

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

**BRUNA MOTTA DOS SANTOS**

**CORPOS QUE CUIDAM: UMA ETNOGRAFIA DAS PRÁTICAS EM  
ENFERMAGEM**

**JUIZ DE FORA  
2020**

BRUNA MOTTA DOS SANTOS

**CORPOS QUE CUIDAM: UMA ETNOGRAFIA DAS PRÁTICAS EM  
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Ciências Sociais. Área de Concentração: Cultura, Produções Simbólicas e Processos Sociais.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristina Dias da Silva

JUIZ DE FORA  
2020

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santos, Bruna Motta dos.

Corpos que cuidam : uma etnografia das práticas em enfermagem / Bruna Motta dos Santos. -- 2020.  
128 p.

Orientador: Cristina Dias da Silva  
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2020.

1. Corpo. 2. Enfermagem. 3. Aprendizado. 4. Práticas. 5. Cuidado.  
I. Dias da Silva, Cristina, orient. II. Título.

BRUNA MOTTA DOS SANTOS

**CORPOS QUE CUIDAM: UMA ETNOGRAFIA DAS PRÁTICAS EM  
ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do grau de Mestra em Ciências Sociais. Área de Concentração: Cultura, Produções Simbólicas e Processos Sociais.

Dissertação defendida e aprovada em 11 de dezembro de 2020.

---

Prof<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristina Dias da Silva  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof<sup>fa</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rogéria Campos de Almeida Dutra  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Diogo Neves Pereira  
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora por ter possibilitado que eu alcançasse mais que uma formação, me proporcionando, acima de tudo, experiências e conhecimentos que contribuíram profundamente na minha construção como pessoa. Agradeço aos meus queridos professores, Raphael Bispo, Luzimar Pereira, Felipe Maia e João Dulci por tantos ensinamentos compartilhados. Deixo registrada aqui toda a minha admiração e carinho por cada um de vocês. Agradeço especialmente à professora Cristina Dias da Silva pelo incentivo e dedicação com que me conduziu nesta etapa tão importante da minha trajetória, partilhando comigo o seu conhecimento e sendo sempre uma presença tão inspiradora.

Agradeço à professora Rogéria Dutra e ao professor Diogo Neves Pereira que, ao aceitarem compor a banca de defesa, me forneceram valiosos comentários e contribuições.

Agradeço às professoras, professores e estudantes da Faculdade de Enfermagem da UFJF pela disponibilidade, confiança e generosidade que sempre tiveram comigo, desde a primeira vez que os encontrei. Agradeço por permitirem que eu compartilhasse de suas experiências cotidianas e pelo carinho com que sempre me receberam.

Agradeço aos amigos que fiz em Juiz de Fora que, diante da solidão de estar longe de casa, foram meu suporte e motivo de grande alegria. Agradeço aos meus amigos de Passa Quatro, por me mostrarem que mesmo longe podemos ser apoio e força uns para os outros.

Agradeço imensamente ao meu companheiro Marcos Paulo por caminhar ao meu lado, por ser meu amparo e a minha alegria.

Agradeço à minha família. Ao meu pai, Rogério, à minha mãe, Valéria, que em todos esses anos não pouparam esforços para me ver alcançando meus objetivos. Aos meus irmãos, Matheus e Lucas, pelo companheirismo e por me mostrarem que terei com quem contar em qualquer circunstância. Aos meus avós, Joaquim, Maria de Lourdes e Terezinha, por todo o apoio, zelo e carinho a cada volta para a casa. Agradeço ao meu amado avô André, que fez parte apenas do início dessa caminhada, mas que esteve comigo a cada passo dado.

Por fim, agradeço à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e à UFJF, pelo apoio financeiro que possibilitou a concretização desta pesquisa.

## RESUMO

O presente trabalho objetivou compreender a corporalidade presente nas práticas características da enfermagem, traçando como foco de análise o entendimento de como o fazer destes profissionais estaria atravessado por uma modulação corporal particular, se constituindo como parte importante do seu aprendizado. Partimos, assim, da premissa de que corpo consistiria em uma construção social e cultural, entendido não somente como uma superfície na qual os aspectos socioculturais se inscreveriam, mas como uma matriz de sentidos, através do qual a experiência dos sujeitos adquire significado. Nesse sentido, conduzimos nossa investigação através de uma etnografia realizada com estudantes e professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, por meio da qual empreendemos um mergulho sob as diversas práticas que são próprias da atuação de enfermeiras e enfermeiros, o que permitiu que alcançássemos a compreensão de como o corpo se apresentava como uma dimensão central através do qual os estudantes se construía enquanto profissionais da enfermagem. Assim, buscaremos apontar como o corpo enfermeiro era construído em suas posturas, gestos, movimentos e sensorialidades e que, ao ser treinado por um conhecimento particular, se tornava capaz de se movimentar de maneira específica e apto a detectar aspectos imperceptíveis diante de sentidos leigos. Por fim, mostraremos como a construção da dimensão corporal envolvia, também, uma construção das sensibilidades, expressa por um gerenciamento das emoções através do corpo.

**Palavras-chave:** Corpo. Enfermagem. Aprendizado. Práticas. Cuidado.

## ABSTRACT

The present work aimed to understand the corporeality present in the practices of nursing, tracing as a focus of analysis the understanding of how doing these professionals involves a particular body modulation, constituting an important part of their learning. Thus, we start from the premise that the body would consist of a social and cultural construction, understood not only as a surface on which the socio-cultural aspects would be inscribed, but as a matrix of meanings, through which the subjects' experience acquires meaning. In this sense, we conducted our investigation through an ethnography carried out with students and professors from the Faculty of Nursing of the Federal University of Juiz de Fora, through which we undertook a dive under the various practices that are typical of nurses and nurses, which allowed us to understand how the body presented itself as a central dimension through which students were built as nursing professionals. Thus, we will try to point out how the nurse body was built in its postures, gestures, movements and sensorialities and that, trained by a particular knowledge, it was able to move in a specific way and able to detect imperceptible aspects in front of lay senses. Finally, we will show how the construction of the body dimension involves also a construction of sensibilities, expressed by a management of emotions through the body.

**Keywords:** Body. Nursing. Practices. Learning. Care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1	A Faculdade de Enfermagem: um breve apanhado histórico.....	12
1.2	Cenários e pessoas: aspectos acerca da dinâmica cotidiana.....	14
1.3	Alteridades, limites e possibilidades: algumas reflexões sobre o trabalho de campo.....	20
1.4	O percurso da dissertação: apresentando os capítulos.....	26
<b>2</b>	<b>O CORPO NOS CONTEXTOS DE CUIDADO: ENTRE MOVIMENTOS, GESTOS E POSTURAS.....</b>	<b>28</b>
2.1	O perigo da contaminação.....	28
2.2	As práticas de descontaminação como ações rituais.....	37
2.3	Da simulação ao factual.....	39
2.3.1	O aprendizado no laboratório-enfermaria.....	40
2.3.2	O cotidiano do cuidado.....	47
2.4	O aprendizado do cuidado como prática ritualizada.....	50
2.5	O cuidado como técnica do corpo .....	56
<b>3</b>	<b>A SENSORIALIDADE DO CUIDADO.....</b>	<b>64</b>
3.1	As técnicas propedêuticas e o uso dos sentidos.....	64
3.1.1	A inspeção.....	66
3.1.2	A palpação.....	70
3.1.3	A ausculta.....	73
3.1.4	A percussão.....	75
3.2	Uma Antropologia dos sentidos: o corpo como superfície inteligível.....	78
3.3	O lugar da prática na construção da habilidade.....	85
3.4	Corpos que aprendem, corpos que ensinam.....	88
<b>4</b>	<b>GRAMÁTICAS DO CUIDADO: O MEDO, A TRISTEZA E OS AFETOS.....</b>	<b>93</b>
4.1	“Você arruma uma tremedeira, é horrível!”: as narrativas do medo.....	93
4.2	“Parecia que tinham me sugado completamente e eu chorei”: o contato com o sofrimento do outro.....	99



4.3	Emoções inoportunas: um aprendizado da evitação.....	107
4.4	“A gente tem que oferecer acalanto”: os afetos do cuidado.....	113
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>122</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>125</b>

## 1 INTRODUÇÃO

*“[...]Mãos,  
Suaves mãos  
Delicadas e fortes,  
Esguias e seguras.  
Dominam o corte  
Afugentam a morte. [...]”*

Edna A. Barbosa de Castro<sup>1</sup>

Tratar de questões relativas ao corpo – como os usos que lhe dão forma, seus significados ou as práticas, normas e padrões sociais que nele se inserem – pode nos dizer muito a respeito da vida social de determinada coletividade, ao se constituir em um domínio intimamente vinculado ao conjunto de símbolos que orienta a vida cotidiana dos sujeitos. Como explicou o antropólogo francês David Le Breton (2012), a vivência humana, em termos físicos, é constituída por um conjunto de sistemas simbólicos e a partir dos nossos corpos se originam e se difundem sentidos diversos que servem de base à existência coletiva. Nas palavras do autor, “o corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída.” (2012, p. 7). Nesse sentido, enquanto uma dimensão fundamental de nossa existência, a corporeidade está na forma como nos movimentamos por todos os cantos, em como gesticulamos e nos portamos nas mais variadas situações do cotidiano, em como enxergamos, descobrimos e avaliamos sabores, texturas e cheiros. Com os nossos corpos experimentamos emoções e nele inserimos toda a espécie de marcações, seja para distinguirmo-nos ou para nos assemelharmos aos padrões sociais vigentes. Estes aspectos, variáveis no tempo e no espaço, nos mostram como, antes de um dado prévio da natureza e para além de uma superfície onde a cultura se inscreve por meio dos seus símbolos e categorias, o corpo se constitui em uma matriz de sentidos, em um produtor de significados, a partir do qual os sujeitos vivenciam e dão sentido ao mundo a sua volta.

Inaugurando a abordagem sobre o tema no campo das Ciências Sociais, Marcel Mauss lançou luz sobre a questão em uma palestra proferida à Sociedade de Psicologia, no ano de 1934, uma conferência cujo pioneirismo e genialidade fizeram deste um de seus ensaios mais conhecidos e respeitados na literatura das Ciências Sociais e Humanas. Nesta exposição, posteriormente publicada no *Journal de Psychologie*, em 1936, Mauss (2017)

---

<sup>1</sup> Este excerto foi retirado de um poema intitulado “Nossas mãos”, da autoria de uma das professoras da Faculdade de Enfermagem e publicado no jornal impresso da instituição.

definiu o conceito clássico de *técnica do corpo*, noção ainda hoje fundamental para as discussões sobre o tema. Tal como descreveu o autor, o corpo consistiria no primeiro e mais natural<sup>2</sup> instrumento do homem, sendo as *técnicas do corpo* formas através das quais, de tempos em tempos e de sociedade a sociedade, os sujeitos dele se serviam. Para tecer suas considerações, Mauss partiu da noção de como as mais diversas atitudes corporais, posturas, posições e modos de agir se constituíam como produtos de um aprendizado que tinha como origem a cultura. Através da educação e da socialização, as técnicas possibilitariam uma ação ao mesmo tempo cognitiva, emocional, técnica e social, ou nos termos do autor, bio-psico-social, de modo que cada sociedade possuiria hábitos específicos que, ao contrário de dados naturais

Variam não simplesmente com os indivíduos e suas imitações, variam sobretudo com as sociedades, as educações, as conveniências e as modas, os prestígios. É preciso ver as técnicas e a obra da razão prática coletiva e individual, lá onde geralmente se vê apenas a alma e suas faculdades de repetição. (MAUSS, 2017, p. 404).

É nesse sentido que Mauss (2017) classificou as diversas formas do que entendia como técnicas do corpo, abordando aquelas que diziam respeito ao sexo e à idade, as que se referiam às etapas da vida ou, até mesmo aquelas relacionadas aos cuidados corporais. Mostrou-nos, ainda, a particularidade das técnicas de caça realizadas pelos aborígenes australianos, a forma de andar das mulheres Maori e a marcha característica da infantaria britânica, aspectos importantes para evidenciar aquilo que Mauss buscou ressaltar, ou seja, que toda técnica é dotada de especificidade e de uma forma histórico-cultural particular, de uma maneira própria e singular de existir que decorre de um lento aprendizado. Estes modos de agir, compreendidos através da noção de técnica consistiriam, assim, em *atos tradicionais eficazes*, tradicionalmente transmitidos e socialmente reconhecidos em sua eficácia, diferindo dos atos de ordem mecânica ou física. Em síntese, o corpo constituiria e manifestaria práticas específicas, apreendidas e incorporadas através de um *habitus*.

Inspirando-nos nas noções mausseanas acerca do corpo, nos interessa no presente trabalho pensar a corporalidade a partir de um ofício particular: a Enfermagem. Enquanto uma profissão que compõe a área da saúde, a Enfermagem se constituiu ao longo do seu processo de desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado. Frequentemente apontada como a

---

<sup>2</sup> Certamente hoje em dia esta passagem de considerar o corpo como instrumento natural mereceria uma ponderação. Afinal, o corpo, em si mesmo, não tem uma natureza primeva, sua instrumentalidade só existe mediante a passagem ao simbólico. Esta atualização já muitos autores, leitores dedicados de Mauss, o fizeram. Ver, por exemplo, Maluf (2001), Maués (2003), entre outros.

*arte* ou a *ciência* do cuidar, seus profissionais não somente mobilizam tal categoria para definirem seu ofício, mas a situam como a especificidade e essência da profissão, compreendendo um conjunto de conhecimentos, procedimentos e condutas próprias da atuação das enfermeiras e enfermeiros, visando promover o bem-estar do paciente em suas diversas dimensões.

Nesta perspectiva, enfermeiras e enfermeiros realizam uma série de práticas visando promover o cuidado dos pacientes. Os banhos de leito, as passagens de sonda, os cateterismos, as punções venosas e os cuidados com feridas, entre muitos outros procedimentos, constituem atividades do dia-a-dia desses profissionais, compondo parte importante dos currículos das disciplinas dos cursos de graduação. Tais práticas, denominadas como *técnicas de enfermagem*, são empreendidas de modo sistematizado, sendo executadas de acordo com uma lógica e métodos específicos para cada procedimento, através de preceitos que as regulam e ordenam. Segundo Almeida e Rocha (1986), as *técnicas* se constituem na primeira expressão do saber em enfermagem, consistindo na descrição das maneiras pelas quais os procedimentos devem ser empreendidos, de modo a especificar a sequência das atividades realizadas, etapa por etapa, e do quadro dos materiais necessários ao empreendimento.

Desse modo, enfermeiras e enfermeiros lidam cotidianamente com corpos que possuem as mais diversas enfermidades e depositam sobre eles diferentes práticas de cuidado, para os quais foram treinados e cuja legitimidade lhes é atribuída. Nestes cenários, os corpos são higienizados, mensurados, aferidos e aspirados; têm suas substâncias coletadas, são observados, tocados, avaliados e ouvidos. Mais do que um objeto, o corpo é apontado na literatura em enfermagem como um mediador do cuidado, sendo descrito pela perspectiva nativa como o meio através do qual o profissional realiza os procedimentos próprios do seu ofício. Para Lima (2006), o corpo é tanto um instrumento utilizado pelos profissionais da enfermagem durante suas ações (seu próprio corpo), quanto como o foco do cuidado por ele dispensado (o corpo do paciente), consistindo em um mediador da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Já para Fernandes (2016), os corpos dos pacientes e, sobretudo, os corpos dos profissionais da Enfermagem se apresentam como mediadores ao serem, ambos, permeados por histórias e memórias, sendo o cuidado o resultado desta inter-relação estabelecida entre os corpos cuidadores e cuidados. Para o autor, o corpo característico da Enfermagem é um corpo específico, distinto daquele que é possuído por outras áreas da saúde, como a Medicina, sendo corpos terapêuticos que “potencializam as forças intrínsecas

dos corpos de que cuidam para que estes, igualmente, se sintam e se vejam corpos terapêuticos.” (FERNANDES, 2016, p. 160).

Através de uma perspectiva antropológica, buscaremos demonstrar como as práticas e condutas das enfermeiras e enfermeiros integram um processo de aprendizado no qual o corpo é o elemento central. É por meio dele que o enfermeiro verifica a pulsação, sente o tamanho, localização e distribuição de órgãos e outros elementos que compõem o interior dos corpos humanos, além de ouvir seus sons, seja os característicos de normalidade ou aqueles que indicam alteração. É através dos seus corpos que enfermeiras e enfermeiros devem aprender a “estar no ambiente” com “consciência do movimento”, utilizando-se dele da forma adequada a partir da adoção de uma postura corporal específica. Tratar das práticas do dia-a-dia de enfermeiras e enfermeiros implicou que nos voltássemos para esse processo de aquisição, investigando um *habitus* particular. Desse modo, ao lançarmos luz sobre a prática característica destes profissionais e da maneira como ela é apreendida, nos centramos na produção do corpo, ou seja, nas formas através das quais ele é construído e manejado nos contextos de cuidado, pensando um problema geral e clássico da Antropologia a partir de um cenário específico.

Para este empreendimento, realizamos uma etnografia durante um semestre letivo com estudantes e professores da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, através da inserção nos contextos das disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar em Enfermagem I e II, ministradas aos terceiros e quartos períodos da referida graduação. Desse modo, o trabalho de campo foi iniciado efetivamente no mês de agosto de 2019, sendo finalizado no mês de dezembro do mesmo ano. Por meio desta investigação, buscamos refletir sobre a relação entre a formação em enfermagem e a dimensão corporal do cuidado, entendendo este corpo como treinado por um conhecimento particular, se tornando capaz de se movimentar de maneira própria e apto a detectar aspectos imperceptíveis diante de sentidos leigos<sup>3</sup>. Assim, no texto que se segue, apresento elementos históricos e etnográficos fundamentais para situar o/a leitor/a acerca dos cenários, sujeitos e dinâmicas que se desenrolavam nos cotidianos de cuidado e ensino nos quais esta pesquisa foi realizada. Em seguida, exponho algumas questões relativas à minha inserção em campo e os primeiros

---

<sup>3</sup>A opção por uma etnografia centrada nos contextos de aprendizado – e não nos cenários de atuação profissional – se justifica e se relaciona intimamente à elaboração do nosso objeto de pesquisa e ao objetivo deste trabalho, que consistiu em pensar o processo de construção de um corpo específico, inicialmente forjado durante a formação destes profissionais. Cabe ressaltar, desse modo, que compreendemos que tal processo de construção não termina ao final da formação, perpassando, também, a trajetória profissional de enfermeiras e enfermeiros.

momentos que se sucederam com a minha presença nesses espaços e, por fim, finalizo com a apresentação do percurso desta dissertação, através da apresentação dos capítulos.

### **1.1 A Faculdade de Enfermagem: um breve apanhado histórico**

O ensino superior em Enfermagem na cidade mineira de Juiz de Fora teve seu início no final da primeira metade do século passado, quando em 1947 foi inaugurada a Escola de Enfermagem Hermantina Beraldo – EEHB. A instituição teve sua fundação como fruto do Decreto nº 1.751/46, aprovado no ano de 1946, que instaurava a reforma do Departamento de Saúde Pública em Minas Gerais, destinando fundos institucionais para a criação de cursos de Enfermagem e Saúde Pública. Um de seus objetivos era, nesse sentido, suprir a necessidade de enfermeiras diplomadas no estado, que àquela altura não formava profissionais suficientes para atuarem em seu território. Naquele período, Minas Gerais contava com duas instituições direcionadas a este fim, a Escola de Enfermagem Carlos Chagas e a Escola de Enfermagem Hugo Werneck, ambas localizadas em Belo Horizonte.<sup>4</sup> (TOLEDO, 2008). A partir dessa atribuição, caberia ao Dr. Alvino Moreira de Paula, então secretário de saúde do estado, e ao Dr. João Tavares Correa Beraldo<sup>5</sup>, interventor de Minas Gerais, a criação da terceira instituição de ensino de Enfermagem no estado mineiro. (BARBOSA, 2018).

Fundada em 1946 e posteriormente inaugurada em 1947, a EEHB foi instalada em Juiz de Fora em razão de seu afastamento da capital Belo Horizonte e de sua população significativamente abundante, a segunda maior de Minas Gerais, fatores que se aliaram à possibilidade de que a atuação profissional se estendesse a toda a região da Zona da Mata. (TOLEDO et al. 2008). Assim, a recém-criada instituição passou a funcionar sob a direção de Celina Viegas<sup>6</sup>, enfermeira graduada na Escola de Enfermagem Carlos Chagas e especializada em Administração de Escolas de Enfermagem e Pedagogia aplicada à Enfermagem, pela Universidade de Boston, nos Estados Unidos. Sua ampla formação e contatos no âmbito político foram fundamentais para o estabelecimento da instituição precursora em Juiz de Fora, tornando as primeiras diplomadas na cidade conhecidas como “As Pioneiras”. (ARAÚJO, 2009).

---

<sup>4</sup> Estas instituições deram origem à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e à Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), respectivamente. (CONRADO, 2018).

<sup>5</sup> O nome da instituição foi dado em homenagem à memória de Hermantina Beraldo, esposa falecida de João Tavares Correa Beraldo.

<sup>6</sup> A enfermeira e primeira diretora da EEHB dá nome, atualmente, ao Diretório Acadêmico da Faculdade de Enfermagem da UFJF.

Juiz de Fora era um centro cultural e possuidor de várias escolas de nível superior e vários hospitais, tais como a Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora, Casa de Saúde e Maternidade de Juiz de Fora, Maternidade Santa Therezinha, Dispensário Eduardo Menezes e Lactário São José com todas as possibilidades de êxito e com campos especializados para prática das alunas. (TOLEDO et al, p. 245, 2008)

Durante sua trajetória no ensino de enfermagem na cidade, a EEHB ofertou, além do ensino superior em Enfermagem, o curso de auxiliar de Enfermagem e tornou-se reconhecida regional e nacionalmente pela formação de profissionais na área, totalizando um número de 473 diplomados nos 31 anos que atuou na cidade. (CONRADO, 2018). Contudo, no ano de 1957 discussões já indicavam a possibilidade de consolidação do processo de federalização da EEHB que, mesmo desfrutando de certo prestígio, enfrentava consideráveis dificuldades, em sua maioria associadas à carência de verbas transferidas pelo estado de Minas Gerais. (FIGUEIREDO, BAPTISTA, 2008).

Quando a Universidade Federal de Juiz de Fora foi fundada no ano de 1960<sup>7</sup>, oriunda da Lei nº 3.858 sancionada pelo Presidente Juscelino Kubitschek, houve o anseio de incorporação da EEHB à UFJF, processo que não se concretizou e só viria a acontecer 17 anos depois, no ano de 1977, com a fundação da Faculdade de Enfermagem da UFJF. Este processo esteve vinculado ao contexto nacional mais amplo, mais especificamente às várias políticas públicas que nas décadas de 60 e 70 estavam sendo direcionadas aos âmbitos da saúde e educação e tinham como finalidade expandir o número de profissionais atuantes no campo da saúde, além de formar profissionais com um perfil distinto, direcionado à Saúde Pública. (FIGUEIREDO; BAPTISTA, 2008). Entre as políticas públicas que foram responsáveis por essa transformação no ensino superior em Enfermagem estão a Reforma Universitária de 1968, que determinava a destinação de verbas para a formação profissional e o estabelecimento de um currículo mínimo para os cursos da área da saúde, e o Plano Decenal de Saúde de 1972, elaborado e destinado aos países que compunham a Organização dos Estados Americanos (OEA), com medidas também direcionadas à formação e ao currículo. (JESUS apud BARBOSA, 2008; FIGUEIREDO; BAPTISTA, 2008).

Nesse sentido, diante das várias medidas direcionadas para a ampliação dos recursos humanos na área da saúde, o Departamento de Assuntos Universitários do Ministério da Educação e Cultura, DAU/MEC, realizou um acordo com o estado de Minas Gerais com a

---

<sup>7</sup> Sua criação se deu a partir a partir da incorporação das faculdades de Medicina, Farmácia, Engenharia, Ciências Econômicas, Direito e Odontologia, todas elas já existentes na cidade de Juiz de Fora e situadas no setor privado. (Fonte: página eletrônica UFJF. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/ufjf/sobre/historia/>).

finalidade de criar o curso de Enfermagem na UFJF, incorporando o quadro social da EEHB. O Conselho Superior Universitário instituiu, assim, a criação do curso de Enfermagem da UFJF no ano de 1977, solicitando dos professores capacitados que exerciam a docência na EEHB o auxílio na elaboração do novo currículo<sup>8</sup>, sendo criado o departamento de Enfermagem, que teve seu funcionamento iniciado dois anos depois, em 1979, ano em que foram autorizadas a transferência de 230 alunos, funcionários e professores da EEHB. (FIGUEIREDO; BAPTISTA, 2008).

Inicialmente vinculada à Faculdade de Medicina, como um de seus departamentos, a graduação em Enfermagem iniciou seu funcionamento sem autonomia acadêmica e administrativa, desvinculando-se desta somente em 1990, a partir da criação da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFJF. Posteriormente, no ano de 1995, quando o curso de Obstetrícia se tornou uma especialização, a antiga nomenclatura foi alterada, denominando-se então Faculdade de Enfermagem, cuja estrutura atual conta com três departamentos, compostos pela Enfermagem Básica, Enfermagem Aplicada e Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, além de possuir residências e o seu programa de pós-graduação com o curso de mestrado acadêmico.

## **1.2 Cenários e pessoas: aspectos acerca da dinâmica cotidiana**

A faculdade de Enfermagem, para onde me conduzia quase que diariamente durante o trabalho de campo, era uma construção em tijolos com tonalidade tradicionalmente acastanhada, possuindo detalhes internos e externos em verde, cor que simboliza a profissão. Seu prédio se situava entre as faculdades de Odontologia e Farmácia, que juntas compunham o Centro de Convivência da Saúde (CCS)<sup>9</sup> e, embora funcionassem em construções próprias, compartilhavam das áreas comuns, como as cantinas e os corredores arborizados que os conectavam e por onde, durante todo o dia, circulavam pessoas vestidas de branco e munidas com seus jalecos.

---

<sup>8</sup> Figueiredo e Baptista (2008) explicam que existiam diferentes grupos interessados nesta incorporação, o primeiro deles composto pelos dirigentes da DAU/MEC, cujo objetivo era aumentar o número de cursos e vagas na área, o grupo de dirigentes da UFJF, que tinha o interesse em criar a graduação em Enfermagem na universidade – grupo dividido entre aqueles que apoiavam a incorporação e aqueles que almejavam a formação de um curso novo – e um grupo formado pelos dirigentes do estado de Minas Gerais, que tinham a finalidade de transferir os gastos da FEHB para o Estado, através da sua incorporação à UFJF.

<sup>9</sup> No passado, a Faculdade de Medicina também ocupava este espaço, partilhando o uso das mesmas instalações com a graduação em Enfermagem, situação que se modificou com a construção de um novo prédio para o ensino da área médica, que no ano de 2013 foi deslocada para as proximidades do Hospital Universitário (HU).



A entrada do prédio, recentemente alterada para ganhar mais visibilidade, era voltada para a direção onde havia maior fluxo de pessoas, em frente a um ponto de ônibus por onde passavam o transporte coletivo municipal e os ônibus que circulavam pela universidade. Era comum ouvir relatos das dificuldades com que muitas pessoas se deparavam diante da tentativa de encontrar sua localização exata, já que a fachada ficava em um local pouco visível. No novo formato, ao chegarmos à entrada percorríamos um corredor cujo acesso dava para um amplo espaço, onde se arranjavam diversas cadeiras, poltronas e sofás, com paredes preenchidas de quadros com fotografias de formandos de anos e décadas anteriores. Este lugar era muito utilizado como local de convivência pelos estudantes, que ali se aglomeravam por todos os cantos em intervalos e outros momentos ociosos. Integradas a ele, estavam as salas de aula teórica, o anfiteatro e a biblioteca da faculdade, todas funcionando no primeiro piso. No segundo andar, por sua vez, se localizavam as salas dos professores, direção e secretaria, uma pequena cozinha e os laboratórios das aulas práticas, dispostos em cômodos que se distribuíam em dois grandes corredores.

Em virtude do objetivo central desta dissertação, que consiste em apresentar uma abordagem etnográfica sobre a corporalidade das práticas em Enfermagem, era necessário que nos direcionássemos àqueles contextos voltados ao aprendizado desses fazeres. A graduação em enfermagem possui outros momentos importantes direcionados à formação dos profissionais, mas optamos por voltarmos-nos àquelas disciplinas onde eram ensinados os procedimentos básicos da profissão, cujo objetivo era desenvolver conhecimentos e habilidades nos estudantes, munindo-os de capacidades para prestarem assistência aos seus pacientes. Nesses cenários, eram aprendidas atividades como a realização do exame físico, aferição de sinais vitais, técnicas de posicionamento, transporte e segurança dos pacientes, além da administração de medicamentos e das medidas de biossegurança, entre outros tantos procedimentos. Ademais, esse momento era comumente designado como um “divisor de águas”, por ser marcado pelo estabelecimento do primeiro contato do estudante tanto com as práticas da enfermagem quanto com os pacientes a quem dispensariam esses cuidados, seja no Hospital Universitário ou nas Unidades Básicas de Saúde, o que tornava este contexto ainda mais propício aos objetivos da investigação.

Com efeito, não era sem motivo que professores e estudantes tratavam este momento da formação através de um termo que representava um limite importante entre duas conjunturas distintas. No primeiro ciclo do curso, como me explicaram por diversas vezes, era maior a proximidade com disciplinas das áreas de biológicas, sendo efetivamente no terceiro período o momento de concretização do contato inaugural com o que se constitui o fazer da

enfermagem. Essa etapa era marcada por uma inserção inicial que acontecia nos laboratórios, onde eram ensinados os procedimentos e realizados os treinamentos em bonecos e, em algumas situações, em outros estudantes. Nestes cenários, as dinâmicas de ensino-aprendizado eram voltadas, inicialmente, à demonstração detalhada destes procedimentos por parte das professoras e do posterior treinamento pelos estudantes, que sempre os executavam repetidamente.

Importa destacar, nesse sentido, como o cronograma destas disciplinas era formado majoritariamente pelas aulas práticas, precedidas sempre de uma aula teórica que trazia os aspectos que fundamentavam as atividades e procedimentos que realizariam posteriormente. Durante as aulas teóricas, as docentes destacavam continuamente como o aprendizado efetivo se daria somente na prática, quando seus corpos poderiam se movimentar do modo como era orientado e ter as sensações que naquele momento lhes eram descritas, mostrando a centralidade que a dimensão prática, ou melhor, do aprender-fazendo, possuía para o aprendizado do ofício de enfermagem.

Quando entrei pela primeira vez nos laboratórios destinados a estes treinamentos, facilmente identifiquei a semelhança com a estrutura hospitalar de uma enfermaria, que de fato eles buscavam reproduzir. Estes laboratórios – duas salas bastante amplas – eram compostos por leitos, seus respectivos pacientes-bonecos, suas roupas de cama perfeitamente estendidas, mesinhas de cabeceira, o posto de Enfermagem e um banheiro utilizado nas simulações. Os pacientes-bonecos buscavam retratar, com considerável exatidão, corpos humanos masculinos e femininos, sendo detentores de aspectos como órgãos internos, movimentos articulares, vasos, artérias, feridas e órgãos genitais. Também era possível encontrar simuladores que correspondiam a partes isoladas do corpo, como braços, utilizados para o treinamento de punção venosa, e um simulador para treino de injeção intramuscular no glúteo, uma peça que equivalia à parte de uma perna humana, representando a região pélvica, nádegas e coxas, se estendendo até a região acima do joelho. Direcionados a trazer o que nos termos nativos era denominado como “simulação realística”, os pacientes-bonecos possuíam uma grande semelhança com pessoas humanas e no contexto dos laboratórios, recebiam diferentes nomes pelos quais eram tratados pelos estudantes em tom jocoso. Contudo, embora em algumas situações o humor estivesse presente na relação com os pacientes-bonecos, se atentava a todo o momento para um “tratamento humano”, ou seja, para que fossem tratados como os próprios pacientes.

Após a inserção inicial, que acontecia ao longo de algumas semanas nos laboratórios, os estudantes eram encaminhados para a prática no serviço de saúde, realizadas

especificamente nas Unidades Básicas de Saúde e no Hospital Universitário. No HU, os estudantes eram divididos em pequenos grupos, sendo responsáveis pelas atividades de acordo com o cenário para o qual eram designados (pediatria, enfermaria masculina/feminina, cirurgia, etc.). No grupo em que fui alocada, as práticas eram realizadas na enfermaria feminina, onde se iniciava a interação com o – ainda estranho – cenário hospitalar, com outros profissionais com quem dividiam o posto de Enfermagem e com os pacientes. Diferentemente do que ocorria nas UBS, era comum que ali os estudantes se deparassem com pacientes em estado de saúde mais debilitado ou que muitas vezes tinham mais do que dores físicas a relatar, o que os trazia para uma dinâmica cotidiana que escapava à lógica dos procedimentos padrões. Quando findavam a execução de suas atividades junto aos pacientes, os estudantes partiam à análise dos prontuários e, posteriormente, discutiam seu caso com o restante da turma. Esta discussão era realizada em um espaço centralizado que possuía mesas e cadeiras, aparentando ser direcionado às ações desse gênero. Em seu entorno, havia o corredor repleto de portas que davam para as enfermarias, cujo entra e sai de visitantes era constante.

Nos contextos das UBS, os estudantes também eram divididos em pequenos grupos, mas desta vez distribuídos pelas unidades espalhadas por toda a cidade de Juiz de Fora. Para realizar minhas observações, fui designada para uma dessas turmas, que teria sua prática realizada em uma unidade que ficava num bairro periférico do município. Quando chegava, me deparava com a entrada sempre tomada de pessoas, que para lá se encaminhavam para os mais diferentes objetivos, desde a checagem da pressão para controle diário, até cuidados com uma lesão mais grave, resultante de um acidente de trabalho, por exemplo. Neste local, os estudantes aferiam a pressão arterial, efetuavam coleta de sangue para a realização de exames, executavam curativos, administravam medicamentos, entre outros procedimentos. Assim, durante o turno que permanecíamos na Unidade, ficávamos dentro de uma pequena sala próxima à entrada e, de tempos em tempos, um dos alunos ia até a recepção verificar se havia algum procedimento na fila de espera para ser realizado. Quando havia, os estudantes decidiam entre si quem o realizaria e se ocupavam da preparação dos materiais e da sua execução, que nunca se dava sem a supervisão atenta das professoras. Mais tarde, tudo deveria ser documentado, desde a possível queixa que levou o paciente até a Unidade, até eventuais intercorrências durante o procedimento, sempre fazendo uso da “língua dos prontuários”, um elemento importante nas comunicações que se desenrolam no interior da biomedicina.

Durante o trabalho de campo, pude conviver com diversos professores, como Aline, Luciana, Mônica, Esther, Tatiana e Maurício<sup>10</sup>. Aline e Luciana eram as coordenadoras das disciplinas que eu observava (Fundamentos e Tecnologias do Cuidar em Enfermagem I e II) e foi com elas que passei a maior parte do tempo, tanto nos contextos dos laboratórios, quanto nos cenários de prática no serviço de saúde. A primeira professora com quem estabeleci contato foi Aline, uma mediadora e interlocutora fundamental que, além de me inserir nos espaços ocupados por ela, como nas atividades práticas do HU, foi a responsável por me colocar em interação com as outras docentes. Com os estudantes, era cuidadosa e afável tanto na transmissão dos saberes quanto nos momentos em que era necessário adverti-los sobre suas imprecisões ou falhas. O que mais me impressionou, desde o princípio, foram sua destreza e delicadeza nos movimentos empreendidos em sala de aula e na precisão de cada gesto que compunha as práticas da profissão. Seus gestos suaves traziam a enganosa sensação de que todos aqueles movimentos eram fáceis e descomplicados, quando na realidade eram carregados de complexidade, exigindo um grande esforço por parte dos estudantes.

Luciana, por sua vez, era alguém cuja seriedade era bastante temida pelos alunos, que se apavoravam diante da possibilidade de serem por ela avaliados. Nos espaços de prática e ensino, sua austeridade se manifestava na rigidez com os horários, nas solicitações de atenção aos detalhes dos procedimentos e na postura que exigia daqueles que estavam sob sua orientação, com advertências e conselhos proferidos de forma direta. Ainda que temerosos, os estudantes nutriam por ela grande admiração diante do amplo conhecimento acerca dos conteúdos repassados e da maneira como cuidava e se preocupava com seus pacientes. Na convivência durante as manhãs e tardes na UBS, Luciana fazia questão de me incluir em qualquer tipo de atividade empreendida com os alunos e me incentivava a acompanhá-los enquanto realizavam os procedimentos. Sua postura era extremamente profissional e, nas raras situações em que essa dimensão se rompia, contava com orgulho das histórias de sua filha pequena e das rotinas da maternidade em meio à Enfermagem e à docência.

Ainda que eu tenha permanecido durante considerável período em convivência com as professoras, era com os estudantes que eu passava a maior parte do tempo, partilhando dos contextos mais formais das salas de aula, laboratórios e práticas externas e também de momentos mais espontâneos, como nos intervalos, almoços no restaurante universitário e conversas nos corredores. Compartilhei das experiências de duas extensas turmas da

---

<sup>10</sup> Os nomes utilizados nesta dissertação são fictícios.

graduação, formada em sua maioria por mulheres<sup>11</sup> jovens, que possuíam entre 19 e 24 anos. Nas aulas teóricas, as turmas possuíam cerca de 30 a 40 alunos, que se dividiam em grupos de 5 a 8 pessoas para a realização das atividades práticas, tanto nos laboratório quanto nos cenários do serviço de saúde. Conseqüentemente, as relações mais estreitas que estabeleci foram com aqueles que compunham os grupos de prática para os quais eu era designada e com quem me encontrava mais vezes durante a semana.

Sobre as razões pelas quais cursavam a graduação em enfermagem, algumas motivações apareciam com considerável recorrência. Uma delas era o anseio preliminar em cursar Medicina. Diante da impossibilidade de ingressarem neste que se constituía no curso mais concorrido da área da saúde, decidiam se aventurar no campo da Enfermagem, onde me diziam ter encontrado um universo totalmente novo em termos de possibilidades e realizações profissionais, como era o caso de Lara, Helena e Beatriz. Outra motivação muito recorrente era a experiência de cuidado anterior ao ingresso na universidade, como descreveram Fernanda e Amália, que viram na enfermagem uma possibilidade de exercer o cuidado de forma profissional, depois de realizarem por um longo período práticas de acompanhamento e ajuda a familiares adoecidos. Já Eduardo, diante do interesse pela área da saúde, escolheu a enfermagem por valorizar certa dimensão humana em comparação a outras especializações na área da saúde.

Com eles eu sanava minhas dúvidas mais imediatas, me informava sobre lugares para onde ir e horários que deveriam ser cumpridos. Eles foram minhas principais companhias e meus fundamentais interlocutores. Atentos e sempre dispostos, eles tratavam sempre de me colocar a par de todos os termos e ações que me eram desconhecidos e aos poucos iam compreendendo que, no fim das contas, eu estava ali para aprender como eles e com eles.

---

<sup>11</sup> A enfermagem tem sido historicamente apontada como uma profissão predominantemente feminina. No Brasil, segundo pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no ano de 2015, por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), as equipes de enfermagem se constituiriam como grupos compostos por cerca de 84,6% de trabalhadoras mulheres. (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. Cofen (Portal). 6 mai. 2015. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html)>. Acesso em: ago. 2020.). Nesse sentido, ainda que nosso objetivo neste trabalho não compreenda uma discussão exaustiva da dimensão de gênero presente na profissão, cumpre destacar como as práticas de cuidado têm sido entendidas nos contextos ocidentais como ações femininas e fruto de “qualidades naturais” das mulheres. (GUIMARÃES, HIRATA, SUGITA, 2011; FISHER, TRONTO, 1990). De acordo com Lopes e Leal (2005), tal perspectiva teria fornecido elementos considerados consonantes e apropriados à realização do trabalho de mulheres no âmbito da saúde, de modo que os valores simbólicos e vocacionais da enfermagem se conformariam em um “exemplo de concepção de trabalho feminino baseada em um sistema de qualidades, ditas naturais, que persistem a influenciar o recrutamento majoritariamente feminino da área” (2005, p. 114), fazendo com que a divisão sexual do trabalho de cuidado se estenda, também, ao cuidar realizado no âmbito profissionalizado.

### 1.3 Alteridades, limites e possibilidades: algumas reflexões sobre o trabalho de campo

Enquanto fenômenos humanos, o corpo, a saúde e a doença são mobilizados pelas mais diversas áreas do conhecimento, o que os torna objetos de estudo profundamente distintos, dadas as abordagens e epistemologias a que são submetidos. Nessa acepção, Cynthia Sarti (2010) já havia nos alertado sobre as questões que surgem ao antropólogo quando ele se aventura a pesquisar o âmbito da saúde, uma vez que nos estudos acerca destas temáticas os saberes da biomedicina ocupam um lugar social de hegemonia, se situando enquanto um conhecimento oficial sobre os fenômenos. Nestes cenários, a relação do antropólogo com os sujeitos que pesquisa se constrói de maneira profundamente distinta da estabelecida tradicionalmente, estando o pesquisador, nas palavras de Sarti (2010), em um “lugar desautorizado” diante dos sujeitos e objetos que pretende pesquisar.

Quando decidi me embrenhar na área da saúde traçando o ambiente de cuidado e ensino da Enfermagem como contexto etnográfico, compreendia de antemão que precisaria lidar com este “áreacentrismo biomédico”, tal como denominou Cardoso de Oliveira (2003), ao criticar a lógica burocrática expressa pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), já que, por se tratar de um campo da área da saúde, a Enfermagem estaria em uma posição muito distante e distinta das Ciências Sociais em relação às regulamentações do CEP. Tendo em mente essas questões, iniciei meus primeiros contatos ainda via e-mail, fazendo uma pequena introdução sobre quem eu era, qual era o meu interesse e solicitando uma breve conversa, para que eu pudesse me aproximar um pouco mais das questões que buscava investigar.

Entre os escassos retornos, estava a mensagem de Aline, que gentilmente aceitou me receber, solicitando que eu a procurasse numa tarde de segunda-feira em um dos laboratórios da Faculdade de Enfermagem. Cheguei ao nosso encontro com alguns minutos de antecedência, já que àquela altura, a localização do laboratório não me era familiar. Aline chegou instantes depois e me levou até uma daquelas salas do corredor, onde nos sentamos e começamos a conversar sobre algumas das questões gerais que eu havia elaborado. Referi-me a estas entrevistas como aproximações com o campo, já que era uma forma preliminar de estreitar os laços que eu buscava construir e de me aproximar do ambiente desejado, deixando claro que após a qualificação submeteria meu projeto ao Comitê de Ética e que voltaria munida dos termos de consentimento. Diante das ressalvas, Aline consentiu em respondê-las.

Nesse momento, meses antes do início da pesquisa de campo, ainda não havia autorizações. Tratei, então, de adiantar meu interesse em observar as aulas da disciplina coordenada pela professora, com o aval da mesma. Contudo, existia todo um processo que

ultrapassava uma autorização proferida oralmente. Quando afirmei que tinha ciência do processo burocrático do CEP, Aline me disse que para realizar a submissão, era necessária não somente a sua assinatura, mas também a anuência da coordenadora da outra disciplina, das docentes que as ministravam, da chefia de departamento e, por fim, da direção da Faculdade de Enfermagem.

Na corrida por autorizações, foram realizadas diversas reuniões, nas quais era necessário que eu explicitasse meus objetivos e os detalhes de como empreenderia a pesquisa, tornando o mais claro possível aos meus interlocutores as razões pelas quais eu estava ali e quais eram as questões da minha investigação. Como eu acompanharia, ainda, as práticas realizadas no serviço de saúde, foi solicitada uma autorização da Prefeitura Municipal, mais especificamente da Secretaria de Saúde, cujo assentimento também se deu após a exposição em reunião e entrega do meu projeto de pesquisa, processo que demandava, por conseguinte, as autorizações mencionadas anteriormente. Eram muitos os documentos, de modo que as buscas por autorizações e assinaturas pareciam apontar para um percurso de negociações muito mais vívido e extenso do que simplesmente o procedimento de submeter o projeto a um comitê de ética em pesquisa. Não obstante, a reunião com Luciana – que coordenava a outra disciplina – e com as professoras que as ministravam, Mônica e Esther, foi agendada e mediada por Aline, que educadamente introduziu as minhas intenções.

Numa tarde, em uma daquelas inúmeras salas e diante de uma grande mesa redonda, entreguei meu projeto e expliquei o que buscava pesquisar. Naquele instante, eu precisava não somente elucidar para as professoras quais eram os objetivos da minha pesquisa, mas tornar inteligíveis preocupações que são próprias à Antropologia e mostrar-lhes como aquilo era uma questão de pesquisa relevante. As professoras, inicialmente surpresas, não imaginavam que tal ótica poderia ser aplicada àquelas práticas cotidianas que muitas vezes, conforme me confidenciaram, eram desvalorizadas pelos estudantes nas disciplinas. Quando assinalei os espaços nos quais gostaria de realizar minhas observações, tive todos os meus anseios surpreendentemente atendidos. Mas ressaltaram: *“você precisa passar pelo comitê.”* Ainda que relembassem a importância da minha avaliação pelo CEP, me forneceram uma série de conselhos imensamente valiosos acerca das regulamentações do órgão, as melhores condutas que elas mesmas utilizavam na condução de suas investigações e que foram para mim muito úteis. Nesta ocasião e em várias outras situações, me demonstraram como consideravam importante que pesquisas fossem direcionadas ao âmbito da Enfermagem.

Durante as reuniões com a chefia de departamento, com a diretoria da faculdade e com o responsável da Secretaria de Saúde do município, operou-se a mesma dinâmica formal,

através de reuniões agendadas, nas quais eu deveria seguir com o ritual de “defesa” da pesquisa, que se concretizava com a tão esperada autorização em forma de um papel assinado. Nos dois primeiros casos, tal como se deu com as professoras, me foi destacado novamente a relevância acerca de pesquisas sobre a Enfermagem, como descrevi acima. Já na Secretaria de Saúde, depois dos incansáveis telefonemas, encontrei como responsável um cientista social formado na Universidade Federal de Juiz de Fora, para a minha grande surpresa. Nesta circunstância, eu não precisava de tamanho esforço para fazer-me entender, pois a pessoa que me atendeu conhecia os autores que eu citava e tinha, até mesmo, proximidade com pesquisas em Antropologia da Saúde, me trazendo a sensação confortável de falar para um dos meus pares. Uma feliz coincidência, portanto.

Este itinerário na busca por autorizações e assinaturas expressava a condição de realização da minha investigação e a inserção dentro de uma lógica que eu deveria saber manejar. Mais do que isso, um processo que se configurou numa sucessão de buscas e andanças que me mostraram como a pesquisa se inicia muito antes, em uma espécie de bastidor, e como o processo de negociação da presença do pesquisador e dos espaços nos quais ele poderá transitar se estabelece antes mesmo da pesquisa de campo propriamente dita. Nesses itinerários, nos quais a circulação dos documentos implicava na minha própria circulação, já se inaugurava a construção de uma relação de confiança central para o empreendimento antropológico, em que a documentação era parte integrante, atuando na mediação das relações e contatos entre pessoas. Assim, percebi ao longo desses percursos como havia uma eficácia inclusa nos papéis assinados que operava como via de acesso e um indicativo de confiança, dentro de uma linguagem documental que goza de grande confiança e valor. Contudo, nos lugares por onde passei durante a pesquisa, nunca me foi pedido nenhum desses documentos portando as – inicialmente indispensáveis – assinaturas, desvelando como estas questões burocráticas são permeadas por sujeitos e trajetórias que vão desenhando, também, as maneiras pelas quais nos inserimos nos contextos e construímos relações.

\*\*\*

Aprovada pelo CEP sem grandes entraves<sup>12</sup>, me lancei ao trabalho de campo. O relógio marcava sete horas, numa manhã muito fria de agosto, quando cheguei à porta do laboratório. Eu não era um rosto conhecido e os alunos, dirigindo-me olhares desconfiados,

---

<sup>12</sup> Durante o processo de avaliação pelo CEP, o projeto desta pesquisa retornou apenas uma vez para a realização de alterações. As modificações solicitadas se referiam à inclusão dos riscos nos termos de consentimento e uma pequena correção nos critérios de exclusão de quem seriam os sujeitos pesquisados.



pareciam saber que eu não pertencia àquele lugar. Aline, então, pediu que eu entrasse no laboratório e ao fazê-lo, tomei o lugar mais recôndito que encontrei, na última cadeira que ficava na extremidade da sala. Nesta altura, já compreendia aquele sentimento inicial de deslocamento, tão descrito por outros antropólogos e caro aos primeiros instantes em campo. A experiência do momento inaugural da pesquisa de campo se mostrava como um período de incerteza sobre o que dizer, para onde ir ou com quem falar, era a experiência de estar em um lugar estranho e de se sentir estranha aos outros e ao lugar. Acomodei-me, assim, em uma das cadeiras enquanto os estudantes iam aos poucos entrando e se arranjando pela sala. Alguns deles me direcionavam cumprimentos com contornos de curiosidade e suas expressões me traziam a sensação de que a qualquer momento me questionariam sobre o que eu fazia ali.

Ao entrarmos, víamos o laboratório organizado especialmente para a apresentação que aconteceria naquela aula. No centro da sala espaçosa, estava disposta uma maca e acima dela um paciente-boneco, enquanto ao seu lado havia uma pequena mesa com rodinhas que comportava diversos materiais, como bandeja, gazes, almotolia, toalhas e materiais de higiene pessoal. Naquele dia, as professoras ensinariam a técnica do banho de leito, umas das práticas de higienização do paciente. Mas antes de dar início à exposição, Aline se ocupou de me apresentar já que, nesta ocasião, eram muitos os olhares questionadores direcionados para mim. Ela disse:

“Pessoal, antes de começar, gostaria de apresentar a Bruna. Ela é mestranda em Ciências Sociais e tá fazendo uma pesquisa na nossa disciplina. Hoje ela veio sem jaleco, mas na próxima aula, ela vai usar também. Vocês já sabem quais são as regras do laboratório, não é?”

No dia anterior, quando havia me repassado os horários das aulas teóricas e práticas, Aline perguntou se eu possuía um jaleco, já que estar vestida com ele era uma condição para participar das dinâmicas desenvolvidas no interior dos laboratórios. Penso que a professora, certamente, imaginava que o uso da vestimenta não me era habitual e, ao confirmar suas suspeitas, pediu que a providenciasse, ressaltando que eu estava liberada da exigência até que adquirisse a minha própria peça. Como eu compreenderia ao longo do trabalho de campo, este era um requisito rigorosamente empregado naqueles espaços e os estudantes que não viessem trajados com os seus jalecos, não poderiam sequer entrar nos laboratórios de aulas práticas.

Os alunos, por sua vez, possuíam artifícios para lidar com a situação e recorriam a um “comércio” para alugueis de jalecos, encabeçado pelo funcionário da copiadora, que os emprestava para os estudantes que deveriam custeá-lo com um valor em dinheiro. Os vi também, por diversas vezes, compartilhando entre si o seu uso, conduta que chegava a causar

confusões nas professoras, já que as vestes traziam consigo os nomes dos estudantes bordados em seus bolsos, o que as auxiliava nas identificações. Na minha posição de recém-chegada, não conhecia as estratégias locais para superar esse percalço, então me encaminhei para a aula com o meu vestuário usual: calça jeans, tênis e casaco de inverno. Contudo, quando Aline me apresentou destacando a regra a ser seguida, senti algum desconcerto, ainda que soubesse da exceção que no dia anterior havia sido aplicada a mim. Com a sua observação, imaginei que ela pudesse estar reforçando o fato de que eu também deveria seguir as normas ali estabelecidas ou, ainda, poderia estar utilizando-se daquele momento para lembrar aos alunos quais eram as regras para a inserção daquele espaço. Ou as duas alternativas. O fato é que, naquela mesma tarde, me apressei para adquirir meu jaleco, peça que me acompanharia ao longo de todo aquele semestre.

O primeiro dia prosseguiu com a apresentação do banho de leito, que foi realizado por Aline no paciente-boneco, enquanto Luciana, Esther e Mônica acompanhavam tecendo pequenas observações. Os estudantes interagiam, faziam questionamentos e, conforme a aula ia se desenrolando, olhavam disfarçadamente para mim. As professoras, embora dispusessem de informações detalhadas sobre a minha pesquisa, diferentemente dos alunos, também me observavam e pareciam tentar entender o que eu estava fazendo. Neste momento, sentada no canto da sala e na companhia solitária do meu caderno de campo, eu anotava tudo que podia. Cenário, reações, falas. Presumi que tanto nos contextos da sala de aula quanto nas práticas do laboratório a presença do meu diário de campo não provocaria nenhum questionamento. Conhecia muitas histórias, contadas por outros antropólogos acerca de como a presença dos diários aparecia como um instrumento de desconfiança para os interlocutores<sup>13</sup>. No meu caso, como todos portavam seus cadernos à mão, julguei que causaria menos estranhamento se eu também utilizasse o meu, já que eram raros aqueles que não faziam anotações durante as aulas. E assim o fiz.

Desta maneira, em condição de estranhamento, se desdobraram os primeiros dias de convivência com meus interlocutores. Todos me cumprimentavam, mas não havia ainda abertura para que o diálogo se estendesse para além de cumprimentos. No decorrer das aulas, me sentava e anotava. Nos intervalos, quando o distanciamento se agravava, andava pelo prédio ou esperava na pequena sala onde os alunos guardavam seus pertences. Nestes cenários, compostos por docentes, estudantes e mestrandos, interagiam sujeitos com

---

<sup>13</sup> Os clássicos escritos de Malinowski (2018), Boas (2014) e Roberto Cardoso de Oliveira (1996) são importantes referências a este respeito.

diferentes níveis de formação e tais distinções se tornavam ainda mais nítidas durante o intervalo. Professores saíam para as suas respectivas salas, os mestrandos se reuniam para o café e estudantes dispersavam-se em grupos. Enquanto isso, eu permanecia aparentemente indiferente. Percorria, todos os dias, poucos quilômetros da minha casa até a faculdade de enfermagem, mas a distância relacional parecia ser imensamente maior, fazendo com que eu me sentisse verdadeiramente uma estrangeira. Nestes primeiros momentos, eu não compreendia muito bem qual era o meu lugar naquele espaço, mas posso considerar que, até ali, eu estava em trânsito, sem lugar e construindo um sentimento de pertença confusamente.

Entretanto, ao passo que minha convivência com eles avançava, o desconforto inicial ia dando lugar à aproximação. Nos dias que se seguiram, criei estratégias para me aproximar dos estudantes, com quem tinha proximidade etária, além de também ser uma estudante da Universidade, embora de outro curso. Fazia perguntas simples sobre como realizavam tarefas práticas, comprava chocolates de uma das alunas e emprestava objetos como canetas ou um carregador de celular para outros, ações que possibilitavam a minha participação em breves diálogos. A minha presença ia se tornando constante naqueles espaços e penso que, à medida que se ampliava a curiosidade que tinham sobre o que eu fazia ali, aumentava também a liberdade que sentiam para se aproximar e questionar.

As primeiras interações que tive com os alunos foram movidas pelas dúvidas que eles nutriam em relação à minha pesquisa e era a partir destas perguntas que se iniciavam longas conversas. Questionavam-me sobre o tema da minha pesquisa, sobre as razões do meu interesse pela enfermagem, os motivos pelos quais eu permanecia por tanto tempo entre eles e, sobretudo, o que eu escrevia no meu caderno. O que eu precocemente entendia como um hábito comum despertava nos estudantes uma curiosidade que se estendeu ao longo de toda a pesquisa. Parecia, como pude constatar posteriormente, que portar meu caderno e fazer anotações trazia ares de investigação, como se eu os vigiasse. Evidentemente, eu esclarecia suas dúvidas e explicava que para a prática antropológica tudo era interessante, o conteúdo, o cenário, as pessoas e as interações. Assim, eles iam aos poucos compreendendo o que eu queria conhecer e, desse modo, se sentiam mais confiantes para se aproximar.

Quando me vi mais próxima dos estudantes, todo o processo se tornou mais ameno e produtivo. Eles eram as minhas companhias nos momentos que antecedia as aulas, nos cafés durante os intervalos e nas caminhadas de volta para a casa. Conversávamos sobre os mais variados assuntos, desde as queixas sobre as dificuldades práticas das disciplinas e aspectos mais gerais do ofício de enfermagem, até assuntos pessoais dos seus relacionamentos amorosos e familiares. Durante as práticas nas aulas, sempre me convidavam para vê-los

realizar os procedimentos e comemoravam quando eu aceitava ser a “paciente” em quem treinariam as técnicas. Já nas aulas teóricas, quando havia atividades em grupos, me chamavam para juntar-me a eles.

Com o passar do tempo, as professoras já afirmavam esquecer-se que ali havia a presença de uma pesquisadora e me questionavam, em meio às brincadeiras, se eu não iria treinar os procedimentos ou realizar as provas. Nestes instantes, nos quais se construíam e se aprofundavam minhas relações com os interlocutores, eu entendia mais nitidamente qual era a minha identidade dentro do campo. O lugar ocupado por mim, no decurso da pesquisa, estava para além de uma pesquisadora que transitava por aqueles espaços, ou nas palavras de Aline, como “alguém que pesquisava a disciplina”. A minha posição também foi se tornando, muitas vezes, a de aluna. Era através desta posição que minha pesquisa ia se tornando possível. Digo isto, não somente por ter permanecido com os estudantes durante a maior parte do tempo e, por isso, ter compartilhado de suas experiências. Tal pensamento deriva da compreensão de que eu, assim como os estudantes, era alguém que estava ali para conhecer e aprender. Assim, todos aqueles saberes, práticas e cenários que eram novos e imprevistos para mim, assim se apresentavam também para eles. Se antes, eu me sentia em lugar algum, agora eu sabia exatamente qual era a minha posição e minha identidade nos contextos do trabalho de campo.

## **1.2 O percurso da dissertação: apresentando os capítulos**

No primeiro capítulo desta dissertação, denominado *O corpo nos contextos de cuidado: entre movimentos, gestos e posturas*, lançaremos um olhar sobre as técnicas de enfermagem, buscando apontar como as maneiras de empreendê-las envolviam uma construção corporal particular, expressa no aprendizado de um vasto repertório de gestos, posturas e movimentos, cuja execução era empreendida com controle e precisão. Para apontar a relação entre a formação prática e uma modulação corporal particular, nos voltaremos para a descrição pormenorizada destas técnicas, no intuito de evidenciar suas sequências e como elas promoviam a fabricação de um corpo específico.

No capítulo seguinte, intitulado *A sensorialidade do cuidado*, discorreremos sobre como a formação em enfermagem envolvia, também, uma construção corporal dos sentidos, através da aplicação das denominadas técnicas propedêuticas. Por meio destas técnicas, os estudantes de enfermagem eram ensinados a mobilizar seus órgãos sensoriais de modo específico, direcionando-os à compreensão dos corpos adoecidos dos pacientes a partir da

utilização de seus próprios corpos. Veremos neste capítulo, a centralidade da dimensão prática para este aprendizado, um saber corporal que só se tornava possível por meio do engajamento prático dos sujeitos nos contextos de cuidado.

Por fim, no terceiro e último capítulo, denominado *Gramáticas do cuidado: o medo, a tristeza e os afetos*, direcionaremos nossa atenção a algumas das emoções que permeavam os contextos de aprendizado dos estudantes. Neste momento, demonstraremos como os sentimentos de medo e tristeza eram percebidos como entraves à realização satisfatória do cuidado, havendo a necessidade de um controle corporal para que eles não se tornassem manifestos diante dos pacientes. Já as afetividades, como o carinho, o amor e a empatia, eram vistos como elementos potencializadores da assistência dispensada que, em conjunto com o conhecimento científico, eram entendidas como uma das dimensões do cuidar em enfermagem.

## 2 O CORPO NOS CONTEXTOS DE CUIDADO: ENTRE MOVIMENTOS, GESTOS E POSTURAS

### 2.1 O perigo da contaminação

Era um dos dias iniciais do semestre letivo quando cheguei à faculdade de enfermagem logo após o almoço. Acenei para algumas estudantes no espaço de convivência e me direcionei ao segundo andar, onde se localizavam os laboratórios-enfermaria. Antes de entrarmos no ambiente de práticas era preciso que nos conduzíssemos a uma pequena antessala para que nos vestíssemos adequadamente, dada a necessidade da utilização de roupas específicas para a realização das atividades de cuidado. Assim, havia um modo de se vestir para cada cenário nos quais a enfermagem se inseria. No hospital universitário, por exemplo, os estudantes deveriam trajar-se com roupas inteiramente brancas, nas UBS era exigido calçado e camisa na mesma coloração e nos laboratórios era obrigatório que estivessem vestidos com seus jalecos. A despeito das particularidades direcionadas a cada um desses espaços, o uso do jaleco era regra comum e indispensável em todos estes ambientes, sendo uma norma rigorosamente estabelecida e respeitada.

Tal indumentária era formalmente definida como um equipamento de proteção individual (EPI) e tinha a função de proteger os profissionais do contato com determinadas superfícies e substâncias, sendo atribuídas sanções positivas e negativas a respeito do seu uso. Desse modo, os estudantes deveriam utilizá-los, impreterivelmente, durante as atividades práticas no laboratório e no serviço de saúde, enquanto na circulação nos ambientes externos, como nas ruas ou nos espaços comuns da universidade, seu uso era expressamente proibido. O jaleco parecia se configurar, a um só tempo, como a principal vestimenta destes profissionais e no seu primeiro instrumento de proteção, sendo o trânsito dos sujeitos e suas ações dependentes do seu uso.

Sendo uma condição prévia, os estudantes o adquiriam prontamente ao ingressarem na graduação, gravando sobre a sua superfície uma série de insígnias e emblemas. Seu tecido, inteiramente branco, carregava bordados na parte superior do bolso esquerdo, com a identificação de seus nomes e área de formação, enquanto no braço direito estavam estampadas as palavras *arte*, *ciência* e *cuidar*, contornando uma figura da lâmpada a óleo, considerada como o símbolo da profissão. Ademais, seu uso deveria se aliar a outras normas, especialmente direcionadas às meninas, que deviam estar sempre com unhas curtas e os cabelos bem presos.

Vestidas com nossos jalecos, nos encaminhamos ao laboratório. Leonardo, técnico em enfermagem e funcionário da universidade, já havia organizado o ambiente antes da nossa chegada. Naquele dia, as professoras iniciariam o ensino de um conteúdo fundamental: “*A aula de hoje será sobre as medidas de biossegurança e a lavagem das mãos*”, disse Aline. A temática dizia respeito a um ritual importante, fazendo com que todas as ações no interior dos espaços de cuidado se iniciassem através de determinadas técnicas de limpeza e proteção. Estas ações, que ocupavam um lugar significativo e atento no cotidiano destes sujeitos, eram realizadas com considerável rigor e disciplina, onde tudo deveria passar pela higienização, desinfecção e proteção para afastar-se do perigo maior que os circundava: a contaminação. Percebida como ameaça em potencial, a contaminação poderia estar em qualquer lugar e ser disseminada pelos próprios sujeitos, se constituindo em um risco a que todos estavam expostos. Assim, a dimensão corporal e as substâncias por ela produzidas, como os fluídos e secreções, se constituíam como os principais vetores do perigo, tornando o corpo e os objetos por ele manipulados constantemente submetidos a tais processos.

No intuito de conservar um estado de completa higiene, caberia ao pessoal da limpeza o empenho em relação ao ambiente, mantendo os seus componentes em condição de pleno asseio, enquanto a equipe de enfermagem se incumbiria das ações de desinfecção dos materiais utilizados durante os procedimentos de sua competência. A desinfecção se iniciava pela bandeja, um objeto geralmente fabricado em aço inoxidável, que era utilizado para transportar os materiais necessários às práticas, cujos processos estavam sujeitos a determinados princípios sequenciais e classificatórios. Apoiando-o sobre uma pequena mesa à sua frente, Aline explicou que caso o objeto possuísse alguma *sujidade* aparente, como sangue ou outro fluído corporal, haveria uma limpeza anterior, realizada na pia com o uso de água e sabão. Caso não houvesse, executariam somente a desinfecção<sup>14</sup>, realizando-a com o auxílio de um fragmento de algodão embebido em álcool a 70%. Desse modo, era essencial que a purificação se centrasse tanto no que se vê como naquilo que não se podia ver, visando a busca pela imunização total.

Seguindo os princípios estabelecidos, Aline explicou-nos como a desinfecção deveria partir do mais limpo para o mais sujo, começando sempre da esquerda para a direita, de cima para baixo e da região mais distante para a mais próxima, empreendendo-o através

---

<sup>14</sup> Cabe aqui destacar uma diferença importante acerca dos termos. Higienização ou limpeza se referiam a uma técnica primária, um momento inicial reservado à retirada de sujidades visíveis e que precederia a desinfecção, uma técnica voltada para a eliminação de uma parcela maior de microorganismos invisíveis a olho nu.

movimentos longos e contínuos, em sentido único, por três vezes seguidas. A desinfecção dos outros instrumentos como termômetros, estetoscópios ou ampolas de medicamentos, deveria ser realizada sob os mesmos moldes, de maneira que eles jamais fossem utilizados sem que passassem por este ritual de descontaminação. Diante da incerteza de um perigo que se expressava também de modo invisível, a limpeza aparente não se revelava como um sinal suficiente, devendo o profissional estar certo de que tudo estivesse perfeitamente desinfectado.

Após descontaminar os materiais, a professora pediu que nos aproximássemos de um grande lavatório que ficava na extremidade da sala, pois ela ensinaria a técnica adequada para a lavagem das mãos. Acima dele estavam instalados recipientes que continham sabonete líquido e toalhas de papel e abaixo uma elevada lixeira, composta de um dispositivo de alavanca que possibilitava sua abertura com o uso dos pés. Em sua superfície não havia nenhum objeto adicional ou sujeira aparente; sua extensão refletia-nos, tamanha era a sua limpeza. Mas antes de começar, era primordial fazer algumas ressalvas: *“Pessoal, a pia é um local de proliferação de microrganismos. Vocês não podem tocar em outros locais e nem encostar a barriga na pia. Aqui a consciência corporal é necessária”*. Ainda que estivessem vestidos com seus jalecos e que a peça integrasse os equipamentos de proteção individual, Aline era rigorosa em relação à proibição de que tocassem estas superfícies com seus corpos, solicitando constantemente que os alunos dispusessem de controle acerca desses pequenos detalhes. A ênfase da professora revelava uma dimensão fundamental para o ofício de enfermagem, a *consciência corporal*, uma vez que nos contextos do cuidado, o corpo e suas condutas não poderiam mais processar-se de modo desatento ou descuidado, exigindo que as ações a partir dali fossem racionalizadas e controladas.

Na parede do laboratório havia uma imagem exposta que ilustrava a sequência de dez movimentos necessários para a lavagem das mãos. Contudo, o roteiro impresso disponibilizado aos alunos, denominado procedimento operacional padrão (POP), trazia as etapas e movimentos da técnica descritos em uma sucessão de treze passos, que eram executados pela professora etapa por etapa sob nossos olhares atentos. Os POPs consistiam, grosso modo, em sistematizações ou sínteses das descrições acerca de cada um dos procedimentos, um conteúdo geralmente trazido nos volumosos manuais de práticas em enfermagem que serviam de referência a estes roteiros impressos. Tais roteiros eram produzidos pelas docentes que os atualizavam com bastante frequência, de acordo com estudos mais recentes e necessidades produzidas pela própria prática. Definido por Aline



como o *respaldo* dos estudantes, os POPs – cerca de vinte e sete no total – se constituíam no principal material de estudo da disciplina, sendo cada passo remetido às suas páginas.

Erguendo as mangas de seu jaleco até a altura dos cotovelos, Aline abriu a torneira, molhou as mãos e as ensaboou, de modo que elas se friccionassem, mutuamente. Em seguida, apoiou uma sobre a outra, elucidando como deveriam esfregar a palma da mão direita contra o dorso da mão esquerda, e vice-versa, fazendo com que os dedos das duas mãos se entrelaçassem. Ao se entrelaçarem os dedos, deveriam friccionar entre seus espaços, fazendo com que todos os locais fossem higienizados. Com os dedos de uma mão ligeiramente dobrados e apoiados contra a palma da outra mão, Aline demonstrou como deveriam realizar movimentos fixos e de vai-e-vem no intuito de esfregar o dorso dos dedos. Logo depois, era o momento em que os polegares eram limpos, um de cada vez, com o auxílio da mão contrária através de movimentos circulares. Com os dedos fechados em formato de concha, Aline ensaboou as pontas dos dedos, empreendo-o através de movimentos circulares e por último, mostrou-nos como esfregar os pulsos, com o auxílio da palma da mão oposta quase fechada, também em movimentos circulares. Ao concluir a técnica, enxaguou suas mãos sem contato direto com a torneira, utilizando-se dos cotovelos, e as secou com a toalha de papel, da direção das mãos para os punhos.

Como se dava com todos os procedimentos característicos da enfermagem, estes passos e movimentos deveriam ser realizados na sequência apresentada no POP e ensinada pelas professoras, rigorosamente. Aline acentuava que o rigor era um aspecto necessário: *“Existe uma sequência que tem uma lógica. É necessário introjetar, seguir a lógica, apesar de não sermos um robô. É muita coisa, tem que treinar”*. Para toda ação havia uma sequência estabelecida e o POP, como o primeiro guia, era um reforço à memória que diante de tantas etapas, tendia a ludibriá-los. Neste estágio de contato inicial com as técnicas, os estudantes circulavam para todos os cantos munidos com estes roteiros, cujas marcas de uso demonstravam sua grande serventia. Conforme realizavam o procedimento, conferiam as etapas expostas no papel e numa maneira de fixar ao pensamento, corrigiam-se uns aos outros acerca da sequência correta de cada etapa. Com efeito, mais cedo ou mais tarde teriam que desprender-se deles e realizar as tarefas de forma independente, já que diante dos pacientes a leitura do roteiro não era permitida.

Diante dos riscos de contaminação, o corpo não deveria ser apenas limpo e descontaminado, ele deveria ser protegido. Nesses contextos, os corpos dos profissionais pareciam ser ao mesmo tempo potenciais algozes e vítimas do perigo; eles poderiam levar a contaminação, mas também serem afetados por ela. Por isso, os modos de proteger-se eram

tão significativos naqueles espaços, sendo expressos por técnicas altamente ritualizadas. A *paramentação* e *desparamentação* consistiam em técnicas voltadas para o ato de vestir-se e despir-se dos equipamentos de proteção individual havendo uma ordem específica para que os equipamentos fossem colocados (avental, máscara, óculos e luvas) e retirados (luvas, óculos, avental e máscara), em sequências que deveriam ser rigorosamente respeitadas.

O avental e as luvas exigiam uma técnica mais detalhada, dado o seu contato mais direto com os pacientes, demandando maiores cuidados. No primeiro caso, o avental (também denominado capote) possuía um modelo vestido pela frente do corpo, com fitas destinadas ao fechamento na altura do pescoço e cintura, recobrendo inteiramente os braços e se estendendo até a região abaixo dos joelhos. Ao vestir-se com ele, Aline se movia de modo quase performático, através de movimentos coordenados e delicados, tal como em uma coreografia. Para despir-se dele, a professora desamarrava as fitas e com a peça sobre os ombros, explicava como as mangas deveriam ser removidas sem que os alunos tocassem sua região externa. Segurando o avental do lado interno na altura dos ombros, Aline retirou o instrumento dobrando-o de dentro para fora sem tocar em suas partes contaminadas, fazendo com que a peça ficasse ao avesso. Com movimentos leves e precisos, retirou o avental um braço por vez, de modo que sua região externa – contaminada – permanecesse intocada e resguardada. Dessa maneira, o objetivo era que o avental ficasse ao avesso ao final de sua retirada, de forma que a área contaminada se mantivesse protegida ao toque. Aline, por fim, o descartou em um grande reservatório de lixo que ficava ao lado, cujos resíduos seriam encaminhados ao *expurgo*<sup>15</sup> após o final do procedimento.

As luvas, por sua vez, obedeciam a uma técnica ainda mais minuciosa, tanto para serem calçadas quanto retiradas, seguindo determinadas especificidades para as *luvas de procedimento* e as *luvas estéreis*. As luvas de procedimento eram as de uso mais comum e frequente e ainda que o seu calçamento fosse mais simples, havia uma padronização dos movimentos, cujas regras que deveriam ser seguidas com precisão. Para calçá-las, o estudante deveria ter a atenção de tocar somente na região dos punhos, respeitando a área da peça que entraria em contato com os pacientes durante os procedimentos. Assim, a partir do momento que eram calçadas, as duas mãos não poderiam tocar nenhuma superfície no seu entorno, como maçanetas, bancadas ou portas, estando circunscrita às ações nas quais havia a obrigatoriedade da utilização das luvas. Este era um aspecto primordial da *consciência*

---

<sup>15</sup> O expurgo consiste em um setor dentro da instituição hospitalar direcionado à limpeza dos materiais ali utilizados.

*corporal* exigida por Aline, sendo o não contaminado protegido com rigor daquilo que estava contaminado, uma separação entre dois mundos cuja visibilidade precisava ser construída aos olhos dos alunos.

**Imagem 1: restrição do toque à região dos punhos**



Fonte: POTTER (2018)<sup>16</sup>

Por certo, os estudantes não imaginavam tamanha sistematização direcionada ao calçamento de luvas e se espantavam com a sua rigidez, mas o motivo de sua inquietação era, sobretudo, as *luvas estéreis*. Como me contou Mônica, uma das docentes das disciplinas, as técnicas estabelecidas para o uso da luva estéril eram demasiadamente temidas pelos estudantes: “*A luva estéril tem a particularidade daquela palavrinha-chave: contaminação. Então, a luva estéril é o primeiro terror que eles [alunos] passam*”. Novamente, as razões eram pautadas no perigo da contaminação, como em grande parte das ações que se desenrolavam naqueles espaços.

Contudo, a particularidade apontada por Mônica estava associada ao grau dos riscos evidenciados nestas ocasiões, que eram vertiginosamente mais elevados. O uso destas luvas deveria funcionar como uma barreira na transmissão de organismos causadores de doenças das mãos do profissional para o paciente em situações nas quais havia contato com o interior de seus corpos, sendo estes procedimentos denominados *invasivos*. Havia, nestes casos, uma distinção entre duas áreas específicas, o interior e o exterior dos corpos, o que tornava as ações classificadas em *invasivas* e *não-invasivas*, respectivamente. Nesse sentido, o uso das

---

<sup>16</sup> Todas as imagens utilizadas nesta dissertação estavam inseridas nos POPs disponibilizados aos alunos e são referenciadas conforme consta no material. Estas imagens, em sua maioria, eram retiradas dos manuais de práticas em enfermagem, sendo Barros (2016) e Potter (2018) as principais referências utilizadas pelas professoras.

luvas estéreis tornava-se necessário dado o aumento dos riscos de contaminação no contato com o interior dos corpos dos pacientes e a cautela direcionada ao seu uso deveria se iniciar já na abertura da embalagem.

Assim, Aline explicou como a abertura de seu invólucro teria de ser empreendida de modo cuidadoso, apoiando-o sobre a bancada limpa e atentando para que não tocassem em seu interior para não contaminá-las. Ao abrir as embalagens, se observava que as luvas eram organizadas tal como estivessem expostas, lado a lado, de modo unidirecional e com a região dos punhos dobradas para fora em aproximadamente cinco centímetros. Mantendo-as dentro da embalagem, o estudante deveria direcionar a região dos punhos para si e iniciar o processo pela mão dominante<sup>17</sup>.

Desse modo, Aline prosseguia fazendo uma observação: “*calcem as luvas com as mãos longe do corpo, com os braços longos, à frente*”. Estendendo os braços ao demonstrar qual era a posição adequada das mãos durante o calçamento das luvas, Aline atentava para o cuidado que os estudantes deveriam ter com os locais nos quais a luva poderia ou não tocar, já que elas deveriam ser protegidas. O calçamento era, assim, iniciado com a introdução da mão dominante no interior da luva e com o auxílio dos dedos polegar, indicador e médio da mão oposta (a não-dominante), os estudantes deveriam estender a peça até que a vestissem completamente. Empreendendo cada movimento como que em câmera lenta, Aline destacava as posições exatas que cada parte da mão deveria ter em cada movimento específico. A mão que auxiliava (a não-dominante) ainda não se encontrava enluvada, desse modo, ela não deveria tocar de modo algum a região externa na luva, uma vez que esta região se constituía em uma área estéril. Nos contextos de cuidado, como veremos em todo o decorrer deste capítulo, havia uma distinção rigorosa entre as superfícies estéreis e não-estéreis, entre as regiões passíveis ou não de contaminação, uma oposição que deveria ser estritamente respeitada no andamento das atividades.

Nesta sequência, com a mão dominante já enluvada, era o momento de calçar a mão não dominante. Desse modo, Aline explicou como os dedos deveriam deslizar pela região interna da luva pertencente à mão não dominante, que ainda estava sobre a bancada. Entretanto, nesse momento, a lógica se invertia. Se no primeiro calçamento, a mão que auxiliava só deveria tocar a região interna da luva, agora ela só poderia tocar a área externa.

---

<sup>17</sup> Os termos mão dominante e mão não dominante constituíam-se em denominações usadas para ordenar os movimentos, devendo ser atribuídas às mãos direita e esquerda de acordo com as particularidades de cada sujeito, fosse ele destro ou canhoto, considerando a mão detentora de maior ou menor habilidade ou destreza.

Este fato se justificava pela existência de uma equivalência entre estas regiões, ou seja, as regiões estéreis sempre entrariam em contato com outras regiões estéreis e regiões não estéreis somente teriam contato com regiões não estéreis. Desse modo, a mão já enluvada e, portanto, estéril, não poderia tocar de modo algum a mão ainda desnuda, que se constituía em uma superfície não estéril. Obedecendo a estas normas e após todo este encadeamento de movimentos, o calçamento era finalizado com os dedos da mão dominante auxiliando no calçamento da mão não dominante e com as duas mãos já calçadas, os estudantes deveriam entrelaçar os dedos, no intuito de corrigir a posição das luvas.

**Imagem 2: calçamento das luvas estéreis.**



Fonte: POP FACENF nº.03 - Calçar e retirar luvas estéreis<sup>18</sup>

Na técnica de sua retirada, Aline explicou que os estudantes deveriam segurar a parte externa da luva na região do punho, sem tocar na própria pele, iniciando pela mão dominante, assim como no calçamento. Ao retirá-la, deslocando-a para a região das pontas dos dedos, a luva deveria ser removida de modo que ficasse ao avesso e as secreções permanecessem em sua região interna. Em seguida, a mão não dominante, ainda enluvada, deveria segurar a luva recém-retirada em sua palma, como se a guardasse. A mão não enluvada deveria tocar agora a

---

<sup>18</sup> Disponível em: < <https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Cal%c3%a7amento-de-luvas-n.-03.pdf>>. Acesso em jul. de 2020.

região interna da luva, na região do punho – não contaminada – e retirá-la no sentido do avesso, “guardando” a primeira luva dentro da segunda. Todas as possíveis secreções permaneceriam, assim, no interior das luvas, no intuito de assegurar a segurança dos profissionais<sup>19</sup>.

Ao terminar a apresentação, Aline falou sobre a centralidade de “*saber estar no ambiente*”, compreendendo quais locais estavam contaminados e onde deveriam ou não tocar. Aquela era uma categoria importante para Aline, que constantemente a reforçava nos contextos do laboratório. Para ela, era fundamental que os estudantes deixassem de se movimentar de forma mecânica e que refletissem acerca de cada um de seus movimentos. “*Onde encostou? Nesse momento, é só você e sua consciência. Mas é uma questão ética*”, disse a professora. Por isso, enfatizava a “*consciência do movimento*” como um aspecto indispensável ao enfermeiro, sendo necessário, primeiramente, “*reestruturar hábitos corriqueiros*”. Era importante, assim, que mesmo costumes simples, outrora comuns, fossem modificados: “*Um exemplo é levantar a tampa do lixo com as mãos, que é uma coisa que vocês nunca podem fazer em um hospital. Vocês têm que adaptar os hábitos*”. A instrução da professora era para que aquele corpo, que realizava certas tarefas de forma distraída, deveria agora se movimentar *conscientemente* em razão de um objetivo importante, qual seja, evitar a contaminação.

Os preceitos transmitidos nestes dias iniciais continuariam ao longo de todo o semestre, atingindo a totalidade da realização das práticas características da enfermagem. Era grande a cobrança e as pressões para que os estudantes seguissem as normas estabelecidas para conter contaminações. Durante as provas, por exemplo, se qualquer ato contaminante fosse realizado, como tocar uma superfície estéril sem o uso de material adequado ou encostar o corpo no lavatório, os estudantes eram penalizados com a perda de 20% da nota, independente da realização correta da técnica em si. Mônica, docente, me explicou: “*Um dos maiores medos que os alunos de fundamentos tem é da palavra ‘contaminou’. Eles ficam com medo de perder 20 pontos. Mas, realmente, é muito sério você levar uma contaminação para o paciente. [...] você pode levar o seu paciente a óbito*”.

---

<sup>19</sup> Ver imagem 1.

## 2.2 As práticas de descontaminação como ações rituais

Mary Douglas, em sua obra *Pureza e Perigo* (2014), mostrou-nos como a sujeira está essencialmente associada à desordem e, vista como tal, é tida como uma ameaça à ordem social. Ao lançar luz sobre rituais de poluição em diversos contextos culturais, Douglas buscou evidenciar como determinadas categorias, como limpeza, sujeira, puro ou impuro, compunham um sistema classificatório responsável pelo modo como os sujeitos ordenam o mundo ao seu redor. Nas palavras da autora “a sujeira é um subproduto de uma ordenação e classificação sistemática das coisas” (p.50), de maneira que tais categorias aparecem de modo intimamente vinculado à relação entre ordem e desordem, à forma e não forma. Assim, ao falarmos sobre sujeira, estamos classificando e ao fazê-lo, operamos diferenciações, demarcações, situamos aquilo que é visto como apropriado ou inapropriado e empreendemos um esforço cujo objetivo principal é “impor sistematização a uma experiência inerentemente desordenada” (DOUGLAS, 2014, p.15). Nesse sentido, ao buscarmos a ordem, repelimos aquilo que está associado à desorganização e ao inoportuno e fixamos tais aspectos no polo do perigo e da poluição, no terreno da contravenção e do que não pode ser incluído.

Douglas (2014) explica que nas sociedades ocidentais modernas, a evitação da sujeira esteve comumente associada às dimensões da higiene, se fundamentando em um conhecimento acerca de organismos patogênicos contra os quais deveríamos agir para evitar as doenças. Todavia, de acordo com a autora, estes comportamentos antecedem à descoberta da transmissão bacteriana operada no século XIX e ainda que seus impactos tenham transformado nossas experiências em relação à sujeira, é preciso olhar as bases das ações direcionadas a evitá-la. Douglas (2014) esclarece que tais ações, antes de estarem relacionadas a classificações patogênicas, consistem na expressão de sistemas simbólicos, que mobilizamos em uma busca positiva pela reordenação. Ao apontar as semelhanças entre as práticas de evitação da sujeira entre modernos e povos ditos primitivos, a autora afirma que

Tanto nós quando os bosquímanos justificamos nossa evitação da poluição pelo medo do perigo. Eles acreditam que um homem sentar-se do lado feminino, sua virilidade será enfraquecida. Nós tememos a patogenia transmitida através de microrganismos. Nossa justificação, geralmente, de os evitar através da higiene é pura fantasia. A diferença entre nós não é que nosso comportamento esteja fundado na ciência e o deles em simbolismo. Nosso comportamento também carrega um significado simbólico. (DOUGLAS, 2014, p. 88)

Se nos ampararmos nas contribuições de Douglas (2014), percebemos que no campo da Enfermagem são operadas determinadas distinções importantes que são responsáveis pela ordenação das experiências e dos elementos no interior dos contextos de cuidado. As

oposições entre contaminado/não contaminado, interno/externo, mão dominante/mão não dominante, estéril/não estéril, invasivo/não invasivo eram categorias fundamentais dentro dos arranjos e encadeamentos que ali se desenrolavam e ultrapassar tais fronteiras poderia significar, também, ultrapassar as fronteiras entre saúde e doença, vida e morte. O perigo invisível da contaminação gerava o medo não somente por si, mas por outros sujeitos que, fragilizados e enfermos, necessitavam dos seus cuidados. No contexto aqui explorado, a contaminação era o principal indicativo de perigo por estar vinculada à doença e esta, por sua vez, à morte. Como explicou Rodrigues (2006), o temor da doença está no seu caráter ambíguo, ao ser uma categoria de posição intermediária no sistema classificatório, situada entre a condição de vida e de morte, tornando-se necessário proteger-se a si e aos outros, não só física, mas simbolicamente.

Este simbolismo era expresso, sobretudo, pelo corpo e pelas ações a ele relacionadas, tanto para estruturar suas formas de agir, quanto às concepções que dele eram construídas. Falar sobre o corpo, nos contextos de cuidado, era tratar de uma dimensão que poderia ser acometida pelo perigo da contaminação, mas, também, ser o seu veículo, devendo, assim, ser protegido e purificado. Douglas (2014) já havia afirmado como o corpo se constituía em um símbolo da sociedade, reproduzindo os perigos e poderes depositados sobre a estrutura social. Nesse sentido, as margens do corpo também representariam perigos: seus orifícios e as substâncias que dele são expelidas, como o sangue, a saliva, o pus ou as fezes são perigosos porque consistem em materiais marginais. Podemos compreender mais nitidamente, assim, as razões pelas quais as secreções e fluidos corporais se constituíam em elementos intocáveis ou somente tangíveis com proteção, sendo os instrumentos utilizados igualmente perigosos pelo contato com as substâncias contaminadas. Ao serem classificados como substâncias e objetos potencialmente perigosos, era necessário submeter-lhes a rituais específicos, visando promover uma ruptura com o impuro. Rodrigues (2006), em sua discussão sobre o corpo e as práticas de higiene, nos deu algumas indicações da aproximação de tais atos com os ritos sacrificiais, dizendo-nos que:

Nessa comparação das práticas higiênicas com as práticas rituais, poderíamos arriscar com um certo arrojo colocar no mesmo pé os instrumentos utilizados para a higiene corporal (lenços, toalhas, papéis, algodão etc) e os objetos utilizados nos ritos sacrificiais, porque ambos devem ser destruídos ou purificados por haverem tido contato com forças sagradas consideradas impuras. (RODRIGUES, 2006, p. 105)

Ora, o que observamos ao passarmos em revista às práticas de desinfecção e descontaminação no campo da enfermagem é estreitamente próximo das reflexões trazidas



pelo autor. Os objetos manipulados pelo corpo não necessitavam somente de purificação, através das numerosas técnicas descritas anteriormente. Além das técnicas específicas, haviam locais especialmente direcionados para o seu descarte, como era o caso do *expurgo*, um local para onde eram encaminhados determinados materiais contaminados, que deveriam ser isolados durante os processos de limpeza.

Desse modo, situo as medidas de biossegurança como práticas ritualizadas ao expressarem, ao longo do seu desenvolvimento, os valores e princípios fundamentais para que os estudantes se tornassem enfermeiros. Os rituais de descontaminação eram responsáveis não somente pelo controle e padronização da experiência, mas possibilitavam que as distinções e valores presentes naquele contexto se tornassem manifestos e reafirmados, imprimindo nos sujeitos uma forma de manipulação corporal específica (DOUGLAS, 2014). Assim, todo um arcabouço de técnicas era dispensado no intuito de lidar com essa ameaça, incorporadas em técnicas que se constituíam em verdadeiros rituais de pureza e proteção, que buscavam mais que tudo ordenar o ambiente.

Desinfecção, higienização, assepsia e antissepsia. Tudo deveria estar perfeitamente descontaminado e, assim, ordenado. E para ordenar era necessário não somente a limpeza, mas que se sistematizem os passos, os movimentos e os gestos. O manejo do próprio corpo, a postura e as formas de segurar ou tocar objetos passavam a compor um esforço necessário para não contaminar a si e aos outros. Desse modo, as aulas no laboratório constituíam a fase inicial de uma atenção que deveria estender-se a todos os momentos dali em diante e os aspectos que o compunham figuravam no primeiro passo para que os estudantes se transformassem em enfermeiras e enfermeiros.

### **2.3 Da simulação ao factual**

No cotidiano da profissão, enfermeiras e enfermeiros realizam uma série de práticas visando promover o cuidado dos pacientes. Os banhos de leito, as passagens de sonda, os cateterismos, as punções venosas e os cuidados com feridas, entre muitas outras, constituem atividades do dia-a-dia desses profissionais, compondo parte importante dos currículos das disciplinas dos cursos de graduação. Tais práticas, denominadas *técnicas de enfermagem*, eram empreendidas de modo sistematizado, sendo executadas de acordo com uma lógica e métodos específicos para cada procedimento, através de preceitos que as regulavam e ordenavam.

Nesse sentido, o processo de formação dos estudantes durante as disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar I e II passava por duas temporalidades distintas. A primeira era a do laboratório-enfermaria, ambiente simulado que buscava reproduzir as características dos ambientes de prática efetivos, direcionada ao aprendizado e treinamento das técnicas características da enfermagem. A segunda, por sua vez, consistia no contato com os pacientes reais nos ambientes do serviço de saúde, onde realizavam as práticas em corpos humanos e no qual estabeleciam relações efetivas com o fazer em enfermagem. Juntas, estas temporalidades compunham um momento marcante e significativo na formação. Por isto, trataremos neste tópico os aspectos mais detalhados de como se dava o aprendizado da técnica nos laboratórios-enfermaria e como sua realização acontecia dos contextos de prática efetiva, durante o contato direto com os pacientes. Nossa proposta é trazer uma descrição minuciosa desses dois cenários, a partir das técnicas realizadas durante um procedimento específico: a administração de medicamentos.

Ao longo da disciplina, os estudantes eram ensinados a como preparar e aplicar medicações nos pacientes, uma ação que eles habitualmente denominavam como *administração de medicamentos*. Tal atividade poderia ser realizada através de várias vias, como via oral, sublingual, por sonda, por via dermatológica, via oftálmica, via nasal, vaginal ou via retal. Diferentemente destas vias, os chamados medicamentos parenterais eram aqueles administrados a partir da utilização de agulhas que perfuravam os corpos dos pacientes, sendo conhecidas popularmente como as injeções. Estes medicamentos poderiam, assim, ser aplicados em diferentes superfícies, como a intradérmica, a subcutânea, a intramuscular e endovenosa. Trataremos, nesta seção, a descrição da ocasião nas quais a administração de medicamentos foi ensinada e empreendida em pacientes reais e nos centraremos na apresentação de duas vias específicas, a via endovenosa e a via intramuscular, buscando aproximar-nos do ambiente experienciado pelos estudantes de enfermagem.

### 2.3.1 O aprendizado no laboratório-enfermaria

A aula destinada ao ensino da administração de medicamentos era uma ocasião dotada de uma atenção redobrada, dada a grande responsabilidade direcionada ao profissional que realizaria a ação. A prudência deveria começar no preparo dos medicamentos que sendo soluções estéreis, deveriam obedecer à dinâmica de proteção contra contaminações, tal como trouxemos no início deste capítulo. Os medicamentos ficavam armazenados em pequenos frascos, denominados *ampolas* ou *frasco-ampolas*, comumente fabricados em vidro ou

plástico, que protegiam as substâncias do contato com agentes externos. De início, Luciana demonstrou como *percutir*<sup>20</sup>, ou seja, bater suave e rapidamente no ápice do pequeno recipiente para que o líquido permanecesse apenas em sua região inferior e, em seguida, a desinfetou com algodão umedecido em álcool 70%, por três vezes. Se o recipiente fosse uma ampola, o estudante deveria quebrar o seu ápice, que era ligeiramente mais estreito que o restante do seu corpo, protegendo-o com algodão ou gaze. No caso de um frasco-ampola, deveriam retirar sua tampa metálica. *“Usem o algodão para abrir a ampola, para evitar contaminação”*, destacou Luciana. Como aquele era um momento de apreensão, os movimentos dos dedos deveriam ser minimamente controlados: *“Mantenham o corpo relaxado. Vocês estão usando só as mãos”*, aconselhou a professora.

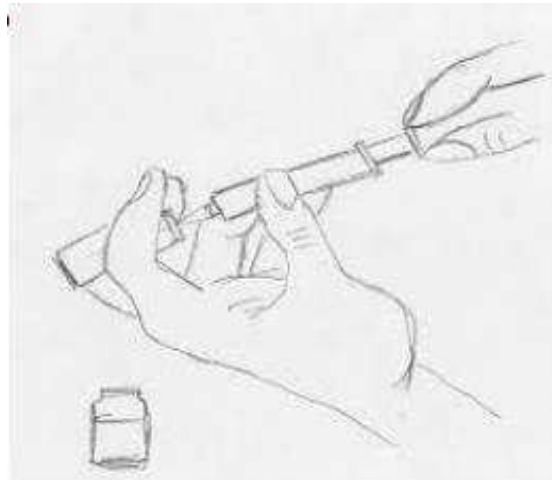
Com a ampola levemente inclinada e posicionada entre os dedos indicador e médio, a professora demonstrou como aspirar a solução do frasco para o interior da seringa, puxando delicadamente o êmbolo, o mecanismo móvel utilizado para aspirar e injetar as substâncias. Enquanto os dedos indicador e médio da mão dominante de Luciana seguravam a ampola, os dedos polegar, anelar e mínimo amparavam o corpo da seringa. Já os dedos da outra mão, a não dominante, conduziam o ápice do êmbolo na aspiração do medicamento.

Ao demonstrar como deveriam realizar a ação, Luciana advertiu: *“Quando estão aspirando [a medicação], vocês não podem tocar no corpo êmbolo, para não contaminar. Vocês precisam estar atentos às várias possibilidades de contaminação”*. O corpo do êmbolo era um local que deveria ser protegido, já que ele entraria em contato com a parte interna do corpo da seringa, que guardava a medicação em seu interior. Assim, ele deveria ser resguardado tanto antes do uso, permanecendo envolto na embalagem da seringa, quanto durante a preparação e administração do medicamento, devendo o profissional atentar-se aos movimentos para que ele não fosse tocado. As mãos deveriam seguir à uma lógica coordenada de movimentos e os estudantes deveriam aprender como e onde tocar, tal como demonstrava Luciana.

---

<sup>20</sup> Um termo importante que será tratado no próximo capítulo.

### Imagem 3: posição das mãos durante o preparo da medicação



Fonte: POP Facenf nº. 06 - Preparo e administração de medicamentos parenterais<sup>21</sup>

Finalizada a preparação dos materiais, era o momento de administrá-lo. Uma das vias, como mencionei, era a via endovenosa, que consistia na aplicação de substâncias diretamente nas *veias*, denominadas *periféricas*, por estarem mais próximas à superfície da pele, como as dos braços e mãos. A administração de medicação endovenosa se iniciava com a realização da *punção venosa periférica*, que era o modo de acessar a veia para aplicar a medicação. Depois de ressaltar as etapas precedentes – preparação dos materiais, desinfecção da bandeja, higienização das mãos e paramentação –, Luciana demonstrou como deveriam apoiar o braço do paciente sobre uma *braçadeira*, que se constituía em um suporte com altura regulável, contendo um apoio em chapa na sua extremidade. No laboratório, contudo, a apresentação e treinamento eram executados com o braço apoiado sobre a maca, em razão da impossibilidade da realização em pacientes reais. Naquele cenário, as ações eram empreendidas em um membro sintético, que mesmo sendo uma parte isolada do corpo e fabricada em material plástico, buscava aproximar-se da estrutura anatômica de corpos humanos, possuindo vasos nos quais era possível inserir a agulha.

Em cinco centímetros de distância do local no qual a punção seria realizada, Luciana enlaçou o *garrote* para dilatar a veia, com o objetivo de torná-la mais visível. Neste momento, era necessário o auxílio do paciente, que deveria fechar e abrir a mão continuamente. Depois de algumas repetições, o paciente deveria a manter sua mão fechada e imóvel. Como não era possível realizar essa ação no paciente-boneco, Luciana somente pontuou a conduta a ser

---

<sup>21</sup> Disponível em: < <https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Parenteral-n.-061.pdf>>. Acesso em: jul de 2020.

seguida. Ao *palpar* para localizar a veia – sentindo com a ponta dos dedos indicador e médio –, o movimento correto deveria ser para frente e para trás, “*nunca para os lados*”. Luciana expôs a área na qual o medicamento seria aplicado e orientou que os estudantes realizassem a *antisepsia* da região – termo utilizado para a higienização do corpo do paciente –, buscando um algodão umedecido em álcool 70% na bandeja. A *antisepsia* deveria ser realizada em um único sentido, através de movimentos circulares do centro para as bordas em uma distância de aproximadamente cinco centímetros.

Com a região limpa, Luciana mostrou como firmar a pele da região, ressaltando a utilização da mão não dominante. O estudante deveria *tracionar* a pele para baixo utilizando o seu dedo polegar, no intuito de fixar a veia. Feito isso, era o momento de introduzir o *cateter* – um tubo com a ponta agulhada – em um ângulo de 30 e 45 graus. As docentes ressaltavam uma distinção importante em relações às mãos e aos movimentos e ações atribuídos a cada uma delas. Uma deveria apoiar – a mão não dominante – enquanto a outra deveria introduzir – a mão dominante. Ao introduzir o cateter, a agulha era retirada, permanecendo somente o tubo que daria acesso à veia. Finalizada a punção venosa, o medicamento seria administrado a partir da conexão da seringa que continha a medicação ao cateter anteriormente introduzido. Para remover a agulha, o movimento deveria ser único e objetivo, concluindo o procedimento com a proteção de um algodão seco, pressionando-o por três minutos.

**Imagem 4: punção venosa**



Fonte: POTTER (2018)

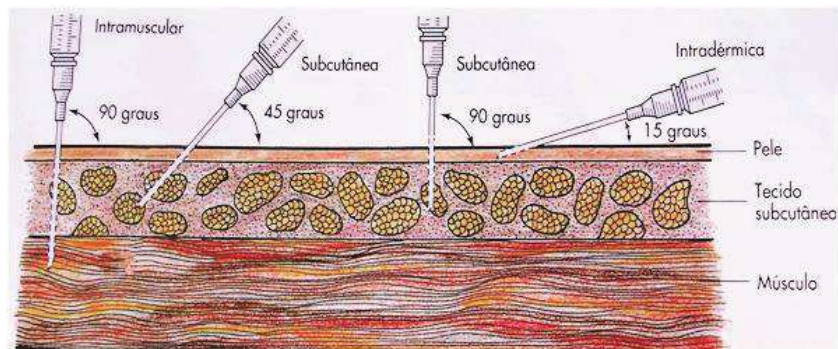
Para a aplicação de medicações intramusculares, as docentes ensinaram a utilização de uma técnica específica, chamada *técnica em Z*, que consistia basicamente em esticar o local no qual o medicamento seria aplicado. Assim, antes de realizar a demonstração da técnica, Luciana enfatizou que os alunos deveriam atentar-se sobremaneira à forma como ela deveria ser empreendida, recebendo o auxílio de Mônica, que nesse momento se levantou e encaminhou-se ao leito para colaborar na exibição. Com a região lateral da mão, alinhada ao dedo mínimo – chamada *face ulnar* –, a professora estendeu os músculos e a pele por dois a três centímetros e explicou que o local deveria ser mantido desse modo até a remoção da agulha, que ocorria dez segundos após a administração do medicamento.

Assim, enquanto a mão não dominante da docente estendia o músculo, a mão dominante introduzia a agulha a 90 graus, em um movimento único. Ao inserir a agulha, a professora explicou como deveriam *tracionar* o êmbolo, movendo-o ligeiramente para verificar o retorno de sangue, que indicava o contato com vasos sanguíneos, algo não desejado para este momento, pois o medicamento seria administrado no músculo. Sem o retorno de sangue, o estudante deveria injetar a substância na região, impulsionando o êmbolo com a mão contrária à que estava segurando a seringa. A mão não dominante, embora ainda estivesse em ação, esticando a região onde o medicamento estava sendo aplicado, deveria auxiliar posicionando os dedos na região inferior da seringa, buscando lhe dar mais firmeza. Nesse momento, a mão dominante deveria trocar de posição, sendo deslocada para a região superior do êmbolo – sem mover a seringa – e injetar o medicamento. Ao remover a agulha, Luciana demonstrou como deveriam movimentar-se de modo único e rápido e liberar a pele estendida após dez segundos, finalizando o procedimento ao dispor um fragmento de algodão no local puncionado.

### Imagem 5: técnica em Z



### Imagem 6: posição da agulha em graus

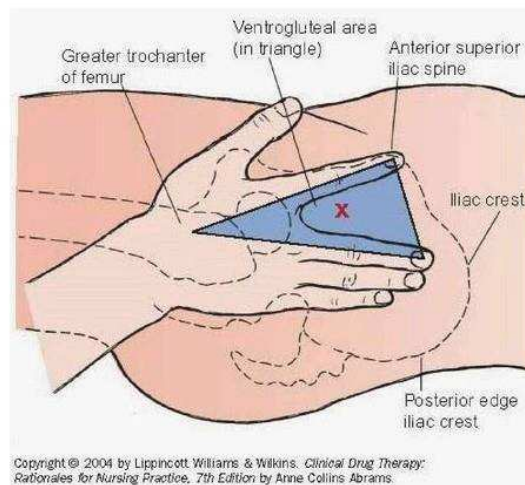


Fonte: POTTER (2018)

As injeções intramusculares poderiam ser aplicadas em diversas regiões, como na região superior do glúteo (dorso glúteo), na lateral da coxa, no músculo na altura dos ombros (deltoide) ou na região ventro-glútea. Esta última, também uma região dos músculos do glúteo, era de difícil localização, havendo uma técnica específica para identificar o local exato no qual o medicamento deveria ser administrado. Com a movimentação dos dedos da sua mão dominante, o estudante deveria proceder localizando determinadas regiões do corpo, até alcançar a posição exata onde o medicamento seria administrado. A região deveria ser delimitada com o paciente em *decúbito-lateral* (deitado de lado). Com a mão dominante apoiada no quadril do paciente, o estudante deveria mantê-la *espalmada* (aberta com a palma voltada para baixo) sobre uma região específica do fêmur, na parte superior e externa do quadril. Naquele local havia uma protuberância, como nos explicou a professora, que poderia ser sentida através do tato e que nos termos anatômicos era denominada *trocânter maior*.

A partir desta localização, com a palma da mão situada na região do *trocânter*, o estudante deveria identificar a *espinha ilíaca* com o auxílio da ponta do seu dedo indicador e com o dedo médio, situar a *crista ilíaca*. Ao localizar estas duas regiões, as posições dos dedos formariam um triângulo invertido, sendo o centro deste triângulo o local exato no qual o medicamento deveria ser aplicado. Esta técnica era dotada de grande complexidade, já que os estudantes deveriam usar as mãos para localizarem partes diferentes do corpo e, a partir da posição dos dedos, especificar a região. Diante da grande dificuldade de empreender a técnica nos pacientes-bonecos, nos quais tais estruturas eram ausentes, as professoras passaram a demonstrar os locais nos corpos dos alunos, posicionando os dedos até encontrarem os locais. Os estudantes, por conseguinte, iam localizando uns nos outros. “*É a sua mão que vai te ajudar a entender*”, disse Luciana enquanto todos buscavam entender a posição.

### Imagem 7: técnica para identificar a localização ventro-glútea



Fonte: POP Facenf nº. 06 - Preparo e administração de medicamentos parenterais<sup>22</sup>

Os alunos seguiram treinando repetidamente os movimentos e técnicas que haviam acabado de aprender nos pacientes-bonecos. Treinavam uns nos outros o que lhes era permitido, como o conteúdo voltado para os movimentos e localizações das áreas exatas nas quais os medicamentos seriam administrados. Contudo, no contexto dos laboratórios, não era possível que eles treinassem as perfurações em corpos humanos, o que aumentava ainda mais a insegurança. Assim, o treinamento da etapa mais temida do procedimento deveria se dar nos pacientes-bonecos, corpos que embora buscassem se aproximar da estrutura corporal humana, eram fabricados em plástico e isentos de expressões, sensações ou sentimentos. Aqueles corpos não-humanos com os quais lidavam no cotidiano dos laboratório-enfermaria não manifestavam dor ou alegria, tampouco conforto ou desconforto; eram seres inanimados.

Naquele mesmo dia, durante o intervalo, conversei com alguns estudantes a respeito de como se sentiam em relação à prática com os pacientes reais, que já se aproximava. Todos estavam nervosos e apreensivos, guardavam diversas expectativas em relação àquele passo importante na trajetória profissional, mas seus receios naquela ocasião eram notadamente superiores. Diante daqueles olhares temerosos, Luciana procurou tranquilizá-los: *“Vocês precisam controlar a ansiedade de vocês, para não causar desconforto para o paciente”*. Parecia que, além da imensa quantidade de movimentos e gestos, era preciso trazer consigo

<sup>22</sup> Disponível em: < <https://www.ufjf.br/fundamentosenf/files/2019/08/POP-FACENF-Parenteral-n.-061.pdf>>. Acesso em: jul de 2020.



certa delicadeza e gerenciar as emoções, para que o paciente sentisse o mínimo de dor ou desconforto durante a aplicação do medicamento. Enquanto tentavam reproduzir a gestualidade indicada e dominada pela professora, os estudantes foram orientados: “*Se vocês treinarem as técnicas, na hora fica mais fácil*”, disse Luciana. A questão central parecia, então, ser o treinamento, sendo através dele que os estudantes alcançariam a habilidade e destreza para realizar os procedimentos.

### 2.3.2 O cotidiano do cuidado

Em uma tarde de quarta-feira iniciei o trabalho de campo na Unidade Básica de Saúde. Ao chegar, adentrei a unidade na companhia de Luciana, que logo tratou de me apresentar aos funcionários. Perguntei onde poderia guardar minha bolsa e José, estudante, gentilmente me levou até o armário, que ficava na cozinha. Enquanto alguns alunos realizavam individualmente a avaliação em uma sala separada na companhia da professora, eu e o restante dos estudantes permanecemos em outra sala aguardando por demandas solicitadas pelos pacientes, como aferição da pressão arterial e a realização de curativos. A todo o momento, os alunos iam à recepção verificar as solicitações e revezavam na sua execução. O dia estava tranquilo e enquanto esperávamos, dialogávamos sobre assuntos aleatórios.

Em certa altura, surgiu a demanda de uma administração de medicamento e Eduardo se prontificou a fazer. Seus colegas o identificavam como um garoto proativo e educado, se saindo muito bem nas interações com os pacientes; contudo, era caracterizado como alguém apreensivo na realização dos procedimentos. Diante da solicitação, acompanhei Helena, estudante, à recepção para o recolhimento do prontuário do paciente e ao retornarmos, observamos Eduardo e Luciana iniciando a preparação dos materiais. De frente para um pequeno lavatório que ficava no canto direito da sala, Eduardo segurava a seringa em uma das mãos, enquanto a outra amparava uma ampola de medicamento. A mão não dominante de Eduardo era utilizada para aspirar a substância do recipiente e a mão dominante segurava a ampola. Enquanto empreendia essa ação, Luciana o repreendeu firmemente acerca de sua postura corporal, lhe dizendo: “*olha o corpo, a postura. Levanta os braços, Eduardo*”, pedindo que o aluno estendesse os braços na linha dos olhos, para que fosse possível enxergar o medicamento sendo aspirado. Eduardo imediatamente inclinou sua coluna de modo que ela permanecesse ereta e elevou os braços.

A ação executada pelo estudante naquele momento era dotada de grande dificuldade, pois Eduardo não poderia encostar seus dedos no êmbolo da seringa enquanto realizava a ação, em razão do risco de contaminação. Se o fizesse, perderia o medicamento e teria que recomeçar o preparo. Todos nós observávamos de longe, apreensivos por Eduardo, enquanto Luciana estava ao seu lado atentando para cada detalhe. Ainda que seu corpo manifestasse seu imenso nervosismo, fazendo com que Eduardo tremesse sem cessar, ele pôde concluir com êxito o preparo da medicação.

Finalizada essa etapa, Eduardo partiu para a administração no paciente, um homem jovem com idade em torno de trinta anos que já o aguardava em uma sala especificamente direcionada ao procedimento. De início, os colegas de Eduardo deliberaram que era melhor não acompanhá-lo durante a atividade, pois acreditavam que sob os nossos olhares sua apreensão se acentuaria. Entretanto, aquela não era uma ocasião comum, uma vez que sendo todos novatos, qualquer técnica ainda lhes era desconhecida, tornando-se um objeto de interesse. Tomados pela curiosidade, partimos à porta da sala para presenciarmos a realização do procedimento, que era uma administração de medicamento via endovenosa.

Eduardo já se encontrava preparado para empreender a técnica tal como tinha aprendido no laboratório-enfermaria quando começou a tremer incessantemente e sua pele tornou-se pálida. O paciente, sentado à sua frente e com o braço apoiado sobre a braçadeira, parecia desesperar-se também, já que a esta altura tinha conhecimento de que Eduardo era estudante. Foi então que Luciana percebeu que o paciente também estava sendo tomado pelo nervosismo e, buscando tranquilizá-lo, lhe disse com uma entonação serena que, embora Eduardo fosse estudante, o procedimento estava sendo supervisionado por ela e que estava ali para garantir que tudo desse certo. A execução do procedimento, então, prosseguiu.

Contudo, enquanto perfurava a veia com a agulha, percebemos que um pouco de sangue começou a escorrer pelo braço do paciente. Todos se entreolharam temerosos, pois sabíamos que algo de errado estava acontecendo. Nesse momento, o tremor de Eduardo se intensificou e o paciente, assustado, afirmou estar sentindo dor. Diante da situação, Luciana interrompeu o procedimento e silenciosamente passou por nós, se encaminhando até a outra sala, onde preparou novamente a medicação e administrou no braço oposto do paciente.

Depois do procedimento finalizado, notei que Eduardo foi até Luciana para relatar as dificuldades que havia sentido na realização do procedimento. Conforme relatou à docente, as razões do seu insucesso estavam relacionadas à dificuldade de operar segundo a lógica de movimentos das mãos, que deviam obedecer à oposição entre mão dominante e mão não dominante. Ele lhe disse: *“Eu tenho muita dificuldade para seguir essa lógica* [se referindo à

mão dominante e não dominante] *que a gente aprendeu no laboratório. Eu me confundo na hora de fazer.*” Luciana respondeu-lhe que o método facilitava o andamento do procedimento, seguindo as premissas de controle da contaminação e que Eduardo deveria treinar a técnica correta, de modo que o treino constante faria com que os movimentos se tornassem menos complexos. Nesse sentido, as professoras ressaltavam constantemente a necessidade de que a lógica fosse respeitada em sua totalidade, empreendendo cada um dos movimentos e gestos na sequência previamente estabelecida, um encadeamento fixo de ações que garantiria uma conduta livre de contaminação.

Noutro dia de prática na UBS, presenciei um acontecimento parecido com aquele vivenciado por Eduardo. Aquela manhã de prática estava agitada e os estudantes haviam realizado muitos procedimentos, como coleta de sangue e curativos. Entre as demandas, foi solicitada uma administração de medicamento via intramuscular e Fernanda, estudante, se dispôs a fazer a tarefa, que seria realizada em uma adolescente de treze anos. A jovem, que sentia muita dor, estava com uma infecção urinária e teria passado a noite sob os cuidados da mãe, que a acompanhava na unidade. Enquanto eu conversava com a mãe e a paciente, Fernanda preparava a medicação sob a vigilância atenta de Diego, mestrando responsável pela supervisão das atividades. Em um dos momentos, Fernanda descarta a substância que estava preparando, sai pela porta da sala e volta minutos depois, com outra medicação. Naquele instante, eu não havia compreendido a ação da estudante, mas mantendo a descrição do momento, continuei conversando com a adolescente e sua mãe.

A medicação seria aplicada na região ventro-glútea e como a paciente era uma menina e o procedimento trazia a necessidade de expor a região, Diego pediu sua autorização para acompanhar e ela concordou. Enquanto tentavam, através da posição das mãos, localizar o ponto exato no qual a injeção seria aplicada, Luciana abriu a porta da sala e Diego disse: *“Chegou na hora certa!”* Diego e Fernanda estavam com dificuldades para encontrar o ponto específico de aplicação da medicação e Luciana passou a orientá-los.

Com a mão espalmada, ela sentiu os ossos da paciente e localizou rapidamente entre dois dedos – indicador e médio – o local exato. Enquanto posicionava suas mãos e dedos, Luciana apontava nomes e estruturas – *trocânter maior, crista e espinha ilíaca* – e explicava-os aos dois, como se estivesse na sala de aula. Diego, então, colocou suas mãos sobre o corpo da paciente para tentar localizá-las, enquanto Luciana acomodava os dedos do mestrando, lhe indicando as áreas com precisão. Com o local situado, Fernanda inicia a aplicação. *“Vou introduzir, tá?”*, disse para a paciente. A estudante introduziu a agulha com a mão dominante e trocou a sua posição, acomodando-a no ápice do êmbolo para injetar a medicação. Luciana a

orienta: *“Tira a agulha com a sua mão dominante.”* Ali, era necessário que Fernanda voltasse sua mão dominante para o corpo da seringa, para fazer a retirada da agulha. Quando terminaram, a adolescente que anteriormente estava com medo, afirma não ter sentido nada, o que para os pacientes parecia ser um indicativo positivo da conduta do profissional. A mãe da menina parabeniza Fernanda, mas com um olhar de desconfiança se direciona ao mestrando e afirma: *“Nossa, ela [Fernanda] tava tremendo, tadinha.”* Diego, então, lhe responde: *“Ela treme mesmo, é normal dela.”* A mãe agradece, parabeniza novamente e vai embora.

Minutos depois, quando já havia finalizado o procedimento, questionei Fernanda sobre os motivos que a levaram a preparar outro medicamento, destacando que ela havia manuseado a substância anteriormente. Fernanda me respondeu que havia contaminado o corpo do êmbolo, pois tinha tocado nele. Estendeu suas mãos à frente, mostrando-me a pequenez de seus dedos, o que segundo ela lhe trazia muita dificuldade na hora de aspirar a medicação sem tocá-lo. Enquanto me explicava, Fernanda exibia seus dedos e as limitações que julgava ter em todo aquele conjunto de movimentos:

“Era uma seringa de 20 [ml], cara, e pra minha mão. Aqui eu tenho que segurar a ampola e aqui a seringa e na outra eu tenho que simplesmente puxar e eu não posso encostar no embolo. Olha o tamanho da mão, vê se tem condição. É muito difícil! Tem que ter muito cuidado. Aquela ampola, você tem que virar a ampola. Só que se você continuar puxando, ela não cai. Mas ao mesmo tempo, se você parar você vai perder medicação. Então é muito difícil”.

Como vemos, as dificuldades desse agir corporal eram assinaladas e reforçadas pelos estudantes que muitas vezes as colocavam no cerne dos questionamentos acerca de sua necessidade e eficácia. Mas a técnica era algo que requeria disciplina e rigor e, mesmo diante das dificuldades, era preciso que treinassem, incorporassem e reproduzissem estes modos corporais de agir e as sequências prévia e rigorosamente estabelecidas.

## **2.4 O aprendizado do cuidado como prática ritualizada**

Professoras e estudantes, por diversas vezes, definiram este momento da formação como um “divisor de águas”, dado o seu caráter transicional e de seus impactos, comumente associados à decisão de prosseguir ou não na graduação, em virtude das questões vivenciadas a partir do contato com os pacientes.

“[Durante a disciplina] o aluno já tem a possibilidade de ter o contato com os pacientes e verificar todas aquelas intercorrências que a gente não tem com o boneco. Então, fundamentos, essa disciplina, ela é o divisor de águas para o

aluno ficar ou não na enfermagem. Aí ele vai ter uma noção, ainda inicial, do que é a enfermagem em si”. (Mônica, docente).

“Não sei se você sabe disso, mas a matéria de fundamentos ela é um divisor de águas no curso. Depois de passar por isso tudo, a pessoa olha assim, ‘eu não quero isso pra minha vida’. Aí ela troca de curso e tal. Então, a gente carrega esse... Às vezes é uma coisa difícil, né? A turma começa com 40 e termina com menos.” (Aline, docente).

A aprendizagem do cuidado em enfermagem, sobretudo as disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar I e II, parecia se constituir como um importante ritual no interior dos contextos de formação. Reflito sobre a noção de ritual inspirando-me na proposta trazida por Peirano (2003), que a define a partir de uma concepção *etnográfica* construída a partir do trabalho de campo, devendo o pesquisador apreender as situações consideradas excepcionais ou únicas para os seus interlocutores. Para a autora, “a concepção de que um evento é “diferente”, “especial”, “peculiar”, tem que ser nativa. Em princípio, passa a ser “ritual” o que nossos interlocutores em campo definem ou vivem como peculiar, distinto, específico” (2006, p. 10). Assim, sendo os rituais fenômenos especiais dentro de determinado contexto, eles são responsáveis por manifestar, acentuar, transmitir e comunicar valores, categorias e conhecimentos pertencentes a determinado grupo social e atuam solucionando conflitos e reproduzindo relações sociais (PEIRANO, 2003).

Diante do exposto, gostaria de reforçar como o ambiente da disciplina consistia em um momento dotado de grande importância para estudantes e professores, marcando uma etapa fundamental para que os alunos se tornassem (e permanecessem com o objetivo de se tornarem) futuros enfermeiros. Em razão disso, sua configuração obedecia a uma forma específica, pautada não somente na divisão entre duas temporalidades distintas (ensino e prática), mas composto por sequências sistematicamente organizadas e padronizadas, nas quais se combinavam ações, palavras e condutas características que se expressavam através da adoção de uma corporalidade particular. Desse modo, situando o aprendizado como um ritual tal como apontado por Peirano (2006), podemos compreendê-lo como um tipo especial de evento, ao ser formalizado, estereotipado e constituído por uma ordem, “um sentido de acontecimento cujo propósito é coletivo, uma eficácia *sui generis*” (2006, p. 10).

Este ritual envolvia, assim, alguns elementos fundamentais para a inserção do estudante, incluindo aspectos como o uso das vestimentas específicas, a utilização de uma linguagem própria e a incorporação em uma estrutura física particular. No caso das vestimentas, o uso dos jalecos era uma regra dominante em todos os cenários, como já apontei nas páginas precedentes, sendo as normas que sancionavam ou proibiam seu uso dotadas de

grande rigidez e rompidas somente em duas situações específicas. No que concerne à proibição direcionada ao uso do jaleco em áreas externas, como as ruas, a norma só poderia ser transgredida quando tais atividades eram desenvolvidas em locais que pudessem ocasionar algum tipo de risco aos estudantes e professores, como lugares caracterizados como perigosos, sendo necessário, assim, transitar pelas ruas vestidos com a peça, que funcionava como signo de proteção ao identificá-los como profissionais da saúde. Na segunda circunstância, seu uso no interior dos laboratórios era suspenso em ocasiões nas quais um aluno optava por substituir o treinamento nos bonecos pela prática em outros estudantes. Este que se tornava “paciente” deveria se despir do jaleco, permanecendo apenas com suas vestes habituais. Nas duas situações – rua e laboratório – as normas eram transgredidas excepcionalmente por razões que ultrapassavam os objetivos higiênicos formalmente estabelecidos para a indumentária.

Nesse sentido, parece-nos que a eficácia do uso do jaleco transcende questões vinculadas à higiene. Vestir-se com ele se relacionava à circulação dentro destes espaços, já que usá-lo era uma norma importante e possibilitava as movimentações dos sujeitos nos contextos de cuidado, tornando-os parte de um mesmo grupo. Era, também, um elemento distintivo, ao diferenciar os estudantes e situá-los num grupo social específico, por esta razão se justificava a transgressão da norma durante a circulação em locais perigosos. Já no contexto dos laboratórios, o uso do jaleco significava o primeiro passo para a inserção dos estudantes nos espaços de cuidado, um objeto que marcava uma posição específica e distintiva, importante na constituição do que é ser profissional de saúde, ou mais particularmente, do que é ser enfermeira(o).

Assim, o jaleco, mais do que um objeto útil ao desempenho das atividades, figurava-se como um importante *símbolo* no interior daqueles contextos. Para o antropólogo Victor Turner (2005), os *símbolos* estão intrinsecamente envolvidos no processo social e atuam como “influências determináveis que inclinam as pessoas ou grupos para a ação” (p. 68), podendo se constituir empiricamente como instrumentos, objetos, ações, gestos ou unidades espaciais. Nesse sentido, Turner (2005) direciona seu olhar para a implicação que os símbolos têm na prática social, entendendo-os como fatores que são responsáveis por expressar valores sociais fundamentais para os sujeitos, estando associados a interesses, princípios e objetivos sociais. Os símbolos operariam, assim, efeitos práticos, permitindo que compreendamos as maneiras pelas quais as transições de um estado a outro são operadas, como as contradições são solucionadas e o modo como os sujeitos acessam as categorias e normas sociais de sua

sociedade. Ao dar ênfase aos símbolos no contexto específico dos rituais, Turner (2005) afirma que

[...] os símbolos estão essencialmente envolvidos no processo social. Vim a conceber os desempenhos do ritual como sendo fases distintas no processo social, através das quais os grupos se ajustavam a mudanças internas e se adaptavam ao seu ambiente externo. Desse ponto de vista, o símbolo ritual transforma-se em um fator de ação social, uma força positiva num campo de atividade. (Turner, 2005, p. 49)

Turner (2005) explica que cada ritual pode ser compreendido como uma configuração simbólica específica, de modo que os significados dos símbolos estarão sujeitos a este arranjo e ao contexto ritual no qual foi mobilizado, o que os torna polissêmicos e multivocais em sua natureza. Olhando para os três níveis de análise do símbolo, tal como Turner (2005) sugeriu, podemos compreender o jaleco como um símbolo ritual provido de diferentes significados. Ele se constitui como um instrumento dotado de uma finalidade higiênica, cujo objetivo é evitar o contato com superfícies e substâncias contaminadas – de acordo com a exegese nativa –, seu uso estabelece uma diferenciação social, marca a inserção dos estudantes e permite a circulação dentro de determinados espaços – significado operacional – e, por último, pode ser utilizado como um indicativo de proteção, sendo o seu significado relacionado a outros significados e objetos simbólicos no sistema total – significado posicional. Assim, o ato de usar o jaleco nos revelava aspectos referentes a posições sociais, regras e sentidos vinculados à cosmologia local, desempenhando diferentes operações simbólicas.

Ademais, este ritual envolvia outros símbolos fundamentais para a inserção do estudante, sendo importante apontar o caráter simbólico inerente à estrutura física dos laboratórios, dotada de tantos outros símbolos relevantes que possibilitavam a interação do estudante com o ambiente de cuidado. Desse modo, todos os detalhes do laboratório eram edificados para replicarem a configuração de uma enfermaria hospitalar, aproximando-os da vivência cotidiana da profissão. O manuseio dos objetos e materiais necessários ao procedimento, o contato com o corpo do outro (ainda que não-humano) e com as estruturas dos leitos e macas, envolviam a adoção de uma conduta e de um manejo corporal que só poderiam ser apreendidos *in loco*, a partir da interação com o espaço físico em sua especificidade. As noções nativas de “consciência do movimento” e “saber estar no ambiente” eram, nesse sentido, categorias centrais para as manifestações e o controle corporal dos sujeitos e, para alcançar a posse desse saber era preciso, antes de tudo, inserir-se e conhecer estes espaços.

Assim, Aline reforçava como a *consciência corporal* era um aspecto necessário para a enfermagem, uma prática associada a uma *postura*. “*Mantenham seus joelhos flexionados para se distanciar do leito. Vocês tem que acostumar a trabalhar com uma distância do corpo de vocês*”, dizia ela atentando para a contaminação. Tais posturas só poderiam ser incorporadas e treinadas diante de um cenário específico e empreendê-lo nos contextos do laboratório se configurava em um modo de revestir-se desta corporalidade ainda estranha, já que Aline repetia em diversos momentos o quanto o “*alinhamento corporal deveria ser algo introjetado*”, devendo tornar-se parte constituinte de como se conduziam corporalmente nesses espaços.

A utilização de uma linguagem especial era outro aspecto relevante. Nestes espaços, ações e estados corporais eram nomeados e classificados a partir de uma terminologia específica e convencionada, produzindo um vocabulário próprio dentro do campo. Quando enfermeiras e enfermeiros avaliavam uma *ecmose*, por exemplo, estavam tratando de um tipo comum de hematoma; quando faziam a higienização de um ferimento com *exudato*, estavam limpando uma ferida com pus; quando afirmavam que uma paciente estava *cianótica*, se referiam à cor azulada ou acinzentada de sua pele e quando posicionavam seus pacientes em *decúbito-dorsal*, estavam deitando-o com a barriga voltada para cima. Eram muitos os termos específicos que compunham não somente a língua dos prontuários utilizada nos registros dos pacientes, mas deviam ser mobilizadas nas interações entre os estudantes durante as simulações ou atendimentos. Em outras palavras, tal linguagem, incompreensível ao entendimento leigo, era a forma pela qual as comunicações se desenrolavam nos contextos de cuidado, devendo ser apreendida e utilizada pelos alunos durante o aprendizado e a prática. Como afirmou Luciana em uma das aulas, era preciso “*decorar os nomes*”, “*reconhecer o significado das palavras, para usar da forma correta*”.

Desse modo, tudo operava como um rito de iniciação, do qual faziam parte as mobílias, os paciente-bonecos, os materiais, a linguagem e as vestimentas que, como símbolos, formavam juntos o cenário ritual dos laboratórios-enfermaria. Na perspectiva de Victor Turner (2005) os ritos de iniciação compõem um tipo específico de rituais, denominados pelo autor como *rituais de crise de vida*, e são responsáveis por marcar uma etapa importante do desenvolvimento físico ou social dos sujeitos, operando uma transição entre diferentes estados. Para o autor, estado se constituiria em uma noção mais ampla que status ou transição, se referindo a qualquer condição relativamente fixa ou estável. O termo condição, para Turner (2005),



tenderia a incluir, no seu significado, certas constantes sociais, como estatuto legal, profissão, cargo público ou ocupação habitual, posição ou categoria. Considero que o termo designa, também, a condição de uma pessoa tal como é determinada pelo seu grau de maturidade culturalmente reconhecido, como quando se fala do "estado de casado ou solteiro" ou do "estado de infância". O termo "estado" pode aplicar-se, igualmente, às condições ecológicas, ou à condição física, mental ou emocional em que uma pessoa ou grupo se encontra num determinado momento. Um homem pode estar em estado de boa ou má saúde, uma sociedade em estado de guerra ou paz, fome ou fartura. (TURNER, 2005, p. 137).

Ao abordar os ritos de passagem, Turner (2005) detém sua atenção a um de seus períodos, denominado período liminar ou de margem. De acordo com o autor, o sujeito submetido ao período liminar encontra-se estruturalmente invisível, pois está alheio às formas classificatórias responsáveis por situar os estados socialmente estabelecidos. Enquanto um “ser-transicional”, ele está ao mesmo tempo desestruturado e pré-estruturado e, portanto, em uma posição interestrutural entre as posições e estados sociais. As *personas liminares*, ou neófitos, são definidos, assim, como situadas em uma posição de entremeio, caracterizados pelo o “que não é nem isso, nem aquilo, e, no entanto, é ambos” (p. 144), pelo o que é intersticial e não pode ser definido através de estados estáticos, tornando seu caráter ambíguo e paradoxal. Mediante a ausência de aspectos que os diferenciem socialmente de seus companheiros, como status ou graduação, os neófitos são providos de maleabilidade e reduzidos à uniformidade, de modo que sua condição passa a ser caracterizada por um processo de remodelamento, por meio dos quais adquirirão poderes complementares que lhes serão úteis após a transição à sua nova condição de vida.

Uma das formas através das quais poderíamos refletir sobre este “ser-transicional” em nossas sociedades seria pelo termo *estudiante*, uma noção que traz em si uma característica de não fixidez, possuindo um caráter temporário e passageiro. O sujeito torna-se estudante se inserindo em um contexto de aprendizado, que tem uma duração previamente determinada, que o permite adquirir determinadas habilidades ou conhecimentos ao final do processo. Assim, tal etapa é marcada pela aquisição de uma graduação, expressa por um diploma que o diferencia socialmente, situando-o numa categoria profissional específica, como é o caso das formações universitárias.

Desse modo, alinhando-me às proposições de Turner (2005), tendo a pensar os contextos de formação em enfermagem como um aprendizado que traz consigo uma experiência liminar. Tal como as “*personas liminares*” descritas por Turner (2005), os estudantes estavam sendo iniciados em uma etapa importante de suas vidas, mas seus atributos eram ambíguos e paradoxais. Eles detinham o saber sobre os procedimentos, mas

ainda não possuíam a destreza e o domínio suficientes para realizá-los. Por isso, nos contextos de prática no interior dos laboratórios, estavam parcialmente “autorizados” ao erro, mas deveriam treinar até que incorporassem os procedimentos em sua sequência lógica, aprendendo a agir e a se movimentar como enfermeiras(os). Entretanto, mesmo depois de todo o treinamento, sua presença diante dos pacientes poderia ser objeto de desconfiança e receio, uma vez que, em algumas situações, eram percebidos como inexperientes. Diante disso, os estudantes se encontravam, a todo o momento, sob a responsabilidade inquestionável de suas mestras, cuja função era ensiná-los e transformá-los em profissionais da enfermagem.

## **2.5 O cuidado como técnica do corpo**

Em todo o decorrer deste capítulo, busquei demonstrar como o cuidado e o seu aprendizado se constituíam em práticas altamente ritualizadas e como, nesses processos, o corpo era situado em uma posição de centralidade. Naquele contexto, a dimensão corporal da experiência se tornava um importante instrumento das práticas, não somente em termos operacionais, mas um corpo que precisava ser “adquirido”, diante de uma prática que envolvia uma postura, conduta e manifestações corporais características. Nesse sentido, todo um conjunto de classificações e valores era atribuído ao corpo, aspectos que estavam associados não somente às noções e categorias nativas, mas que operavam como estruturadores da experiência no interior daqueles cenários.

As categorias *mão dominante* e *mão não dominante* compunham uma dessas oposições e permearam diversos relatos trazidos neste capítulo. Nos ambientes de cuidado, elas diziam respeito à lateralidade que visava ordenar a lógica dos movimentos empreendidos em cada etapa dos procedimentos. Dentro do imenso encadeamento de gestos e modulações do corpo, cada mão seria responsável por determinada ação, tal como vimos por meio das descrições. De acordo com esta classificação, os alunos deveriam atribuir dominância ou não dominância às suas mãos direita e esquerda, conforme as particularidades de cada sujeito, sendo ele destro ou canhoto. A orientação era para que adaptassem esta lógica de acordo com o domínio pessoal possuído em cada uma das mãos, executando as tarefas do modo como lhes fosse mais satisfatório, desde que o processo em suas premissas gerais – direcionadas a não contaminação – fosse obedecido. Assim, o estudante consideraria como dominante a mão dotada de maior precisão, habilidade e destreza e a mão não dominante seria aquela na qual tais atributos seriam menos expressivos.

Contudo, ainda que em uma dimensão menos formal a questão fosse tratada com certa flexibilidade, nos roteiros, provas e práticas no serviço de saúde, havia o predomínio de uma lógica voltada para dexteridade, já que não só as sequências descritas nos POPs, mas os instrumentos e posições adotados durante as práticas – como o lado em que o profissional deveria se colocar durante a ação ou a direção pela qual deveriam iniciá-las – eram parte de uma única estrutura, cuja suposição era de que todos fossem destros. Neste aspecto, a experiência de Fábio era elucidativa. Sendo um estudante de enfermagem canhoto, Fábio me confidenciou em dada ocasião que apesar de sempre ter realizado as principais condutas em seu dia-a-dia com a mão esquerda, boa parte dos procedimentos – “*senão todos*”, destacou – eram empreendidos por ele com sua mão direita. E continuou:

“Um bom exemplo era quando eu ia administrar medicamento, eu sempre aplicava a injeção com a mão direita. A percussão, no exame físico, eu também fazia com a mão direita. (...) Desde o início foi assim, se tinha algo para fazer, eu já ia com a mão direita”. (Fábio, estudante).

Ainda que a mão dominante de Fábio fosse a esquerda, a primazia da mão direita nos contextos de cuidado fazia com que seus hábitos se invertessem, de modo que ele passasse, assim, a compartilhar da lógica hegemônica. Segundo esta lógica, a mão dominante, direita, comandava as ações, operava os movimentos mais complexos e ariscados e marcava o andamento das condutas, enquanto a mão não dominante, esquerda, era a auxiliar, responsável pelos movimentos menos complexos e precisos. Nas situações nas quais havia a necessidade de “contaminar” uma das mãos, colocando-a em contato com secreções, fluidos e substâncias contaminantes, a mão contaminada deveria ser a mão não dominante, enquanto a dominante, se manteria *estéril*, alva e limpa.

Estas considerações nos remetem ao renomado ensaio de Robert Hertz, intitulado “*A preeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa*”, publicado no ano de 1909 como um dos trabalhos produzidos pelo periódico *L'Année Sociologique*. Membro da Escola Sociológica Francesa, trabalhando ao lado de Mauss e Durkheim, Hertz estabeleceu a polaridade religiosa como principal preocupação neste trabalho, buscando demonstrar como o contraste entre sagrado e profano estava na origem de diversas outras oposições. Segundo o autor, as distinções de valor e de função atribuídas às mãos direita e esquerda estariam vinculadas a “influências estranhas ao organismo” (HERTZ, 1980, p. 102), ou seja, a aspectos muito mais profundos do que uma fisicalidade anatômica. Hertz procurou demonstrar, assim, como a oposição bilateral aplicada às mãos teria sua origem na polaridade religiosa entre sagrado e profano: a mão direita, associada ao sagrado, seria preponderante e mais utilizada e,

por isso, possuiria maior destreza e habilidade, enquanto a mão esquerda, associada ao profano, seria não só utilizada em tarefas menos complexas como uma auxiliar, mas àquelas dotadas de desprestígio e consideradas impuras.

Ao contrário de uma disposição natural para a dexteridade, as razões pelas quais se evidenciam uma preponderância da mão direita se vinculariam, para o autor, a uma dimensão social e religiosa, já que o seu uso seria frequentemente *favorecido, reforçado e fixado* pela educação. Estas qualidades atribuídas à direita e à esquerda, segundo Hertz (1980) explicariam as distinções de posição e função manifestas entre as mãos, de modo que as maneiras pelas quais as mãos são usadas possuiriam um significado intimamente associados aos valores e ideias que permeiam a vida social, lançando luz acerca das razões pelas quais condutas determinadas são incompatíveis com o uso deste ou daquele membro.

Nas práticas do cuidado, mais especificamente, observamos que ambas as mãos eram utilizadas, havendo, contudo, uma distinção nítida elas. Esta diferenciação era dirigida, sobretudo, em relação ao grau de precisão ou complexidade exigido para a ação (de acordo com a sua importância), sendo suas motivações associadas à preocupação de que a contaminação fosse evitada. Nesse sentido, ainda que não houvesse uma sanção rígida – como os exemplos trazidos por Hertz (1980) de uma limitação do movimento da esquerda ou a proibição do seu uso – parece-nos que as circunstâncias pelas quais os procedimentos eram ensinados favoreciam a prevalência de um dos membros, um processo associado à ordenação dos movimentos durante as ações. Como nos disse Hertz (1980)

O fato é que não se aceita ou cede à dexteridade como uma necessidade natural: ela é um ideal ao que todos precisam conformar-se e o qual a sociedade nos força a respeitar por meio de sanções positivas. (Hertz, 1980, p. 103)

Parto do uso das mãos para evocar o objetivo primordial deste trabalho, que consiste em apontar como a formação em enfermagem implica em um processo de aquisição de um corpo específico. Ao nos voltarmos para os contextos de cuidado, evidenciamos como o corpo, ao contrário de uma esfera estritamente natural e física dos sujeitos, emerge como um produto da vida social, pressupondo um processo de construção direcionado à totalidade das formas pelas quais o corpo se movimentava. Nesse sentido, a abordagem de Marcel Mauss (2017) nos interessa profundamente, não somente em razão de o autor situar o corpo como fruto da educação, mas por nos fornecer valiosas contribuições ao lançar as bases para o estabelecimento do corpo e da corporeidade como objetos de estudo antropológicos.

Através da noção de *técnicas do corpo*, Mauss (2017) descreveu como as diferentes posturas, modos de agir, gestos e manifestações corporais se constituem em fenômenos sociais, sendo frutos de um aprendizado cuja origem é a cultura. De acordo com sua definição, as *técnicas do corpo* diriam respeito às formas pelas quais os sujeitos sabem servir-se de seus próprios corpos, de tempos em tempos e de sociedade a sociedade, sendo, portanto, um fenômeno histórico e socialmente variável. Destarte, o corpo é entendido pelo autor em sua instrumentalidade, concebido a um só tempo como primeiro *objeto* técnico, enquanto instrumento ou ferramenta para ação, e como *meio* técnico, pois através dele torna-se possível que tais atos sejam empreendidos. Assim, o autor aponta o seu caráter primevo, afirmando a precedência das *técnicas do corpo* em relações às técnicas dos instrumentos, mostrando-nos como antes de utilizar-se de ferramentas para as ações, os sujeitos se servem primeiramente de seus próprios corpos.

Segundo Mauss (2017), “em todos esses elementos da arte de utilizar o corpo humano os fatos de *educação* predominavam” (p. 425), já que para toda técnica haveria um aprendizado que consistiria em “fazer adaptar o corpo ao seu uso” (p. 442). Em outras palavras, através da educação se desenvolveria um mecanismo de inibição dos movimentos desordenados, permitindo que as atitudes corporais fossem coordenadas a partir de um controle específico dos corpos, direcionando o seu uso a um objetivo particular. É seguindo esta perspectiva que Mauss se refere à aprendizagem das *técnicas*, relatando diversas experiências de sua vivência pessoal ao descrever, por exemplo, a ocasião na qual havia aprendido a correr de modo característico – com os punhos colados ao corpo –, por intermédio de um renomado professor de ginástica de seu tempo e tê-lo alterado, trinta anos depois, ao presenciar o modo como faziam os corredores profissionais. Conta-nos, ainda, do episódio vivenciado durante a guerra, enquanto desempenhava a função de cabo de infantaria, quando ensinou aos soldados uma maneira específica de manchar, proibindo-os que o fizessem da forma empreendida anteriormente.

A este processo de aprendizado das *técnicas do corpo*, Mauss associou a noção de prestígio, ao explicar como a imitação de atos ordenados envolveria a autoridade e confiança conferidas àqueles que os executam na presença do sujeito imitador, que assimila os movimentos bem-sucedidos que são realizados sob seus olhos, dando-lhes maior relevância em relação a outros tantos movimentos possíveis. Este processo, chamado pelo autor de *imitação prestigiosa*, ultrapassaria o ato puramente imitador, integrando o corpo como parte de um código social compartilhado. Deste aspecto emergiria o elemento social do qual as

técnicas do corpo são parte, sendo “montadas pela autoridade social e para ela” (MAUSS, 2017, p. 441). Nas palavras do autor

A criança, como o adulto, imita atos bem-sucedidos que ela viu ser efetuados por pessoas nas quais confia e que têm autoridade sobre ela. O ato se impõe de fora, do alto, mesmo um ato exclusivamente biológico, relativo ao corpo. O indivíduo assimila a série dos movimentos de que é composto o ato executado diante dele ou com ele pelos outros. (MAUSS, 2017, p. 425)

Estes modos de agir, compreendidos como *atos tradicionais eficazes*, seriam tradicionalmente transmitidos e socialmente reconhecidos em sua eficácia. Nesta perspectiva, determinados atos possuiriam uma eficácia não somente física, mas oral e ritual, de modo que os atos técnicos não poderiam ser distinguidos do ato mágico, religioso e simbólico. Todavia, sua especificidade se vincularia à sensação, para aqueles que os realizam, de que são empreendidos de forma mecânica, física ou físico-química. Mas o que Mauss (2017) buscou demonstrar foi precisamente o contrário, ou seja, que as ações e condutas executadas com o corpo e através do corpo são produtos de um processo de aprendizado lento e específico, responsável por seu ordenamento e controle, “montados no indivíduo não simplesmente por ele próprio, mas por toda a sua educação, por toda sociedade da qual faz parte, conforme o lugar que nela ocupa” (p. 428). O corpo constitui e manifesta, desse modo, práticas específicas, apreendidas e incorporadas através de um *habitus*.

Embora Mauss tenha sinalizado a existência de “técnicas do corpo que funcionam como profissões ou parte de profissões” (2017, p. 437), não se deteve a elas de modo mais sistemático, o que não o impediu de ter nos concedido enunciados certos do fértil terreno em que tais práticas estão situadas e como sua abordagem pode ser um importante arcabouço conceitual para a sua compreensão. No que concerne aos contextos de cuidado em enfermagem, o corpo se evidenciava como o principal mediador das práticas, estando envolto em um engajamento corporal específico. Para os diversos procedimentos, havia a orientação em relação ao modo como os estudantes deveriam se portar, como permanecer com os *braços longos* durante as técnicas de descontaminação e paramentação, operando um distanciamento em relação ao próprio corpo; portar-se com a coluna ereta, braços estendidos na altura dos olhos e mãos e dedos precisamente posicionados durante a preparação do medicamento, entre muitos outros. Tais posturas estavam associadas a um manejo específico do próprio corpo em um contexto permeado pelo perigo da contaminação, já que em um cenário de risco constante, era preciso, segundo os termos locais, “*saber estar no ambiente*”.

Assim, os movimentos corporais deveriam ser minimamente controlados e coordenados, com toques restritos a determinadas superfícies onde não havia contaminação, sendo proibido o contato com outras regiões nas quais se sabia que o perigo estava presente. O corpo, aqui, devia manter-se distante do que se temia; se a pia era um local de contaminação, o corpo deveria se manter em afastamento. Diante dessas premissas, os rituais de pureza e de cuidado eram permeados por movimentos específicos, nos quais se fazia necessária a adoção de certas posturas corporais, gestos precisos e ritmos específicos. Nesse sentido, um dos atributos fundamentais deste corpo deveria ser a capacidade de se movimentar *conscientemente* de modo a evitar que contaminasse a si mesmo e a outros corpos, empreendendo o cuidado de modo eficaz. Possuir “*consciência no movimento*” significava, assim, dominar o próprio corpo em um contexto específico, uma exigência que fazia com que os sujeitos construíssem um autocontrole e vigilância rigorosos sobre sua corporeidade.

Le Breton (2012), avançando em relação às proposições mausseanas, afirma que a corporalidade construída pelas profissões seria produto de uma competência profissional alicerçada em uma série de gestos e movimentos coordenados, através dos quais, ao longo do tempo, os sujeitos das profissões teriam estabelecido sua experiência característica. Estas disposições coordenadas de ação e de habilidades exigiriam, segundo o autor, condutas de disciplina e aperfeiçoamento daquele que pretende realizá-las, cuja aquisição só poderia efetivar-se através de um longo e específico aprendizado. Ao reforçar sua perspectiva do corpo enquanto vetor semântico, Le Breton (2012) aponta como, ao ser mobilizado para os mais diversos usos, o corpo não poderia ser entendido puramente como um objeto técnico, consistindo em um domínio tributário de um conjunto de sistemas simbólicos, de modo que, em suas palavras, “a utilização de certos segmentos corporais como ferramenta não torna o homem um instrumento. Os gestos que executa, até os mais elaborados tecnicamente, incluem significação e valor”. (p. 44). Assim, enquanto uma matriz de sentidos, o corpo se torna um produtor de significados, a partir do qual os sujeitos experenciam e dão sentido ao mundo a sua volta.

Seguindo uma perspectiva semelhante, o trabalho de Dias da Silva (2016) mostra como o processo de construção corporal pode dar-se de modo vinculado à realização de práticas terapêuticas, como era o caso do um projeto de humanização investigado pela autora, baseado no Método Rességuier. No estudo realizado com fisioterapeutas, Dias da Silva (2016) mostra-nos como naquele contexto havia um esforço de construção de uma “postura terapêutica”, uma prática que objetivava vincular a ação do corpo do terapeuta e, ao mesmo

tempo, agir sobre o corpo do paciente, tornando possível um contato entre essências que se centraria no corpo enquanto mediador. As noções de “postura terapêutica” e “qualidade da presença” se constituíam, assim, em conceitos chaves na produção desse encontro, tendo o profissional que assumir uma postura corporal específica, ereta e com os pés firmes no chão, e manter-se atento, observando constantemente a sua manutenção. Nesse sentido, a autora evidencia como, através da realização dos procedimentos próprios do método, o corpo dos terapeutas passava a se constituir como expressão de um habitus particular, produzindo, de forma concomitante, uma linguagem vinculada a uma ação terapêutica própria, focalizando o corpo como lugar de uma experiência comunicativa específica.

A atitude de reconhecimento do outro está relacionada, portanto, a uma ampliação da esfera comunicativa, mas cujo instrumento de ação não é a palavra, mas sim o corpo. Para os profissionais com quem convivi, o método atuava na situação do encontro, em que o corpo do terapeuta é colocado em perspectiva e cuja eficácia terapêutica depende desse uso adequado das técnicas do corpo que operam uma comunicação entre as essências (DIAS DA SILVA, 2016, p. 58).

Apontando os atos terapêuticos dos fisioterapeutas como técnicas do corpo, Dias da Silva (2016) lança luz sobre como, através de sua prática, haveria uma alteração do olhar do terapeuta sobre o paciente e uma modificação da sua consciência corporal, expressa nas noções de “postura terapêutica” e “qualidade da presença”, o que culminaria em uma reconstrução do atendimento. Nas palavras da autora, “mudar o foco do atendimento era mudar a própria postura do corpo, no corpo e com o corpo.” (2016, p. 33). Assim, estas práticas estariam, segundo Dias da Silva (2016), associadas não somente a uma noção de corpo específica, mas à concepção de humano percebido como dissociado de suas relações sociais, sendo a técnica do corpo a forma pela qual a noção de indivíduo se sobressairia à de pessoa relacional.

Se nos ampararmos em tais noções, podemos compreender como o processo de aprendizado das práticas em enfermagem implicava na formação de um corpo específico. O tornar-se enfermeira ou enfermeiro envolvia um processo de aquisição de um corpo que se portava, gesticulava e se movimentava de modo particular. Além disso, o corpo se tornava uma dimensão permeada por restrições, prescrições, paramentações, sendo contornado por valores e símbolos sociais. Imerso nos processos de aprendizado do cuidado, o corpo era submetido, assim, a uma transformação e implicado no processo de aprender a cuidar, movimentando-se de forma consciente. Este processo incluía o remodelamento de um corpo anterior às experiências do cuidado, não no sentido de mudanças anatômicas ou da forma física corporal; mas um corpo que se transformava primeiramente no nível das condutas e



comportamentos, ou mais precisamente do *habitus*. Neste caso, movimentar-se e portar-se de determinadas maneiras era um meio de se alcançar a eficácia do cuidado, o que implicava na aquisição e execução deste saber-fazer específico. A formação era, assim, o momento no qual este corpo se construiria, através da inserção em um contexto específico, propício ao florescimento dos atributos tidos como características constituintes de enfermeiras e enfermeiros.

### 3 A SENSORIALIDADE DO CUIDADO

#### 3.1 As técnicas propedêuticas e o uso dos sentidos

Como busquei apontar no capítulo anterior, a prática em enfermagem envolve a construção de uma corporalidade própria, perpassada pela exigência de posturas, gestos e movimentos específicos durante a realização dos procedimentos e atividades. Contudo, a dimensão corporal do cuidado está atravessada, também, pela utilização dos sentidos, que se tornam componentes essenciais para o cotidiano de enfermeiras e enfermeiros. Assim, a mobilização dos órgãos sensoriais se dava, sobretudo, durante os exames físicos, cujo ensino era iniciado em meados do semestre letivo, ocupando grande parte do conteúdo transmitido durante as disciplinas, de modo que longos dias se desenrolavam para que seus processos fossem ensinados, apreendidos e treinados pelos estudantes.

Na primeira aula sobre a prática, Aline se aprontava para a demonstração no laboratório-enfermaria, que àquela altura já estava pontualmente organizado. Mas, antes de iniciar, era importante explicar que aquele procedimento era parte das etapas que compunham o levantamento de dados dos pacientes, central para a construção do diagnóstico e a intervenção em enfermagem. Por esta razão, Aline esclareceu que o levantamento de dados era composto, primeiramente, pela obtenção dos *dados subjetivos*, angariados através de questionamentos feitos aos pacientes em relação às suas condições física, emocional e psicossocial. Em um segundo momento, haveria uma etapa direcionada à obtenção de *dados objetivos* e mensuráveis, através da realização do exame físico, momento em que eram empregadas as técnicas propedêuticas que possibilitariam a coleta das informações nos corpos dos pacientes. Assim, havia uma separação entre aquilo que o paciente afirmava sentir – os sintomas – e o que poderia ser obtido por meio de observações e práticas realizadas diretamente nos corpos dos pacientes – os sinais. Aline, em aula, explicou aos estudantes:

“Quando eu sinto com as minhas mãos e ouço com os meus ouvidos, eu tenho dados objetivos, que são os dados que eu obtenho por meio dos meus sentidos. Como a gente sabe que tem um cisto? A gente vai usar o nosso tato para isso. Com o nosso olfato a gente pode encontrar um odor característico. Essa parte do olfato é muito importante para a gente. A nossa audição nós vamos usar para ouvir os sons que indicam alteração e a visão, é muito importante para o nosso olhar clínico. No exame físico, a gente só não usa o paladar”. (Aline, docente)

Assim, baseado nos métodos e fundamentos próprios da semiologia<sup>23</sup> – área dedicada ao estudo dos sinais e sintomas do corpo – e no aprendizado das semiotécnicas ou técnicas propedêuticas, o exame físico era a prática que tornava possível o acesso a estes dados objetivos do paciente, sendo uma forma de tornar perceptíveis indícios e manifestações dos corpos adoecidos (CARVALHO DA SILVA et al; 2009; AZEVEDO et al; 2013). Durante este procedimento, a enfermeira mobilizaria os órgãos sensoriais do seu próprio corpo para compreender os corpos adoecidos através da aplicação das técnicas propedêuticas, compostas pela inspeção, palpação, percussão e ausculta. Tais técnicas poderiam ser executadas com o auxílio de determinados instrumentos (como o uso estetoscópio ou o termômetro) ou somente a partir do uso do corpo do profissional, mais especificamente dos seus órgãos sensoriais. Assim, durante os exames físicos, os estudantes de enfermagem deveriam mobilizar diferentes sentidos, como o tato, o olfato, a audição e a visão.

Para a realização do exame físico era inicialmente necessária uma segmentação da superfície corporal, de acordo com sistemas e partes que compõem o corpo humano. Desse modo, o procedimento era ensinado e executado de forma compartimentalizada, tendo em vista os sistemas digestório, geniturinário, neurológico, respiratório, cabeça e pescoço, cardiovascular, pele e anexos e, por fim, o exame físico de membros e locomotor. Seguindo um recurso didático, no intuito de facilitar a apresentação dos aspectos vivenciados no trabalho de campo e, conseqüentemente, para a melhor compreensão do leitor, não nos ocuparemos de tais divisões como guia de nossa exposição, que se centrará nas técnicas propedêuticas em sua singularidade. Assim, os sistemas e partes do corpo serão progressivamente mobilizados de acordo com o desenvolvimento de nossa discussão, que se voltará a cada uma das semiotécnicas utilizadas durante o exame físico.

---

<sup>23</sup> Embora a semiologia seja uma prática tradicionalmente associada à área da medicina, ela se constituiu como uma atividade compartilhada por diversas áreas dentro do campo da saúde. No campo da enfermagem, mais especificamente, a aplicação dos conhecimentos e técnicas da semiologia durante os exames físicos, se constituiu legalmente como um procedimento privativo da atuação do profissional enfermeiro, integrando a consulta e prescrição em enfermagem. Assim, tornou-se componente obrigatório dos currículos dos cursos de graduação em enfermagem através da Portaria do MEC, nº 1.721 de 15 de dezembro de 1994, em meio a diversas outras alterações curriculares. A partir de então, a semiologia e a semiotécnica passaram a integrar os conteúdos de fundamentos de enfermagem, comumente alojados nos períodos iniciais da graduação e marcados como momentos de inserção inicial ao fazer característico de enfermeiras e enfermeiros.

### 3.1.1 A inspeção

A visão era um sentido prontamente mobilizado nas práticas de cuidado, sendo a partir dos olhos que se estabelecia um primeiro contato com o paciente e com o seu corpo, superfície pela qual a doença se manifestaria. Nesse sentido, os exames físicos se iniciavam quase sempre pela inspeção, uma técnica que consistia em um processo de observação detalhada de toda a extensão do corpo do outro. O estudante de enfermagem deveria direcionar seu olhar para a identificação e a compreensão do amplo arsenal de dados corporais com quais se defrontaria no cotidiano profissional, decifrando-os tanto em termos das formas, contornos, simetrias e deformidades, percebidas no paciente em posição de repouso, quanto em termos da mobilidade do corpo, atentando para os movimentos característicos de cada uma das regiões examinadas. Assim, os mais variados fenômenos corporais deveriam ser identificados, discernidos e interpretados por meio de códigos específicos, que os traduziriam em termos de saúde e doença.

Alguns exemplos podem ser ilustrativos. Durante a inspeção do sistema respiratório, os estudantes aprenderam a avaliar a movimentação da caixa torácica durante a respiração e, também, sua estrutura física. No primeiro caso, deveriam identificar os tipos e as frequências da respiração dos pacientes, de acordo com características como rapidez, profundidade, superficialidade e lentidão, utilizando termos como *eupneia* (respiração normal), *taquipneia* (respiração acelerada) ou *bradipneia* (respiração lenta). Ao longo da aula, Aline fazia algumas advertências, chamando os alunos a atentarem para as diferenças existentes entre cada uma das variações: “*Vocês precisam aprender a diferenciar uma respiração profunda de uma respiração rápida, para observar os sinais objetivos*”, dizia a professora.

Posteriormente, dedicariam a atenção às formas e contornos do tórax do paciente, seguindo determinadas classificações. Se a condição fosse de simetria, o tórax era classificado como *elíptico normal*, a partir da observação dos diâmetros de suas regiões lateral, anterior e posterior. Já as alterações seriam percebidas a partir da presença de assimetrias, abaulamentos ou retrações (aumento e contração do volume, respectivamente). Nestas condições, formatos específicos do tórax poderiam ser característicos de determinadas doenças respiratórias, sendo suas formas e contornos definidos a partir do uso de metáforas, como era o caso do *tórax de tonel* (termo utilizado para designar elevações nas regiões anterior e posterior do corpo), *tórax de funil* (forma caracterizada por uma depressão na região frontal do corpo), ou o *tórax peito de pombo* (caracterizado pelo aumento do volume na região). Tais características deveriam ser

observadas com o paciente imóvel, geralmente sentado ou deitado sobre o leito, enquanto o estudante se posicionaria à sua frente.

Para além das formas e contornos, as colorações das diferentes partes ou excreções corporais se constituíam como outro aspecto relevante durante as inspeções. Ao observar a pele e seus anexos, Aline explicou como os estudantes deveriam observar dados como a pigmentação de toda a extensão corporal, voltando sua atenção, sobretudo, para a existência de alterações, como a presença de *cianose* (cor acinzentada na pele, unhas ou lábios), *icterícia* (pele com coloração amarelada), *equimoses* (hematomas comuns com coloração entre o vermelho e roxo), palidez, manchas ou *eritemas* (vermelhidão). Ao observar a superfície corporal de sujeitos adoecidos, os estudantes lidavam com um amplo arcabouço de terminologias que compunham o vocabulário das cores que poderiam se manifestar nesses corpos, constituindo um universo de múltiplas denominações que visavam dar conta das distinções das cores e suas diferentes nuances, uma vez que tais diferenças poderiam ser decisivas das suas relações com o estado físico do paciente.

Assim, algumas estratégias eram utilizadas para enriquecer a gama cromática dos estudantes, como o uso de tabelas. Para inspecionar excreções corporais, por exemplo, como era o caso da urina durante o exame físico do sistema genitourinário, Aline dispunha da utilização de um esquema que apresentava as gradações da coloração que a urina poderia apresentar, exposta em cerca de oito diferentes tonalidades. Em condição de normalidade, a urina deveria ser “limpa”, em cor amarela quase transparente e isenta de qualquer odor. Já a urina *turva* (com coloração esbranquiçada), a *hematúria* (a urina em tom avermelhado) ou a *colúria* (urina na coloração marrom) eram manifestações visíveis de alguma alteração corporal. Munidos destes dados angariados através da visão, o estudante deveria aprender a discernir, nomear e interpretar os diferentes tons apresentados pelo corpo.

As formas, movimentos e colorações, perceptíveis através da visão, tornavam os sinais corporais inteligíveis por meio de códigos que os associavam a existência de certas patologias. Na tentativa de enfatizar a importância da construção deste olhar diferenciado, Aline chamava a atenção dos alunos para a manutenção de “*um olhar clínico*”, direcionado à inspeção vigilante de toda a superfície corporal, um olhar constantemente canalizado para a observação de alterações e sinais de anormalidades. Nessa perspectiva, os estudantes não deveriam apenas olhar, mas “*saber enxergar*” os sinais que pudessem estar associados a quadros patológicos, importantes na formulação dos cuidados em enfermagem. Para alcançar este “olhar clínico”, era importante saber diferir e identificar aspectos diversos como texturas, colorações, formas, espessuras, assim como suas incontáveis variações. Por isso, Aline

advertia: “*Vocês vão precisar de muita memória. Precisam aprender, estudar, memorizar para conseguir detectar*”. Alcançar e partilhar da linguagem e dos códigos do grupo tornava-se fundamental, já que através do processo de formação o estudante deveria filtrar os fenômenos corporais, selecionando-os e traduzindo aspectos significativos nos temas da saúde e doença, do normal e do patológico. Tatiana, docente, me explicou a importância da manutenção deste olhar vigilante sobre o corpo:

“As fezes te dizem muito sobre as condições fisiológicas. Por exemplo, a condição de fígado, né? Condições de vias urinárias, o rim como é que tá funcionando. Às vezes o paciente não sabe te dizer... A gente avalia, né? A pele, se tem lesões, se tem edemas, se tem alterações. [...] Quando a gente fala assim: ‘meninos, vocês precisam perguntar do cocô do paciente e do xixi’. Eles dizem: ‘ah, eu perguntei, ele disse que é normal.’ Mas o que é normal? Então, você enquanto enfermeiro, tem que perguntar, dar opção para o paciente porque ele não sabe te responder. ‘Como é que tá o cocô?’ ‘Normal’. ‘Normal como’. Aí você fala: ‘tá pastoso, tá ressecado, tá líquido? Que cor? Amarelo, preto, branco?’. Aí eu falo pra eles: ‘vocês sabiam que tem cocô branco? É uma disfunção de vias biliares, da produção de bilirrubina’. Às vezes o paciente não sabe, nem você sabe e nem o médico sabe. Então conhecer o cocô do paciente não é pouca coisa, isso é muito importante”. (Tatiana, docente).

Durante a realização das técnicas, os sentidos não eram mobilizados de maneira isolada, conjugando-se a outros à medida que os procedimentos eram empreendidos. No caso da inspeção, ainda que o uso da visão fosse predominante, o olfato se apresentava como um importante aliado para a compreensão das manifestações corporais. Tatiana e Mônica, docentes, me explicaram que a identificação dos cheiros e odores era significativa na avaliação de elementos como as fezes, urina, região genital, hálito ou escarro dos pacientes e, juntamente com a observação de seu aspecto físico, como a forma e a coloração, possibilitava que sinais de alterações ou patologias fossem desvelados. É elucidativo um exemplo proferido por Mônica para me explicar a associação dos odores com determinadas doenças, descrevendo uma metáfora comumente utilizada para caracterizá-la durante a disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher, ministrada no sétimo período:

“Na disciplina de Saúde da Mulher, quando a gente tá aprendendo a fazer preventivo, tem uma doença que a característica dela é que, a hora que a mulher abre as pernas pra gente fazer a introdução do espéculo [instrumento utilizado durante o exame], já vem um cheiro de peixe podre. Eu nunca peguei nenhuma paciente com essa característica, mas houve colegas que pegaram e elas falaram que, realmente, parece um peixe podre”. (Mônica, docente).

Os cheiros e odores passam, assim, a compor o registro dos sinais e manifestações corporais que mais tarde ajudarão o profissional a construir o diagnóstico em enfermagem. No contexto específico das disciplinas de Fundamentos, durante a inspeção da boca no exame físico da cabeça e pescoço, as professoras explicavam aos alunos como o profissional da enfermagem poderia detectar tipos específicos de hálito, como o *hálito cetônico* (odor que remeteria a acetona), o *hálito urêmico* (com odor de urina), *hálito de maçã estragada* (ligado a complicações hepáticas) ou a *halitose* (mau hálito) causada por questões relacionadas à higiene ou infecções. Considerando a importância deste sentido no cotidiano no trabalho, Tatiana falou-me sobre a necessidade de que o estudante construísse o conhecimento tanto da origem dos odores quanto de suas características, para que a sua análise potencializasse e corroborasse para o cuidado do paciente. Nestas avaliações, era preciso atentar-se, sobretudo, ao chamado o *odor fétido* (mau odor ou odor incomum) que, diferente do *odor característico* (comum e indicativo de normalidade), sinalizavam a existência de alterações no interior dos corpos dos pacientes. Nas palavras de Tatiana:

“O odor, ele é o odor característico? ‘Ai, ta fétido.’ Tá, mas esse fétido é cheiro de cocô? Porque você sabe qual é o cheiro do cocô, né? Esse cheiro é de infecção, é de sangue, é algo diferente do que é comum? Então a gente tenta trabalhar isso com eles.” (Tatiana, docente).

Ao lidar com sujeitos doentes, os odores tornavam-se aspectos inerentes aos contextos de cuidado, locais reservados à experiência da doença e às suas emanações. O contato com o corpo adoecido de outro sujeito, juntamente com seus fluidos, secreções e excreções são aspectos comumente dissociados da experiência de pessoas comuns e vivenciados com frequência no cotidiano de enfermeiras e enfermeiros, que experenciam um universo específico de cheiros e odores que necessitam de decodificação. Os excrementos com que lidam, como as fezes, substâncias inflamatórias ou a urina, ainda que sejam socialmente classificados como mal cheirosos, precisam passar pelo crivo de um olfato que saiba discernir o mal cheiroso do fétido ou, em outros termos, o que é característico do que é percebido como uma ameaça. A aquisição da sensibilidade para empreender tais discriminações passa pela formação e, sobretudo, pela prática, através da qual estes sujeitos aprendem a servir-se do seu olfato para empreender o cuidado.

### 3.1.2 A palpação

Em meio aos mais variados procedimentos, dos exames físicos aos banhos de leito, o tato se constituía como outro sentido bastante mobilizado nos contextos de cuidado, sendo também parte importante do aprendizado dos estudantes de enfermagem. Ao entrarem em contato com os pacientes e seus corpos adoecidos, os estudantes deveriam empregar uma pluralidade de ações táteis direcionadas a examinar, compreender, cuidar e aliviar as dores e desconfortos de outrem. Assim, durante o aprendizado das práticas no interior dos laboratórios, a percepção tátil era evocada principalmente através da utilização das mãos, que se tornavam instrumentos centrais por meio dos quais o cuidado era dispensado.

Este era o caso da técnica propedêutica denominada *palpação*, uma prática que derivava da aplicação de posturas e movimentos específicos direcionados às mãos que, posicionadas em locais específicos ao longo da extensão corporal do paciente, possibilitavam o acesso tátil a regiões superficiais ou profundas do corpo humano, variando conforme a intensidade da pressão aplicada durante a ação. A palpação poderia, assim, ser realizada com a mão espalmada, sobrepondo uma das mãos a outra, a partir da utilização das polpas digitais, com o uso do polegar e indicador em formato de pinça, com dorso dos dedos e, por último, com os dedos curvados em formato garra. Tais variações eram mobilizadas de acordo com a exigência e anatomia das regiões corporais avaliadas, permitindo, cada uma ao seu modo, tornar tangível o que estava oculto pela cobertura da pele. Desse modo, por meio da técnica era possível avaliar aspectos como mobilidade, resistência, integridade, sensibilidade e temperatura de órgãos externos, como a pele, mas também de estruturas internas, como as artérias, rins ou fígado. A palpação se constituía em uma das formas de leitura corporal operada por meio da sensibilidade tátil ou, como definiu Luciana em uma das aulas: *“Ela possibilita a obtenção de dados a partir do tato. Não é fácil olhar e ver, por isso tem a palpação”*.

O primeiro contato dos estudantes com a prática da palpação acontecia durante a verificação dos sinais vitais, procedimento no qual aprendiam a aferir manualmente os batimentos cardíacos dos pacientes. Para aplicar a técnica, Aline explicou como deveriam se utilizar das pontas dos dedos indicador e médio posicionados sobre a artéria localizada na altura do pulso do paciente. Ao ensiná-la, Aline indicava aos alunos qual era a sensação específica que deveriam experimentar durante o contato de suas mãos com o corpo do outro, recorrendo a uma analogia que comparava o movimento dos batimentos às ondas do mar. Nesse sentido, era na passagem de cada “onda” o momento no qual deveriam fazer a



contagem dos batimentos, durante um minuto: *“Aqui, nós temos a necessidade da percepção tátil, é preciso saber sentir a onda passando. Coloquem o dedo e tentem sentir. Vocês precisam treinar e aprender”*. Conforme os alunos treinavam uns nos outros, Aline confirmava se a percepção estava sendo construída: *“O que vocês estão sentindo? Uma onda? Tem que sentir a onda na sua mão”*, dizia ela em meio aos treinamentos das práticas. Os alunos, por sua vez, respondiam aos questionamentos tanto em sentido afirmativo, ao constatarem tais sensações, quanto negativamente, solicitando o auxílio da professora. Assim, Aline reforçava: *“Tem que perceber a qualidade da onda. Geralmente é uma onda fluída. Não é só chegar e ‘ah, tá batendo!’ Tem que saber reconhecer a qualidade. Toquem em vocês para sentir”*.

Ao passo que o aprendizado dos procedimentos ia se desenvolvendo, a palpação se tornava mais complexa, se estendendo às diferentes regiões do corpo. No exame físico do sistema digestório, a palpação era realizada na região abdominal, podendo ser superficial ou profunda. Durante a palpação superficial, o estudante era ensinado a apoiar a mão com os dedos estendidos sobre a região e pressioná-la em 1cm de profundidade, utilizando-se de movimentos leves empreendidos no sentido horário, por meio dos quais era possível acessar dados como a sensibilidade e integridade dos órgãos internos e a identificação de massas produzidas pelo sistema digestório. Na palpação profunda, por sua vez, era possível acessar dados mais furtivos, como a determinação da localização dos órgãos abdominais e das massas menos perceptíveis, viabilizando a verificação do tamanho, da forma, consistência, localização e pulsação dos órgãos. Para empreendê-la, o estudante deveria solicitar que o paciente respirasse pela boca e com ela permanecesse entreaberta. Assim, deveria pressionar a região mais profundamente, em 5cm, conforme o paciente expirasse. A duas mãos poderiam estar ambas apoiadas sobre o corpo do paciente ou uma apoiada uma sobre a outra, segundo a técnica bimanual.

#### **Imagem 8: palpação utilizando técnica bimanual**



Fonte: BARROS (2016)

A figura acima demonstra a técnica de palpação bimanual realizada no fígado. Nesta circunstância, era necessário que os estudantes atentassem para as características do órgão que, além de indolor ao toque, deveria ser normalmente provido de bordas firmes, macias e lisas. Para a realizar técnica, o estudante era orientado a se posicionar à direita, colocando sua mão esquerda sob as costas do paciente, na região abaixo do tórax direito. Já a mão direita do estudante deveria ser posta na região superior do abdome do paciente, para com ela realizar a compressão em movimentos direcionados para dentro e para frente. Enquanto a mão direita realizaria esta ação, a mão esquerda permaneceria pressionando o tórax para cima. A partir desse encadeamento de movimentos, juntamente com inspiração profunda do paciente, o fígado seria deslocado para baixo, momento no qual o estudante deveria tentar sentir as características de sua borda, identificando as alterações. *“Tentar sentir o fígado não é fácil. Qual é a sensação?”*, dizia Aline. Por esta razão era importante ter em mente suas especificidades, pois a percepção tátil deveria ser construída a partir de um conhecimento das características corporais palpáveis.

“O que a gente consegue sentir? Onde? Se a gente não tiver a percepção do que estamos sentindo, fazemos uma palpação muito superficial. Temos que lembrar sempre do porque eu estou fazendo aquilo. Não é só executar a técnica”. (Aline, docente).

Em muitos casos, para além da detecção de sinais indicativos de anormalidades, os estudantes deveriam se utilizar da sua tutilidade para localizar regiões corporais específicas, nas quais os procedimentos seriam realizados. Algumas destas situações eram vivenciadas durante a realização da “técnica em Z”, apresentada no capítulo anterior, ou a verificação do pulso apical, procedimento no qual escutavam os sons cardíacos na região do ápice do coração. Na ocasião do treinamento deste procedimento, um grupo de estudantes pediu que eu as auxiliasse ocupando a posição de paciente, uma vez que o meu peso favoreceria a localização da área pretendida. Deitei-me sobre a maca, enquanto as estudantes utilizavam-se do tato para fazer a contagem de cada um dos espaços entre os ossos das minhas costelas, iniciando da região abaixo do pescoço, na altura da clavícula. O estetoscópio deveria ser colocado no quinto espaço entre as costelas, denominado espaço intercostal, para que a ausculta fosse realizada.

Contudo, tal procedimento adquiria maior complexidade ao ser realizado em pessoas com maior taxa de gordura corporal ou em mulheres, já que a posição dos seios também dificultava a localização do pulso apical. Neste caso, como as estudantes haviam tido dificuldades para alcançar o ponto exato, Aline se encaminhou até a maca onde eu estava e

demonstrou como deveriam proceder. Enquanto eu estava deitada e imóvel sobre a maca, as estudantes se puseram ao meu entorno. Aline, então, explicou: “*Temos que reconhecer os espaços intercostais com os dedos*”, dizia ela conforme as pontas dos seus dedos acompanhavam a posição dos meus ossos. E continuou: “*deslizem os dedos para sentir o desenho dos espaços intercostais*”. Ainda que o procedimento se utilizasse do estetoscópio enquanto um instrumento importante para a ação, havia uma centralidade direcionada ao uso das mãos, mais especificamente dos dedos, que eram responsáveis por localizar o lugar exato no qual o instrumento deveria ser colocado.

Com efeito, as dificuldades na realização dos movimentos, aliada à percepção tátil ainda incipiente ao apreender os locais do corpo e seus sinais, tornavam-se evidentes entre os estudantes, que constantemente eram impulsionados ao treinamento das técnicas, já que para as professoras a habilidade era uma questão de prática: “*Quanto mais você faz, mais você tem habilidade*”, diziam durante as aulas. Enquanto me examinava em uma destas ocasiões, Amália, estudante, comentava que havia adquirido o hábito de treinar as práticas em seus familiares e me disse: “*Acho que o negócio é treinar mesmo*”, julgando a palpação como a técnica que mais lhe era complexa. Segundo a estudante, a prática envolvia “*um aperfeiçoamento*”, algo a ser aprendido e desenvolvido, evidenciando como a técnica da palpação não se tratava puramente de empreender um manuseio dos corpos, mas de realizar uma ação exploratória, no sentido de buscar dados sensíveis através do tato. Tal capacidade não poderia, então, ser natural ou inerente ao estudante; deveria ser ensinada, adquirida e elaborada.

### 3.1.3 A ausculta

Nos contextos de cuidado, o corpo se constituía, ainda, em um universo ressonante, decifrado a partir da audição, sendo seus sons e ruídos internos transmutados em dados acerca da condição física do paciente. Esta ação era realizada por meio da técnica da ausculta, procedimento no qual o estudante deveria ouvir os sons produzidos pelo corpo, fazendo-o com o auxílio do estetoscópio, que consistia em um instrumento utilizado para conduzir as sonoridades dos corpos dos pacientes até os ouvidos do profissional. O estetoscópio era composto por duas hastes de metal com extremidades fabricadas em silicone que deveriam ser inseridas nos ouvidos. Conectado às hastes, havia um tubo de condução flexível, que continha em seu ápice o diafragma, um dispositivo circular que seria colocado em contato direto com o corpo do paciente. Posicionando o estetoscópio em diferentes regiões do corpo, o estudante

de enfermagem era ensinado a localizar as áreas específicas nas quais era possível que as sonoridades corporais fossem ouvidas, assim como identificar suas características, tornando manifestos, assim, elementos não apreensíveis pelo olfato, visão ou pelo toque.

A ausculta, que consistia no ato de escutar os sons internos do corpo, integrava o exame físico de algumas regiões e sistemas corporais, como era o caso do sistema respiratório, cardiovascular e digestório. Ao ensinar como os estudantes deveriam auscultar os sons, as professoras os inseriam em um novo domínio sonoro, sistematizado através de um vocabulário que buscava dar conta da diversidade de sons e ruídos produzidos por cada região. No sistema respiratório, por exemplo, os sons normais eram denominados como *som traqueal*, caracterizado por seu aspecto agudo e intenso originados na região da traqueia; o *som brônquico*, produzido na região dos brônquios e caracterizado pelo timbre agudo, intenso e oco; o *murmúrio vesicular*, que possuía timbre grave e mais suave, podendo ser ouvido em toda a área do toráx e o *som broncoviscular*, que se constituía pela conjugação dos aspectos característicos da respiração brônquica e do murmúrio vesicular, sendo auscultado em regiões específicas do tórax.

Já os sons indicativos de anormalidades, eram denominados *ruídos adventícios* e, aos ouvi-los, era preciso atentar-se à sua localização, bem como seu timbre e tempo de duração. Os ruídos adventícios eram definidos como *sibilos*, compreendidos como ruídos sussurrantes e agudos, com duração mais prolongada; o *atrato pleural*, associado ao barulho de estalos e rangidos, comumente exemplificado pelas professoras como uma fricção entre dois pedaços de couro; as *crepitações grossas (bolhosos)*, caracterizadas como sons mais graves, se aproximando do ruído ouvido durante o rompimento de bolhas; os *estertores finos*, compreendidos como sons agudos e de pouca duração, associados ao som produzido pela fricção de feixes de cabelo entre os dedos e, por fim, os *roncos*, sons graves e de curta duração. Nesse sentido, era comum que no decorrer das aulas as docentes aproximassem as percepções dos sons através de analogias ou, ainda, os reproduzissem através de sonoridades que se aproximassem de suas características, com a finalidade de facilitar a percepção dos estudantes. Este saber acerca das características sonoras se originava dos longos anos de prática profissional ou eram extraídas dos manuais que lhes serviam de referência, mostrando-nos como esta estratégia era bastante disseminada dentro do campo.

Além dos exemplos já elucidados, podemos ilustrar também como tais representações sonoras eram empreendidas durante o aprendizado do sistema cardiovascular, procedimento no qual os estudantes deveriam atentar para os sons cardíacos dos pacientes. Estes sons, denominados *bulhas*, eram identificados durante a prática pela letra inicial B,

seguida do número correspondente à sua ordem, ou seja, primeira bulha (B1) e segunda bulha (B2), sendo cada uma destas bulhas reproduzidas por um fonema, que era responsável por caracterizar seus sons. A primeira bulha (B1) era retratada pelo fonema “tum”, enquanto a segunda bulha (B2) era referida através do fonema “tá”. Em conjunto, os sons das bulhas eram reproduzidos por meio da onomatopeia “*tum-tá*”, utilizada para facilitar a percepção de sua audição. As alterações, por sua vez, eram denominadas como *sopros*, que se constituíam em sons adicionais ouvidos de maneira sobreposta às bulhas *tum-tá*, sendo reproduzidos através da onomatopeia “*shih*”, reproduzido através de um ruído que se aproximava de um suspiro. Por esta razão, Luciana explicava durante as aulas a importância de reconhecer o som das bulhas, que indicavam normalidade, para conseguir diferenciá-los dos sopros: “*Que som vocês ouviram? Aqui, tentem ouvir os ruídos da circulação sanguínea. O tum-tá é o que se ouve. Mas tem que identificar o que tá errado, procurar o sopro, atentar para eles; são as anomalias*”.

A atividade exploratória dos sinais corporais por meio dos sons não era apreendida sem dificuldades aos ouvidos novatos dos estudantes, que conseguiam discernir as sonoridades e suas características apenas depois de recorrer diversas vezes ao artifício da repetição. Aline reconhecia as complexidades: “*Temos que doutrinar o nosso ouvido, vocês vão ver que não é fácil. Tem que identificar o que tá errado*”. E ressaltava a importância da prática para a aquisição da habilidade de diferenciar os sons: “*Como vou saber qual é qual? Só com a experiência mesmo. São muitos sons*”. Desse modo, o ouvido deveria passar pela prática para que alcançasse percepção direcionada a detectar a sonoridade corporal. As descrições, analogias e onomatopeias eram úteis na ampliação do campo de conhecimento sonoro dos estudantes, mas a prática se fazia necessária para que a audição, ainda insipiente, se tornasse capaz de dar sentido aos sons outrora incompreensíveis. Associado aos conhecimentos próprios da enfermagem, o corpo se tornava uma superfície passível de ser compreendida também em termos de suas sonoridades, mostrando-nos como a formação em enfermagem implicava embrenhar-se em um domínio sonoro específico, sendo uso dos ouvidos e da audição mais um dos meios de decifrá-lo.

#### 3.1.4 A percussão

Como apontei anteriormente, embora o uso de determinados sentidos prevalecesse em alguns procedimentos, sua aplicação não se dava de maneira isolada, havendo uma convergência das sensorialidades na busca pelos significados das manifestações corporais.

Este era o caso da percussão, a quarta e última técnica propedêutica empreendida durante os exames físicos, que consistia no ato de empregar pequenos golpes em áreas específicas do corpo do paciente, com o intuito de provocar sons e vibrações em sua superfície corporal. Ao contrário da ausculta, os sons produzidos durante a percussão eram ouvidos sem a utilização de instrumentos adicionais e, através da percepção das características ouvidas e sentidas durante a ação, era possível tecer relações com possíveis alterações no estado físico dos pacientes. Desse modo, a percussão era uma ação que envolvia, ao mesmo tempo, tato e audição, sentidos distintos que se uniam em ações e movimentos na busca pelos sinais do corpo.

Os modos de se empreender a técnica também obedeciam a determinadas variações, podendo ser uma *percussão direta*, realizando a ação diretamente sobre o corpo do paciente; a *punho-percussão*, executada com o punho fechado; *percussão com as bordas das mãos*, realizada com os dedos unidos uns aos outros e estendidos; a *percussão por piparote*, empreendida através de petelecos suaves aplicados com uma das mãos e a *percussão digito-digital*, que se constituía na prática mais disseminada e, portanto, mais treinada nos contextos do laboratório-enfermaria. Na percussão digito-digital, o estudante era ensinado a apoiar sua mão não-dominante sobre o corpo do paciente, enquanto os dedos indicador e médio de sua mão oposta (dominante) eram utilizados para dar leves golpes em sua mão apoiada. Esta modalidade de percussão era denominada, também, como percussão indireta, já que os pequenos golpes não eram operados diretamente sobre a superfície corporal do paciente, mas sobre a própria mão do profissional. A partir desses movimentos, cujos gestos eram analogicamente associados às batidas de um martelo, tornava-se possível ouvir um som bastante alto que deveria ser classificado de acordo com algumas características específicas, a depender da região e condições físicas do paciente.

**Imagem 9: percussão digito-digital**



**Imagem 10: percussão piparote**



O exame físico do sistema respiratório era um dos momentos no qual a percussão era mobilizada, sendo empreendida a partir da técnica digito-digital aplicada na parede torácica, mais especificamente nos espaços intercostais (entre os ossos das costelas). Naquela aula, um dos estudantes seria o paciente e estava sentado sobre o leito. Com a mão apoiada sobre o seu corpo, Aline explicou como os dedos – indicador e médio – deveriam fazer os movimentos da maneira correta, para que os sons fossem ouvidos com nitidez. Os dedos mantinham-se levemente flexionados e firmes durante as batidas, que se repetiam por três vezes em cada ponto de percussão. Durante a ação, as mãos eram mobilizadas através de movimentos conjugados do punho e dos dedos, como se realmente “martelassem” a superfície corporal do paciente, tal como na analogia utilizada. Embora este movimento fosse marcado pela firmeza e precisão, conservavam em si uma impressionante delicadeza.

“É importante vocês reconhecerem o som uma víscera oca ou cheia”, dizia a professora durante as demonstrações. Eram muitos os sons que poderiam se manifestar durante a percussão do sistema respiratório. Em situações normais, nas quais havia presença de ar nos pulmões, o som deveria ser *claro pulmonar*, que possuía um timbre claro e oco. Já os sons indicativos de alterações eram o *som hipersonoro*, caracterizado como um som mais intenso e grave; os *sons maciços*, compreendidos como sons surdos e secos; os *sons submaciços*, que eram sons mais suaves e com frequência mais alta e, por último, o *som timpânico*, caracterizado pela percepção oca e associado ao som produzido pelas batidas de um tambor.

Conforme demonstrava a técnica aos alunos, Aline os empregava em diferentes regiões do tórax, de cima para baixo, como se empreendesse movimentos em zigue-zague ou em z, como eram denominados nos termos locais. Mantendo sempre a simetria, os movimentos eram iniciados pelo lado direito, avançavam para o lado esquerdo (seguindo o mesmo nível) e retornavam para o lado direito e inicial, agora na região abaixo da área anteriormente percutida. Aline percorria esta ordem até que alcançasse toda a extensão do tórax. No momento aberto aos treinamentos, uma das alunas se preocupou: “*Parece que tá tudo a mesma coisa!*”, enquanto sua colega questionava a complexidade da técnica: “*Será que eu vou sentir isso, professora?* Aline buscava tranquilizá-los: “*Não é fácil sentir. Só treinando mesmo. Com a prática vocês vão aprendendo*”.

Contudo, as atribuições de sons normais ou anormais variavam de acordo com as regiões e sistemas corporais percutidos. Se na percussão do sistema respiratório, os sons timpânicos, maciços e sub maciços eram característicos de alteração, eles se constituíam como normais ao serem ouvidos no estômago e intestino (onde se ouvia o som timpânico) ou

no fígado e baço (locais onde normalmente se percebiam os sons maciços e submaciços). Por esta razão, era importante que os estudantes atentassem não somente para os sons e suas características, mas para os sentidos e significados que lhes eram atribuídos ao serem ouvidos em diferentes regiões do corpo, para assim classificá-los nos termos do normal e do patológico.

“Temos que treinar bastante o nosso ouvido, nosso tato, para o que é fisiológico para saber o que é normal e o que é patológico. Temos que ter a destreza para identificar as irregularidades. A caracterização e a identificação das alterações é difícil. Nós temos dificuldades? Então temos que treinar, educar o ouvido”. (Aline, docente).

Para empreender a percussão com eficiência, era necessária a aquisição de uma destreza que envolvia não só uma habilidade tátil para que as ações produzissem sons nítidos, mas para que esses sons fossem decodificados de acordo com os códigos locais, identificando-os e associando-os a quadros patológicos. Nesse sentido, a percussão era um procedimento que conjugava a construção de uma dimensão duplamente perceptiva, aliando tato e audição, sentidos que se misturavam em meio aos movimentos e ações direcionadas a manipulação dos corpos dos pacientes.

### **3.2 Uma Antropologia dos sentidos: o corpo como superfície inteligível**

Os estudos antropológicos sobre os sentidos<sup>24</sup> tem buscado apontar como as questões relacionadas às percepções sensoriais não estão vinculados a uma capacidade exclusivamente biológica para enxergar, tocar, cheirar, degustar ou ouvir. Ao contrário, nosso universo sensorial se constitui como uma dimensão atravessada pela cultura e seu simbolismo. Segundo Constance Classen (1997), o pressuposto fundamental para uma antropologia dos sentidos deve ser o entendimento de que a percepção sensorial se constitui como uma questão

---

<sup>24</sup> O significativo interesse pelos estudos dos sentidos enquanto tema específico de preocupação antropológica remonta a um passado relativamente recente, que data o final dos anos 80 e início da década de 90 do século passado. O marco da emergência deste subcampo direcionado aos estudos sensoriais se deu com a criação da equipe de pesquisa Concordia Sensoria Research Team (CONCERT), fundada no ano de 1988, junto a Universidade de Concórdia, no Canadá. O CONCERT se originou da iniciativa de dois pesquisadores do campo das ciências sociais, o antropólogo David Howes e o sociólogo Anthony Synnott, que partiram do interesse de produzir trabalhos que abordassem os sentidos a partir de um enfoque social e cultural. Assim, o grupo, que em 2011 viria a denominar-se Centre for Sensory Studies, se estabeleceu com a participação de diversos outros pesquisadores envolvidos com o tema, se consolidando como um espaço de produção de trabalhos acerca da sensorialidade, contribuindo para o estabelecimento do tema da cena antropológica e para o surgimento de uma antropologia dos sentidos. (HOWES; CLASSEN, 2014; HOWES; MARCOUX, 2006; CASTRO, 2018).



ao mesmo tempo física e social. Assim, quando tratamos da sensorialidade, não estamos apenas referindo-nos a um meio de assimilar fenômenos físicos que permeiam os ambientes que cruzamos, mas estamos lidando com mecanismos por meio dos quais valores culturais são transmitidos. Para Classen (1997), cada sociedade ou grupo social estabelece e se utiliza de domínios sensoriais específicos, instituindo ou restringindo as formas de olhar, ver, tocar, cheirar ou degustar de acordo com certos códigos sociais. Nas palavras da autora, “a visão pode estar ligada à razão ou à bruxaria, o gosto pode ser usado como uma metáfora para a discriminação estética ou para a experiência sexual, um odor pode significar santidade ou pecado, poder político ou exclusão social”. (CLASSEN, 1997, p. 402, tradução nossa).

Nesta perspectiva, Classen (1997) afirma que a elaboração cultural da sensorialidade seria responsável por moldar tanto a nossa experiência quanto o nosso entendimento acerca de nossos corpos e do mundo onde vivemos, sendo os sentidos uma configuração por meio da qual as normas sociais se inscrevem na nossa percepção sensorial. Assim, a abordagem dos sentidos coloca-nos em contato com uma profusão de simbolismos que nos explicam as razões pelas quais sensações particulares possuem uso e valores simbólicos específicos, de acordo com os mais diversos contextos. Para a autora, estes múltiplos conjuntos de valores e significados atribuídos aos sentidos formam os “modelos sensoriais”, que se constituiriam em paradigmas perceptivos que as sociedades ou grupos sociais empregam, cada um ao seu modo, para que os sujeitos tornem-se capazes de simbolizar o mundo ao seu redor, tornando suas apreensões perceptivas inteligíveis a partir de uma visão de mundo específica.

Partindo de uma ótica semelhante, o antropólogo David Howes (1990) também aponta o caráter fundamental dos sentidos na existência dos sujeitos, afirmando como os ambientes que nos circundam tornam-se compreensíveis somente através de uma experiência fundada na sensorialidade. Nesse sentido, Howes (1990) enfatiza, em consonância com Classen (1997), como os modos pelos quais nos utilizamos dos nossos sentidos e as formas como forjamos e compreendemos nosso universo sensorial são mediadas e circunscritas ao contexto cultural ao qual pertencemos. Ao considerar a percepção sensorial como culturalmente modelada e mutável, o autor mostra-nos como são também múltiplas e variáveis as experiências de realidade produzidas pelos diferentes domínios sensoriais, pertencendo à ordem da cultura, ultrapassando uma capacidade fisiológica dos sujeitos. Howes (1990b) aproxima, assim, a sua concepção de *techniques des sens* da noção mausseana de *técnicas do corpo*, apontando como a educação dos sentidos seria parte constituinte do que Mauss (2003) chamou de transmissão das técnicas do corpo, através da qual as capacidades

sensoriais seriam desenvolvidas mediante um processo de aprendizagem cuja origem é a cultura.

Ao lançarmos o olhar sobre as técnicas propedêuticas utilizadas durante a realização dos exames físicos, percebemos como a prática da enfermagem está munida de diferentes modalidades sensoriais e como o cuidar passa também pela construção de habilidades perceptivas intimamente associadas a um universo de cheiros, toques, sons e imagens específicas. A partir do contato com estas técnicas, os estudantes deveriam aprender a mobilizar os órgãos sensoriais do seu próprio corpo, no intuito de identificar sinais corporais que se manifestariam em corpos outros, decifrando-os em termos do que era normal ou patológico, segundo as categorias da biomedicina que compõem o universo aqui investigado. Em outras palavras, os mais diversos fenômenos corporais deveriam ser colocados sob o crivo de uma percepção particular para, assim, serem apreendidos, discernidos e traduzidos nos termos de códigos específicos. O objetivo, portanto, não era apenas reconhecer a especificidade da biomedicina, mas investigá-la a partir de uma antropologia do corpo, dos sentidos e da técnica.

Logo, quando ingressavam na graduação, os estudantes de enfermagem adentravam, também, em um universo sensorial novo e desconhecido, através do qual sua percepção sensorial deveria ser reconstruída de acordo com um “modelo sensorial” particular, para usar os termos de Classen (1997). O modelo sensorial do cuidado pressupunha o conhecimento sobre uma variedade de características corporais visíveis, palpáveis, audíveis e emanáveis em cheiros e odores, uma vez que a sensorialidade só poderia ser construída levando em conta as qualidades próprias de cada região do corpo. Era necessário conhecer texturas e tamanhos característicos de cada órgão, a coloração e odores normais emitidos pelas excreções corporais e os sons regulares produzidos em regiões determinadas, para que estes dados em condição de normalidade pudessem ser diferenciados das alterações que indicassem quadros patológicos. A construção da percepção se iniciava, dessa maneira, pela assimilação do normal, para que com base nele os estudantes reconhecessem os aspectos indicativos de anormalidade. Tal enfoque implicava que os sujeitos se direcionassem a sensações particulares, que exigiam um aprendizado que os conduzisse para a seleção de determinados dados em meio a uma infinidade de outros elementos disponíveis e passíveis de decodificação. Nesta perspectiva, os sentidos se tornavam constituintes de uma sensorialidade própria de enfermeiras e enfermeiros, não se tratando somente de ver, ouvir, palpar e cheirar, mas de aprender a usar tais sensorialidades de modo específico, através de um modelamento dos sentidos destinado a um objetivo particular, o cuidado da enfermagem.

No que concerne a este ponto, Le Breton (2016) explicou-nos como a sociedade, ao estabelecer uma orientação específica sobre os sentidos, promove uma triagem, ou melhor, um filtro que apreende apenas aquilo que os sujeitos foram ensinados a assimilar ou o que foram levados a reconhecer ao mobilizá-los. Segundo o autor, a percepção consiste em uma atividade, através da qual o mundo é decodificado, transformado em familiar e compreendido. Ao contrário de uma impressão passiva, a percepção é, nas palavras do autor, “uma atividade de conhecimento diluída na evidência ou fruto de uma reflexão. Não é o real que os homens percebem, mas imediatamente um mundo de significações”. (2016, p. 26). Para decifrar os elementos ao seu redor, os sujeitos desfrutam de uma escala sensorial onde se assentam as percepções e por meio do qual a cultura institui as possibilidades do que percebem, articulando um domínio sensorial específico. Para Le Breton (2016), a percepção se constitui, em suma, como uma interpretação que, vinculada a uma condição social e cultural dos sujeitos, altera as maneiras pelas quais as coisas são percebidas de sociedade a sociedade ou dentro de uma mesma sociedade, onde existem variações culturalmente tangíveis, como é o caso do grupo de enfermagem estudado. Ao tratar da diversidade de percepções possíveis a respeito de uma única floresta, o autor afirma:

Percorrendo a mesma floresta, indivíduos diferentes não são sensíveis aos mesmos dados. Existe a floresta do coletor de champignons, do passeante, do fugitivo; a floresta do índio, do caçador, do guarda-florestal ou do caçador ilegal, a dos apaixonados, dos extraviados, dos ornitólogos; a floresta igualmente dos animais ou da árvore, a do dia e a da noite. Mil florestas na mesma, mil verdades de um mesmo mistério que se esquia e que jamais se dá senão em fragmentos. Não existe a verdade da floresta, mas uma infinidade de percepções a seu respeito segundo os ângulos de aproximação, de expectativas, de pertencas sociais e culturais. (LE BRETON, 2016, p. 12)

Assim, o corpo enfermeiro se constitui como um corpo particular, ao tornar-se decifrável através de uma sensorialidade específica. Esta sensorialidade, orientada pela detecção de dados relevantes para este grupo social, se utiliza de códigos próprios para que os elementos do mundo sejam traduzidos em temas inteligíveis, sendo necessário, assim, o domínio e a mediação da linguagem. Nos cenários da enfermagem, observamos a elaboração de um amplo arsenal de termos para lidar com diferentes sons, formas e cores, buscando dar conta de uma diversidade de variantes percebidas na superfície corporal. Como apontou Le Breton (2016), os termos utilizados para definir as diferentes percepções sensoriais tornam-se centrais, uma vez que cristalizam a sensorialidade em seu aspecto significativo, possibilitando que a construção significativa dos sentidos seja elaborada. Assim, em suas palavras, “as

coisas só se tornam reais por sua entrada no registro da linguagem” (2016, p. 30) que como mediadora, possibilita o compartilhamento dos sentidos.

Classen e Howes (2019), também apontam a centralidade da língua para a construção sensorial, ao afirmarem como número de palavras mobilizadas para descrever as sensações podem se constituir como indicativos da importância dos órgãos sensoriais no interior de determinado contexto. Recursos linguísticos, como metáforas, analogias, onomatopéias sensoriais e gestos tornam-se, dessa maneira, importantes elementos de aproximação perceptiva, ao serem utilizados para transmitir um significado através da associação com outros elementos (CLASSEN, 1997). Quando, no campo da enfermagem, as professoras mobilizavam um arsenal de terminologias ou se utilizam de figuras de linguagem para representar sons, imagens e cheiros, elas estavam buscando construir a percepção dos estudantes através da utilização de referenciais sinestésicos, concedendo-lhes definições e associações que permitiam que o corpo se tornasse tangível e objetivamente mensurável por meios sensoriais.

Nesse sentido, vemos como o processo de compreensão do corpo pela enfermagem passava pela decodificação de seus aspectos sensíveis, buscando associá-los a uma significação traduzida em termos de saúde e doença, cuja interpretação estava condicionada a uma visão de mundo particular ou, nos termos nativos, ao olhar clínico do cuidado em enfermagem. Nesta acepção, o paciente evidenciava-se como o foco de realização do cuidado, se constituindo, também, como o centro dos processos de entendimento das patologias, cujo diagnóstico deveria partir de uma ação exploratória detalhada através do uso dos sentidos do profissional. Michel Foucault (1977), em *O nascimento da clínica*, mostrou-nos como este modo particular de perceber os corpos adoecidos remonta a um período específico da história da sociedade ocidental, associados a rupturas e transformações epistemológicas ocorridas no final do século XVIII e que impactaram na prática da semiologia, que na época era empreendida por profissionais da medicina. Este marco se deu com o advento da anatomia patológica, que se apresentou como um episódio importante não somente para o surgimento da medicina moderna, mas como um processo que corroborou para a construção de uma nova perspectiva direcionada à investigação do corpo.

Como apontou o autor, a dissecação de cadáveres possibilitou a emergência de um novo saber sobre a vida e a doença, erigindo-se paradoxalmente através da morte. Diante do conhecimento das alterações produzidas nos corpos acometidos pelas patologias, o conhecimento sobre o corpo e a doença adquiriu uma base empírica, tornando visível o que se mantinha até então oculto nas estruturas profundas do corpo. Com isso, a morte permitiu que

as etapas e formas das doenças fossem estabelecidas e analisadas, fazendo do corpo uma estrutura inteligível por aspectos que ultrapassavam seus sintomas manifestos<sup>25</sup>, sendo compreendido, sobretudo, por meio de sua espessura orgânica. Nesse contexto, a patologia passa ser vista como “um conjunto de formas e deformações, figuras, acidentes, elementos deslocados, destruídos ou modificados que encadeiam uns com os outros” (FOUCAULT, 1977, p. 155), devendo o profissional não somente ver o corpo na busca pela doença, mas penetrá-lo, superando uma perspectiva analítica em proveito de uma análise expandida de suas superfícies perceptíveis. Os invólucros corporais que ocultavam seus elementos são, assim, sobrepujados pelos sentidos, buscando constantemente contornar suas barreiras e torná-los perceptíveis.

Esta reformulação do saber sobre o corpo, nos dirá Foucault (1977), promoveu o surgimento de uma nova semiologia, que deixa de se constituir como uma leitura sobre o corpo para tornar-se um conjunto de técnicas que possibilita a construção de uma *anatomia patológica projetiva* ou, em outras palavras, como uma prática que não acessa somente o manifesto, mas o oculto, voltada a descobrir dados espaciais ao identificar as alterações em termos de forma, grandeza, posição e direção dos órgãos e tecidos do corpo humano. Para o autor, a nova semiologia se fundamentaria em uma extensão do olhar clínico, mobilizando campos sensoriais que extrapolariam o uso do olhar, adquirindo contornos de uma estrutura plurisensorial pautada na trindade visão-tato-audição, uma triangulação sensorial que passa a se constituir como vital ao saber anátomo-clínico.

A trindade visão-tato-audição define uma configuração perceptiva em que o mal inacessível é cercado por balizas, avaliado em profundidade, trazido à superfície e virtualmente projetado nos órgãos dispersos do cadáver. O “golpe de vista” tornou-se uma organização complexa por um assinalamento espacial do invisível. Cada órgão dos sentidos recebe uma função instrumental parcial. E o olho não tem certamente a mais importante [...]. (FOUCAULT, 1977, p. 188).

Foi sob esta atmosfera científica que, a partir da segunda metade do século XIX, a Enfermagem moderna emergiu, vinculando-se desde seus primórdios ao âmbito hospitalar e, conseqüentemente, ao modelo biomédico, no momento em que hospitais passaram a se constituir em um espaço de diagnóstico, cura e pesquisa. A enfermagem, como área que

---

<sup>25</sup> Até o século XVIII, segundo Foucault (1977), a doença se tornava compreensível através das manifestações sintomáticas dos corpos enfermos. Assim, os sintomas se constituíam no foco do processo diagnóstico, entendidos como a expressão concreta das patologias, sendo analisados e transformados no próprio signo da doença. Nas palavras do autor, “todos os sintomas poderiam se tornar signos, todas as manifestações patológicas falariam uma linguagem clara e ordenada” (p. 107).

integra as ciências da saúde, passou a compartilhar destas noções desde o seu nascedouro, se situando como uma das áreas munidas da função de operar a manipulação dos corpos adoecidos, percebendo os sintomas e sensações corporais de acordo com códigos particulares vinculados ao pertencimento a um grupo específico (PIRES, 1989). Assim, percebemos como este modo particular de compreender o corpo e a doença constituiu-se como parte de um movimento mais amplo, oriundo de uma reestruturação epistemológica que situou a dimensão corporal no âmago dos processos de produção de conhecimento nos cenários da biomedicina, concebendo-o e agindo sobre ele de modo culturalmente específico.

O corpo pode, assim, ser percebido como uma superfície eivada por imaginários sociais, vinculadas ao estado social e à noção de pessoa de cada coletividade. Essas concepções, variáveis de sociedade para sociedade, revestem o corpo de sentido, lhe atribuem valor e situam seu lugar na estrutura simbólica de determinado grupo, designando seu funcionamento e suas partes, significando ações e expressões, localizando todos esses elementos em concordância com visões de mundo específicas. Nesse sentido, o corpo e os sentidos operam como mediadores da relação dos sujeitos com o mundo, sempre atrelada a uma dimensão simbólica. (LE BRETON, 2013; LE BRETON, 2016). Na enfermagem, o corpo tornava-se uma superfície passível de ser compreendida através da tradução de visões, tatilidades, cheiros e sons em uma perspectiva particular, colocadas diante de uma sensorialidade e significações específicas, aspectos que reforçavam a premissa de que os sentidos, seus limites e a maneira como operam estão permeados por valores sociais, sendo tributários de uma lógica que é social, cultural e histórica. (HOWES; CLASSEN, 2014). Assim, Le Breton (2016) nos explica que

Se as percepções sensoriais fazem sentido, cobrem o mundo de referências familiares, é porque elas se alinham às categorias de raciocínio próprias à forma com a qual o indivíduo singular se adequa ao que ele aprendeu de seus pares, de suas competências particulares como cozinheiro, pintor, perfumista, tecelão etc. Ou de suas viagens, de suas relações, daquilo que suas curiosidades lhes ensinaram. [...] Sentir o mundo é outra maneira de pensá-lo, de transformá-lo de sensível em inteligível. (2016, p. 28-29)

Este modo de dar significado ao mundo ou o modo particular de investigar e tornar o corpo compreensível, como nos termos aqui analisados, se configurava por uma tecnologia que não era da máquina, mas que se materializava e se concretizava nos corpos das enfermeiras, enfermeiros e estudantes de enfermagem, passando pelo uso da sensorialidade. Segundo Le Breton (2016), a percepção é um acesso ao conhecimento, de modo que o saber sensível se torna um saber corporalmente registrado, apreendido e interiorizado por meio da

educação e do hábito, operando uma expansão no universo sensorial dos sujeitos. Se os estudantes, ao adentrarem na graduação, possuíam sentidos ainda insipientes, era porque se encontravam no início de um processo de educação que também era sensorial. Em meio aos ensinamentos e treinamentos, eles iriam aos poucos aprendendo a perceber o corpo e seus sinais, por meio de uma aquisição que só poderia dar-se efetivamente através da prática.

### 3.3 O lugar da prática na construção da habilidade

Enquanto ainda iniciava meus primeiros contatos com aqueles que se tornariam os interlocutores desta pesquisa, ouvi de um dos professores da faculdade de enfermagem que a noção de cuidado significava estar junto do paciente, realizando as atividades na presença do outro: “*o cuidado para mim é uma atividade presencial; cuidado é junto*”, me disse Maurício em entrevista. Para ele, entre todas as dimensões presentes nas atividades das enfermeiras e enfermeiros, a prática junto ao paciente era a função primordial da enfermagem, aquilo que definia efetivamente o que era o cuidar. Por isso, o enfermeiro e professor apontava a importância de que a formação destes profissionais estivesse intimamente vinculada às atividades práticas durante a formação.

“A ciência da Enfermagem tem que caminhar junto com a prática. [...] Nós temos pós-graduação, tem mestrado, tem residência, daqui a pouquinho vai ter especialização, vai ter tudo, tudo bem! Mas nós não podemos esquecer de ensinar bem o cuidar na graduação.” (Maurício, docente).

Naquele encontro inicial, já era possível entrever o que se tornaria evidente ao longo dos meses de trabalho de campo: o lugar central atribuído à dimensão prática nos contextos de cuidado. Como apontei por diversas vezes no decorrer deste trabalho, as atividades ensinadas aos estudantes eram dotadas de grande especificidade, compostas por etapas, movimentos e gestos particulares que eram guiados por técnicas que orientavam as ações. Contudo, ainda que a dimensão teórica fosse muito valorizada, por se constituir como a base dos procedimentos, havia a concepção de que o aprendizado efetivo só se daria com a prática, por meio da qual o conhecimento poderia ser apreendido e aperfeiçoado.

No primeiro contato com as técnicas, os futuros enfermeiros afirmavam nada perceber. Lara, estudante, me disse em entrevista: “*Logo de inicio eu não conseguia perceber nada. Pra mim estava normal, sinceramente. Eu não conseguia perceber muita diferença não*”. Os estudantes, enquanto novatos em um ambiente profissional, ainda não distinguiam sons, não conseguiam palpar e sentir as características dos órgãos ou identificar odores específicos. Em contato com os múltiplos dados disponíveis sobre os corpos dos pacientes,

seus sentidos principiantes não eram capazes de construir um diagnóstico preciso. Assim, na busca pela aquisição desta corporalidade, o processo de aprendizado se tornava inquietante, já que estava permeado pela incerteza diante da eficácia da ação, sobretudo pelo fato de estar associada ao tratamento de sujeitos adoecidos. Embora as dificuldades os afligissem nas tentativas iniciais, eles compreendiam de antemão que progressivamente elas diminuiriam, dando lugar à habilidade.

A respeito destas experiências introdutórias, Helena e Ana, estudantes, me disseram:

“Eu tenho dificuldade em diferenciar, tipo, o som do pulmão, o som do abdome... sabe? Isso é uma coisa que você vai aprendendo. Em Fundamentos I, eu não diferenciava nada. Se me perguntasse ‘você tá batendo onde?’, eu [falava] não sei. [...] Você começa a fazer as coisas e você fica ‘eu tô ouvindo certo, eu tô fazendo certo’, sabe? Você duvida muito se é aquilo, se é aquele som realmente. Eu, por exemplo, não sabia diferenciar, então para mim era tudo a mesma coisa. Eu tava batendo na costela, eu tava batendo no pulmão, no abdome e para mim era o mesmo som”. (Helena, estudante).

“Quando você chega no paciente é uma coisa que, além de ser cansativa, você sente medo de achar alguma coisa. Você fica ‘meu deus, será que eu vou saber achar? Será que realmente vai ter alguma coisa? Será que eu não vou estar doida? E se ele tiver alguma coisa e eu não ver? Eu ficava assim”. (Ana, estudante).

Para alcançar o domínio do saber-fazer em enfermagem, não bastava ater-se às explicações da professora em um ambiente formal de sala de aula, onde os conceitos sobre a prática eram transmitidos de modo abstrato. Para além de um desenvolvimento estritamente cognitivo, aprender a realizar a prática implicava uma conduta corporal ativa dos sujeitos nos contextos de cuidado. Através deste engajamento, que se tornava possível somente através da inserção nos espaços e do contato com os corpos adoecidos, os estudantes desenvolveriam as capacidades perceptivas, que permitiriam a transformação em um corpo distinto e específico. Nesta perspectiva, Mônica, docente, me explicou:

“[É complicado] o primeiro contato, a primeira vez que a gente vai pegar para fazer. Ver o professor demonstrando é uma coisa, depois você ir fazer é outra coisa. E aí o importante, eu sempre falo com os meus alunos isso: ‘eu vou demonstrar a primeira vez, mas é extremamente importante vocês pegarem para fazer’. Na minha época era difícil desenvolver a destreza porque a gente não tinha como fazer mais de uma vez”. (Mônica, docente).

Nesse sentido, havia duas dimensões do aprendizado, aquela caracterizada pela transmissão dos conhecimentos, pautada na explicação e demonstração das professoras, e outra voltada para o engajamento corporal dos sujeitos no interior daqueles espaços. Para empreender os procedimentos da maneira correta e produzir o resultado esperado era preciso,



assim, que os estudantes seguissem a explicação e descrição minuciosa das percepções, gestos e movimentos, através do ensinamento das técnicas, que eram úteis na orientação das etapas e sensações. Mas, acima de tudo, deveriam embrenhar-se corporalmente de modo ativo no ambiente prático para aprender a se movimentar e a perceber as dimensões corporais do outro.

“Depois você vai praticando um pouco, seu ouvido vai ficando mais apurado com isso. Mas assim, é uma coisa que você tem que praticar. Não é uma coisa que a professora te ensina e na hora você vai pegar e vai fazer, sabe? A percussão é muito difícil, porque você tem que estar muito atenta, saber onde você tem que bater para você diferenciar os sons. É um processo de construção, eu ainda estou nele”. (Helena, estudante).

“É igual eu te falei, é a prática. Você vai sentindo, se acostumando com todos os sons. Por exemplo, no pulmão você tem o murmúrio vesicular. À medida que você vai parando e escutando, você vai concretizar que aquilo é realmente murmúrio vesicular. E quando você pegar outro paciente você vai ver que é diferente. E isso eu comecei a perceber quando eu comecei a fazer muito mais [vezes] o exame físico. [...] E aí deu para sentir diferenças. Então, é a prática”. (Lara, estudante).

Os estudantes, portadores de percepções insipientes, não tocavam, sentiam cheiros, ouviam e enxergavam tal como faziam as professoras, munidas de habilidade e experiência. A vivência dos estudantes era a de mergulhar em um universo desconhecido, conduzidos pela bagagem do saber-fazer das enfermeiras e docentes. Elas, por sua vez, eram as responsáveis por conduzir os estudantes no processo de aquisição do conhecimento, proporcionando-lhes não só o arcabouço teórico dos fazeres, mas guiando-os no processo de construção das percepções e de uma modulação corporal específica. Tal condução se dava por meio de orientações e direcionamentos que iam desde as posições adotadas durante os procedimentos, até as sensações precisas que deveriam ser percebidas em dado momento.

Entre os ensinamentos, as docentes destacavam suas próprias dificuldades quando se encontravam na posição dos alunos. Em entrevista, Mônica, docente, me confidenciou: *“Eu sempre tento lembrar de como foi pra mim, sabe? Que pra mim não foi fácil, que é difícil mesmo a primeira vez.”* E continua: *“a destreza em si, ela só vai vir com você fazendo mais vezes e mais vezes. Uma vez só não é suficiente. O negócio é você pegar para fazer mesmo”*. Desse modo, buscavam elucidar aos estudantes como a destreza e a habilidades não se constituíam como propriedades previamente conservadas, mas integravam um processo cuja aquisição se baseava em um árduo e constante treinamento.

“Nesse momento de fundamentos, eles aprendem o procedimento, então eles têm que treinar o ouvido, treinar a técnica, pra eles conseguirem diferenciar o som e o que esse som pode identificar como alteração. O grande desafio é a gente treinar esse ouvido e conseguir efetuar a técnica de forma que ela

seja eficaz pra gente identificar ou não. [...] Eles têm dificuldade, né? É um treinamento”. (Tatiana, docente).

“É muito conhecimento e é pouco tempo, né? E eles tem que construir essa habilidade, a maneira de você fazer isso é você fazendo, aprendendo. A gente tem muito [aula de] laboratório, a gente tem bastante monitor também, que apoiam os laboratórios. E procura colocar outros horários para eles terem oportunidade. Mas às vezes o aluno fala com a gente, assim, que termina o semestre e eles tem a sensação que não sabem nada. Às vezes até passaram na disciplina, né? Mas porque, realmente, é muito conteúdo, muita coisa.” (Aline, docente).

### 3.4 Corpos que aprendem, corpos que ensinam

Quando nos direcionamos aos processos de aprendizado no contexto de cuidado, vemos como a formação em enfermagem se dá por um aprendizado que se concretiza por um longo e árduo treinamento que se processa nos corpos dos sujeitos. Segundo Bruno Latour (2008), “aprender a ser afetado”, consiste em um processo de aquisição corporal que acontece a partir da afetação em relação aos elementos que compõem o mundo sensível. O exemplo do kit de odores da indústria de perfumes é expressivo desse processo, pois ao adquirirem a capacidade de diferenciar tipos diversos de aromas, os sujeitos que passam pelo treinamento aprendem a ter um nariz diferenciado, ou seja, um nariz capaz de distinguir cheiros diversos que não poderiam ser assim percebidos antes do treinamento. O kit, nesse sentido, representa como que uma extensão do corpo, ou nas palavras de Latour, ele é “coextensivo ao corpo”, entendido como um treinamento para ser afetado.

A partir de um nariz mudo, que pouco mais consegue do que identificar odores doces ou fétidos, rapidamente se obtém um nariz, ou seja, alguém capaz de discriminar um número crescente de diferenças sutis, e de as distinguir entre si, mesmo quando estão disfarçadas ou misturadas com outras. [...] Tudo se passa como se pela *prática* ela tivesse adquirido um órgão que define a sua capacidade de detectar diferenças químicas ou outras: pelo *treino*, aprendeu a ter um nariz que lhe permite habitar num mundo odorífero amplamente diferenciado. As partes do corpo, portanto, são adquiridas progressivamente ao mesmo tempo que as “contrapartidas” do mundo vão sendo registradas de nova forma. (LATOUR, 2008, p. 40)

Fugindo de uma abordagem essencialista ou substancialista, Latour nos mostra como o corpo se define e se descreve a partir da afetação. O corpo, para o autor, não se constitui em um receptáculo da alma, do pensamento ou daquilo que é universal. Ele é, sobretudo, “aquilo que deixa uma trajetória dinâmica através da qual aprendemos a registrar e a ser sensíveis

àquilo de que é feito o mundo.” (LATOURE, 2008, p. 39). O processo de aquisição do corpo é um esforço que se dá de forma progressiva e que resulta na produção de um meio sensorial e de um mundo sensível. Dito de outro modo, o ato de aprender a ser afetado produz um corpo que aprende a ter uma nova percepção em termos sensíveis, além de ampliar o repertório pelo qual percebe o mundo. Quando este corpo *aprende* a ser afetado pelos elementos presentes nesse mundo, ele se torna mais definido, ou nas palavras no autor, “uma interface que vai se tornando mais descritível”. (LATOURE, 2008, p. 39).

Quando abordou as experiências de jovens que aprenderam a consumir maconha motivados pelo prazer da experiência, Howard Becker (2008) também nos concedeu questões relevantes para pensarmos a relação entre prática e percepção. Segundo o autor, o usuário novato não desfrutava da sensação desejada em sua investida inicial, sendo necessária uma série de mudanças para que ele fosse levado a fazer uso da substância por prazer. Para que este efeito fosse produzido, era preciso aprender o modo adequado de realizar a técnica de fumar, mas também assimilar determinadas concepções a seu respeito. Este aprendizado estava vinculado ao contato com sujeitos experientes que forneciam orientações detalhadas de como fazê-lo, ensinando-os a identificar as sensações adequadas ao conceder-lhes *referentes concretos* sobre tal experiência. Ao assimilar estes *novos conceitos* e relacioná-los à sua vivência pessoal, o sujeito passava a perceber as sensações antes desconhecidas, sendo o seu uso e a concepção desenvolvidos conforme se ampliava a sua experiência com a substância.

Já para o sociólogo Pierre Bourdieu, a relação entre os sujeitos e o mundo é intermediada pelo *habitus*, por meio do qual o conhecimento seria apreendido pelo corpo. Nos termos que o autor o define, o conceito consiste em disposições duráveis que atuam como formadores e orientadores de práticas, gostos e perspectivas, ou seja, em um princípio de geração e estruturação das práticas dos agentes e da percepção que eles possuem acerca dessas mesmas práticas. Nesse sentido, o autor explica que os agentes sociais são possuidores de um *habitus* que se inscreve em seus corpos, por meio de experiências já vividas. Dito de outro modo, tais esquemas de ação, percepção e apreciação se constituem como mediadores e são adquiridos através *das práticas que são incorporadas*, em um processo de interiorização e exteriorização. O *habitus* engendraria, assim, uma intencionalidade prática que se assentaria naquilo que ele denominou como *hexis*, que consistem nos modos de preservar e conduzir o corpo. Para Bourdieu, a relação que estabelecemos com o mundo é uma relação de pertença, de estar no mundo e de possuí-lo, sendo o *habitus* a forma pela qual tornamos esse mundo inteligível e o modo como o construímos, através da maneira como nos conduzimos sobre ele.

Essa relação entre corpo e ambiente, mediada pelo *habitus*, acontece duplamente, de forma estruturada e estruturante, vinculando prática e estrutura.

O corpo está no mundo social, mas o mundo social está no corpo (sob forma de *hexis* e de *eidos*). As próprias estruturas do mundo estão presentes nas estruturas (ou melhor, nos esquemas cognitivos) que os agentes empregam para compreendê-lo. [...] A relação dóxica com o mundo natal é uma relação de pertencimento e de posse na qual o corpo possuído pela história se apropria de maneira imediata das coisas habitadas pela mesma história. (BOURDIEU, 2001, p. 185)

Não obstante, o *corpo enfermeiro* parecia não somente ser a expressão de um *habitus* específico, *incorporado* através da formação em Enfermagem. Mas, era através dele também que o *habitus* se transmitia, por meio de um ensinar e de um conhecer que passava e que se processava pelo corpo ao dar inteligibilidade ao corpo do outro. Reflito, então, a respeito deste afetar-se e, conseqüentemente, no sensibilizar-se do estudante de enfermagem ao se deparar com a prática de lidar com o corpo do outro em seu próprio corpo, ou acerca de como esse corpo, voltado a uma capacidade ou habilidade específica, pode se constituir como parte de um aprendizado que acontece de maneira progressiva, através de um treinamento. A noção de treinamento, enfatizada e retomada em vários momentos a cada aula, centrava-se na concepção de que as habilidades táteis, visuais, de olfato e audição só se tornariam aptas por meio de repetições contínuas [“*treinem quantas vezes conseguirem*”], aliando-se, sempre, a um conhecimento próprio da Enfermagem. Nesse processo parecia haver não somente uma maneira particular de uso do corpo. Mais que isso: a formação em enfermagem parecia compor e proporcionar a construção de uma habilidade, uma capacidade que envolvia observar, ouvir, sentir e tocar o corpo do outro, ou seja, inculcando no sujeito uma habilidade de leitura do corpo do outro a partir do uso do seu próprio corpo, sendo a (re)utilização dos sentidos central neste processo.

Por fim, resta-nos problematizar como os estudantes, que ao ingressarem na graduação possuíam percepções, movimentos e posturas leigas, adquiriam ao final do processo de formação, uma nova corporeidade pautada em um conjunto de habilidades e percepções específicas. Tim Ingold (2010), ao propor uma discussão sobre os processos de aprendizagem, nos concede algumas contribuições nesse sentido. Segundo o autor, os conhecimentos consistiriam, sobretudo, em habilidades, entendidas como vinculadas ao conjunto de interações estabelecidas entre seres humanos com o ambiente ao seu entorno ou, em outras palavras, como uma propriedade “do campo total de relações constituído pela presença do organismo-pessoa, indissolúvelmente corpo e mente, em um ambiente ricamente

estruturado”. (INGOLD, 2000, p. 353, tradução nossa). Ingold (2000) apoia-se, assim, na concepção de que a prática se constitui em um modo de usar as ferramentas e o corpo e que a habilidade, por conseguinte, estaria amparada na exigência de inserção do praticante em dado ambiente. Desse modo, tal prática não consistiria em uma ação mecânica, mas resultaria de um envolvimento atento e perceptivo do sujeito ao longo da ação, incluindo as propriedades de cuidado, julgamento e destreza: “o movimento corporal do praticante é, ao mesmo tempo, um movimento de atenção; porque ele olha, ouve e sente, mesmo quando trabalha”. (2010, p. 18).

Nesse sentido, Ingold (2010) se apropria do termo “educação da atenção”, originalmente trabalhado por Gibson (1979), para mostrar-nos como se daria o processo de aquisição e transmissão das habilidades. Para o autor, o aprendizado não pode acontecer através da incorporação de regras e representações, mas mediante uma conformidade gradual entre ação e percepção, que só se torna possível através do envolvimento prático do novato, guiado pela observação de praticantes mais experientes. Neste processo, denominado *redescobrimto dirigido*, os novatos aprendem a partir do acompanhamento de pessoas experientes, olhando, sentindo ou ouvindo seus movimentos. Assim, por meio de tentativas repetidas, empenham-se para que seus movimentos corporais se assemelhem aos deles, buscando sintonizar ação e percepção. O redescobrimto dirigido não está baseado, dessa maneira, na transmissão de informações, mas envolve a combinação de imitação e improvisação, uma vez que se concretiza sob uma orientação específica e produz um conhecimento que os novatos descobrem em si mesmos.

Já a noção de *mostrar*, segundo Ingold (2010), conduziria mais apropriadamente o sentido do processo de aprendizado por redescobrimto dirigido. Como explica o autor, mostrar consiste em tornar algo manifesto, para que o sujeito possa assimilar tal coisa de modo direto, sentindo, ouvindo ou olhando. Neste caso, a atribuição do praticante experiente é construir condições por meio das quais o novato será conduzido a engajar-se de modo ativo e perceptivo no ambiente que o contorna, ou nos termos ditos pelo autor, criando “situações nas quais o iniciante é instruído a cuidar especialmente deste ou daquele aspecto do que pode ser visto, tocado ou ouvido, para poder assim ‘pegar o jeito’ da coisa”. (2010, p. 21). Desse modo, ao tratarmos da noção de habilidade na perspectiva do autor, estamos nos referindo a um processo de aprendizado que só pode dar-se por meio da experiência e do treinamento, sendo todo ser humano um “centro de percepções e agência em um campo de prática” (2010, p. 7), através da qual o ato de conhecer se torna possível.

Procurei demonstrar através de um olhar voltado às práticas da enfermagem, como o seu aprendizado está alicerçado em uma ênfase na dimensão prática, entendida como o meio privilegiado de acessar e aperfeiçoar um conhecimento que se processa no e pelo corpo. As professoras, enquanto condutoras do desenvolvimento de uma habilidade, eram as responsáveis pela estruturação de um ambiente físico que possibilitasse que suas experiências fossem expandidas, pelo fornecimento dos conceitos que fundamentariam a prática e, sobretudo, pela orientação durante a construção de um conhecimento particular, que só poderia ser adquirido através do acúmulo de experiência, sendo para isso fundamental o estabelecimento da relação entre professores e alunos. Após a demonstração das professoras, os estudantes deveriam treinar, incessantemente, para que pudessem desenvolver suas próprias habilidades de percepção e ação, tal como nos mostraram os autores trazidos neste capítulo. Nesse sentido, explica-se a noção de que esta etapa se constituía como um “divisor de águas” para a formação, já que era neste momento que se iniciava o contato com os fazeres da profissão, cujo aprendizado efetivo só poderia dar-se na prática. Através da inserção neste ambiente e seu conjunto de relações, os estudantes estavam dando um passo importante e decisivo no processo de se tornarem enfermeiras e enfermeiros.

## 4 GRAMÁTICAS DO CUIDADO: O MEDO, A TRISTEZA E OS AFETOS

Direcionar nossa atenção para fenômenos como a tristeza, o medo, o carinho e o amor implica que trilhemos um caminho comumente associado ao domínio mais íntimo da experiência dos sujeitos, cujas vivências são percebidas como entrelaçadas de modo estrito à esfera privada, sendo, por esta razão, dissociadas dos cenários públicos da vida social. Segundo esta perspectiva, tão cara ao senso comum ocidental moderno, as emoções integrariam uma esfera oposta à razão, vinculadas ao corpo e constitutivas de uma realidade psicobiológica, vistas como um lugar de (des)controle e aquém das intervenções socioculturais (LUTZ, 1988). Nesta ótica, espaços atrelados ao trabalho, à política ou à ciência seriam algumas das dimensões apartadas da experiência emocional, restritas ao terreno da intimidade, do individual, da essência e do universal. (REZENDE; COELHO, 2010).

No entanto, ao lançarmos o olhar para as emoções através de uma perspectiva antropológica, entrevemos um percurso distinto. Longe de se reduzirem ao domínio biológico ou privado, as análises em antropologia das emoções têm demonstrado como as maneiras de sentir, expressar e mobilizar os sentimentos estão atravessadas por aspectos de natureza social e cultural, nos dizendo muito acerca das visões de mundo, práticas e categorias simbólicas acionadas pelos atores em suas experiências cotidianas. Sob o crivo da antropologia, as emoções tornam-se articuladas a múltiplas dimensões da vida social, abordadas como constructos referidos ao contexto ocupado pelos atores e como uma esfera que compõe e impacta as relações e cenários nas quais se inserem. (ABU LUGHOD, LUTZ, 1990). Nesta perspectiva, trataremos neste momento de algumas experiências emocionais vivenciadas nos contextos de cuidado: o medo, a tristeza, o carinho e o amor. A partir de um olhar voltado às narrativas de estudantes e professores referidas à irrupção de tais emoções, buscaremos demonstrar os modos específicos através dos quais eram elas compreendidas e experienciadas.

### 4.1 “Você arruma uma tremedeira, é horrível!”: as narrativas do medo

Chegamos à UBS às sete horas de uma quarta-feira em um dos dias de prática no serviço de saúde. Os pacientes, que já aguardavam do lado de fora, começavam a se espalhar pela recepção à espera de seus atendimentos, enquanto os estudantes se organizavam no interior das dependências da unidade. A rotina agitada começava a se desenrolar logo cedo,

diante das atividades que surgiam nas manhãs de trabalho quase sempre permeadas por sucessivas demandas, contrastando com o período da tarde, que era comumente tranquilo e com atividades mais espaçadas. Assim que chegavam, os estudantes se vestiam com presteza e sem demora iniciavam a coleta de sangue, se revezando entre um paciente e outro.

Enquanto Eduardo, estudante, realizava a coleta em uma criança na pequena sala destinada à atividade, Rodrigo, também estudante, retornou da recepção anunciando que havia a solicitação de um curativo, outra prática bastante comum naquele contexto. Rodrigo se dispôs em realizá-lo e seguiu para a sala de curativos na companhia da professora Luciana, onde aguardamos por alguns instantes até que o paciente chegou. O curativo seria realizado em Seu Odair, um senhor com idade entre 50 e 60 anos, que havia se ferido em um acidente de trabalho enquanto manejava uma máquina de cortar madeira, o que ocasionara cortes em dois dedos de sua mão esquerda. Seu Odair, que já tinha se encaminhado ao hospital, sendo lá atendido e medicado, foi orientado a se dirigir à UBS mais próxima de sua residência para que fossem realizados curativos diários em seu ferimento.

Quando seu Odair entrou na sala, Luciana pediu que ele se posicionasse próximo a um lavatório, para que seu procedimento fosse iniciado. Os dedos de Seu Odair estavam protegidos pelo curativo realizado anteriormente no hospital, já que o paciente havia perdido parte da superfície dos membros durante o acidente. Assim, era necessário que Rodrigo retirasse o esparadrapo e a gaze que o recobriam para que fosse realizada a higienização e um novo curativo no ferimento. Seu Odair estendeu a mão ferida e Rodrigo sentou-se à sua frente, munido dos instrumentos necessários ao procedimento.

Entretanto, conforme tentava retirar os curativos de Seu Odair, as mãos de Rodrigo começaram a tremer, prejudicando a eficácia de suas ações manuais. Naquele momento, o estudante deveria soltar com cuidado as fitas grudadas na gaze e umedecer o curativo antigo com soro fisiológico, para que ele se desprendesse com mais facilidade do ferimento. Tremendo incessantemente, não era possível que Rodrigo mantivesse a precisão necessária, afligindo Seu Odair que, com um semblante preocupado, disse à Luciana: *“Ele tá tremendo mais que eu”*. Rodrigo permaneceu em silêncio e Luciana respondeu ao paciente: *“É porque tá difícil de tirar o esparadrapo e ele tá com medo do senhor sentir dor”*. Rodrigo prosseguiu, mas minutos depois foi interrompido por Luciana, que decidiu seguir realizando o procedimento em razão das dificuldades do aluno.

Enquanto fazia o curativo com grande destreza manual, Luciana me disse: *“Você lembra da tala, Bruna?”*, sinalizando o material sobre a mesa, para que eu percebesse sua ação. E continuou: *“Como ela [a tala] é muito grande, eu improviso com a gaze”*. Rodrigo,



que anteriormente realizava o procedimento, seguiu auxiliando Luciana, entregando-lhe diversos materiais, como soro fisiológico, gaze e esparadrapos, um seguido do outro. À medida que empreendia o curativo, a professora explicava suas ações para o paciente, mantendo-o informado sobre sua condição, enquanto ensinava com minúcia cada etapa do procedimento para Rodrigo: *“Você deve segurar [a gaze] pelas pontas, para fazer a ‘boneca’<sup>26</sup>. Assim você não toca a região que vai entrar em contato com o ferimento.”* Rapidamente, Luciana finalizou o curativo e liberou seu Odair, que agradeceu e foi embora.

\*\*\*

O primeiro contato dos estudantes de enfermagem com os pacientes se constituía em um momento atravessado por questões diversas, que iam desde o aprendizado teórico-prático dos procedimentos até à dimensão relacional imbricada nestas atividades. Aquela era a inserção inicial em um contexto de atividades complexas que, como vimos, eram permeadas por sequências rigorosamente estabelecidas, se constituindo, também, em um momento no qual se estabeleciam os contatos com sujeitos adoecidos e fisicamente fragilizados. Neste cenário, o medo emergia com uma das principais sensações experimentadas pelos estudantes, que constantemente apontavam o receio durante o contato e manuseio com o corpo do outro, a introdução de materiais perfurocortantes e o risco de contaminação, situações que eram percebidos como momentos de muita apreensão.

Eduardo era um dos estudantes com quem eu havia convivido por um período mais longo e, em nossas conversas, sempre me confiava seus sentimentos diante dos acontecimentos vivenciados na formação. Durante suas primeiras experiências, me contou ter se sentido assustado por entender que a condição de sofrimento do paciente poderia ser agravada por qualquer erro cometido por ele durante a realização das práticas: *“a pessoa já tá ali debilitada, já tá lá com problema, já tá lá com o seu sofrimento”*. Embora excluídos de uma conduta profissional vista como ideal, Eduardo considerava que incidentes deste tipo eram fatos em potencial, que ultrapassavam sua posição como estudante de enfermagem [*“somos seres humanos e somos suscetíveis a esse tipo de falha”*], sendo esta a razão central para os medos e angústias que ele dizia ter experienciado.

“No primeiro momento foi um pouco complicado porque, assim, a gente sempre tinha o medo de chegar no paciente. A gente sabe que o paciente tá lá debilitado, tá doente e aí a gente fica com medo de um ato nosso prejudicar ainda mais a saúde dele. Entendeu? No início eu, mais particularmente, tava um pouco assustado”. (Eduardo, estudante).

---

<sup>26</sup> “Boneca” era uma espécie de dobradura realizada a partir da junção das pontas da gaze.

A função de lidar com corpos enfermos, tomados por dores e ferimentos, fazia com que o medo emergisse relacionado ao receio de causar ainda mais padecimento, potencializando o sofrimento do outro. Nas palavras de Helena, estudante: *“dá um medo. Você olha e fala ‘meu deus! É muita coisa, como é que eu vou fazer isso em um paciente’, sabe? É uma outra pessoa, é uma outra vida”*. Nota-se que os receios de Helena também se originavam do risco de causar algum tipo de perda, já que estava lidando com “outra vida” que poderia ser afetada por sua conduta. Assim, seguiu me descrevendo sua experiência ao realizar pela primeira vez uma administração de medicamento via endovenosa:

“Querendo ou não machuca, a pessoa sente. O primeiro que eu fiz, eu puncionei e de acordo com a Luciana, minha mão é muito leve, aí eu não aprofundei muito, sabe? E o sangue não voltou na hora e quando o sangue não volta, você se desespera: ‘eu puncionei no lugar errado, eu perdi a veia’. E, assim, a primeira vez que você colocou a agulha, você não pode perder aquilo, porque o paciente tá sentindo dor. Se você puncionar ele de novo, ele vai sentir outra dor, entendeu? Então aquele acesso, você não pode perder”.

(Helena, estudante)

Na maioria das ocasiões, o sentimento de medo ao realizar as atividades partia do imaginário de fragilidade associado ao surgimento da patologia, colocando o paciente adoecido em uma posição liminar entre a saúde e a doença, a dor e a ausência de dor e, no extremo, entre a vida e a morte, dimensões que poderiam ser ultrapassadas pela possibilidade de um erro que os estudantes entendiam ser capazes de cometer. Em sua primeira incursão prática no hospital, Isabela me contou que havia treinado o exame físico em uma paciente idosa muito debilitada e que, diante da sua condição, deixou de realizar ações como a palpação, por medo de que sua conduta pudesse causar dor ou desconforto: *“Eu não fiz um monte de coisa. Eu não vou fazer, olha como é que ela tá, tadinha!”*. Para Isabela, uma pessoa enferma e hospitalizada tornava-se vulnerável tal como uma criança, encontrando-se dependente de maiores cuidados e atenção. Ao falar-me sobre o assunto, a estudante se lembrou do adoecimento de sua mãe, que careceu de assistência em uma unidade hospitalar: *“A minha mãe é a mulher mais forte que eu conheço, mas quando ela ficou internada eu vi que ela ficou, assim... não sei. Ela mudou”*. Esta mudança, para a estudante, manifestava uma maior fragilidade e dependência que deveriam ser consideradas na realização dos cuidados, reforçando a noção de que o sujeito adoecido era visto, inicialmente, em suas dores e ferimentos, estando sob a responsabilidade daquele que cuida. Por esta razão, a preocupação principal consistia em evitar os erros, sobretudo neste contexto, no qual suas falhas poderiam ter consequências específicas.

“Se eu tô com o paciente na minha frente, eu fico com muito medo de fazer alguma coisa errada, sabe? Por ser outra pessoa. Se eu fizer errado comigo, tá comigo, eu resolvo, tudo bem. Agora com o outro, é isso que pesa pra mim, que eu fico com medo de fazer alguma coisa errada, de falar alguma coisa errada, de machucar, de fazer um movimento errado, sei lá. Dá medo”. (Isabela, estudante).

Em algumas situações durante o trabalho de campo, os professores me relataram os desafios de orientar os primeiros passos dos estudantes rumo ao exercício da profissão, uma trajetória envolta de questões que ultrapassavam a execução correta dos procedimentos. Em um dia de atividades no HU, Aline me contou: “*no início, tudo é difícil. Absorve muito esse primeiro contato, emocionalmente mesmo*”. Já Maurício, também docente, me confidenciou como o medo se constituía em uma preocupação mais ampla, vinculado à ausência de engajamento prático do estudante: “*a gente vê nossos alunos formando muito inseguros, com medo de fazer as atividades de cuidado que não tiveram a oportunidade [de fazer] no campo de prática, no estágio*”. Por isso, era muito importante que o medo de ferir ou causar danos ao paciente fosse superado na busca pelo cuidado, como me disse Tatiana, docente:

“E uma coisa que eles fazem muito, ‘ah Tatiana, eu não fiz essa técnica porque o paciente falou que tava sentindo dor’. Aí a gente aborda isso. Se é a investigação do problema, mesmo que ele sinta a dor, a gente avalia essa dor. A gente tem que buscar, tem que fazer, porque a gente tá ali buscando achados pra melhorar a terapêutica do paciente e não negligenciar a principal queixa”.

As experiências de medo, vivenciadas em um contexto de saúde e doença, consistiam em um sentimento constitutivo daquelas relações cotidianas, compondo as interações dos estudantes entre si, destes com os professores e, sobretudo, com os pacientes. Nesse sentido, ao experienciarem tal sentimento, os estudantes faziam referência não somente ao paciente como um sujeito adoecido e, por isso, fragilizado, mas através da percepção de que ele era alguém que guardava expectativas em relação à ação realizada. Neste caso, a interação trazida no início deste tópico, entre Rodrigo e Seu Odair, não era só elucidativa das sensações e manifestações vivenciadas pelos estudantes, mas uma situação comum, que se repetiu com outros alunos durante o trabalho de campo, tendo em vista que os pacientes com frequência percebiam seu nervosismo e insegurança durante os procedimentos.

Ao longo das práticas no serviço de saúde, os pacientes eram informados que o procedimento seria realizado por um estudante e que poderiam recusar se assim desejassem. A recusa não era comum, mas os pacientes constantemente proferiam comentários acerca da conduta dos novatos, tanto tecendo elogios, quanto destacando seu nervosismo e insegurança. A estudante Helena me contou sobre como sentia que era necessário transmitir certa confiança

ao paciente mesmo diante da inquietação do primeiro contato, compreendendo de antemão que qualquer postura não profissional pudesse ter consequências para a decisão do paciente em permitir ou não a realização do procedimento pelo estudante.

“Na hora que você chega no paciente a primeira vez que você vai fazer, sabe? E é aquele negócio, eles já te olham como um profissional, apesar da Luciana [professora] falar ‘eles são acadêmicos, eles estão praticando ainda’, eles já te olham com outros olhos. [...] Você tem que passar uma confiança, porque querendo ou não, apesar de você ser estudante e parecer que não sabe nada, eles olham você como profissional”.

Nesse sentido, as interações e reações do paciente eram muito valorizadas. Ao se prontificarem a realizar determinado procedimento, por exemplo, os estudantes costumavam “avaliar” as condições do paciente, se ele aparentava estar bem humorado ou se estava aberto ao diálogo e ao treinamento dos alunos. A ação realizada em um paciente colaborativo, que compreendia as inseguranças e falta de prática do estudante, era vista como propícia, diminuindo os medos e tornando a execução mais tranquila. Já um paciente sério, que reclamava de dores, incômodos e desconfortos, fazia com que a execução se tornasse ainda mais caracterizada pelo medo. Como me contou Eduardo, estudante, certas situações instauravam um ambiente permeado pelo nervosismo: *“o paciente já tá nervoso, porque tá vendo aquele monte de estudante que é a primeira vez que vai fazer. Então tem aquele clima de tensão. Todo mundo nervoso ali, o paciente, o aluno”*. Já Fernanda, uma das estudantes que costumava se sentir muito nervosa durante as incursões práticas da enfermagem, considerava ser este o fator mais agravante da angústia que sentiu nos primeiros contatos:

“Nossa, eu fiquei muito nervosa. Quando a pessoa te mostra uma desconfiança, que ela não tá bem, é pior ainda. Você fala assim ‘meu deus, vai dar tudo errado’. Você já pensa o pior. Eles sabem que você é estudante, aí dá uma tremedeira, a pessoa fica te olhando, assim, desconfiada. E fala assim ‘é você que vai tirar[sangue]?’ Tem gente que fala e quando não fala, pensa. *Você arruma uma tremedeira, é horrível.* [...] Igual aquela medicação que você tava<sup>27</sup>, a menina tava reclamando de muita dor e ela tava com muito medo”. (grifo meu).

Nestas circunstâncias, o medo e o nervosismo eram reconhecidos através de experiências corporais específicas como tremores, transpiração excessiva, coração acelerado, enjoos ou até falta de sono. Marina, estudante, me contou que se sentiu mal antes de iniciar as atividades na UBS, passando a noite anterior às práticas em claro: *“no ponto de ônibus, eu já*

---

<sup>27</sup> Fernanda se referia a um dos dias de prática na UBS. O acontecimento foi descrito no capítulo I, seção “O cotidiano do cuidado”.

*tava tremendo, coração acelerado, porque eu fico muito nervosa.*” Já Helena, revelou que ao final de sua primeira punção venosa, percebeu que sua luva estava úmida, resultado de um excesso de transpiração:

“A primeira vez que eu fiz, eu tirei a minha luva e ela estava molhada, de tanto nervoso. Quando eu fiz no paciente, eu tava suando, eu tava muito nervosa, sabe? A Luciana brincava com a gente, que a gente parava de respirar quando punctionava”.

Outra implicação da emergência dos sentimentos de medo, segundo os estudantes, seria a dificuldade na concretização das ações de cuidado. Para Isabela, estudante, o medo era vinculado à incapacidade de lembrar-se dos conteúdos das práticas: *“a gente chega lá, parece que dá um branco em tudo. A gente fica tão nervoso. Tá o paciente lá, a família dele olhando pra sua cara”*. Eduardo, por sua vez, me dizia que ao sentir-se ansioso e com medo, via-se impossibilitado de raciocinar, perdendo-se nas etapas e sequências:

“Quanto mais ansioso você fica, isso prejudica a sua capacidade de raciocinar, sabe? De ter aquele pensamento crítico, porque você tá nervoso com a pressão que tá sendo exercida sobre você naquele momento, com o tamanho da responsabilidade no ato. Você não consegue formular, sabe? Raciocinar direito”. (Eduardo, estudante).

Dessa forma, os estudantes entendiam que, sob a experiência do medo, viam-se impedidos de executar as práticas de cuidado, uma vez que o temor e as sensações dele decorrentes, como o nervoso, a angústia e a ansiedade, eram referidos como obstáculos ao raciocínio e a reflexão sobre os conteúdos que deveriam ser mobilizados durante a ação. Situada como incompatível com uma conduta segura e, por conseguinte, como um entrave à condução das ações de modo efetivo, as emoções associadas ao medo eram vistas através de uma perspectiva negativa, constituindo-se como aspectos indesejados para a realização do cuidado. Nesse sentido, era preciso aprender a lidar com as pressões cotidianas, mantendo o equilíbrio necessário à condução das ações.

#### **4.2 “Parecia que tinham me sugado completamente e eu chorei”: o contato com o sofrimento do outro**

As atividades práticas realizadas no hospital universitário eram comumente mais temidas pelos estudantes, que viam este ambiente como propício ao contato mais direto e profundo com o sofrimento dos pacientes. Fruto ou não de uma coincidência, era no hospital que se efetivava o primeiro contato com as questões envolvidas nas interações do cuidado, um

acontecimento que presenciei já no primeiro mês de aula, através da participação em um dos grupos de prática.<sup>28</sup> Naquele dia, Aline combinou de nos encontrar na portaria do hospital às 13 horas e, após nos identificarmos na recepção, fomos levados a todos os setores da instituição, a fim de nos ambientarmos com o local. Em meio ao trajeto pelos corredores, víamos os pacientes e seus familiares, assim como diferentes categorias de profissionais da saúde, que circulavam de um lado para o outro em um ritmo intenso de atividades. Os estudantes estavam nervosos, mas nutriam certa euforia, já que aquela era a primeira vez que se vestiam inteiramente de branco e adentravam em uma instituição hospitalar como profissionais de saúde.

Após conhecermos o Hospital Universitário, haveria o treinamento da aferição dos sinais vitais e do exame físico, procedimentos anteriormente aprendidos e praticados nos laboratórios-enfermarias. Acompanhei os estudantes até o posto de enfermagem, que ficava no mesmo piso da enfermaria feminina, onde deveriam higienizar as mãos e preparar a bandeja com os materiais necessários aos procedimentos. Aquele local era um espaço destinado ao armazenamento de materiais e prontuários com as informações dos pacientes e, também, um ambiente por onde circulavam tanto a equipe de enfermagem – composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares –, quanto médicos e outros profissionais. Ali, os estudantes foram apresentados e após rápida interação, dividiram-se em duplas que deveriam realizar a prática em alguma das pacientes internadas na enfermaria. Excepcionalmente naquele dia, os alunos escolheriam em quem treinariam os procedimentos, explicando que eram acadêmicos de enfermagem e solicitando a permissão da paciente para a sua realização.

Seguindo as orientações da professora, segui com Beatriz e Amália para os quartos, onde as estudantes definiriam quem seria a paciente. Como aponte nas páginas anteriores, era comum que os estudantes valorizassem aqueles que aparentassem maior comunicação e que estivessem menos debilitados, mas em algumas situações não era possível que as expectativas fossem contempladas. Assim, circulamos pelos vários quartos dispostos no corredor da enfermaria, quase todos com leitos ocupados. Algumas pacientes dormiam, enquanto outras

---

<sup>28</sup> Como descrevi na seção introdutória deste trabalho, a dinâmica das disciplinas se efetivava em dois momentos: o primeiro, em Fundamentos I, os estudantes aprendiam e treinavam as práticas no laboratório e, em três ocasiões, eram direcionados ao hospital para treiná-las nos pacientes. Em um segundo momento, em Fundamentos II, o estudante, além de aprender outros procedimentos e também treiná-los durante as aulas práticas, era introduzido de forma mais profunda na rotina de atividades profissionais, executando tarefas tanto no HU quanto nas UBS, de acordo com as demandas que surgiam. Assim, os dois módulos da disciplina compunham, em conjunto, um limite importante na formação dos estudantes, tanto instaurando o contato com os pacientes, quanto inserindo-os na dimensão prática do fazer em enfermagem.

recebiam atendimento pelos profissionais da instituição. Encaminhamo-nos, então, até o leito de uma senhora de 67 anos, que devido à idade avançada, estava acompanhada por sua filha. Acima de seu leito, havia uma ficha de identificação, contendo informações básicas, como o nome e data de nascimento, o dia da internação e o seu diagnóstico. A paciente havia sido diagnosticada com leucemia e apesar de bastante debilitada, era colaborativa e interagiu com as alunas mesmo diante de suas limitações. O exame durou mais de duas horas e através dele, as estudantes perceberam algumas alterações, como anormalidades na pele e o volume alterado do rim, aspectos que deveriam ser posteriormente analisados de acordo com o caso clínico da paciente.

Quando conversei com Amália, a estudante falou-me positivamente sobre a experiência, me explicando questões do quadro patológico e ressaltando que, em termos de aprendizado, tivera a oportunidade de aprender aspectos de modo mais efetivo do que nos treinamentos realizados no laboratório. Já Beatriz sentiu-se profundamente impactada pelo estado debilitado da senhora e, sobretudo, pela esperança que a paciente e a filha conservavam diante da gravidade do diagnóstico. Beatriz me disse: *“parecia que nem ela e nem a filha sabiam do grau que tava ali. Elas tinham aquele otimismo, que ia melhorar e tal, mas era uma situação bem complicada”*. Por compreender as condições através de um olhar clínico, Beatriz se comovia com a situação da paciente e de sua filha, pois não julgava que pudesse haver uma melhora no seu quadro. Mas, na presença da paciente, era preciso controlar suas emoções, ocultando as sensações que sentia naquele momento: *“perto da paciente eu tô plena, mas por dentro minha garganta tá dando nó e eu tô tipo: ‘quero sair daqui’”*. Ao chegar em casa, distante da paciente e do ambiente hospitalar, Beatriz me disse ter vivenciado uma experiência de grande tristeza diante das reflexões sobre o dia de estágio, o que a levou às lágrimas. Embora considerasse comum o impacto do sofrimento sobre profissionais de saúde, tal episódio lhe trouxera a dúvida se deveria ou não continuar sua trajetória na área da saúde.

“Eu cheguei em casa com a cara de esgotada, *parecia que tinham me sugado completamente e eu chorei*. E isso é uma coisa comum. Se você fala com o pessoal da saúde, eles falam que a primeira vez que eles vão no hospital, eles sempre choram, porque, sei lá, é um baque e não preparam a gente para esse baque. Agora, eu tenho pensado na minha cabeça, se eu ainda quero [a área da] saúde. [...] Isso gera na gente essa coisa, ‘será que eu vou conseguir?’. A gente fica pensando, isso gera ansiedade na gente. A gente fica ou a gente desiste? Então, eu tô um pouco nesse dilema.” (grifo meu).

O impasse de Beatriz trazia à tona a questão tantas vezes relatada pelas professoras, que apontavam os dilemas provocados por esta etapa da formação, entendida como um “divisor de águas”. Beatriz me contou que depois deste episódio, se via buscando outros espaços, pesquisando sobre áreas distintas: “*eu fico procurando buraquinhos em que eu possa me encaixar, algum cursinho, alguma coisa, uma engenharia, um direito ou alguma outra coisa*”. E me dizendo gostar das práticas e do conteúdo que aprendia na faculdade, a estudante enfatizava que a questão que lhe gerava angústia era “*ter que lidar com essas coisas*”, ou seja, a tristeza diante do sofrimento do outro e a dúvida se em algum momento conseguiria defrontar-se com ele.

\*\*\*

A escolha profissional pela área da saúde conduzia os estudantes de enfermagem ao contato profundo com espaços outrora desconhecidos. Se no passado, eles haviam frequentado ambientes hospitalares e ambulatoriais como pacientes, acompanhantes ou visitantes, no presente os alunos ocupavam uma posição distinta, assumida de modo efetivo naquele momento da graduação, ao serem inseridos nas lógicas internas destas instituições e colocados em relação direta com sujeitos adoecidos, a quem deveriam dispensar seus cuidados. Quando acompanhei o grupo de práticas de Beatriz durante as atividades no HU, pude notar o quanto o ambiente causou comoção a outros estudantes, como Isabela, que havia se sensibilizado principalmente durante a passagem pelo setor de pediatria.

Ao entrarmos naquele espaço, percebíamos de imediato como o local era especialmente organizado para receber os pequenos pacientes, com paredes preenchidas por desenhos, imagens de super-heróis, personagens de histórias infantis e profissionais de saúde vestidos com roupas coloridas. Contudo, quando olhávamos pelo vidro que separava os quartos, víamos a imagem contrastante de crianças abatidas, com seus corpos portando acessos venosos e curativos. Durante o nosso trajeto, era possível ver pacientes nas mais diversas condições, mas transitar pela pediatria foi o momento mais doloroso para Isabela: “*Quando a gente foi pro HU, a gente foi naquela parte de neonatal, que tinha um monte de criança, a mãe deitada, o bebezinho cheio de coisa. Me deu vontade de chorar quando eu vi aquilo, eu pensei ‘isso aqui não é pra mim’*”. Para Amália, estudante, lidar com crianças adoecidas também se constituía em um momento de extrema dificuldade já que, considerando ter por elas muito apreço, julgava não conseguir controlar suas emoções:

“Eu acho que para trabalhar com criança eu não vou conseguir. Porque eu, assim, eu gosto muito. Eu acho que vai me atrapalhar esse excesso, eu não



vou ter controle. Eu não gostaria de trabalhar com crianças porque eu acho que eu ficaria muito abalada”. (Amália, estudante).

Ser capaz de controlar-se ou não diante da irrupção destes sentimentos era um dos obstáculos frequentes enfrentados pelos estudantes, que relatavam experiências nas quais haviam chorado ou, ainda, situações em que tiveram que conter as lágrimas diante dos pacientes. Estas questões permearam as experiências iniciais de Lara e Helena, ocorridas ainda no início da graduação, enquanto atuavam como integrantes da liga de transplantes da universidade<sup>29</sup>.

O acontecimento narrado por Lara aconteceu em um dia no qual a equipe da liga havia se deparado com uma situação de morte encefálica. Naquela ocasião, conversariam com a família para noticiar o falecimento da paciente e tratariam de questões relacionadas à doação dos seus órgãos. Lara me contou que acompanhou os profissionais durante o comunicado e que o fato de ter presenciado o sofrimento das filhas lhe ocasionara um sentimento de dor, o que quase se tornou manifesto através do choro: *“eu vou te falar que eu quase chorei junto”*. [...] *Tem coisas que eu sinto muito, [ver] aquela família chorar doeu em mim*”. Contudo, Lara considerava que o choro, naquele momento, não era uma conduta adequada, ao reconhecê-lo como não compatível com a sua posição naquele contexto: *“Eu me segurei e falei ‘eu estou aqui como profissional, eu não posso chorar, eu tenho que ser forte’. Meu olho encheu de lágrima, mas eu falei ‘eu não vou chorar’”*.

Já a situação narrada por Helena ocorreu no primeiro ano de graduação, logo que ingressou na liga de transplantes. Naquela manhã de estágio, os participantes da liga foram informados que havia ocorrido um transplante hepático emergencial e que a paciente ainda não tinha conhecimento do ocorrido, já que após ingerir altas doses de certa medicação, fora encontrada desacordada e levada à instituição hospitalar. Os profissionais iriam, então, informá-la, enquanto Helena somente acompanharia, dado o estágio inicial da sua formação. Mas quando entrou no quarto, Helena se surpreendeu ao notar que ela e a paciente tinham a mesma idade e que a razão para seu transplante havia sido uma tentativa de suicídio. Apesar de não ter realizado nenhum procedimento, Helena se referia àquele momento como o mais marcante de sua trajetória, por colocá-la diante do sofrimento da paciente e, principalmente, em razão da identificação que a situação lhe causava.

---

<sup>29</sup> Em algumas situações específicas, o primeiro contato com os pacientes se dava em um momento anterior à inserção prática propiciada pelas disciplinas de fundamentos, através da participação em atividades extracurriculares, como ligas acadêmicas e projetos de extensão.

“E a menina tava, assim, você via a expressão dela, sabe? Ela tava muito assustada. E ela tava chorando. Ela tava querendo meio que desabar ali na hora, só que ela tava segurando. E ela me encarava que, sério, eu fiquei com o olhar dessa menina. Assim, vai ficar comigo pro resto da vida, sabe? E eu ficava, assim, ‘ela tem 17 anos, ela tem a minha idade’. Eu fiquei muito impactada, eu tava muito chocada. Eu cheguei em casa e eu só fiquei pensando nisso”.

Diante do impacto gerado pela situação, a estudante me contou que por pouco não chorou: *“ela estava com o braço todo roxo, machucado. Então na hora que eu vi, a minha reação foi de ‘meu deus’ e eu pensei ‘não posso fazer isso’. Aí eu fiquei séria, sabe?”*. A irrupção da tristeza e sua expressão pelo choro eram atravessadas pelo pensamento a respeito da posição por ela ocupada e pelo entendimento de que o semblante de seriedade se constituía em uma não manifestação das emoções que sentia naquele momento; era manter-se neutra. Mas este não era um comportamento empreendido sem esforço, já que Helena considerava ter dificuldades para esconder os sentimentos que sentia: *“eu sou uma pessoa que eu não consigo esconder minha emoção pelo rosto, eu não consigo. Só que é uma coisa que eu tenho que treinar. Eu treino isso desde o início”*. Por considerar ainda não ter as habilidades necessárias para lidar com tais acontecimentos, Helena recorria ao uso da máscara que, para além de um equipamento de segurança, funcionava como uma estratégia<sup>30</sup> para ocultar suas emoções: *“no momento eu estava de máscara e ajudou muito”*.

Através dos relatos das estudantes, era possível notar como o fato de se emocionarem com o sofrimento do outro se originava, muitas vezes, do envolvimento e da projeção que faziam do acontecimento em suas próprias vidas, seja relacionando-os a eventos passados ou enxergando-os como uma possibilidade. No caso de Helena, a estudante via na paciente uma aproximação consigo mesma, por compartilharem da mesma idade. Já Lara sentia pela perda dos familiares, ao refletir sobre os laços da paciente e ao imaginar-se do lugar de quem foi acometido pela perda. Outras estudantes, como Amália e Poliana narravam sensações semelhantes, mas se referiam ao sentimento de tristeza associando-os a situações que lhes remetiam aos seus familiares. Amália me dizia sentir muitas dificuldades ao lidar com questões que a aproximavam dos cuidados dispensados à sua mãe, que falecera em decorrência de um aneurisma: *“a minha mãe ficou com traqueostomia muito tempo, então lidar com a limpeza de traqueostomia, que é uma coisa simples, eu tenho certa restrição,*

---

<sup>30</sup>Nesta lógica, as máscaras também eram utilizadas durante procedimentos nos quais havia contato com regiões genitais dos pacientes ou atividades com presença de odores mais severos.

*porque é algo que me remete a uma lembrança.*” Poliana, por sua vez, sentiu-se triste por atender pacientes idosas na enfermaria feminina, uma vez que o acontecimento fez com que ela se lembrasse de sua avó: *“para mim foi difícil, porque eu lembrei muito da minha avó que me criou”*.

Nesse sentido, entristecer-se com o sofrimento do paciente ou até mesmo identificar-se com a sua condição pareciam ser dilemas recorrentes, que perpassavam os sentimentos vivenciados nos contextos de cuidado. No que concerne a este ponto, Mônica, docente, me contou ter vivenciado situações muito próximas das experienciadas por seus alunos: *“para mim [o primeiro] contato foi péssimo, eu só chorava.”* Para Mônica, o ambiente hospitalar era um local onde sofrimento emergia de modo mais constante, o que justificava seu despreço pelas atividades lá desenvolvidas, fazendo com que ela afirmasse não conseguir lidar com o padecimento com o qual se defrontava: *“Eu não consigo ter essa divisão, que algumas pessoas conseguem fazer com mais facilidade, de não me envolver com o sofrimento do outro”*.

Mônica me contou, então, do seu primeiro atendimento quando cursava a disciplina de Fundamentos durante a graduação. A docente parecia se lembrar com detalhes da condição da paciente, me explicando minuciosamente o seu quadro de saúde e o desenrolar das ações naquele dia. Contou-me que a senhora possuía uma traqueostomia e que devido ao excesso de secreção, era necessário realizar aspirações frequentes para que ela conseguisse respirar com mais facilidade. Contudo, aquele procedimento era, nas palavras de Mônica, desesperador, pois fazia com que a respiração do paciente fosse interrompida por alguns segundos<sup>31</sup>: *“nisso, o paciente vai ficando sem ar, sem respiração e vai te dando um desespero, é horrível.”* Diante do temor, Mônica começou a chorar, se recusando a realizar o procedimento na paciente:

“Essa paciente precisava de aspiração e eu lá sentada no banquinho chorando, porque eu tava odiando, queria desistir da enfermagem. Aí a professora veio e falou: ‘você vai fazer! A paciente é sua responsabilidade, você vai fazer.’ Eu tive que engolir o choro e ir até lá fazer o procedimento. Me preparei toda e a professora, logicamente, ajudando. Ela sempre perto. E eu fiz o procedimento”.

Em face da determinação de sua professora, Mônica realizou o procedimento, mas aquele evento teria outros desdobramentos. Conforme me contou, o seu envolvimento com o

---

<sup>31</sup> Para aspirar, era necessário introduzir a sonda na abertura – traqueostomia – por onde o paciente respirava e, então, retirá-la em movimentos circulares, em uma ação que não poderia durar mais que 20 segundos.

sofrimento da paciente durante o atendimento foi tamanho, que ela cogitou desistir da formação: *“eu tinha tido um contato com ela e aí já me envolvi? Isso drena muito as nossas energias enquanto profissional também, né? Então pra mim foi muito impactante. A disciplina foi, assim... realmente, eu queria desistir”*. Por entender o quanto tal sentimento era comum entre os estudantes de enfermagem, Mônica sempre compartilhava a história com seus alunos, buscando auxiliá-los na condução destes sentimentos.

“Alguns [alunos] conseguem levar com mais naturalidade, outros já ficam igual eu ficava naquela época, sabe? Querendo desistir. Aí eu conto essa história toda e sempre explico: ‘olha, você não pode perder o seu lado humano nunca, né? Você não pode deixar de ter empatia com o seu paciente, mas é importante você ir aprendendo a não criar tanta proximidade a ponto de interferir na sua vida pessoal, porque a sua energia vai ficar toda voltada para o trabalho’”.

Ainda que Mônica considerasse que, com o tempo, o gerenciamento de suas emoções tivesse amenizado os envolvimento com as dores dos pacientes, tal dificuldade foi determinante na escolha de sua especialização. Após considerar a desistência e procurar por outras possíveis graduações, Mônica decidiu especializar-se em enfermagem do trabalho, por este domínio não envolver o contato intra-hospitalar e, por consequência, ser caracterizado por uma relação mais distante com o sofrimento do outro.

Este anseio, comum entre os estudantes, atravessava as decisões por áreas como a administração, emergência ou outras consideradas menos propícias ao surgimento de vínculos e sofrimentos. Por esta razão, Lara tinha interesse pela área pré-hospitalar: *“tipo o SAMU, você vai atender ele ali, se ele morrer você acabou de ver ele e acabou. Agora se você estiver numa área de internação, a pessoa fica lá um, dois, três, cinco meses. Você cria um vínculo com ela e de repente você chega lá e morreu? Nesse aspecto é mais difícil de lidar”*. Isabela, por sua vez, almejava a área de obstetrícia por entender que naquele âmbito a alegria era um sentimento predominante, vinculado ao nascimento e a vida, em contraste com o sofrimento e à morte associadas a outros ambientes:

“Não é tranquilo pra mim, eu não sei lidar [com o sofrimento]. Tanto que eu quero a parte mais linda que é o parto, o nascimento. Obviamente que acontece uma vez ou outra um acidente, uma morte. Mas a maioria é essa felicidade, né? E é isso que eu quero, porque eu não sei lidar muito bem com essa questão de perda, de sofrimento, não gosto de ver”.

Como vemos através das narrativas, o primeiro contato era vivenciado através de dilemas e questões que emergiam principalmente em decorrência do contato com o sofrimento dos pacientes. A tristeza, decorrente desta interação, era vista como um empecilho tanto à condução das próprias sensibilidades, quanto para a realização do cuidado,

contrariando uma postura que se considerava profissional. Como buscarei demonstrar no tópico que se segue, tais concepções e formas de gerenciar as emoções estão no cerne de uma visão de mundo ocidental, modulando as subjetividades e suas expressões nos contextos de cuidado.

### **4.3 Emoções inoportunas: um aprendizado da evitação**

No clássico ensaio “A expressão obrigatória dos sentimentos”, publicado originalmente no ano de 1921, Marcel Mauss (1979) se colocou diante do objetivo de demonstrar como as expressões orais dos sentimentos ao contrário de serem fenômenos puramente psicológicos ou fisiológicos, se constituiriam em fenômenos sociais, atravessados por manifestações obrigatórias e não espontâneas. Tal empreendimento, pioneiro em um contexto no qual as emoções eram tidas como naturais, foi concretizado através de um estudo dos rituais funerários australianos, por meio do qual o autor constatou como as manifestações dos sentimentos, como gritos, lágrimas ou cantos, seriam dotados de um caráter ritual e coletivo, sendo socialmente reguladas em termos de quem poderia expressá-las, quando e como seria adequado fazê-lo. A partir da análise destes rituais, Mauss (1979) não somente as situou como fatos de ordem social, mas mostrou-nos que, como fenômenos simbólicos, as emoções consistiriam em uma linguagem cujos códigos ou mensagens seriam comunicados entre os sujeitos ao expressarem seus sentimentos uns aos outros, comunicando ao mesmo tempo o que sentem a si mesmos.

Os gritos são como frases e palavras. É preciso emití-los, mas se é preciso só porque todo o grupo os entende. É mais que uma manifestação dos próprios sentimentos, é um modo de manifestá-los aos outros, pois assim é preciso fazer. Manifesta-se a si, exprimindo aos outros, por conta dos outros. É essencialmente uma ação simbólica. (MAUSS, 1979, p. 153)

Estes códigos compartilhados constituem modos específicos de perceber e vivenciar as emoções, sendo postulados e aprovados por aqueles que compõem dada coletividade. Assim, as normas socialmente estabelecidas em torno das emoções, referidas à sua manifestação, mas também a sua não expressão, determinariam quais delas seriam consideradas apropriadas em certos contextos e quais deveriam ser evitadas. Nesta ótica, observamos como a tristeza e o medo eram emoções entendidas e vivenciadas de modo específico pelos estudantes de enfermagem, sendo concebidas como um domínio negativo de suas experiências cotidianas. Enquanto o medo era um sentimento vinculado à integridade do paciente e à preocupação diante de suas expectativas, a tristeza era referida ao contato com o sofrimento do outro. O que tinham em comum era a noção de que se constituíam como

aspectos indesejáveis para a realização do cuidado ou, mais precisamente, como obstáculos ao exercício profissional. Assim, as demonstrações coletivamente concebidas como manifestações destes sentimentos, como as lágrimas, os tremores, os suores e outras expressões faciais e corporais, deveriam ser repelidas e controladas, pois eram compreendidos como opostos à autoimagem de profissional da saúde que se buscava construir.

Como mostrou-nos Catherine Lutz (1988), esta forma de compreender as emoções, situando-as em oposição às esferas públicas da vida social, teria se estabelecido como parte da compreensão que as sociedades ocidentais modernas forjaram acerca das emoções, dando forma particular a sua experiência e percepção nestes contextos. Tal concepção teria se estabelecido em torno de um princípio fundamental, através do qual as emoções são situadas como uma estrutura psicobiológica e como um aspecto individual, sendo tributárias de um estado pessoal e circunscritas ao domínio privado, fazendo com que espaços atrelados ao trabalho, por exemplo, sejam percebidos como uma das dimensões apartadas da experiência emocional. Ainda que fossem vivenciadas em momentos anteriores às práticas ou, posteriormente, durante as reflexões acerca de um dia de estágio, era na presença dos pacientes que sua discordância com a postura profissional emergia mais profundamente, sendo mobilizadas estratégias para dissimular o que era sentido – como a utilização de máscaras, alteração nas expressões faciais – ou, ainda, o anseio por ambientes de trabalho alternativos, como aqueles caracterizados pelo cuidado indireto, onde a relação com o sofrimento do outro se daria de modo mais distanciado.

Contudo, a oposição público/privado consistiria em apenas uma das diversas dicotomias que amparam as visões ocidentais acerca das emoções. Ainda de acordo com Lutz (1988), na etnopsicologia euro-americana, a experiência emocional seria dotada de um caráter ambivalente, sendo entendida através de dois contrastes fundamentais: emoção/pensamento e emoção/estranhamento. Se na primeira, as emoções se oporiam ao pensamento e, por isso, seriam associadas à irracionalidade, ao descontrole e ao perigo, na segunda, as emoções estariam contrapostas ao afastamento, passando a se constituir como um lócus de valores humanos<sup>32</sup>. A partir dessa dupla oposição, as emoções receberiam atribuições valorativas distintas, sendo ora avaliadas de modo negativo, ora positivamente qualificadas. Nas palavras da autora:

---

<sup>32</sup> Veremos no tópico seguinte como esse caráter ambivalente estava presente nas experiências emocionais dos interlocutores desta pesquisa, ao tratarmos das experiências e concepções relacionadas ao carinho e ao amor.

O conceito de emoção desempenha um papel central na visão ocidental do mundo. Embora palavras como "inveja", "amor" e "medo" sejam invocadas por qualquer pessoa que fale sobre si mesmo, sobre o privado, sobre o intensamente significativo ou sobre o inefável, elas também são usadas para falar sobre aspectos desvalorizados do mundo – o irracional, o incontrolável, o vulnerável e o feminino. Ambos os lados do que pode ser visto como uma visão ocidental ambivalente da emoção se baseiam, entretanto, na crença de que a emoção é, em essência, uma estrutura psicobiológica e um aspecto do indivíduo. (Lutz, 1988, p. 3, tradução nossa).

Nas experiências aqui destacadas, cuja análise está voltada às narrativas de duas emoções específicas, é possível associar tanto as vivências quanto as concepções forjadas sobre o medo e a tristeza como parte do contraste emoção/pensamento. Quando referidas a esta oposição, as emoções teriam a irracionalidade como uma de suas características principais, sendo percebidas como responsáveis por condutas imprecisas e como um entrave ao conhecimento real dos fatos. O sujeito conduzido pelas emoções, segundo esta perspectiva, seria incapaz de solucionar problemas e analisar informações racionalmente já que as emoções, percebidas “como uma interrupção ou barreira para a compreensão racional dos eventos” (LUTZ, 1988, p. 60, tradução nossa), tornariam tais condutas vistas como objetos de questionamento. O outro polo deste dualismo, em contrapartida, seria entendido como um domínio da razão e da inteligência que, como definição dominante do inteligível, instituiu-se se como um modo socialmente aprovado de racionar sobre problemas, tornando alheio a esta perspectiva tudo aquilo que estaria vinculado à “irracionalidade” das emoções.

Nas experiências emocionais de estudantes, a associação com o irracional emerge de duas maneiras principais. Na primeira e já discutida, as emoções surgiam como opostas à postura profissional, sendo a tristeza uma forma de envolvimento malquisto, uma vez que situado como um obstáculo à realização adequada do cuidado e um sentimento inapropriado para lidar com as condições de sofrimento dos pacientes. Nesse aspecto, as emoções vinculam-se, também, à noção de subjetividade, entendidas negativamente como perspectivas enviesadas diante de determinado problema ou evento. Assim, o sujeito que age emocionalmente estaria “contaminado” por seus interesses pessoais, o que deturparia seus julgamentos e percepções, sendo guiado pelo conhecimento subjetivo em contraposição ao saber objetivado. Nas palavras de Lutz (1988, p.71, tradução nossa), “o conhecimento objetivo é absoluto e imutável, enquanto o emocional é particular para um tempo e lugar e embutido no momento e ponto de vista do indivíduo”.

Já na segunda associação entre emoções e irracionalidade, sua irrupção aparecia como um impedimento à execução dos procedimentos, uma vez que o medo e as sensações

dele decorrentes, como o nervoso, a angústia e a ansiedade, eram referidos como obstáculos ao raciocínio e a reflexão sobre os conteúdos que deveriam ser mobilizados durante a ação, tal como narraram Eduardo e Isabela. Neste caso, as emoções, vistas como contrárias e prejudiciais ao pensamento, consistiriam em empecilhos à condução prática do cuidado, permanecendo como “estados de sentimento internos que não organizam nenhuma ação, não iniciam a resolução de problemas, não constituem nenhuma racionalidade”. (LUTZ, 1988, p.60, tradução nossa).

A associação das emoções com a noção de irracionalidade traria consigo outras implicações, que também podem ser observadas nas formas como os estudantes conduziam suas experiências nos contextos de cuidado. Ao nos reportarmos às emoções como dimensões irracionais da experiência humana, tendemos a nos referir a elas como um domínio permeado pelo perigo e vulnerabilidade. Assim, seu caráter vulnerável decorreria da compreensão de que elas exerceriam um domínio sobre o sujeito, tornando públicas as suas fraquezas e perigosas as suas ações, ao serem entendidas como condutoras inseguras, não confiáveis e responsáveis pela falta de controle do sujeito sobre suas atitudes. (LUTZ, 1988). Sendo as concepções e experiências das emoções socialmente construídas e mobilizadas, compreendemos as razões pelas quais os estudantes buscavam afastá-las do ambiente profissional. Se fossem manifestas durante as interações do cuidado, sua expressão poderia comunicar um código particular e indesejado àquela posição e contexto, podendo ser entendida pelo paciente como um indicativo de despreparo ou perigo. Por isso, era preciso controlar-se diante de sua irrupção e manifestação, principalmente na presença dos pacientes.

Através de um olhar para as experiências emocionais de medo e tristeza dos estudantes de enfermagem, entrevemos alguns aspectos importantes. Ainda que fossem compreendidas como sentimentos individualmente vivenciados, as emoções constituíam-se em experiências condicionadas pelos contextos relacionais em que emergiam, sendo vivenciadas nos contornos daquele cotidiano e perpassando as interações entre alunos, professores e pacientes. Nestas experiências, o corpo aparecia como um elemento central, já que era através dele que os sujeitos entendiam experimentar suas emoções que, como vimos, eram narradas através sensações corporais, como enjoos, tremores, choros, entre outros. De acordo com Lutz (1988), é parte da visão de mundo ocidental a concepção de que as emoções estariam alocadas nos corpos dos sujeitos, tendo nele sua origem e manifestação. Nesta perspectiva, enquanto o pensamento se constituiria como um processo puramente mental e racional, as emoções seriam corporalmente situadas, sendo concebidas como dados naturais



da experiência, produtoras de reações corporais específicas e entendidas como espontâneas e incontroláveis.

Tal concepção, voltada para um entendimento psicobiológico das emoções, é problematizada na abordagem de Michelle Rosaldo (2019) em seu artigo “*Toward an Anthropology of Self and Feeling*”, publicado originalmente em 1984. Nele, a autora não somente rompe com o dualismo razão e emoção, mas articula-os junto a uma dimensão corporal, refletindo sobre como a vida afetiva consistiria em uma dimensão atrelada ao pensamento, sendo o sentimento formado no pensamento e este, por sua vez, permeado de significado emocional. Desta abordagem surgiria sua conhecida definição das emoções, entendidas como pensamentos vivenciados corporalmente “em rubores, pulsos, ‘movimentos’ de nossos fígados, mentes, corações, estômago e pele”. (ROSALDO, 2019, p. 38). Para a autora, a experiência emocional, ainda que sentida no corpo, estaria permeada por aspectos culturais e contextuais, atravessando as interações que os sujeitos estabelecem entre si e com o mundo ao seu redor. Desse modo Rosaldo (2019), conclui que tanto as subjetividades quanto suas expressões seriam edificadas através de um idioma cultural, que influi não só em como pensamos, mas em como sentimos.

Através da "corporificação", os símbolos coletivos adquirem o poder, a tensão, a relevância e o sentido emergentes de nossas histórias individualizadas. Pode bem ser que exijamos que as psicologias - ou fisiologias - ou as "energias", compreendam completamente os modos pelas quais as formas simbólicas são moldadas e recebem sentido, por meio da aplicação a vidas "encarnadas". Mas, então, (como Ricoeur viu), parece que, na medida em que estão ligadas à cultura, as psicologias perdem a sua força energética; enquanto que, quando livres de cultura, os relatos de energias psíquicas são, na melhor das hipóteses, provisórios. (ROSALDO, 2019, p. 36).

Seguindo esta mesma direção, Le Breton (2009) aponta que, embora sejam compreendidas pela visão de mundo ocidental como dados estritamente psicológicos ou fisiológicos, as maneiras de sentir estão implicadas em distintos repertórios culturais, cuja expressão se evidencia através de um simbolismo corporal. Nesse sentido, a relação entre emoção e corpo se fundaria não em seu caráter naturalizado, mas em um simbolismo através do qual o corpo torna-se comunicador das experiências emocionais. Através das manifestações corporais e faciais seriam disponibilizados sinais que desvelariam as emoções sentidas, traduzindo-as em termos comunicáveis e tornando possível que elas sejam apreendidas pela coletividade. Em suas palavras: “Os gestos, as mímicas, as posturas, os deslocamentos exprimem emoções, desempenham atos, acentuam ou nuançam um discurso,

manifestando significações em permanência, para si e para os demais”. (LE BRETON, 2009, p. 43). Para o autor, rosto e corpo se constituiriam na cena onde estes sinais se tornariam compreendidos, de modo que os gestos, as posturas e as expressões mobilizadas para manifestá-las não poderiam dar-se senão pelo aprendizado, instituindo o corpo que expressa as emoções como socialmente modulado.

Esta relação entre corpo e emoções vista por uma perspectiva desnaturalizada também é apontada por Abu Lughod e Lutz (1990), ao afirmarem como as emoções podem ser entendidas como experiências que incluem a pessoa em sua totalidade, integrando o corpo. Mobilizando a noção bourdieusiana de *hexis corporal*, as autoras afirmam como emoções seriam reproduzidas nos sujeitos através de experiências corporificadas, que envolveriam o aprendizado de um conjunto de técnicas do corpo, como posturas, gestos e expressões. Desse modo, ao contrário de situar as emoções no corpo, fazendo delas um atributo naturalizado, tal perspectiva assentaria as emoções no corpo social, possibilitando uma análise dos discursos emocionais para além de um modo de comunicar pensamentos ou experiências internas, mas como modos de ação social.

Nesse sentido, tratar das experiências emocionais de tristeza e medo dos estudantes de enfermagem exigiu que nos direcionássemos aos contextos em que eram vivenciadas, compreendendo-as como parte de um discurso mais amplo, social e culturalmente situado. Ao lançarmos o olhar para as compreensões ocidentais acerca das emoções, entendemos mais nitidamente as formas como elas eram gerenciadas pelos sujeitos e os motivos que as levaram a ser vistas como aspectos indesejáveis de seus cotidianos, envolvendo um controle e manejo constante do que poderia ou não ser expresso. Assim, tanto no que refere à manifestação, quanto ao controle dispensado às emoções, o corpo surgia como elemento importante. Para não expressá-las era preciso dissimular sensações corporais ou treinar maneiras de não comunicá-las corporalmente. A este respeito, elucidamos alguns exemplos, como a mudança de expressões faciais, a contenção de reações corporais ou, até mesmo, a noção de que deveriam treinar a gestão de suas emoções, como narrou Helena.

Desse modo, assim como o corpo tornava-se modulado em suas posturas, gestos e sensorialidades direcionados à realização das práticas, como procuramos demonstrar nos capítulos anteriores, ele era ordenado e moldado também em termos de quais sentimentos deveria manifestar e de que forma seria adequado fazê-lo. Assim, quando inseridos na presença de seus pacientes, os estudantes deveriam aprender a portar-se emocionalmente diante dos pacientes, uma conduta que envolvia o manejo e controle das emoções sentidas no corpo. Este saber que, por sua vez, não estava contido nos manuais, envolvia aprender a

segurar/engolir o choro, controlar os tremores e não transparecer nas expressões faciais as sensações de medo ou tristeza, sendo preciso saber manipular o corpo na condução das emoções. Contudo, veremos no tópico que se segue como o controle direcionado a tais sentimentos não se estendia àqueles associados aos afetos, como amor e o carinho, sendo estas emoções valorizadas e incentivadas no cotidiano profissional.

#### **4.4 “A gente tem que oferecer acalanto”: os afetos do cuidado**

Naquela tarde reservada à aula teórica, a sala não estava organizada tal como de costume. Ao contrário de mesas enfileiradas umas atrás das outras em frente à figura da professora, nos deparamos com cadeiras dispostas em formato circular. A novidade tinha uma razão, já que especialmente naquele dia, não seriam discutidos os conteúdos teóricos e práticos sobre as técnicas mobilizadas durante os procedimentos, mas uma questão com a qual os estudantes se defrontariam em algum momento da profissão: a morte e a terminalidade. Como vimos nas sessões anteriores, a participação em rotinas hospitalares e ambulatoriais fazia com que o contato com o sofrimento e, em última instância, com a morte, se tornassem experiências próximas e cotidianas para os estudantes que, diante destas ocasiões, vivenciavam sentimentos com os quais ainda não estavam habituados. Desse modo, no intuito de situar os alunos diante da possibilidade de enfrentá-las, uma das aulas da disciplina de Fundamentos I era voltada à discussão de questões relacionadas ao fim da vida.

Dispostos pela espaçosa sala de aula, todos se olhavam e interagiam. A professora não tinha o domínio da fala e ouvia atentamente as histórias e concepções que eram compartilhadas. Entre as apresentações dos seminários, divididos por subtemas relacionados à questão mais ampla, os alunos colocavam em pauta seus dilemas, faziam questionamentos à professora e apontavam as condutas que julgavam adequadas para lidar com a finitude. O assunto era delicado e, em diversos momentos, se podia notar a presença de olhares marejados, falas embargadas e manifestações de tristeza, decorrentes de eventos passados ou vindouros.

Todavia, mesmo diante do reconhecimento das dificuldades enfrentadas por um profissional diante da perda, por vezes relacionada à proximidade entre a enfermagem e o paciente, a ênfase era direcionada à dimensão relacional do cuidado. Assim, naquele dia ouvimos histórias como as de Poliana, sobre o acolhimento vivenciado por sua vizinha adoecida com o apoio de um enfermeiro e a narrativa de Ramon sobre a empatia de

enfermeiros diante da perda de um bebê recém-nascido noticiada em uma reportagem de televisão. Sentada no centro da roda com seu caderno de anotações, Aline explicava a importância da presença naquele ofício: *“as pessoas morrem nos hospitais e é onde vocês vão estar. Ninguém gosta de morrer sozinho e o enfermeiro é o profissional que mais fica com o paciente”*. Partindo da centralidade da presença durante o cuidado, a professora falou-nos sobre como a enfermagem exercia um ofício marcado pelo *encontro*, uma dimensão que jamais se daria de modo imparcial ou indiferente:

“Esse encontro nunca vai ser neutro e às vezes vai ser mais importante que a técnica, porque é nele que o paciente vai se apoiar. Nós temos que avaliar a dor que pode não ser só física e acolher tanto os pacientes quanto os familiares”. (Aline, docente).

Durante este encontro, o cuidado deveria voltar-se à presença, ao acolhimento e ao apoio: *“Você não pode ser frio e deixar de prestar uma assistência necessária”*, disse Aline. Se durante todo o semestre, as professoras destacavam a importância da precisão e do rigor na realização das técnicas, naquele dia despontavam aspectos como a personalidade [*“cuidar da pessoa e não da doença”*] e a ênfase em domínios que ultrapassavam o caráter operacional do cuidado [*“temos que ter uma formação psicossocial e social”, “a enfermagem deve cuidar não só do físico, mas do espiritual”*].

Mas o que parecia apresentar-se como um dilema central para os estudantes era a experiência emocional do profissional, expressa pela presença ou não dos afetos durante a prática do cuidado. Questionada a este respeito por uma das estudantes, Aline enfatizou: *“[a enfermagem] também é baseada no carinho, para além do conhecimento técnico-científico. A gente tem que oferecer acolhimento”*. A explicação da professora nos encaminhava para a dimensão do acolhimento e da proximidade, que Aline reforçava aconselhando aos alunos que olhassem nos olhos, chamassem pelo nome e tratassem de igual para igual, condutas que possibilitariam uma abertura do paciente com o profissional: *“existe um envolvimento, por isso temos que tratar o paciente com carinho”*, disse a professora. Os alunos seguiram se manifestando acerca de como compreendiam a presença dos sentimentos na profissão até que Isabela pediu para se pronunciar, resumindo os dizeres ali proferidos:

“Não é que a gente não tenha que ter sentimentos. A gente tem que ter, porque a gente lida com o cuidado, que envolve carinho e amor. Mas [temos que] usar esse sentimento para trazer resultado para o paciente e para a família”. (Isabela, estudante).

O discurso da estudante situava o amor e o carinho como dimensões constituintes do cuidado em enfermagem, como elementos mobilizados para “trazer resultado” na assistência dispensada ao paciente. Ao retomar a palavra, Aline enfatizou o lugar dos sentimentos no ofício de enfermagem, elogiando a fala da estudante: *“Eu achei muito bonito o que a Isabela falou. O objetivo da enfermagem pode ser o profissionalismo, mas o amor é muito importante”*. Perante os discursos emocionados, Aline parecia gerenciar não só o debate, mas os sentimentos que circulavam por meio das falas e experiências partilhadas. Seus comentários orientavam e aconselhavam, apontando como aquelas questões fariam parte da futura trajetória profissional dos alunos, fazendo deste um ofício permeado pelas emoções: *“como a gente se emociona, como mexe com a gente. Vocês acham que é possível ter um equilíbrio na sensibilidade?”*, questionou aos alunos, que responderam positivamente. E como que lhes deixando um dever de casa, Aline pediu que os estudantes pensassem sobre o que havia sido discutido naquele dia e que trabalhassem consigo mesmos os sentimentos que permeavam o cuidado.

\*\*\*

No convívio com os interlocutores desta pesquisa, pude notar como a presença junto ao paciente era mobilizada como alguns dos aspectos centrais que definiam a prática de cuidado, um fazer pautado na proximidade durante as interações. Ao ocupar-se do cuidado, o estudante de enfermagem era orientado a se atentar a aspectos diversos como medicação, higiene, conforto e estado emocional do paciente, acompanhando todo o seu processo de adoecimento, desde a entrada até a alta. Assim, a dimensão temporal do cuidado, atrelada à presença e proximidade, parecia se constituir como um aspecto que concedia à profissão um caráter específico e diferenciado frente a outras áreas da saúde. Os relatos de Lara e Mônica elucidavam tal perspectiva:

“O cuidado é o cuidado mais direto com a pessoa, sabe? Por que a medicina não é conhecida pelo cuidar? Porque o médico vai ali, te passa um remédio, te examina e vai embora. A enfermagem te acompanha todo o processo que você tá no hospital e eles te proporcionam o seu bem-estar ali dentro. O primeiro cuidado é a enfermagem. [...] Eu acho que o cuidar é você ter uma relação mais junto com a pessoa, você tem um contato maior e mais direto”. (Lara, estudante).

“O fisioterapeuta, por exemplo, ele vai lá, faz a sessão de fisioterapia com o paciente e vai embora, vai para outro paciente. E assim ocorre com a maioria dos demais profissionais: vai lá, tem um contato um tempinho com o paciente, despede e vai embora, vai para outro paciente. E a enfermagem? A enfermagem é a profissão da área da saúde que está 24 horas com o paciente. A gente não tem essa questão de ‘ah, vou cuidar da paciente Bruna agora, dei banho, dei comida, dei remédio, conversei, rezei com ela e agora vou

para a paciente Sara'. A enfermagem não tem isso, porque se enquanto eu tô cuidando da Sara, a Bruna me requisitar, sei lá, a Bruna evacuar no leito, eu tenho que voltar lá. Então, o nosso trabalho, o nosso contato com o paciente é, de fato, 24 horas por dia. A carga afetiva é gigante". (Mônica, docente).

Nas relações terapêuticas operadas pela Enfermagem, havia o pressuposto não somente de que este era um ofício interpessoal, estabelecido na relação entre enfermeiro e paciente, mas que tal relação era caracterizada pela proximidade, fortemente marcada pela emergência dos afetos, tal como descreveu Mônica. Assim, para os estudantes e professores com quem convivi, não era possível falar de cuidado sem recorrer a uma dimensão afetivo-emocional da experiência. Em outras palavras, era por se constituir propriamente em um ofício de cuidado que a enfermagem se constituiria como uma profissão vinculada às afetividades.

Como mostraram Saillant e Gagnon (1999), ao tratarmos de questões associadas ao cuidado, nos direcionamos não somente a um campo de práticas e gestos, mas somos conduzidos a um domínio de relações e afetividades, sendo o cuidado uma esfera inerentemente relacional. Para os autores, o cuidado se constituiria, de modo geral, como um conjunto de gestos, palavras e valores que visam o auxílio e o acompanhamento de sujeitos em situações de fragilidade ou limitação, envolvendo uma dimensão de alteridade, produzindo interações e colocando em questão a relação com o outro. Nesta mesma direção, Debert e Hirata (2016) afirmam que o cuidado consistiria em uma noção utilizada para tratar de processos, interações e sentimentos entre sujeitos que cuidam e que são cuidados, contemplando relações entre seres vivos – humanos e não humanos – e objetos nas mais diversas esferas do social. Nesse sentido, ao ser edificado em torno da noção de cuidado, o ofício de enfermagem era definido como uma prática associada a aspectos como o amor, o carinho e a empatia, elementos constantemente mobilizados não só para descrever no que consistia o cuidar, mas para situar a forma como ele deveria ser dispensado.

Era nesta perspectiva que Amália, estudante, relatava as razões pelas quais havia escolhido a enfermagem, enfatizando seu caráter presencial e próximo: *“a relação do enfermeiro com a pessoa é uma relação mais próxima, porque é um cuidado”*. Indecisa entre enfermagem e medicina, Amália me contou que sua escolha teria se fundamentado em experiências pessoais que revelavam tais características. A primeira era a relação de parentesco que tinha com um médico e com uma enfermeira que, mesmo trabalhando juntos, tinham condutas distintas diante de um mesmo paciente. Enquanto o primo médico tinha o conhecimento restrito ao diagnóstico e modos de tratar a sua patologia, a prima enfermeira

descrevia com detalhes elementos que ultrapassavam a doença: “*ela conhece o paciente*”, me disse Amália. A segunda constatação teria se dado a partir da experiência como acompanhante de sua mãe, que havia passado por uma internação hospitalar durante três meses. Naquele contexto, a presença integral e constante era desempenhada pela equipe de enfermagem: “*eram eles que sabiam o que ela gostava e o que não gostava, até as coisas mais simples. Quem conheceu, ficou o dia-a-dia com ela foi a equipe de enfermagem*”. Desse modo, ao compreender este ofício como baseado na presença e na proximidade, Amália o associava à dimensão dos afetos, expressa através das categorias amor, o carinho e empatia.

“Eu acho que o cuidado você tem que ter empatia, você tem que ter amor e tem que ter disponibilidade, é o mais importante. Eu acho que não faz enfermagem sem amor e sem carinho. [...] É fornecer um tratamento, uma atenção com o que eu tenho de conhecimento e promover o bem-estar e a qualidade dele. Cuidado é chegar lá e ajudar ele ir no banheiro, é cuidar da medicação, é ouvir quando ele precisa falar, identificar se ele precisa fazer acompanhamento com psicólogo, é saber o que ele gosta e o que ele não gosta, ver se o acompanhante tem disponibilidade de vir ficar com ele”. (Amália, estudante).

O cuidado parecia, assim, compreender não somente um conjunto de técnicas realizadas sobre um corpo doente, mas uma série de outras condutas relativas à atenção e preocupação, comumente associadas a um domínio afetivo das relações. Desse modo, o amor, o carinho e a empatia eram entendidos não como contrários ao exercício profissional, mas como um domínio intrínseco ao cuidado, sendo as afetividades um domínio valorizado e incentivado. Dito de outro modo, se no interior da dupla dicotomia que ampara as visões ocidentais das emoções, o medo e a tristeza eram compreendidos a partir da oposição pensamento/emoção, as afetividades eram percebidas como contrárias ao afastamento, sendo, assim, consideradas como experiências positivadas. Como afirmou Lutz (1988), quando entendidas através da oposição emoção/estranhamento, a experiência emocional vê-se associada a aspectos como a vida em contraposição à morte, a conexão em contraste com a alienação e a relação em oposição ao individualismo. Nesta perspectiva, as emoções passam a ser percebidas como experiências que agem na contramão de um mundo racionalizado, como consonantes com o que é considerado genuinamente humano e verdadeiro, contrárias à ausência de autenticidade do pensamento. Como pontuou a autora, “enquanto o emocional é geralmente tratado como o membro inferior do conjunto no contraste emoção/pensamento, aqui a avaliação é invertida. É melhor, a maioria concordaria, ser emocional do que estar morto ou alienado. (LUTZ, 1988, p. 57, tradução nossa).

Desse modo, ao lidarem com sujeitos doentes, em condições de fragilidade e sofrimento, os estudantes e professoras viam nos afetos uma forma de cuidar. Tal como Amália, Beatriz compreendia as afetividades como parte do cuidado, mobilizando esta dimensão através da noção de vínculo: *“se você não cria vínculo com o paciente, se você não diz ‘bom dia’, ‘como você tá se sentindo’, ‘como você passou a noite’ para um paciente que tá internado, aquele cara não vai confiar em você”*. Para Beatriz, o vínculo – expresso através de condutas atentas às experiências do outro – se constituía como uma condição para a realização de um cuidado eficaz, que possibilitasse a abertura e confiança do paciente: *“a questão é você saber fazer o vínculo afetivo que vai gerar uma confiança no paciente, que você vai conseguir fazer uma assistência de qualidade”*. Assim, a estudante atrelava a dimensão dos afetos à definição de cuidado: *“[cuidado] é você orientar, é você educar, é você criar um vínculo com a família e com o paciente, porque a família participa do processo de recuperação. Eu acho é você aplicar o amor. O amor é intrínseco ao cuidado.”* Contudo, a narrativa de Beatriz destacava outra dimensão, que deveria associar-se ao domínio afetivo da profissão:

*“É um cuidado, mas não é um cuidado ‘ah, vou ali dar uma água com açúcar pra pessoa que tá nervosa’. É um cuidado científico, um cuidado embasado. E você tem que saber muito para fazer esse cuidado. Para mim esse cuidado, além de amor, de respeito, de carinho, de você estar ali presente para a pessoa, você também tem que ter o conhecimento científico, você tem que estar muito bem estudado, porque aquilo vai direcionar até mesmo como você aplica esse amor, eu acho, na minha visão. [...] Eu acho que além do amor, do sentimento, é importante você ter o aparato científico, porque você tem que saber aplicar [o amor] em cada caso e direcionar, ‘como é que eu posso fazer o melhor aqui?’”*.

Se falar sobre enfermagem era tratar de uma prática científica, era também falar de um ofício no qual as emoções não cessavam de emergir durante as interações. Assim, os afetos eram entendidos como uma forma de cuidado que transcendia as técnicas, devendo ser mobilizadas para promover o acolhimento e o bem-estar do paciente. Como vemos através do relato de Beatriz, a afetividade não era entendida como uma dimensão oposta à cientificidade da enfermagem, já que para aqueles sujeitos a enfermagem consistia na ciência do cuidado. Pelo contrário, o conhecimento científico deveria ser mobilizado para que esse afeto fosse dispensado de maneira eficiente. Desse modo, a afetividade e conhecimento científico deveriam ser dispensados conjuntamente, o que fazia da ciência e dos afetos duas dimensões constituintes do cuidar em enfermagem. Na narrativa de Amália, tais dimensões também emergiam de modo atrelado, como esferas complementares:



“Eu acho que o mais importante é ter amor, carinho e a gente ter comprometimento quando a gente tá fazendo a nossa formação. Porque não adianta ter amor e carinho e eu não me dedicar às matérias e aprender o que eu preciso, de ter bagagem de conhecimento. Então eu preciso ter essa responsabilidade com o conhecimento. Mas eu acho que, sobretudo, amor e carinho pra ser enfermeiro”. (Amália, estudante).

Tais proposições levam-nos a uma questão importante. No contexto da sociedade ocidental moderna, a biologia alcançou grande destaque na explicação dos processos de saúde-doença, o que tornou a biomedicina o modelo predominante no entendimento e tratamento das patologias, instituindo o desenvolvimento das ciências médicas. Sua constituição enquanto uma ciência da doença esteve ancorada na racionalidade científico-mecanicista, que nos séculos XVI e XVII tornou o mundo inteligível através de explicações metódicas e racionalistas, possibilitando que ela se consolidasse como um saber científico, englobando um conjunto de saberes, práticas e símbolos caracterizados pelo dualismo corporeamente, a racionalidade científica e a centralidade em elementos físico-químicos. (BONET, 2004; 2006, HELMAN, 2009) Como afirmou Octávio Bonet (2006), a biomedicina, ao se tornar um dos âmbitos impactados pelo processo de racionalização do mundo, edificou um discurso racionalizado sobre o corpo e as doenças apoiando nos estudos de anatomia e fisiologia sob os moldes do mecanicismo que, entre outras implicações, culminou na separação entre os domínios emocional e racional da experiência<sup>33</sup>.

Contudo, quando lançamos o olhar para a mobilização conjunta de afeto e conhecimento científico no campo da enfermagem – entendida como uma forma de potencializar a realização do cuidado –, parece-nos possível entrever uma forma específica de articular as dimensões racional e emocional. Nessa ótica, presenciei por diversas vezes nos contextos do trabalho de campo a referência à prática da enfermagem como um fazer que transcendia as atividades técnicas, o que parecia reforçar, por um lado, o caráter científico do cuidado, situando-o enquanto a manifestação do saber-fazer em enfermagem e enfatizar, por outro lado, a dimensão afetivo-emocional do ofício que realizavam.

A este respeito, Mônica me explicou que a formação em enfermagem, além de transmitir ao aluno diversos conteúdos acerca das práticas, também fornecia um conhecimento responsável por desenvolver nele uma série de outros *conhecimentos*, *habilidades* e *atitudes* que precisavam ser mobilizadas no momento em que as técnicas e

---

<sup>33</sup> Trabalhos como os de Octávio Bonet (2004) e Rachel Aisengart Menezes (2006) demonstram as tensões evidenciadas entre a dimensão cognitiva e o domínio das emoções em contextos hospitalares, a partir de um olhar voltado à figura do médico.

procedimentos eram empreendidos: *“tem tantas outras ações, tantos outros conhecimentos, habilidades e atitudes que ele tem que desenvolver durante os cinco anos de graduação, que extrapolam as técnicas e os procedimentos em si.”* Para a Mônica, esta competência para além da prática técnica dizia respeito à esfera afetiva das relações, entendida através de comportamentos de atenção, preocupação e, em suma, pela habilidade da empatia em relação ao paciente.

“O profissional precisa ter essa habilidade da empatia que eu sempre falo, de se colocar no lugar do outro, de entender o que o outro tá sentindo. É uma habilidade muito importante para o enfermeiro, porque ele tá ali o tempo todo. [...] Não é só eu chegar lá: ‘bom dia, vou passar uma sonda aqui em você’. Aí vai, coloca um cano no seu nariz e tchau. Nem te ouve, nem quer saber o que você tá sentindo, se você sentiu dor, se você sentiu desconforto. Então, é muito além da técnica. Se fosse só a técnica, pronto, era só preparar o material, chegar lá na pessoa, colocar o trem na pessoa e ir embora. E não é isso. Tem toda a parte afetiva, tem todo um sentimento que tá envolvido com aquela situação. Às vezes é só você ouvir a pessoa. E ela está desconfortável porque tá com saudade dos netos que estão em casa. [...] Às vezes você conversando, ela vai se sentir mais acolhida por você”. (Mônica, docente).

Embora a enfermagem se constitua como um ofício cuja formação se fundamenta no modelo biomédico, é uma profissão que elabora o seu cotidiano profissional de maneira particular, se colocando desafios e questões específicas ao propor uma prática que se funda em torno da noção de cuidado. Dada a perspectiva atual de cuidado em que se fundamentou, vinculada à noção de integralidade, encontro e proximidade<sup>34</sup>, a oposição entre este modelo de prática e um cenário em que corpo e pessoa encontram-se cindidos aparenta ser uma preocupação para a área, dada a tradição epistemológica em que se forjou a biomedicina e que se pautam, também, às atividades das enfermeiras. (SILVEIRA, GUALDA e SOBRAL, 2003). Nesse sentido, a relação destes profissionais com os pacientes coloca-nos questões, por se constituir como um fazer pautado no cuidado e, ao mesmo tempo, fundamentado na biomedicina, uma prática que, como já discutido, enfatiza a dimensão fisiológica e dualista nos processos de cura.

No que concerne mais especificamente à Enfermagem, é possível percebê-la como uma profissão formada de acordo com os princípios da biomedicina e que carrega os impactos desta, mas ao mesmo tempo, um fazer que mobiliza a concepção de uma prática específica

---

<sup>34</sup> No campo da enfermagem, a categoria cuidado tem sido atrelada às noções de unicidade e integralidade, uma concepção que se tornaria expressa nas teorias de enfermagem através de definições como “paciente em sua totalidade” ou o “o paciente como um todo”. (MELO, GUALDA, 2013).

que, pautada no cuidado, enfatiza a importância da dimensão emocional. Na bibliografia da área, é possível encontrar trabalhos que abordam como a dimensão afetivo-emocional emerge como uma habilidade necessária ao exercício do cuidado, sendo necessário aliá-lo ao “cuidado científico objetivado.” (MONTEIRO, 2016), numa tríade composta por habilidades cognitivas, motoras e afetivas (SANTIAGO; CARVALHO, 2006). Em outros estudos, a dimensão das emoções tem se destacado nos esforços internos de construção de uma epistemologia do cuidar, a partir da qual o cuidado científico é concebido como inseparável das emoções humanas (WATSON, 2007, 2008), tendo como foco o âmbito dos afetos. (WALDOW, 1995, 1992). Como apontou Dias da Silva (2014), ao situar a noção de cuidado como uma premissa ontológica, a enfermagem estabelece uma forma específica de relação com o outro, fazendo desta categoria um valor que os define enquanto profissionais da saúde. Seguindo a perspectiva da autora, parece-nos que as afetividades eram referidas não somente como aspectos que emergiam na prática cotidiana da profissão, mas um atributo inerente e indissociável daquele cotidiano.

Nesse sentido, buscamos refletir sobre como, ao se voltarem para o cuidado, os estudantes e professores valorizavam uma dimensão tradicionalmente rejeitada pela biomedicina, se referindo aos afetos como componentes importantes da prática que realizavam. Por se constituir como uma profissão responsável pelo cuidado e marcada pela presença constante junto ao paciente, a/o enfermeira/o deveria direcionar suas ações à preocupação, acolhimento e o apoio aos pacientes, sendo as afetividades entendidas como sentimentos intrinsecamente vinculados ao cuidar. Enquanto a biomedicina se constituiu como um domínio no qual as dimensões cognitiva e emocional se encontram dissociadas, a ênfase na noção de cuidado mobilizada pela enfermagem parecia levá-los a um modo específico de vivenciar os domínios cognitivo e emocional, articulando-as como dimensões do cuidado.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou compreender a corporalidade presente nas práticas características da enfermagem, traçando como foco de análise o entendimento de como o fazer destes profissionais estaria atravessado por uma modulação corporal particular, que se constituiria como parte importante do seu aprendizado. Partimos, assim, da premissa de que corpo consistiria em uma construção social e cultural, entendido não somente como uma superfície na qual os aspectos socioculturais se inscreveriam, mas como uma matriz de sentidos, através do qual a experiência dos sujeitos adquire significado. Nesse sentido, conduzimos nossa investigação através da inserção nos contextos de ensino-aprendizado de enfermeiras e enfermeiros, buscando nos aproximar das rotinas vivenciadas por estes sujeitos, perpassando os cotidianos de treinamento nos laboratórios e os contatos iniciais com os pacientes, seja nos cenários das Unidades Básicas de Saúde, seja nos contextos do Hospital Universitário. A inserção no interior desses ambientes e a convivência com os interlocutores desta pesquisa possibilitaram que empreendêssemos um mergulho sob as diversas práticas que são próprias da atuação destes profissionais, permitindo que alcançássemos a compreensão de como o corpo se apresentava como uma dimensão central através da qual os estudantes se construíam enquanto profissionais da enfermagem.

Desse modo, procurei demonstrar por meios dos dados e relatos etnográficos, como tais práticas envolviam o emprego de uma postura, como manter-se com os braços longos à frente do corpo durante o calçamento das luvas, a adoção de posições corporais específicas, como o posicionamento peculiar das mãos e dos dedos durante as administrações de medicamento ou a aplicação de movimentos característicos, como durante as higienizações de superfícies, materiais e corpos. Nesse sentido, o estudo pormenorizado das técnicas e procedimentos próprios deste ofício se mostraram relevantes ao evidenciarem a relação entre a formação em enfermagem e a construção de um corpo específico, que se concretizava de modo efetivo através do engajamento prático dos estudantes.

Procurei discorrer, assim, sobre a importância direcionada à aquisição de “consciência corporal” durante a circulação e o andamento das condutas nos ambientes de cuidado, uma forma de se movimentar que envolvia a obtenção de um conhecimento particular vinculado à condução do próprio corpo em um contexto marcado pelo risco da contaminação; era preciso, nos termos nativos, “saber estar no ambiente”. A partir destes detalhes, que só puderam ser alcançados através do trabalho de campo, nos foi possível compreender como o corpo enfermeiro era um corpo formado para se portar, movimentar e

gesticular de modo particular, um corpo que deveria aprender a coibir ações corporais desordenadas ao se direcionar ao objetivo específico de dispensar cuidados aos sujeitos adoecidos.

Procuramos demonstrar, também, como os corpos que cuidam eram forjados também em termos sensoriais, sendo os sentidos mobilizados com o intuito de dar inteligibilidade ao corpo do outro, decodificando-o e traduzindo em códigos próprios àqueles contextos. Por meio da aplicação das técnicas propedêuticas – inspeção, percussão, palpação, e ausculta –, os estudantes aprendiam a identificar os dados presentes na superfície corporal de seus pacientes e interpretá-los em suas formas, tamanhos, cores, texturas, sons e cheiros, empreendendo uma ação exploratória que só poderia se efetivar a partir de sentidos treinados, dotados de habilidade para sentir, ver, cheirar e ouvir de modo específico. Conforme busquei enfatizar, esta atividade implicava a inserção dos estudantes em um universo sensorial característico, que constituía o paradigma perceptivo específico do cuidado em enfermagem. Aprender a empregá-lo era parte do processo de compreensão do corpo do outro, que se tornava tangível, mensurado e decifrado por meio de uma sensorialidade particular, um processo que se dava a partir da mobilização dos corpos daqueles que estavam aprendendo a cuidar.

Nesse sentido, podemos afirmar que os estudantes se encontravam em processo de transformação, no qual aprendiam a conduzir e a mobilizar seus corpos para que estes se tornassem corpos enfermeiros, um aprendizado que se efetivava na prática por meio da inserção nos ambientes de cuidado e do constante treinamento das práticas características da profissão. Através de um aprendizado que abarcava o corpo, os estudantes eram conduzidos pelas professoras que, com corpos já dotados destas habilidades, os guiavam na percepção das sensações, na atenção à postura e no controle dos gestos e movimentos. Assim, procurei apontar como o processo formativo destes profissionais passava por um aprendizado que se processava nos corpos destes sujeitos, transformando-os na expressão de um *habitus* específico, mas, também, um corpo que transmitia este *habitus*, ou seja, um conhecimento difundido e apreendido através dos corpos. Se este aprendizado não podia dar-se senão através da prática, ele não poderia ser incorporado sem a instrução das professoras, que conduziam a transformação deste corpo prévio, fazendo dele um corpo específico.

No decorrer de nossa discussão, buscamos enfatizar como o corpo, ao ser formado e construído nos contextos de cuidado, tornava-se um corpo dotado de um saber particular. Dito de outra forma, através do engajamento prático dos estudantes e da condução das professoras, um tipo específico de conhecimento era incorporado nesses corpos. Nesta perspectiva, o corpo que cuida se constituía em um corpo que sabia se movimentar, portar e gesticular, que

sabia tocar, cheirar, ouvir e enxergar. Mas este corpo, além disso, deveria saber controlar-se emocionalmente para manifestar somente as emoções valorizadas, entendidas como modos de potencializar o cuidado. Ao se referirem ao medo e à tristeza, estudantes e professores falavam de emoções que deveriam ser coibidas em sua experiência e manifestação, uma evitação que se efetivava através de estratégias forjadas para este fim. Todavia, quando narravam vivências e concepções relacionadas ao amor, carinho e empatia, os interlocutores desta pesquisa demonstravam como estes se constituíam como sentimentos constituintes da prática do cuidar, como uma das dimensões do cuidado científico dispensado pela enfermagem. Este modo de sentir também envolvia uma espécie de conhecimento que pode ser definido nos termos de uma educação da sensibilidade. Era preciso saber se envolver para potencializar o cuidado, ou seja, mobilizar as emoções consideradas adequadas para a sua realização. Assim, entendemos como as emoções eram não somente concebidas de modo específico no interior dos contextos de cuidado, mas como elas eram mobilizadas como parte importante do ofício de enfermagem, demonstrando como, se tratando do campo aqui estudado, a dicotomia razão/emoção deve ser pensada de modo particular e contextualizado.

No que se refere às experiências emocionais, procuramos evidenciar como o corpo também adquiria um lugar de centralidade, uma vez que era por meio dele que os sujeitos entendiam vivenciar suas emoções, descritas a partir de sensações corporais características. Ao serem concebidas como experiências corporificadas, era preciso educar o corpo também em relação às emoções sentidas e manifestadas através dele, adquirindo um conjunto de expressões e posturas que, tal como as técnicas do corpo definidas por Mauss, envolviam um aprendizado que também se efetivava corporalmente. Contudo, o aprendizado das emoções não estava presente nos roteiros e, como demonstramos, eram adquiridos à custa de experiências frequentemente perpassadas por diversos dilemas.

Tendo em vista as reflexões e discussões aqui mobilizadas, consideramos que compreensão do cuidado a partir de uma perspectiva antropológica, voltada à dimensão corporal desse fazer, mostrou-nos como a Enfermagem se constitui como um campo complexo, um ofício que carrega uma série de questões que lhe são próprias e perpassam as experiências cotidianas destes profissionais. Nesse sentido, esperamos ter alcançado o objetivo de evidenciar como a formação em enfermagem encontra-se vinculada a uma construção e modulação corporal específica e, mais que isso, um fazer que se estende à esfera subjetiva, vinculado a construção de sensibilidades, sendo estes corpos atravessados, também, por emoções e afetos.

## REFERÊNCIAS

ABU-LUGHOD, Lila; LUTZ, Catherine. Introduction: emotion, discourse and the politics of everyday life. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Language and the politics of emotion**. Tradução de Maria Cláudia Coelho. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. et al. Da academia à realidade: uma reflexão acerca da prática do exame físico nos serviços de saúde. **Saúde & Transformação Social**. Florianópolis, n. 4, v. 4, p. 106-110, 2013.

BARBOSA, Amanda Conrado Silva. **Egressos de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora: competências e inserção profissional**. Juiz de Fora, 2018. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, 2018.

BECKER, Howard. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Ed. Jorge. Zahar, Rio de Janeiro, 2008.

BONET, Octávio. **Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina**. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2004.

BONET, Octávio; TAVARES, Fátima Regina Gomes. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo De. (Org.). **Razões Públicas para a integralidade: o cuidado como valor**. Rio de Janeiro : IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

BOURDIEU, Pierre. O Conhecimento pelo corpo. In: **Meditações Pascalianas**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2001.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Luis Roberto. **Pesquisas em versus pesquisas com seres humanos**. Série Antropologia, Brasília, 2003.

CARVALHO DA SILVA, Carlos Magno; SABÓIA, Vera Maria; TEIXEIRA, Enéas Rangel. O Ensino do exame físico em suas dimensões técnicas e subjetivas. **Texto & Contexto Enfermagem**. Santa Catarina, n. 3, v. 18, p. 458-465, jul-set, 2009.

CASTRO, Edna Aparecida Barbosa de. Nossas Mãos. **Facenf em foco**, Juiz de Fora, n. 2, p. 2, nov. 2018.

CLASSEN, Constance. Foundations for an Anthropology of the Senses. **International Social Science Journal**, vol. 49, n. 153, p. 401-412, 1997.

DIAS DA SILVA, Cristina. De improvisos e cuidados: a saúde indígena e o campo da enfermagem. In: TEIXEIRA, Carla Costa; GARNELO, Luiza. (Org.). **Saúde Indígena em Perspectiva: explorando suas matrizes históricas e ideológicas**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

DIAS DA SILVA, Cristina. **“Viver em primeira pessoa”: uma etnografia sobre humanização e técnicas do corpo**. Curitiba: Editora CRV, 2016.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e perigo**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

FERNANDES, Carlos Roberto. **O corpo mediador do cuidado de enfermagem: uma epistemologia do conceito fundamentada em Wilhelm Dilthey**. 2016. (Tese de Doutorado)

FIGUEIREDO, Mariangela Aparecida Gonçalves; BAPTISTA, Suely de Souza. Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora: 1977-1979. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 62, n. 4, p. 512-517, jul./ago. 2008.

FISHER, Berenice; TRONTO, Joan. Toward a feminist theory of caring. In: **Circles of care: Work and identity in women's lives**. Albany: State University of New York Press, p. 35-62, 1990.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

GUIMARÃES, Nadya Araujo; HIRATA, Helena Sumiko; SUGITA, Kurumi. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociol. Antropol.** [conectados], vol. 1, n. 1, 2011, p. 151-180.

HERTZ, Robert. A proeminência da mão direita: um estudo sobre a polaridade religiosa. In. **Religião e Sociedade**, vol.06, 1980.

HIRATA, Helena. Teorias e práticas do care: estado sucinto da arte, dados de pesquisa e pontos de debate. In: FARIA, Nalu; MORENO, Renata. (Org.). **Cuidado, trabalho e autonomia das mulheres**. São Paulo: SOF, 2010

HIRATA, Helena; DEBERT, Guita Grin. Apresentação. In: \_\_\_\_\_ (Org.). Dossiê gênero e cuidado. **Cadernos Pagu**, v. 7, n. 15, p. 7-15, 2016.

HIRATA, Helena. O trabalho de cuidado. In: Oliveira, Juliana Andrade; Matsuo, Myrian. (Org.). **O trabalho emocional e o trabalho de cuidado. I Seminário de Sociologia da Fundacentro**. São Paulo, SP : Fundacentro, 2014.

HOWES, David; CLASSEN, Constance. **Ways of sensing: Understanding the senses in society**. London: Routledge, 2014.

HOWES, David. Les techniques des sens. **Anthropologie et Sociétés**, 14 (2), 99–115

HOWES, D. & MARCOUX, J. 2006. Introduction à la culture sensible. **Anthropologie et Sociétés**, 30(3), 7–17

INGOLD, Tim. **The perception of the environment: essays on livelihood, dwelling and skill**. London: Routledge, 2000.

INGOLD, T. Da transmissão de representações à educação da atenção. **Educação**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 6-25, 2010.

JARVIS, Carolyn. **Exame físico e avaliação de saúde para enfermagem**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

JESUS, Maria Cristina Pinto de; SANTOS, Sueli Maria dos Reis; FIGUEIREDO, Mariangela Aparecida Gonçalves; GAVA, Grazielli Fabiana; PEREIRA, Fernanda de Oliveira. Primeira



década do Curso de Enfermagem na Universidade Federal de Juiz de Fora: 1979 -1989. **Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 2, p. 255-262, abr/jun. 2012.

LATOURE, Bruno. **Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência**. Porto: Afrontamento, 2007.

LE BRETON, David. **Antropologia do Corpo e Modernidade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

LE BRETON, David. **Antropologia dos sentidos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012

LIMA, Antônio Fernandes Costa. Reflexão sobre o cuidar a partir do cenário da hemodiálise. O corpo como mediador da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. **Mundo da saúde**, São Paulo, v. 30, n.1. p. 1515 1-155, jan./mar, 2006.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**. Campinas, SP, n. 24, 2005, p. 105-125.

LUTZ, Catherine. **Unnatural emotions: everyday sentiments on a Micronesian Atoll and their challenge to western theory**. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

MAUSS, Marcel. **A expressão obrigatória dos sentimentos**. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso (Org.). Marcel Mauss: antropologia. São Paulo: Editora Ática, 1979, p. 147-153.

MAUSS, Marcel. **As técnicas do corpo**. In: Sociologia e Antropologia. São Paulo: Ubu Editora, 2017.

MELO, Lucas Pereira de; GUALDA, Dulce Maria Rosa. Ciências Sociais e enfermagem no Brasil. In: MELO, Lucas Pereira de; GUALDA, Dulce Maria Rosa; CAMPOS, Edemilson Antunes. **Enfermagem, antropologia e saúde**. Editora Manole: Barueri-SP, 2013.

MONTEIRO, Priscila de Vasconcelos et al. Quando cuidar do corpo não é suficiente: a dimensão emocional do cuidado de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.20, n. 957, 2016.

PEIRANO, Mariza. **Rituais ontem e hoje**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

PEIRANO, Mariza. “Temas ou teorias? O estatuto das noções de ritual e performance”. **Campos**, 7(2):9 16, 2006.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

POTTER, Patrícia. A., et al. **Fundamentos de enfermagem**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

RENAUD, Isabel Carmelo Rosa. O Cuidado em Enfermagem. **Revista Pensar Enfermagem**, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 2-8, 2010.

REZENDE, Cláudia Barcellos; COELHO, Maria Cláudia. **Antropologia das Emoções**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do corpo**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

SAILLANT, Francine; GAGNON, Éric. Vers une anthropologie des soins? **Anthropologie et Sociétés**, v. 2, n. 23, p. 5–14, 1999.

SANTIAGO, Patrícia Sarsur Nasser; CARVALHO, Daclé Vilma. Habilidades afetivas na formação do profissional de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 292-296, 2006.

SARTI, Cynthia. Corpo e doença no trânsito dos saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. São Paulo, v. 25, n. 74, p. 77-90, 2010.

TURNER, Victor. **Floresta de símbolos: aspectos do ritual Ndembu**. Niterói: EdUFF, 2005.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da Enfermagem**. Petrópolis, RJ : Vozes, 2012.

WALDOW, Vera Regina. Cuidar/cuidado: o domínio unificador da enfermagem. **In: Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.