÇÃO GENEALÓGICA PARA O TRABALHO DO ENFERMEIRO”**²⁶ junto aos clientes da clínica médica deste Hospital.

Informo que os dados colhidos serão utilizados exclusivamente para produção científica que resultará na minha Tese de Doutorado em Enfermagem, inserida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - PEN/UFSC, sob a orientação da Prof^a Dr^a FLÁVIA REGINA SOUZA RAMOS.

Os clientes só participarão da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução n^o. 196/96 sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

Coloco-me a disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários e desde já agradeço pela atenção.

Atenciosamente,

Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo
Enfermeira – COREN - MT 35.418
Pesquisadora

²⁶ Obs. O título final do trabalho ficou “Modos de conhecer e intervir – a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital”.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em atendimento à RESOLUÇÃO Nº. 196/96 Ministério da Saúde.

Esta pesquisa tem por objeto de estudo compreender o processo de construção do corpo enquanto objeto de conhecimento e intervenção pelo enfermeiro, a partir da forma como se expressa na concretização de seu trabalho. Sua realização faz parte da minha formação profissional no Programa de Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC/SC.

Previamente e no decorrer da pesquisa, os informantes terão acesso aos objetivos, conteúdo e modo de coleta dos dados, resguardando-se o direito ao esclarecimento acerca de quaisquer dúvidas relativas à sua participação. Do mesmo modo, terão conhecimento da ausência de riscos ou quaisquer prejuízos decorrentes de sua participação.

A coleta das informações será realizada através de observações das relações do enfermeiro com os diferentes sujeitos no espaço de desenvolvimento do cuidado. De modo complementar, será desenvolvido uma entrevista grupal com os enfermeiros (grupo focal), enfatizando suas percepções acerca do cuidado com o corpo do cliente, modos de relação/comunicação e princípios que embasam o cuidado.

As informações obtidas serão registradas diariamente em diário de campo, garantindo-se o anonimato dos sujeitos envolvidos. A participação nesta pesquisa é consensual, sendo livre a sua suspensão em qualquer etapa. O conteúdo final da investigação estará disponível aos sujeitos e instituição envolvidos, antes de sua divulgação acadêmica e pública.

Declaro ter recebido as informações acima e concordo em participar desta pesquisa, nos termos apresentados.

Nome Participante: _____ Assinatura _____

RG/CPF _____

Data _____

Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo
Pesquisadora Responsável
Profª. Faculdade de Enfermagem e Nutrição - Universidade Federal de Mato Grosso –
FEN/ UFMT

ANEXO 3

ROTEIRO ANAMMESE E EXAME FÍSICO (Amaral Filho et al, 1999)

Anamnese

1. *Identificação do paciente* (nome, idade, sexo, raça, estado civil, nacionalidade, procedência, profissão, residência).
2. *Queixa (s) principal (is)* – deve ser colocada entre aspas e repetir as palavras usadas pelo paciente, ter no máximo três queixas principais, em ordem de importância definida pelo mesmo.
3. *História da doença atual (HDA)* - deve ser de fácil leitura e entendimento, deve conter início, meio e fim, proporcionando ao ouvinte e/ou leitor fácil compreensão dos fatos relatados, os sintomas devem ter uma cronologia, ser descritos usando terminologia médica, verifique os exames realizados e os resultados encontrados, os tratamentos realizados e a resposta terapêutica obtida, finalize a sua HDA, se possível justificando a indicação de internação ou acompanhamento ambulatorial.
4. *História patológica pregressa (HPT)* – são interrogações sobre todas as doenças por ele apresentadas, desde o nascimento até os dias atuais (vírus comuns da infância, alergias medicamentosas, alimentares, outras, infecções e infestações, outras doenças, cirurgias, traumatismos).
5. *História fisiológica (H. Fis)*. – se refere a todos os eventos fisiológicos da vida do paciente (condições na gestação, nascimento, tipo de parto, complicações, crescimento e desenvolvimento psicomotor, puberdade, história sexual, gestações, climatério).
6. *História social* – visa a colher informações sobre o indivíduo e sua interação com o meio social/laborativo, têm por objetivo diagnosticar as prováveis interações entre o binômio saúde x ambiente (nível educacional, trabalho, relacionamento familiar e social, alimentação, hábitos sono e repouso, bebidas, fumo, drogas ilícitas, habitação, saneamento, co-habitação com animais, deslocamentos para áreas endêmicas).
7. *História familiar e familiar (H. Fam/Fal)* - se refere às doenças mais incidentes ou de caráter hereditário que ocorreram na família, incluindo-se os ascendentes e descendentes como também as doenças infecto-contagiosas nos familiares que mantêm contato.
8. *Revisão dos sistemas* (interrogatório sintomatológico) – perguntas dirigidas têm por objetivo verificar se o paciente efetivamente não se esqueceu de algum sintoma não relatado no HDA. Estes novos sintomas poderão revelar diagnósticos, que podem estar ou não relacionados com a doença atual (arguir sobre: Estado Geral: astenia, apatia, febre, apetite, emagrecimento, sudorese. Pele: alterações na coloração, textura e umidade, presença de lesões elementares da pele. Cabeça: cefaléias freqüentes, tonturas, memória, raciocínio, poder de concentração, psiquismo. Olhos e Ouvidos: queixas visuais e auditivas, modificação na coloração da esclera, dor, inflamações, zumbido, surdez, vertigem. Nariz e Seios Paranasais: rinorréia, epistaxe, obstrução, resfriados freqüentes, espirros, dor na face, lesões em mucosas. Cavidade Bucal: dor, sangramentos, lesões, aftas, halitoses, alterações na voz. Pescoço: dor, limitação movimentos, aumento da tireóide, tumorações. Gânglios Linfáticos: aparecimento de nódulos, dor, tamanho. Aparelho Respiratório: dor torácica e sua caracterização, tosse, escarro, chiados, estridor, dispnéia. Aparelho Cardiovascular: dor torácica, palpitações, dispnéia, edema, cianose, hipertensão

arterial. Aparelho Digestivo: apetite, intolerância alimentar, disfagia, pirose, náuseas, vômitos, hematêmese, diarreia, constipação, icterícia prurido anal, fissuras anais, hemorroidas. Aparelho Urinário: cólica nefrética, polaciúria, nictúria, disúria oligúria, anúria, retenção urinária, urgências urinárias, jato urinário, hematúria, edema facial e sua periodicidade preferencial. Aparelho Genital: amenorréia, dismenorréia, sangramento intermenstrual e pós coital, leucorréia, infecções, lesões genitais, vaginismo. Membros: marcha, artralguas, artrites, varizes, flebite, tremor, parestesias, edemas, micoses, fraturas, câibras, atrofia muscular. Coluna: dor, rigidez, limitações movimentos. Sistema Hematopoiético: sangramentos, anemia, infecções. Sistema Endócrino: intolerância ao calor/frio, relação apetite/peso, nervosismo, apatia, depressão, caracteres sexuais secundários, hiperpigmentação da pele, obesidade. Sistema Nervoso: síncope, perda de consciência, convulsões, alterações de fala e sono, estado emocional, distúrbios de orientação e memória, tremores, paralisias, parestesias, cefaléias. Psique: atos conscientes, atenção humor, emotividade, vontade, realidade, delírio, agitação, depressão, sono e vigília, neuroses.

1. Exame Físico - ssvv/ ectoscopia/ pele e mucosa

1. *Sinais Vitais*: Temperatura, pulso, frequência respiratória, pressão arterial.
2. *Ectoscopia* – estado geral, níveis de consciência, estado nutricional, fácies, marcha, postura e posição no leito, fala e linguagem.
3. *Pele, mucosas e fâmeros*.

2. Exame Físico - cabeça e pescoço

4.1. Exame da cabeça

Crânio: tipos (dolicocefalo, mesocéfalo, braquicefalo); forma (normocéfalo, macrocefalo, microcefalo); superfície (depressões, abaulamentos, deformações, soluções de continuidade).

Face: *Região Periorbitária*:

Sobrancelhas (alopecia – queda total ou parcial dos cabelos ou pelos, madrose - calvície da borda palpebral devido à queda dos cílios; sinefrídea - ausência de divisão entre as sobrancelhas), processos inflamatórios.

Pálpebras: edema palpebral, quemose - infiltração edematosa da conjuntiva que forma uma saliência circular em torno da córnea, pode atingir a conjuntiva palpebral; enfisema subcutâneo (aparece crepitação), simetria (alterações significativas são indícios de paralisias facial); lagofalmo (pode aparecer em lesões do nervo facial) brevidade anormal da pálpebra impedindo de recobrir por completo o globo ocular; blefaroespasma (tique convulsivo das pálpebras), ptose (queda da pálpebra superior por lesão nervosa do III Par); processos inflamatórios: hordéolo (formação de um abscesso na região palpebral), calázio (pequeno tumor palpebral de origem inflamatória, blefarite, blefarocalase (formação de uma larga prega cutânea que cai até a reborda ciliar dificultando a visão, epicanto, xantelasma (coleção lipídica plana ao nível de pálpebras).

Cílios: ectrópico (evertidos), entrópico (invertidos), triquíase.

Aparelho Lacrimal: dacrioadenites (inflamação da glândula lacrimal), dacriocistite (inflamação do saco lacrimal), síndrome de Mikulicz (hipertrofia bilateral das glândulas lacrimais salivares com queda ou supressão de sua secreção), xerofthalmia (perda da secreção lacrimal que ocorre na Síndrome de Sjogren -secura com atrofia da conjuntiva bulbar), epífora (escoamento anormal das lágrimas pelas bochechas ao invés dos pontos lacrimais).

Globo Ocular: Geral: Posição – enoftalmia (síndrome de Claude Bernard Horner – paralisia do simpático cervical), exoftalmia (Doença de Basedow -Graves; síndrome de Poufour-Petit - irritação do simpático cervical), estrabismo (convergente/divergente), nistagmo vestibular e central.

Conjuntiva Bulbar e Palpebral: hiperemia (defeito visual ou não), coloração, secreção (pseudomembranas tarsais) – exsudato patológico na superfície da conjuntiva, granulosidades, corpos estranhos, reações hiperplásicas (pterígio) – espessamento membranoso da conjuntiva que passa a invadir a córnea, consiste em relação às agressões físicas e químicas do meio externo; hemorragia subconjuntival – vista pelo aparecimento de pontos de hemorragia, confirmar pela evolução do espectro equimótico.

Escleróticas: manchas pigmentadas e vasculares, estafilomas (formação de uma saliência devido a um enfraquecimento local da esclera), síndrome das escleróticas azuis (congenita e hereditária): forma de fragilidade óssea.

Córneas: transparência – leucomas (córnea coloração esbranquiçada), halo senil (halo espessado em torno da córnea de coloração azul-acinzentada), úlcera de córnea, ceratites (inflamação da córnea), reflexo córneo palpebral (V e VII Par), anel de Kayser - Fieischer (anel cor de bronze localizado no limbo esclero-córneo (depósito de cobre); encontrado na Doença de Wilson ou degeneração hepato-lenticular).

Pupilas/Íris: coloboma (fissura congênita da íris), tamanho da pupila (midríase, miose, discoria, anisocoria), hippus fisiológico, sinal de Landolfi (Insuficiência aórtica): pulso pupilar em sincronia com o batimento cardíaco, sinal de Argyll - Robertson (sífilis nervosa): abolição do reflexo fotomotor com miose permanente e persistência do reflexo de acomodação e convergência.

Cristalino: coloração (deve ser transparente, se opaco condições patológicas = catarata), posição (luxação e subluxação)

Tensão Ocular: (aconselhável usar tonômetro), a tonometria, grosso modo, pode ser feita pela palpação em pinça com o primeiro e segundo quirodáctilos.

Campo Visual: campimetria comparativa, escotomas (aparecimento de figuras em forma de manchas piscantes no campo visual), hemianopsias /quadranopsias (enfraquecimento ou perda da visão em uma metade ou quadrante do campo visual, uma análise adequada permite a detecção da altura da lesão nas vias ópticas).

Acuidade visual e Fundo de Olho.

Nariz – aspecto anatômico (nariz em sela, acromegálico, infiltrações), epistaxe, rinorréia (escoamento de líquido pelo nariz na ausência de fenômeno inflamatório), estado do septo nasal; tumorações, crepitações.

Seios Paranasais – palpação de pontos dolorosos, transiluminação.

Ouvidos: Externo: pavilhão auditivo (coloração, tamanho e forma, implantação, presença de tofos gotosos, hipertricose, compressão do tragus, sinal do lobo da orelha), conduto auditivo (cerume, corpo estranho, otorrêia, otorragia), membrana timpânica (opacidade, abaulamento, nível hidroaéreo, perfurações e visualização do triângulo luminoso. Importante descrever o odor e outras características da secreção que sai no espelho do otoscópio).

Médio: compressão de região mastóidea e sinais flogísticos locais.

Interno: acuidade auditiva.

Boca: Hálito: cetônico (algo semelhante à maçã), urêmico (indício de insuficiência renal crônica), fector hepaticus (insuficiência hepática).

Lábios: coloração, simetria, lesões: quelite (angular, herpética, carencial – carência de vitamina B12), ulcerações, vesículas, lábio leporino.

Gengivas: coloração: linhas de Burton-Pb (intoxicação por chumbo levando à impregnação deste metal formando uma linha azulada próxima ao ponto de implantação da arcada dentária superior), ulcerações, hiperplasias.

Dentes: estado de conservação, uso de próteses, dentes de Hutchinson (Sífilis Congênita) em forma de bandeirolas de festa junina. Língua: tamanho: macroglossia (acromegalia, hipotireoidismo), microglossia (paralisia do XII Par), aspecto: saburrosa (dorso da língua esbranquiçado), geográfica: lisa (carência de vitamina B12 – aspecto liso, avermelhado e um pouco edemaciado), em framboesa (escarlatina), negra (infecção por aspergilos), escrotal (congénita), cerebriforme (congénita), de papagaio (piora da língua saburrosa); lesões, mobilidade (XII Par).

Palato Duro: ulcerações, perfurações, fenda palatina.

Orofaringe: (palato mole, pilares amídalas, parede posterior e úvula), lesões (abscessos, tumorações, ulcerações, placa de pus), sinal de Frederic-Mulher (Insuficiência Aórtica): pulsação da úvula em sincronia com o batimento cardíaco, sinal da cortina (lesão do IX Par): desvio da úvula quando se faz “aaah” para o lado da lesão.

Mucosa Bucal: coloração, umidade, ulcerações, enantemas: no sarampo há o aparecimento do sinal de Kplik (mancha branca nas proximidades do segundo molar).

Articulação Temporo–Mandibular: mobilidade, sensibilidade, crepitações, estalos.

3. Exame do Pescoço

Inspeção: Mobilidade: rigidez de nuca, opistótono (contratura generalizada com predominância da musculatura extensora), torcicolo. Forma e Volume: tumorações congênicas (cisto do canal tireoglosso, cisto branquial, cisto dermóide), tumorações inflamatórias e neoplásicas, higroma. Sinais Arteriais: sinal de Musset (Insuficiência Aórtica): balanço da cabeça em sincronia com o batimento cardíaco, dança das artérias. Sinais Venosos: pulso venoso, turgência jugular.

Palpação: Pesquisa de Linfonodos (cadeias ganglionares cervicais), tamanho, consistência, confluência, aderência a planos profundos e superficiais, sensibilidade, sinais flogísticos. Fistulizações. Tireóide (normalmente impalpável): volume, forma, consistência, mobilidade (aderência a planos profundos; pedir para o paciente engolir), sensibilidade, superfície, alterações da pele (sinais flogísticos), frêmito (repercussão tátil de um sopro). Pulso Carotídeo (ter cuidado de não fazer manobra vagal por compressão do seio carotídeo). Cisto do Canal Tireoglosso (cisto branquial e dermóide).

Ausulta: Sopros em tireóide: auscultar a tireóide caso seja palpável, mesmo sem frêmito. Sopros em Carótida.

4. Exame do Sistema Respiratório

Inspeção: Inspeção Estática: presença de depressões, abaulamentos, nodulações e/ou lesões ao nível de tórax. Mamilos: número, implantação, simetria. Tipos Torácicos: Enfisematoso (em tonel), Chato: parte anterior perde sua concavidade – há diminuição do diâmetro AP, ângulo de Louis se torna mais visível, típico dos longilíneos e portadores de doença pulmonar crônica. Quilha ou Pectus Carinatum: tórax de pombo é congênito ou devido ao raquitismo na infância. Sapateiro ou

Pectus Escavatum: depressão da parte inferior do esterno na região epigástrica, natureza congênita.

Inspeção Dinâmica: Tipos Respiratórios e Uso da Musculatura Acessória: abdominal, torácico, tóraco-abdominal (importante ser observada na paralisia ou fadiga do diafragma). Ritmos Respiratórios: Normal (inspiração com duração e intensidade semelhante à expiração). Suspiroso (ansiedade, tensão emocional): movimentos inspiratórios de amplitude crescente seguido de expirações breves e rápidas. Cheyne-Stokes (Traumatismo Crânio Encefálico – TCE, Acidente Vascular Cerebral – AVC, Insuficiência Cardíaca, Hipertensão Intracraniana): fase de apnéia seguida de inspiração e expiração cada vez mais intensas. Biot (mesmas causas acima): apnéia seguida de inspirações e expirações anárquicas. Kussmaul (Acidose Diabética): desencadeada via acidose, possui 04 fases. Agônico (Insuficiência Respiratória Aguda): semelhante a um peixe fora d'água. Frequência Respiratória: Normal (12-20 irpm), Bradpnéia (<12 irpm), Taquipnéia (>20 irpm). Amplitude Respiratória: normal, hipopnéia, hiperpnéia. Cornagem ou Estridor Laríngeo: respiração ruidosa – indica desconforto respiratório alto (laríngeo). Tiragem: é a depressão dos espaços intercostais que ocorre dinamicamente durante a inspiração (expressa dispnéia inspiratória por obstrução brônquica, pode ser intercostal e/ou subcostal). Sinal de Lemos Torres: é um abaulamento expiratório visto nas bases pulmonares, na face lateral do hemitórax (traduz a presença de um derrame pleural livre). Sinal ou fenômeno de Litten: é a visualização do diafragma quando o mesmo faz sua incursão durante a inspiração e expiração, está abolido nos derrames pleurais moderados e volumosos.

Palpação: Temperatura e sensibilidade torácica, gânglios, lesões de pele, tumorações e abaulamentos, expansibilidade, elasticidade. Frêmitos: Toraco Vocal (FTV) – pede-se para o paciente pronunciar a palavra trinta e três, rapidamente e no mesmo tom da voz. A boa ressonância desta palavra permite ao examinador a sensação palpatória do que se denominou FTV. Brônquico – é a tradução à palpação dos roncos, audíveis na ausculta. Ocorre pela presença de secreção brônquica, normalmente alta e em grande quantidade. Pleural: é a palpação do atrito que ocorre entre os folhetos pleurais anormalmente inflamados.

Percussão: Ruídos e Sons: som claro pulmonar ou atimpânico (normal), som submaciço (pode estar presente no precórdio), maciço (fígado, pode ser encontrado em derrames pleurais), timpânico (pode ser encontrado no pneumotórax), hipersonoridade (condição patológica lembra um tambor, pode ser encontrado em enfisematoso).

Ausculta: Ruídos normais: Respiração traqueal ou brônquica – ausculta abaixo da cartilagem tireóide, bronco-vesicular – região supra/infraclavicular e supra-escapular, vesicular ou murmúrio vesicular (MV) – auscultar a parede posterior do tórax, bases, região axilar e parede posterior. Variações Patológicas: aumento, diminuição ou abolição do MV. Roncos: traduzem a estenose de grandes brônquios, são intensos, audíveis à distância, dão frêmitos e são contínuos. Sibilos: traduzem a estenose de pequenos brônquios, são intensos, agudos e contínuos. Estertores Crepitantes: são alveolares, inspiratórios e lembram o “roçar de cabelos”. Estertores Subcrepitantes: têm o ruído de bolhas, é produzido pelo conflito ar-líquido na luz dos médios e pequenos brônquios. Ocorrem na inspiração/expiração e se modificam com a tosse. Atrito Pleural: traduz inflamação aguda e fibrinosa das pleuras ou neoplasia pleural. É um ruído irregular, grosseiro, não muda com a tosse e lembra o “ranger de couro cru”, é ventilatório-dependente. Sopros: é a respiração traqueobrônquica auscultada em áreas de MV, o que ocorre devido a meios de propagação mais adequados, que são a condensação e a cavidade. Tipos de sopros: brônquico, tubário, pleurítico, cavernoso e anfórico. Ausculta da voz (pede-se para o paciente pronunciar a palavra trinta e três). Ressonância vocal normal: normalmente ausculta-se pior do que se

ouve uma palavra qualquer emitida pelo paciente. Porém em determinadas situações patológicas, como nas condensações pulmonares, a ressonância vocal está aumentada, de modo que pode o examinador auscultar melhor do que ouvir. Broncofonia: ausculta distinta da voz pode ser: pectorilóquia fônica (ausculta da voz falada), pectorilóquia áfona (ausculta da voz sussurrada).

5. Exame do Sistema Cardiovascular

Inspeção - Geral: atentar para sinais gerais associados à doença cardiovascular (sudorese fria, edemas, petéquias, vasculite digital, xantelasmas, baqueteamento digital... etc).

Região Precordial: abaulamentos torácicos nas cardiopatias congênitas, decorrentes as hipertrofia atrial e/ou ventricular; observar e localizar o *ictus cordis* (quinto espaço intercostal esquerdo, na linha hemiclavicular e corresponde ao impulso do ápice do ventrículo esquerdo (VE) na parede torácica); impulso ou mesmo o ictus do ventrículo direito (VD), nos casos de hipertrofia do VD; pulsações anormais - pulsação de aneurisma da aorta torácica (na fúrcula esternal ou terceiro/segundo EICD), pulsação de artéria pulmonar (no foco pulmonar); retrações sistólicas dos espaços intercostais (pericardite constrictiva – Sinal de Broabent).

Presença de Pulso Venoso Jugular ou Turgor Jugular Patológico (TJP): analisar as ondas de pulso venoso, refluxo hepatojugular, sinal de Kussmaul (turgência jugular na inspiração) – em situações normais, decúbito de 45°, podemos observar turgor normal das veias jugulares até 1/3 da distância da clavícula até o mento. Quando o turgor está acima desta altura, diz-se que ele está patologicamente aumentado, sugerindo uma hipertensão venosa sistêmica (HVS), que pode ser decorrente de insuficiência do VD. Quanto maior a HVS, maior é a TJP, podendo até ser visto com o paciente em ortostase.

Circulação Colateral: tipo cava superior, braquicefálica (em esclavínea), cava inferior e tipo ponta (cabeça de medusa).

Palpação – Palpação do Ictus Cordis: Localização: o *ictus cordis* normal é móvel com o decúbito, localiza-se no quinto EICD, na LHC, e tem uma a duas polpas digitais à palpação. Eventualmente patologias pleuro-pulmonares, abdominais ou até mesmo deformidades torácicas podem levar a alterações do *Ictus*. Extensão: normal (pouco mais que uma polpa digital ou difusa). Forma e intensidade da impulsão: normal (observar se está hipocinético); globoso (reflexo de dilatação); sustentado ou propulsivo (maior força de contração – reflexo de hipertrofia). Mobilidade: (movimentar o paciente e acompanhar o *ictus*): móvel – normal, variando de 1 a 2cm; imóvel (pericardite). Alterações do Ictus: duplo impulso apical, onda pré-sistólica e onda de enchimento rápido (aspecto palpável B₃ e B₄). Palpação do Precórdio: VD, átrios, artéria pulmonar e aneurisma de aorta (espalmar a mão sobre o precórdio). Frêmitos: localização, posição no ciclo (sistólico, diastólico ou contínuo). Palpação da Bulhas: choque valvar- B₁ (estenose mitral), P₂ (hipertensão pulmonar), A₂ (hipertensão arterial sistêmica). Frêmito Pericárdico: sistólico, protosistólico ou pré-sistólico.

Ausculta – auscultar focos de ponta (F.M/ F. T), de base (F.P/ FAa/ F.Ao) e demais regiões do tórax como um todo. Bulhas Cardíacas (B₁, B₂, B₃, B₄). Regularidade do Ritmo: regular, irregular ou anárquico – ARRITMIA. Tempos do Ciclo: dois tempos, três tempos, quatro tempos. Intensidade: hipofonese, normofonese, hiperfonese. Desdobramento das Bulhas: fisiológico, variável, fixo, paradoxal. Presença de Sopros Cardíacos: posição no ciclo, localização, irradiação: sopro circular de Miguel Couto (insuficiência mitral) fenômeno de Gallavardin. Intensidade: (+ a 6+) a partir de 4+ é acompanhado de frêmito. Timbre: suave, rude, musical, aspirativo, ejetivo,

regurgitante. Configuração: crescendo, decrescendo, crescendo-decrescendo, plateau. Manobras para identificação e caracterização de um sopro: manobra de Rivero Carvalho (↑ sopros de cavidade direita), manobra de handgrip (↑ sopro da insuficiência mitral), manobra de Valsalva (↑ sopro da hipertrofia septal assimétrica – HSA), paciente em pé (↑ sopro da HSA), squatting (↑ sopros de cavidade direita, pode acentuar também das insuficiências aórtica e mitral), paciente em decúbito lateral esquerdo (↑ sopro da estenose mitral, usar campânula), paciente sentado com o tronco para frente (↑ sopro de base) aumento da pressão da manobra do estetoscópio. Presença de outros Ruídos: estalido de abertura da valva mitral/tricúspide, click mesossistólico de colapso da valva mitral/tricúspide, click de ejeção aórtico/pulmonar, atrito pericárdico. Análise dos Pulsos Arteriais: verificar se há pulso capilar. Ritmo: regular, irregular, anárquico (fibrilação atrial). Frequência: normal, taquiesfigmia, bradiesfigmia. Amplitude: pulso cheio - normal, pulso hipocinético – choque, ICC, IVE, desidratação, pulso hiperkinético – hipertensão arterial sistêmica, IVD. Pulsos Típicos: pulso Paradoxal de Kussmaul - desaparece na inspiração, Bigeminado, Trigeminado, pulso em martelo d'água (Corrigan ou Célebre): Insuficiência Aórtica ↑ amplitude e ↓ período, pulso Tardus (estenose aórtica) e pulso Parvus, pulso Magnus (estenose aórtica), pulso Alternans (fase final de ICC), pulso Bisferiens, Dicrotíco (parece haverem duas sístoles em uma).

6. Exame do Sistema digestório /digestivo

Inspeção – Lesões de pele à nível de abdome: sinal de Cullen (pancreatite) – mancha hemorrágica periunbelical, sinal de Turner (pancreatite) – mancha hemorrágica em flancos.

Tipo Abdominal: ventre de batráquio, distendido/globoso, em avental, escavado, gravídico, em tábua, atípico.

Cicatriz Umbilical: protusão, hérnia, eritema, nódulo da irmã Maria José – linfonodo metastático periunbelical.

Fístulas Enterocutâneas: colite ulcerativa e doença de Crohn.

Contrações Peristálticas Visíveis: (estenose ou obstrução, pode ainda aparecer em pessoas muito magras), buscar as ondas de Kussmaul visíveis no epigastro.

Abaulamentos: visceromegalia, tumores intra-abdominais e de parede – manobra de Smith-Bates: para diferenciar abaulamentos de parede dos intra-abdominais.

Palpação – Superficial: sensibilidade – normal, hipoestesia, hiperestesia; tensão – normal, flacidez, hipertonia (ou defesa). Abdome em tábua – forma extrema de hipertonia involuntária, tumores (lipomas, fibromas, hematomas da bainha do músculo reto abdominal). Profunda: procura de massas anormais – localização, tamanho e forma, superfície, sensibilidade dolorosa, consistência, observar se é pulsátil (aneurisma de aorta abdominal), mobilidade (com movimentos respiratórios).

Palpação de Vísceras: Fígado – pode ser palpável em condições normais, descrever localização, volume, sensibilidade, superfície, consistência e bordas. Baço – normalmente impalpável, avaliar o grau de esplenomegalia (graus I, II, III). Rins – normalmente impalpável, quando palpável fazê-lo no direito (tumor, hidronefrose, nefroesclerose diabética), normalmente é imóvel como o pâncreas. Ceco e Cólon Sigmóide. Palpação de pontos específicos: ponto de MacBurney (doloroso na apendicite), pancreático de Desjardins, ponto cístico (vesícula biliar) – colecistite, ponto epigástrico, pontos Reno-uretrais superiores e inferiores, direito e esquerdo. Sinais e Manobras Específicas: Sinal de Blumberg – descompressão dolorosa (indica processos inflamatórios ao nível do peritônio), Rovsing – deslocamento de ar para o ceco à partir do colo esquerdo, positivo na Apendicite Aguda, Murphy – (colecistite,

coletíase) inspiração profunda acompanhada de compressão dolorosa do ponto cístico, Courvoisier – vesícula palpável e indolor (pode estar visível), indica CA periampular, sendo mais freqüente o de cabeça de pâncreas, Giordano – punho-percussão lombar dolorosa na área de projeção renal, Vascolejo/Gargarejo – murmúrio aumentando respectivamente em mesogástrico e colo, Manobra do Piparote – (pesquisa de ascite) positiva em ascites volumosas, Sinal da Poça – presente nas ascites.

Percussão – Som normal = timpânico e maciço (fígado), pesquisar som do espaço de Traube (está alterado na esplenomegalia), Hepatimetria: normal até 12cm na LHC direita (fazer hepatimetria nas linhas axilar anterior D, hemiclavicular D e paraesternal D), Sinal de Jobert (pneumoperitônio) – aparecimento de timpanismo em área de macicez, índice de perfuração de víscera oca, uma vez que o ar tende a ocupar as porções superiores (infradiafragmáticas) do abdome, Manobras para pesquisa de ascite – “Pesquisa de Macicez Móvel” decúbito lateral direito e esquerdo comparando-se a percussão (observar se há deslocamento de líquido), aparece em ascites de médio volume. É o sinal mais importante para diagnóstico clínico da ascite.

Ausculata – Ruídos Hidroaéreos (RHA) peristalse normal, peristalse de luta (obstrução) – ruído de alta intensidade e freqüência, podendo chegar ao timbre metálico, silêncio abdominal, Atrito Hepático – Cirrose ou Neoplasia hepática, Sopro Hepático – Cirrose ou Neoplasia hepática por neovascularização, Sopro Aórtico/Renal/Mesentérico – obstrução, placa de ateroma, Hum venoso periumbelical – sopro por circulação colateral.

Atenção! A ausculata abdominal deve anteceder a palpação e percussão, pois estas podem estimular o peristaltismo e prejudicar a avaliação dos ruídos hidroaéreos quanto à freqüência e intensidade.

7 Exame do sistema Locomotor

Inspeção Geral: Inspeção anterior e posterior: (paciente em pé com as mãos ao lado corpo) observar – coluna vertebral, cristas ilíacas, se estão na mesma altura, mobilidade e simetria das massas musculares, oco poplíteo (Cisto de Backer), tendões de Aquiles (edema local), possíveis deformidades das pernas e pés (genu recurvatum, valgo, varo e tornozelo valgo ou varo).

Inspeção de lado: comparando-se ambos os lados, avaliar especificamente: altura dos ombros, assimetria muscular (principalmente dos grandes grupos musculares como o deltóide e quadríceps), deformidades de flexão dos cotovelos e/ou joelhos, deformidades dos pés, principalmente os pés planos.

Exames Específicos: Mãos: **Inspeção Comparativa** – procura deformidades das mãos: osteoartrose – nódulos em articulações interfalangianas proximais (nódulos de Bouchard), nódulos em articulações interfalangianas distais (nódulos de Heberden), artrite reumatóide – atrofia da musculatura interóssea, dedo em martelo, pescoço de cisne e botoniere, punho em dorso de camelo, desvio ulnar, mão de pregador (contratura de Dupuytren) dedo em gatilho, perda de sulcos cutâneos (esclerodermia). **Palpação** – movimentos articulares (procura de crepitações), mobilidade do processo estilóide da ulna (é móvel em comprometimento do ligamento triangular do carpo), palpar tendões (tendinites). **Manobras Especiais** – manobras de FinKelstein (positiva na tendinite de De Quervain), manobra de Phallen e de Tinnel (positivas na síndrome do túnel do carpo).

Exame do Cotovelo: **Inspeção Comparativa** – sinais flogísticos.(dor, calor, rubor) **Palpação** – nódulos da bursite oleocraniana (sulco olecraniano lateral), nódulos na parte posterior do antebraço (AR e Gota), palpar o nervo ulnar. **Manobras Especiais**

– teste de epicondilite (cotovelo de tenista – teste contra-resistência da musculatura da porção acometida medial ou lateral), observar dor do movimento.

Exame do Ombro: **Inspeção Comparativa** – tendinites, bursites, lesões, artrite do ombro. **Palpação** – movimentos articulares (procura de crepitações e redução de força muscular), bursite do músculo supra-espinhal (palpação mais abdução – aparece dor em um ângulo de abdução de aproximadamente 160°.), tendinite do bíceps (palpar o tendão).

Exame da Articulação Coxo Femoral: palpação de pontos dolorosos, movimentos articulares (flexão, extensão, rotação interna, rotação externa, adução e abdução), Sinal de Lasegue (Radiculite Lombar). Exame do Joelho: **Inspeção** – deformidades: varismo, valgismo, genu recurvatum, subluxações, deformação fixa, sinais flogísticos (artrite), tumefações (relevos) – bursite anseriana (tipo mais comum de bursite, acompanha dor à compressão na região da “pata de ganso”), bursite pré-patelar (comum na gota). **Palpação:** crepitações (movimentos ativos e passivos de flexão), palpação de pontos dolorosos – tuberosidade da tíbia (local comum de osteo necrose em adolescentes), região da “pata de ganso” (bursite), compartimento tibiofemoral interno, sinal da tecla (positivo nos derrames articulares). **Testes Especiais** (aumentos na amplitude de movimento são indícios de lesão): teste do ligamento colateral interno e externo, teste dos ligamentos cruzados (pesquisa do “sinal de gaveta”), teste do menisco medial (inversão do pé + flexão) e do menisco lateral (eversão do pé + flexão).

Exame do Tornozelo e Pé: **Inspeção Comparativa:** pé cavo (muitas vezes está associado a metatarsalgia), pé plano (associado a dores constantes na perna), edemaciação com apagamento dos sulcos maleolares (artrite), tumorações localizadas (bursites e tendinites – muitas vezes verifica-se o tendão de Aquiles edemaciado e sensível à palpação), deformidades – tornozelo valgo, tornozelo varum. **Palpação:** palpar tumorações localizadas, o tendão de Aquiles (tendinite do tendão de Aquiles), mobilidade e integridade dos ligamentos do tornozelo, mobilidade do tarso (inversão e eversão com tornozelo fixo), mobilidade dos metatarsos – sinal de Poulousson (sempre positivo na artrite reumatóide – dor à compressão bilateral simultânea dos metatarsos).

8. Exame da Coluna Vertebral

Exame Geral: **Inspeção Frontal (anterior e posterior) e Sagital (perfil):** posturas antálgicas (comum na hérnia discal), simetria da cintura escapular (desnívelamento sugere escoliose), simetria da cintura pélvica (desnívelamento sugere discrepância no tamanho dos membros inferiores), desvios (escoliose, grau de lordose lombar e cervical, cifose), alinhamento dos membros inferiores, orientação das patelas, posicionamentos dos pés (calcanhares). Testes de Mobilidade: flexão (tocar a ponta dos pés), extensão, inclinação lateral, rotação toraco-lombar (de preferência sentado e com as mãos nos ombros), flexão/extensão/inclinação lateral e rotação do pescoço.

Palpação: músculos paravertebrais (tônus e sensibilidade), ligamentos interespinhosos (dor), apófises espinhosas (espinha bífida). Provas de Compressão Radicular – manobra de Lasegue, Spurling e estiramento do nervo femoral.

Exame Específico: Coluna Cervical: **Inspeção:** observar movimentação cervical – rigidez (opistótono), subluxação (posição de torcicolo), observar presença de cicatrizes no triângulo anterior. **Palpação** (paciente em decúbito dorsal) palpação do triângulo anterior – mastóides, torcicolo congênito (esternocleido rígido e encurtado, presença de nodulações), palpação do osso hióide (nível de C₂), cartilagem tireóide, primeiro anel cricoideo, fúrcula esternal (nível de T₁), palpação da fossa

supraclavicular – em algumas patologias pulmonares o ápice do pulmão pode ser palpado, aparecimento de uma costela cervical que pode comprometer o plexo cervical (Braquiartrite), TU de Pancoast (pode ser compressão do gânglio estralado levar à síndrome de Claude Bernard Horner), palpação do músculo trapézio – hipertonia, cadeias linfáticas em sua borda súpero-lateral, palpação do grande nervo occipital (base do crânio) – observar sensibilidade, palpação do ligamento nugal superior – local mais freqüente de dor devido a alterações ósteo-artríticas entre C₅ e C₆).

Pesquisa do Grau de Mobilidade: Testes motores ativos e passivos – flexão/extensão, adução/abdução, rotação. Testes motores contra resistência – flexão (esternocleido), extensão (músculo posterior), inclinação lateral (escalenos).

Avaliação Neurológica: comparar bilateralmente – Plexo Braquial (raízes de C₅/C₆/C₇/C₈/T₁):

↳ C₅ - Testes motores do deltóide e bíceps, Sensibilidade na face lateral do braço, Reflexo Bicipital.

↳ C₆ – Testes motores dos extensores do Carpo, sensibilidade na face lateral e antebraço, Reflexo Estilo-Radial.

↳ C₇ – Testes motores do tríceps, flexores do carpo, extensores dos dedos (em especial do terceiro quirodáctilo), Sensibilidade do terceiro dedo, Reflexo Tricipital.

↳ C₈ – Testes motores dos músculos interósseos (preensão entre os dedos mais laterais), Sensibilidade na face medial da mão e antebraço, não há reflexo(s) específico (s).

↳ T₁ – Testes motores dos músculos interósseos (preensão entre os dedos mais mediais), Sensibilidade na borda medial do braço, não há reflexo(s) específico(s).

Testes Especiais: Compressão da cabeça (aumenta dor em compressão de raízes nervosas) - Manobra de Spurling. Extensão da cabeça (diminui dor em compressão de raízes nervosas). Manobra de Valsava (aumenta dor em compressão de raízes nervosas – aumento da PI). Deglutição (dolorida em artrose da coluna cervical). Teste de Addison: buscar o pulso radial e ir elevando o membro, notar se há diminuição (compressão da artéria braquial ao nível do peitoral maior ou ao nível do escaleno).

Exame da Coluna Lombar - Inspeção: Presença de Manchas – “café com leite” sugestivo de neurofibromatose (doença congênita), negras – sugestivo de linfomas, espinha bífida, malformações musculares, alterações neurológicas. Nodulações, Lordose (ângulo sacral menor que 45°.), outras deformidades (gibosidades, escoliose...).

Palpação: Palpação de estruturas ósseas – processos espinhosos, cóccix (área muito suscetível a lesões ao cair sentado ou em pessoas magras), EIPS e Trocanter, EIAS, asa do osso íliaco (na maioria dos indivíduos corresponde à L₃ e L₄). Palpação de espinha bífida, de espondilolistese (mais freqüente entre L₅/ S₁) – deslocamento para diante de um segmento da coluna vertebral. Palpação de tecidos moles: rafe mediana, hipertonia uni ou bilateral, nódulos fibulo-adiposos (origem desconhecida, provavelmente por tensão muscular excessiva), neuromas (ao nível da asa do osso íliaco), região ciática (entre o trocanter maior e a espinha isquiática), musculatura abdominal (flacidez pode gerar dores na coluna)

Pesquisa do grau de Mobilidade: flexão/extensão, rotação, inclinação lateral (tende a aumentar a dor da hérnia de disco).

Avaliação Neurológica: Plexo Sacral: (raízes T₁₂, L₁, L₂, L₃, L₄, L₅, S₁).

↳ T₁₂/L₁: Testes motores do músculo íleo-psoas (flexão da coxa sentado), Sensibilidade no terço proximal da coxa, não há reflexo.

↳ L₂/L₃: Testes motores do quadríceps, Sensibilidade no terço médio e distal da coxa, Reflexo patelar.

↳ L₄: Inversão do pé, Sensibilidade na borda medial da perna, Reflexo patelar.

↳ L₅: Testes motores do extensor longo do hálux, Sensibilidade na face lateral da perna e dorso do pé, não há reflexo.

↳ S₁: Testes motores do tríceps sural (andar de equino), Sensibilidade na face posterior e lateral do pé, Reflexo aquileu.

Reflexos Superficiais: cutâneo abdominal (movimentos rápidos: superior, médio e inferior), crenastérico, anal, cutâneo plantar (borda lateral da planta e base dos dedos, movimento lento),

Contração Clônica: índice de lesão medular.

Testes Especiais: Manobra de Lasegue (hérnia discal L₅, S₁, nevralgia ciática ou comprometimento meníngeo): elevação até cerca de 50º do MI do paciente com a perna em completa extensão, estando o paciente em decúbito dorsal, pode-se avaliar a dorsiflexão (pé) – Manobra de Lasegue sensibilizado). Manobra de Valsava: aumento da pressão líquórica acentua dor por compressão nervosa. Manobra de Naffziger: compressão do seio carotídeo (idem a Valsava). Manobra para sacro-ilíaco: compressão desta região. Pesquisa do sinal de Babinski. Manobra de Schoeber: avalia a flexo-extensão da coluna lombar. Manobra de Flexo-Extensão Cervical: medir a distância mento-fúrcula.

9 Exame do Sistema Nervoso

Inspeção: Postura e posição típicas no leito (opistótono, Parkinson -observar fáceis), Plegias e paresias, Lesões cutâneas (manchas hipercrômicas ou hipocrômicas, angiomas, neurofibromas), Atrofias, hipertrofias e miofasciculações, Distonia muscular, Espessamento de nervos periféricos, Hipercinesias (balismo, Coréia, atose, mioclonia- lesão do músculo denteado do cerebelo: contração brusca e involuntária de um ou mais músculos, sem deslocamento do segmento, dependendo do músculo e segmento envolvidos. São movimentos clônicos, arrítmicos e paroxísticos).

Estática – Pesquisa: paciente ereto, pés unidos, inicialmente de olhos abertos e a seguir fechados, observe se o paciente permanece firme ou se surge desequilíbrio. As alterações são chamadas de distasias e são de três tipos principais: Cordonal (Sinal de Romberg) – o equilíbrio é normal com olhos abertos, mas ao fechá-los o paciente de imediato oscila e pode chegar a cair. Cerebelar – o desequilíbrio manifesta-se tanto de olhos abertos como fechados, com inclinações laterais ou para trás e para frente. O paciente afasta os pés um do outro para tentar equilibrar-se (alargamento da base de sustentação). Vestibular – o desequilíbrio pode manifestar-se apenas após um período de latência, piora após fechar os olhos e se faz sempre para a mesma direção relacionada com a posição da cabeça, que pode ser alterada com as modificações desta. Outras Respostas: histerias (atitudes bizarras), queda para trás (pacientes idosos com lesões vertebrobasilar). Manobras de Sensibilização: um pé na frente do outro, ficar em um pé só, sentado, braços estendidos (desvios dos MMSS paralelos e para o mesmo lado indica lesão vestibular; desvio de um só braço – lesão cerebelar).

Marcha – Marcha hemiparética, helicópide ou ceifante (AVC envolvendo cápsula interna) – um ou ambos MMII durante a marcha faz movimento semicircular, a ponta

do pé se arrasta no chão. Vestibular ou em estrela (lesões vestibulares) – marcha lateralizada, o corpo pende para o lado da lesão. Cerebelar ou ebriosa, atáxica titubante – alargamento da base de sustentação, abertura dos braços para procurar apoio. O paciente oscila, sofre desvios laterais, passos inseguros como se estivesse bêbado. Marcha Parkinsoniana (“petit-pas”) – pequenos passos, MMSS fletidos (cotovelo e punho) e com tremor, tronco um pouco inclinado para frente. Passos lentos, curtos, os pés geralmente se arrastam. Tatébica (síndromes do cordão posterior) –apoio do corpo sobre o tálus (bater forte contra o chão), olhar atento para os pés e pernas tentando controlar visualmente a marcha; os membros são movidos grosseiramente desgovernados. Marcha escrivante ou parética uni ou bilateral (neuropatia periférica) – ponta do pé parece estar presa ao solo, o joelho é elevado mais que o normal (extensão da coxa) a fim de realizar o movimento. Pode aparecer na Hansen (afecção do nervo fibular). Anseriana ou miopática – lembra os movimentos de um ganso. AQ bacia oscila para frente e para baixo, o tronco se inclina para o lado, o paciente caminha “rebolando”. Marcha paraparética – se espástica, em tesoura (doença de Little – rigidez espasmódica congênita dos membros por lesões cerebrais em prematuros ou crianças nascidas de parto complicado – estado de asfixia): andar curto com joelhos juntos cruzando um à frente do outro à medida que o paciente avança arrastando a ponta dos pés.

Manobras de Sensibilização: Pé ante pé, na ponta dos pés, nos calcanhares, andar rapidamente, voltar rapidamente, ir para frente e para trás (formação de “estrela de Babinski”- lesão vestibular).

Força Muscular. Sempre começar examinando o lado presumivelmente sadio, deve ser analisada por segmento comparando-se um lado com outro. MMSS: prova dos braços estendidos (Mingazzini), prova do afastamento dos dedos da mão (Barre), prova de Raimiste. MMII: prova de Barre, Mingazzini, prova de queda dos joelhos (Wartemberg). Manobras Deficitárias: Mingazzini para MMSS – braços estendidos paralelamente, dedos das mãos abertos. Raimiste – antebraço fletido em 90°, observar se ocorre queda do punho (mão em gota). Barre para MMSS (mão) – afastar ao máximo os dedos das mãos. Mingazzini para MMII – decúbito dorsal, flexão em 90° da coxa. Barre para MMII – decúbito ventral, flexão em 90°. da perna.

Tônus Muscular. Achados clínicos incluem – hipotonia, hipertonia elástica (há uma grande resistência inicial e em seguida ocorre relaxamento - sinal do canivete), hipertonia plástica (contínua e mantida - sinal da roda denteada). Movimentação Passiva: MMSS – flexão e extensão do antebraço; MMII – flexão e extensão da perna. Sinais de Irritação Meníngea: Rigidez de nuca – flexão e extensão passiva da nuca. Sinal de Kernig – decúbito dorsal, flexão da coxa + extensão da perna. Sinal de Brudzinski – flexão da nuca determina flexão involuntária das pernas e coxas. Sinal contralateral da perna de Brudzinski – a flexão passiva e no grau máximo da coxa sobre a bacia e da perna sobre a coxa determina movimento similar de flexão do lado oposto (resposta “idêntica”) ou movimento em extensão (resposta “recíproca”). Sinal de Lhermitte – a flexão brusca do pescoço provoca dor em “descarga elétrica” ao longo da coluna chegando até as extremidades inferiores. Aparece em lesões em nível cervical (hérnias, tumores, aderências meníngeas), bem como em afecções desmielinizantes (esclerose múltipla). Manobra de Patrick – indicada para diagnóstico diferencial com processos articulares da bacia, faz-se a flexão da coxa do lado afetado e coloca-se o calcanhar sobre o joelho oposto pressionando para baixo e para fora. No caso de artrite coxo-femoral há limitação e dor à manobra. Sinais de Tetania (secundária ao tétano ou à hipocalcemia) – Sinal de Chvostek – desenvolvimento de fácies tetânica que pode ser espontâneo ou deflagrado por percussão à altura da eminência malar. Sinal de trosseau – compressão de massas musculares do braço (pode-se utilizar o manguito do esfigmomanômetro) gerando contração tetânica em flexão do carpo e dedos.

Coordenação Motora: O distúrbio na coordenação motora é chamado de ATAXIA e por ser de origem cerebelar (predomínio da dismetria, decomposição do movimento e tremor de intenção) ou cordonal posterior (por perda da sensibilidade profunda, acentuada ao fechar os olhos). **Provas:** Prova dedo-nariz e dedo-dedo – para MMSS e prova calcâneo-joelho para MMII. Deve ser efetuado inicialmente com os olhos abertos e a seguir com os olhos fechados, analisar a direção, medida, energia, sinergia, se há tremor (decomposição) do movimento. Prova da diacodocinesia – efetuar movimentos opostos de modo rápido e alternados, por exemplo, a prono-supinação. Prova para sinergia do tronco. Prova do copo d'água, das linhas paralelas, do rechaço, etc.

Reflexos Nervosos: Exame dos Reflexos Superficiais: Reflexo cutâneo-plantar: Pesquisa – estímulo com estilete rombo da região plantar, borda externa do calcâneo para os dedos. Resposta – flexão dos dedos dos pés. Alterações – abolido nas lesões periféricas e centrais (síndrome piramidal), nestas inverte-se (resposta extensora ou Sinal de Babinski). Reflexos cutâneo abdominais: Pesquisa – Estímulo da parede abdominal com estilete rombo, dirigido da parede lateral para a linha média nos terços superior, médio e inferior do abdome em direção à cicatriz umbilical. Resposta – contração dos músculos abdominais. Alterações – abolidos nas síndromes periféricas e centrais (Centro T6 – T9 – superior; T9 – T11 – médio; T11-T12 – inferior). Outros Reflexos Superficiais (córneo palpebral, crenastérico)

Exame dos Reflexos Profundos: são pesquisados com martelo, percutindo-se o tendão do músculo direta ou indiretamente. Diminuem ou abole-se nas síndromes periféricas, sendo exaltado na síndrome piramidal. Reflexo Biceptal: Pesquisa – percussão do dedo examinador sobre o tendão biceptal. Resposta - flexão e supinação do antebraço. Centro – C5, C6. Reflexo Triceptal: Pesquisa – percussão do tendão do tríceps. Resposta – extensão do antebraço. Centro – C6, C7. Reflexo Estilorrádial: Pesquisa – percussão da apófise estilóide radial. Resposta – flexão e ligeira pronação do braço, pode haver leve flexão das mãos e dedos. Centro – C6, C6. Reflexo Flexor dos dedos: Pesquisa - percussão do tendão dos flexores no punho. Resposta – flexão dos dedos. Centro – C7, C8. Reflexo Patelar: Pesquisa – percussão do tendão do quadríceps. Resposta – extensão da perna. Centro L2, L3, L4. Reflexo Aquileu: Pesquisa – percussão do tendão de Aquiles. Resposta – flexão plantar do pé. Centro L5, S1, S2.

Sensibilidade: Exige paciência e deve ser feita com o doente calmo e de olhos vedados. Os resultados devem ser anotados em mapas adequados. Sensibilidade Superficial: (fazer comparativamente trechos distais com proximais), Térmica – tubos de ensaio com água gelada e quente, Tátil – com mecha de algodão ou com pincel leve e fino, Dolorosa – por meio de agulhas. Sensibilidade Profunda: Vibratória (palestesia) – uso do diapasão (256 ciclos) sobre eminências ósseas, Cinética Postural – movimentar uma parte do corpo do paciente que deve estar com os olhos fechados e pedir para que ele explicita sua posição. O hálux é muito usado para este teste. Compressão Muscular (barestesia) – observar a sensibilidade à compressão de massas musculares profundas (está abolida ou diminuída em processos radiculares e tabes). Sensibilidade Especial e Gnosiais; Localização do estímulo (tato epicrítico) – pedir para o paciente explicar com o máximo de precisão um ponto de onde vem um determinado estímulo; pode ser feito juntamente com a avaliação da sensibilidade superficial. Discriminação de dois pontos – determinar a menor distância onde o paciente pode sentir dois estímulos feitos simultaneamente. Tal distância varia com a parte do corpo. Grafoestesia – reconhecimento de símbolos supostamente escritos sobre a pele. Estereognosia – reconhecimento de objetos colocados na mão sem o

auxílio da visão. Alterações da Sensibilidade: dores, disestesias, parestesias, anestésias, hipoestesias, hiperestesias, dissociação tátil, dissociação siringomiélica.