

---

## A sensorialidade do cuidado em enfermagem: um saber-fazer corporificado

---

Bruna Motta<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente trabalho é parte de uma pesquisa de mestrado, que teve como objetivo compreender a corporalidade presente nas práticas características da enfermagem, traçando como foco de análise o entendimento de como a formação destes profissionais estaria atravessada por uma modulação corporal particular. No texto que se segue, apresentarei especificamente a prática do exame físico, buscando apontar como a formação em enfermagem envolve a construção de uma sensorialidade específica, expressa pela habilidade de leitura do corpo do outro a partir do uso do próprio corpo, através da mobilização dos sentidos. Desse modo, conduzimos nossa investigação através de uma etnografia realizada com estudantes e professores da faculdade de enfermagem de uma universidade pública mineira, perpassando os cotidianos de treinamento nos laboratórios e os contatos iniciais com os pacientes.

**Palavras-chave:** Corpo; Enfermagem; Cuidado; Sensorialidade.

**Abstract:** The present work is part of a master's research, which aimed to understand the corporality present in the characteristic practices of nursing, tracing as the focus of analysis the understanding of how the formation of these professionals would be crossed by a particular corporal modulation. In the text that follows, I will specifically present the practice of physical examination, seeking to point out how nursing training involved the construction of a specific sensoriality, expressed by the ability to read the other's body from the use of one's own body, through the mobilization of the senses. In this way, we conducted our investigation through an ethnography carried out with students and professors of the faculty of nursing of a public university in Minas Gerais, going through the daily training in the laboratories and the initial contacts with the patients.

**Keywords:** Body; Nursing; Careful; Sensoriality.

---

<sup>1</sup> Bruna Motta é doutoranda em Antropologia Cultural pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Antropologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGSA/UFRJ). É mestra em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Juiz de Fora (PPGCSO/UFJF) e graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG). Possui experiência na área de Antropologia da Saúde, com interesse mais específico em temáticas ligadas ao corpo, emoções, profissionais da saúde, saber biomédico e cuidado.

## Introdução

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.” (2012:7).

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) 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, 2017:404).

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 de modo mais geral 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

---

<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.

de desenvolvimento como um fazer definido pelo cuidado. Frequentemente apontada como a *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.

Os banhos de leito, as passagens de sonda, os cateterismos, as punções venosas e os cuidados com feridas, entre muitos outros, 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 ou tecnologias do cuidar, 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, sendo fundamentados em um conhecimento particular e sujeitos à construção de uma habilidade. 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.

Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo refletir sobre a relação entre a formação profissional em enfermagem e o corpo, atentando para o modo como as práticas das enfermeiras e enfermeiros integram um processo de aprendizado no qual o corpo é o elemento central. Para tal empreendimento, busco aqui lançar um olhar sobre um procedimento específico, o exame físico, buscando apontar como o modo de empreendê-lo envolve construção de uma habilidade particular, marcada pela mobilização dos órgãos sensoriais.

Baseado nos métodos e fundamentos próprios da semiologia – área dedicada ao estudo dos sinais e sintomas do corpo – e no aprendizado das semiotécnicas ou técnicas propedêuticas, o exame físico é uma prática que torna possível o acesso aos dados corporais do paciente, segundo a concepção local, 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 mobiliza 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, como o tato, o olfato, a audição e a visão.

Assim, parto da etnografia realizada durante um semestre letivo com estudantes e professores da faculdade de enfermagem de uma universidade pública mineira, através da inserção nos cenários das disciplinas de Fundamentos e Tecnologias do Cuidar em Enfermagem I e II. Tais disciplinas eram ministradas no segundo ano de formação, mais especificamente nos terceiros e quartos períodos da referida graduação, respectivamente.<sup>3</sup> Durante o primeiro ano de curso, os estudantes tinham um contato mais próximo com disciplinas das ciências biológicas, como os conteúdos de Anatomia, Fisiologia e Imunologia, cujas disciplinas compõem o ciclo básico de vários cursos de graduação da área da saúde. Desse modo, era somente a partir do segundo ano de formação que se iniciava o aprendizado do conteúdo específico da Enfermagem, sendo este contato inaugurado pelas disciplinas aqui observadas.

As referidas disciplinas ficavam, assim, sob a responsabilidade do Departamento de Enfermagem Básica e tinham como objetivo o ensino teórico-prático dos procedimentos considerados mais gerais da assistência em Enfermagem<sup>4</sup>. Como afirmaram Silva e Ferreira (2014:114), a Enfermagem Fundamental compõe uma totalidade complexa que, enquanto um elemento primordial da profissão, não possui um campo de atuação vinculado a uma especialidade. Nesse sentido, ela está presente na integralidade do trabalho de enfermeiras e enfermeiros. Nas palavras das autoras, a Enfermagem Fundamental permeia a “inteireza [do trabalho], já que a prestação de cuidados básicos se faz a qualquer clientela, cenário, em

---

<sup>3</sup> O presente artigo é parte da pesquisa de mestrado da autora (Motta, 2020). O trabalho de campo foi iniciado efetivamente no mês de agosto de 2019 e finalizado no mês de dezembro do mesmo ano.

<sup>4</sup> A Faculdade de Enfermagem observada possui, ainda, outros dois Departamentos, o Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública e o Departamento de Enfermagem Aplicada. A partir do quinto período de graduação, as estudantes iniciam o contato com um conteúdo mais especializado, vinculado a áreas como Enfermagem em Saúde Coletiva, em Saúde do Idoso e do Adulto, Saúde Mental, Saúde da Mulher, entre outros, cuja responsabilidade pelo ensino teórico-prático divide-se entre os demais departamentos.

situações de menor a maior complexidade, nas quais se acrescentam conhecimentos específicos de uma área especial da enfermagem”.

Nesse sentido, compartilhei das experiências de duas extensas turmas da graduação, formada em sua maioria por mulheres<sup>5</sup> jovens, que possuíam entre 19 e 24 anos. Convivi, também, com quatro docentes do Departamento de Enfermagem Básica: Aline, Luciana, Mônica e Esther<sup>6</sup>, que possuíam idade entre 35 e 50 anos<sup>7</sup>.

O percurso do trabalho de campo consistiu, assim, no acompanhamento do cotidiano e as atividades de professores e estudantes do curso de Enfermagem, abarcando os cenários de ensino-aprendizado teórico e prático no interior da faculdade e, também, as atividades realizadas no Hospital Universitário e nas Unidades Básicas de Saúde. Além da observação participante, foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado tanto com as discentes quanto com as docentes<sup>8</sup>. A escolha pela disciplina se deu em razão de seu contexto formativo teórico e, sobretudo, prático. Tal opção se justificou, pois, considero que tais cenários se constituem como fundamentais para o processo de socialização e construção do sujeito enquanto profissional da saúde. Como afirmou Bonet (2004), estes cenários formativos são importantes ao propiciarem o contato dos sujeitos com a prática, permitindo a reflexão acerca do processo de produção e aquisição desse *habitus* específico. Para o autor,

---

<sup>5</sup> A enfermagem é 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 (COFEN, 2015). Nesse sentido, ainda que nosso objetivo neste trabalho não compreenda uma discussão 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: 114), 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”, fazendo com que a divisão sexual do trabalho de cuidado se estenda, também, ao cuidar realizado no âmbito profissionalizado.

<sup>6</sup> Todos os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios.

<sup>7</sup> Enquanto Aline já estava vinculada à universidade há quase 20 anos, as demais professoras haviam ingressado como docentes entre os anos de 2012 e 2014. As áreas de interesse das professoras estavam voltadas a diferentes temáticas. Aline tinha interesse por terapias integrativas, práticas alternativas e feridas crônicas, Luciana tinha as doenças infecciosas como foco de pesquisa, Mônica se detinha à saúde do trabalhador, enquanto Esther se voltava para o tema da terapia intensiva e transplante renal.

<sup>8</sup> A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora, com parecer número 3.574.010.

essa compreensão só pode se concretizar através do compartilhamento das experiências dos sujeitos da pesquisa, tal como me propus no presente artigo.

Nesse sentido, no texto que se segue, apresento uma breve contextualização acerca do ambiente físico e da dinâmica de aprendizado das práticas, em seguida descrevo aspectos do aprendizado da prática do exame físico e, por fim, empreendo uma análise das questões apresentadas.

### **A dinâmica e o contexto do aprendizado**

O processo de formação das estudantes<sup>9</sup> 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 cotidiano do fazer em enfermagem. Tratarei aqui, mais especificamente, dos cenários dos laboratórios, local em que eram ensinados os procedimentos básicos da profissão, cujo objetivo era desenvolver conhecimentos e habilidades, munindo as estudantes de capacidades para a prestação de assistência aos seus pacientes.

Nestes cenários, as dinâmicas de ensino-aprendizado eram voltadas, inicialmente, à demonstração detalhada dos procedimentos por parte das professoras e do posterior treinamento pelas estudantes, que sempre os executavam repetidamente. 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. Contudo, ainda 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,

---

<sup>9</sup> Ao longo do texto, optei pela utilização da palavra estudantes no feminino, dada a prevalência das mulheres no universo estudado.

naquele momento, lhes eram descritas, mostrando a centralidade da dimensão prática para o aprendizado do ofício de enfermagem.

Desse modo, os laboratórios destinados a estes treinamentos eram muito semelhantes à estrutura hospitalar de uma enfermaria, que de fato eles buscavam reproduzir. As duas salas bastante amplas possuíam leitos com seus respectivos pacientes-bonecos e roupas de cama perfeitamente estendidas, além de mesinhas de cabeceira, um posto de Enfermagem e um banheiro utilizado nas simulações. Já 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. Os pacientes-bonecos possuíam, nesse sentido, grande semelhança com pessoas humanas e no contexto dos laboratórios eram responsáveis por trazer o que nos termos nativos era denominado como *simulação realística*<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Somente após esta inserção inicial, que acontecia ao longo de algumas semanas nos laboratórios, as estudantes eram encaminhadas para a prática no serviço de saúde, realizadas especificamente nas Unidades Básicas de Saúde e no Hospital Universitário, um contexto marcado pelos primeiros contatos com os pacientes reais.

**Imagem 1: laboratório-enfermaria**



Fonte: acervo pessoal da autora

Para cada uma das aulas, nas quais eram apresentados os procedimentos, os laboratórios eram configurados de modo específico, com os materiais organizados e dispostos tal como seriam empreendidos nos pacientes reais. Se a aprendizagem se direcionasse à coleta de sangue, por exemplo, a sala se organizava com uma maca na sua região central, sobre ela um braço e ao seu lado uma pequena mesa que portava diversos materiais que seriam utilizados naquela ocasião. As professoras se colocavam atrás das macas, enquanto as estudantes se localizavam à frente, onde sempre eram chamadas a se atentarem aos mínimos detalhes de cada movimento.

O procedimento em questão era apresentado no braço fabricado em material plástico, cuja forma se aproximava da estrutura anatômica de corpos humanos, possuindo vasos nos quais era possível inserir a agulha. A aula seguia com o procedimento sendo empreendido pelas docentes e, durante a simulação, havia uma sequência padronizada de procedimentos que deveriam ser seguidos rigorosamente um após o outro, abrangendo atividades técnicas e ações direcionadas à comunicação com o paciente. Ao se encerrarem as demonstrações, prosseguiam para o segundo momento da aula, voltado ao treinamento incessante por parte das estudantes, que os realizavam nos pacientes-bonecos ou umas nas outras, dependendo da técnica ensinada.

As sequências das práticas de cuidado possuíam, em algumas ocasiões, dez etapas, em outras quase quarenta, compondo processos longos que deveriam ser memorizados para serem reproduzidas sequencialmente. Diante da extensão e complexidade das sequências, um roteiro impresso era disponibilizado aos alunos, denominado procedimento operacional padrão (POP). Tais roteiros 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 impressos. O POP funcionava como o primeiro guia, um reforço à memória que, diante de tantas etapas, tendia a ludibriá-los. Neste estágio de contato inicial com as técnicas, as estudantes circulavam para todos os cantos munidas 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.

A dinâmica se repetia para todo o conjunto de procedimentos ensinados e aprendidos no interior desses espaços, sendo a constituição do laboratório-enfermaria central para o manejo do corpo que se esperava que as estudantes adquirissem. As formas específicas de se portar ou se movimentar eram direcionadas tanto às técnicas mobilizadas na realização dos procedimentos, quanto em relação à prevenção da contaminação que, sob o risco de estar presente em todos os lugares e ser disseminada pelos próprios sujeitos, era um perigo a que todos estavam expostos. Assim, além de ser submetido a processos de desinfecção, descontaminação e proteção, o corpo deveria se movimentar de modo a evitá-la. Por esta razão, as professoras ressaltavam a importância de que as estudantes atentassem para os movimentos do próprio corpo, adotando uma postura rigorosa em relação à proibição de que tocassem superfícies ou objetos – como pias, bancadas ou maçanetas – com seus corpos, solicitando que as alunas dispusessem de controle acerca desses pequenos detalhes: *“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”*, disse Aline, professora, durante uma das aulas.

Desse modo, as professoras ressaltavam a importância de *saber estar no ambiente*, ou seja, de que os alunos compreendessem quais locais estariam contaminados e onde deveriam ou não tocar, sendo esta uma categoria importante e constantemente reforçada nos contextos do laboratório. Nos contextos de cuidado 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. Por isso, era fundamental que deixassem de se movimentar de forma descuidada 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”, dizia a professora. Assim, enfatizavam a *consciência do movimento* como um aspecto indispensável ao enfermeiro, sendo necessário 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 ênfase das professoras durante as aulas 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, exigindo que as ações a partir dali fossem racionalizadas e controladas. Nesse sentido, a estrutura física dos laboratórios, edificados para replicar a configuração de uma enfermagem hospitalar era essencial para aproximá-los 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 em sua especificidade.

É nessa perspectiva que busco sustentar como 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 (Motta, 2020). Mas não só isso. Como buscarei demonstrar no tópico que se segue, 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)

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, genitourinário, 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.

### **A sensorialidade do cuidado: técnicas propedêuticas e o uso dos sentidos**

#### *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 aprendiam 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, a professora Aline<sup>11</sup> 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.

---

<sup>11</sup> Todos os nomes utilizados nesse trabalho são fictícios.

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.

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. As professoras Tatiana e Mônica 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. 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.

Ao lidar com sujeitos doentes, os odores tornavam-se, assim, 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 passavam a compor o cotidiano dos estudantes de enfermagem, a partir da inserção em um universo específico de cheiros e odores que necessitam de decodificação. A aquisição da sensibilidade para empreender tais discriminações passava pela formação e, sobretudo, pela prática, através da qual estes sujeitos aprendiam a servir-se do seu olfato para empreender o cuidado.

### *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

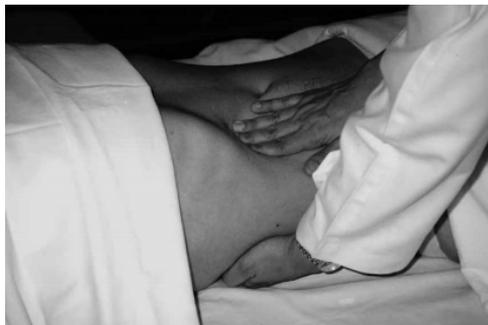
pluralidade de ações táteis direcionadas a examinar, compreender, cuidar e aliviar as dores e desconfortos de outrem. Assim, durante o aprendizado das práticas no interior dos laboratórios, a percepção tátil era evocada principalmente através da utilização das mãos, que se tornavam instrumentos centrais 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 a professora 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”*.

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 1: 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).

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<sup>12</sup>, 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.

#### *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<sup>13</sup>, que consistia em um instrumento utilizado para conduzir as sonoridades dos corpos dos pacientes até os ouvidos do profissional. 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.

---

<sup>12</sup> Nessa ocasião, na qual as estudantes treinavam a verificação do pulso apical (procedimento em que escutavam os sons cardíacos na região do ápice do coração), um grupo de estudantes pediu que eu as auxiliasse ocupando a posição de paciente.

<sup>13</sup> 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.

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 tórax e o *som broncovesicular*, 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.

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.

#### *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, tatilidade 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<sup>14</sup> 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. 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 2: percussão digito-digital**



**Imagem 3: percussão piparote**



Fonte: BARROS (2016)

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.

---

<sup>14</sup> Os termos mão dominante e mão não dominante eram 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.

“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.

### **O corpo como superfície inteligível**

Os estudos antropológicos sobre os sentidos 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 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, 1997:402, 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.

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 sensações particulares, que exigiam um aprendizado que os conduzissem 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) explica 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. Segundo o autor, 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.

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 temos inteligíveis. Como afirmou 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. 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.

### **Aprender no/com o corpo**

Para 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, 2008:40)

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.” (Latour, 2008:39). 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”. (Latour, 2008:39).

Já para o sociólogo Pierre Bourdieu (Bourdieu, 2001), 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. Ou seja, 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 consiste 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.

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, aliando-se 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.

Nesse sentido, os estudantes, que ao ingressarem na graduação possuíam percepções, movimentos e posturas leigas, adquiriam uma nova corporeidade ao final do processo de formação, pautada em um conjunto de habilidades e percepções específicas. Tim Ingold (2010), ao propor uma discussão sobre os processos de aprendizagem, aponta como 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, indissoluvelmente corpo e mente, em um ambiente ricamente estruturado”. (Ingold, 2000:353, 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”. (2010:21). 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” (2010:7), 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 estava 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 acumulo 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. 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.

### **Considerações finais**

Através da discussão da prática do exame físico, busquei demonstrar como o corpo se tornava uma superfície passível de ser compreendida a partir da tradução de visões, tatilidades, cheiros e sons em uma perspectiva particular, colocadas diante de uma sensorialidade e significações específicas. Assim, procurei demonstrar como os corpos que cuidam eram forjados 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.

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.

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.

### Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, M. C. P. de, & ROCHA, J. S. Y. (1986). *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez.
- AZEVEDO, Dulcian Medeiros de. et al. (2013). 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.
- BONET, O. (2004). *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz
- BOURDIEU, Pierre. (2001). O Conhecimento pelo corpo. In: *Meditações Pascalianas*. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil.
- CARVALHO DA SILVA, Carlos Magno; SABÓIA, Vera Maria; TEIXEIRA, Enéas Rangel. (2009). 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.
- CLASSEN, Constance. (1997). Foundations for an Anthropology of the Senses. *International Social Science Journal*, vol. 49, n. 153, p. 401-412.
- HOWES, David; CLASSEN, Constance. (2014). *Ways of sensing: Understanding the senses in society*. London: Routledge.
- 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. (2000) .*The perception of the environment: essays on livelihood, dwelling and skill*. London: Routledge.

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

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

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

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

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

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

LOPES, M. J., & LEAL, S. M. (2005). A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, 24, 105-125.

MAUSS, Marcel. (2017). As técnicas do corpo. In *Sociologia e Antropologia* (pp. 421-443). São Paulo: Ubu Editora.

Pesquisa inédita traça perfil da enfermagem. 6 mai. 2015. Disponível em: < [http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem\\_31258.html#:~:text=Mais%20da%20metade%20dos%20enfermeiros,2%25%20das%20equipes%20de%20enfermagem.](http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html#:~:text=Mais%20da%20metade%20dos%20enfermeiros,2%25%20das%20equipes%20de%20enfermagem.) > Acesso em: março. 2020.

SILVA, R. C. & FERREIRA, M. A. (2014). Tecnologia no cuidado de enfermagem: uma análise a partir do marco conceitual da Enfermagem Fundamental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 111-118.