

Maria Henriqueta Luce Kruse

Os poderes dos corpos frios – das coisas que se ensinam às enfermeiras

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor em Educação.

**Orientadora:
Prof. Dra. Marisa Vorraber Costa**

Porto Alegre

2003

Para Felipe e Augusto, meus filhos, para os quais tento ser um exemplo.

Para Everton, que sabe tudo o que representa para mim.

Para Carlos e Maria, meus pais, pelo exemplo.

“...aprendi que, num hospital, por mais que ele seja bom, você passa a ser um número. Sofri muito com isso. Chega de manhã, o cara tem de dar banho em você e em mais trinta. Então ele me lava como se estivesse lavando um banheiro. É mais um número. Vira de um lado, vira do outro, e pronto. Isso não é só no hospital público, não, o outro hospital onde eu fiquei é particular, e caro.” (Marcelo Yuka, baterista do grupo *O Rappa*, Revista *VEJA*, 2001, p. 14)

Sumário

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	5
RESUMO	7
APRESENTAÇÃO OU PARA EVITAR O RODAPÉ.....	11
PRIMEIRA PARTE	
A ORDEM DO CORPO E DO CUIDADO	14
1. UMA IDÉIA TOMA MEU CORPO	15
2. ANATOMIA: A ORDEM DO CORPO.....	24
3. ENFERMAGEM MODERNA: A ORDEM DO CUIDADO	48
SEGUNDA PARTE	
COMO OPERAM OS SABERES QUE PRODUZEM OS CORPOS FRIOS?	75
4. BIOPOLÍTICA: FAZER VIVER, DEIXAR MORRER.....	77
5. HOSPITAL: OBSERVATÓRIO DA MULTIPLICIDADE HUMANA.	86
6. PACIENTE, ALGO QUE SE FABRICA.....	98
7. TÉCNICAS DE ENFERMAGEM: ATÉ OS MÍNIMOS DETALHES.....	106
8. EXAME FÍSICO: UM OLHAR SEMPRE ATENTO.....	119
9. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: A ORDEM COMO TAREFA.	135
10. OS SABERES QUE PRODUZEM OS CORPOS FRIOS	142
REFERÊNCIAS.....	149

Lista de ilustrações

Figura 1	Aula de anatomia. Walter Reed General Hospital. US Army, Washington. Disponível em http://www.wihm.nlm.nih.gov . Acesso em 25 set. 2003.....	14
Figura 2	Andreas Vesalius (HAGENS, 2000, p. 13).....	25
Figura 3	De humani corporis fabrica (VESALIUS, 2002, capa).....	26
Figura 4	A lição de Anatomia do Dr. Tulp. Rembrandt, Holanda, 1632 (HAGENS, 2000, p. 227)	27
Figura 5	Cortes frontal e lateral da cabeça (GARDNER, 1967, p. 5)	37
Figura 6	Tabaqueira anatômica (GARDNER, 1967, p. 158)	37
Figura 7	Área drenada pelo ducto torácico (GARDNER, 1967, p. 386)	38
Figura 8	Medida da pelve (GARDNER, 1967, p. 508).....	38
Figura 9	Medida da pelve masculina e feminina (GARDNER, 1967, p. 509).....	38
Figura 10	Atlas de Anatomia Humana (SOBOTTA, 1988, capa).....	39
Figura 11	Face (SOBOTTA, 1988, p.35)	39
Figura 12	Série representativa de cortes frontais (HAGENS, 2000, p. 206)	40
Figura 13	Homem de corpo inteiro com pele (HAGENS, 2000, p. 153).....	42
Figura 14	Visitando a exposição no Japão (HAGENS, 2000, p.36)	43
Figura 15	Mulher reclinada no oitavo mês de gravidez (HAGENS, 2000, p.188) ...	44
Figura 16	Aula de Anatomia do Dr. Egberts. Thomas de Keyser, Amsterdam, 1619. Disponível em http://www.wihm.nlm.nih.gov . Acesso em 25 set. 2003.....	45
Figura 17	Página de rosto do De Humani Corporis fabrica, 1ª edição (VESALIUS, 2002, p. 51)	46
Figura 18	Pavilhão de aulas da Escola Anna Nery (FRAENKEL, 1934, p. 15)	51
Figura 19	Florence Nightingale aos 37 anos em uma fotografia que sua família considerava a mais parecida com ela (DOSSEY, 1999, p. 211).....	54
Figura 20	The mission of mercy, pintado por Jerry Barrett em 1857, mostra Florence Nightingale com papel e lápis na mão, recebendo doentes e feridos em Scutari, ajudada por suas colegas (DOSSEY, 1999, p. 130).....	55

Figura 21	Litografia, 1855. Florence Nightingale falando com um oficial britânico no hospital Barrack (DOSSEY, 1999, p. 155)	56
Figura 22	Formulário hospitalar idealizado por Florence Nightingale (DOSSEY, 1999, p. 226)	57
Figura 23	Alunas na sala de refeições da residência das enfermeiras da Escola Nightingale (DOSSEY, 1999, p. 403).....	59
Figura 24	Primeiras edições dos livros de Florence Nightingale (DOSSEY, 1999, p. 239)	60
Figura 25	Demonstração da educação profissional da enfermeira moderna e o alvo de suas responsabilidades (ALMEIDA, 1986, p. 31)	66
Figura 26	Time completo (ISTO É, 2003, n. 1735, p. 64)	75
Figura 27	Enfermaria de mulheres. Presbyterian Hospital. New York, 1898. Disponível em http://www.ihm.nlm.nih.gov . Acesso em 25 set. 2003.....	90
Figura 28	Enfermeiras da Reserva do Exército, fotografia de matéria publicada em jornal (A NOITE ILUSTRADA, Rio de Janeiro, 11 abr. 1944). Cedida por Margarida Rocha Bernardes	99
Figura 29	Tempo gasto em transporte da Itália ao Brasil (LIMA, 1946a, p. 15)....	100
Figura 30	Técnica de Enfermagem (REBEn, 1950, p. 28).	109
Figura 31	Banho de recém nascido (Anais de Enfermagem, 1937, p.20)	113
Figura 32	Escola Anna Nery, laboratório de técnicas de enfermagem (FRAENKEL, 1934, p. 16)	117
Figura 33	Estudantes de Enfermagem e professora na Turquia, 1947. Disponível em http://www.ihm.nlm.nih.gov/ihm/images/A/24/415.jpg . Acesso em 25 set. 2003	119
Figura 34	Estudantes de Enfermagem e professora na Turquia, 1947. Disponível em http://www.ihm.nlm.nih.gov/ihm/images/A/24/416.jpg . Acesso em 25 set. 2003	129
Figura 35	Encarte do Localizador de memória do enfermeiro. (CARPENITO, 1998, frente)	136
Figura 36	Encarte do Localizador de memória do enfermeiro. (CARPENITO, 1998, verso).....	137

Resumo

Esta tese trata dos corpos de pacientes hospitalizados. Observo que, quando hospitalizados, somos despidos daquilo que tem sido tomado como nossa humanidade e tratados como se fôssemos todos iguais. Enfim, corpos frios, por natureza. Trato dos poderes que determinados saberes têm de construir jeitos de olhar para o corpo, que estão implicados em modos de cuidar do corpo. Faço uma hipótese de leitura dos discursos da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) e de outros textos aos quais a Revista me remete, entendendo-os como os discursos autorizados sobre a enfermagem. Na leitura interessada desses textos mostro como os saberes sobre o corpo são organizados, articulados e colocados em operação, em uma determinada ordem do discurso, para produzir os corpos frios. Apoiada por textos de Foucault e identificada com os Estudos Culturais analiso os discursos considerando suas condições, mostrando seus jogos e os efeitos de verdade que produzem sobre o corpo. Operando com as ferramentas foucaultianas do poder, saber e discurso, procuro responder às questões: Como se articulam os saberes sobre o corpo para compor esses sujeitos que cuidam do corpo dessa maneira? Como são colocados em operação os saberes que esfriam o corpo? Qual sua contingência e historicidade? Na primeira parte, ao estudar a ordem do corpo, analiso a disciplina de Anatomia considerando as marcas que ela produz na formação na área da saúde e sua durabilidade. Destaco o cadáver como o primeiro contato da estudante com um corpo humano, objeto de sua futura prática. Na ordem do discurso sobre o cuidado resgato fragmentos da história da enfermagem para reconstituir a organização de seu regime de prática, estudando o modo como se organiza no Brasil, como uma profissão que surge associada ao saber médico e ao hospital. Na segunda parte da tese mostro o papel que a enfermeira desempenhou no governo das populações e dos indivíduos. Analiso como os instrumentos da disciplina e as funções disciplinares se manifestam e como operam para anular as diferenças de sexo, gênero, geração ou raça/etnia, para que todos fiquem iguais, como se não tivessem história ou identidade. Ao percorrer o hospital, um observatório da multiplicidade humana, estudo um conjunto de práticas que produz conhecimentos sobre o homem e uma cultura de si. A seguir, analiso as técnicas de enfermagem, quando observo que a disciplina se exerce

sobre o corpo e a mente das enfermeiras, até os mínimos detalhes e sobre o tempo de vida dos pacientes, do nascimento até a morte. Ao analisar o exame físico distingo o seu ritual e a visibilidade que produz no corpo do paciente internado, que é diferenciado e escrutinado. O exame transforma sujeitos em objetos e, além disso, subjetiva-os como portadores de anormalidades. Ao considerar os diagnósticos de enfermagem, relembro sua origem na modernidade e destaco-os como um espaçoso arquivo que pretende conter todos os itens relativos à possibilidade de adoecer ou ser saudável. Destaco-os como uma rede objetiva de codificação que possibilita o crescimento do poder e saber sobre os corpos fríos.

RESUMEN

Esta tesis trata de los cuerpos de pacientes hospitalizados. Observo que, cuando estamos hospitalizados, nos desnudan de lo que ha sido considerado como nuestra humanidad y somos tratados todos igual. En fin, cuerpos fríos, por naturaleza. Trato del poder que determinados saberes tienen para construir maneras de mirar el cuerpo, en las cuales están implicados los modos de cuidar del cuerpo. Hago una hipótesis de lectura de los discursos de la Revista Brasileña de Enfermería (REBEn) y de otros textos hacia los cuales la Revista me remite, entendiéndolos como los discursos autorizados (que quedan legitimados) sobre la enfermería. En la lectura interesada de esos textos muestro como los saberes sobre el cuerpo se organizan, se articulan y se ponen en operación, en un determinado orden del discurso, para producir los cuerpos fríos. Al estar apoyada por textos de Foucault e identificarme con los Estudios Culturales, analizo los discursos, considerando sus condiciones, mostrando sus juegos y los efectos de verdad que producen sobre el cuerpo. Al operar con las herramientas foucaulneas del poder, saber y discurso, procuro responder a las siguientes preguntas: ¿Cómo se articulan los saberes sobre el cuerpo para componer esos sujetos que cuidan del cuerpo de esa manera? ¿Cómo están colocados en operación los saberes que enfrían el cuerpo? ¿Cuál es su contingencia e historicidad? En la primera parte, al estudiar el orden del cuerpo, analizo la disciplina de Anatomía, para considerar las marcas que ella produce en la formación dentro del área de la salud y su durabilidad. Destaco el cadáver como el primer contacto del estudiante con un cuerpo humano, objeto de su futura práctica. En el orden del

discurso sobre el cuidado, rescato algunos fragmentos de la historia de la enfermería, para reconstituir la organización de su régimen de práctica, para estudiar el modo como se organiza en Brasil, como una profesión que surge asociada al saber médico y al hospital. En la segunda parte de la tesis, enseñó el papel que la enfermera ha desempeñado en el gobierno de las poblaciones y de los individuos. Analizo como los instrumentos de la disciplina y las funciones disciplinares se manifiestan y como operan para anular las diferencias de sexo, género, generación o raza/etnia, para que todos se queden iguales, como si no tuviesen historia o identidad. Al hacer un recorrido por el hospital -un observatorio de la multiplicidad humana-, estudio un conjunto de prácticas que produce conocimientos sobre el hombre y una cultura de sí mismo. A continuación, analizo las técnicas de enfermería, cuando me fijo en que la disciplina se ejerce sobre el cuerpo y la mente de las enfermeras, en los más mínimos detalles y sobre el tiempo de vida de los pacientes, desde el nacimiento hasta la muerte. Al analizar el examen físico distingo su ritual y la visibilidad/el reflejo que produce en el cuerpo del paciente ingresado, a quien se le diferencia y se le escudriña. El examen transforma sujetos en objetos y, todavía más, los subjetiva como portadores de anormalidades. Al considerar los diagnósticos de enfermería, recuerdo su origen en la modernidad y los destaco como un espacioso archivo que pretende contener todos los itens relativos a lo que es factible de enfermar o ser saludable. Los destaco como una red objetiva de codificación que posibilita el crecimiento del poder y el saber sobre los cuerpos fríos.

ABSTRACT

This thesis is about hospitalized people's bodies. I observe that when we are hospitalized we are deprived of what is taken to be our very humanity and we are treated as if everybody was equal or, in other words, as cold bodies. I refer to the power that a certain knowledge has to produce a different way to look at the body, which is related to the way of taking care of it. I analyse a reading hypothesis of the articles of the Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn) and other texts to which that journal sends the reader, which I take to be very authoritative texts about nursing. From my reading I show that the knowledge of the body is organized, articulated and put into

operation so as to produce cold bodies. Supported by Foucault's theories and identified with Cultural Studies I analyse the discourses and consider their conditions with the aim of showing their articulation and the effects of truth they produce in relation to the body. Having in mind Foucault's concepts of power, knowing and speech, I try to answer to some questions: How is the knowledge of the body articulated in order to form the subjects who take care of the body this way? How is that knowledge put into practice? Which is its contingency and historicity? In the first part of the thesis, studying the order of the body, I analyse the matter of Anatomy and consider the marks it leaves on the formation in Health Studies and the duration of these effects. I highlight that the corpse is the first contact a student has with the human body, the object of his future practice. In relation to the discourse about the care of patients, I bring parts of the history of nursing in order to rebuild the organization of its practices and I study how the nursing was organized in Brazil as a profession associated to medical knowledge and to the hospital. In the second part of the thesis I show the role the nurse played in the orientation of the population and individuals. I analyse how the tools of a matter of studies and its functions are manifested and how they work so as to annihilate differences of sex, gender and generation, making everybody appear as one, as if they did not have history or identity. Visiting a hospital, an observatory of the human multiplicity, I study practices that produce Knowledge of the man and a culture of oneself. After that, I analyse nursing techniques and observe that this matter involves the nurse's body and mind in all details and the patient's lifetime from birth to death. Analysing the physical exam I distinguish its rituals and the visibility it offers of the body of an hospitalized patient, who is differentiated and scrutinized. The exam turns subjects into objects and, moreover, consider them as bearers of abnormalities. Finally, considering nursing diagnosis, I bring to memory its origin in modernity and emphasize them as a large file which aims at containing every item related to the possibility of getting ill or being healthy. I also emphasize them as an objective net of codes that makes possible the improvement of the power and the knowledge of the cold bodies.

Apresentação ou para evitar o rodapé

Como?! Você pensa que eu teria tanta dificuldade e tanto prazer em escrever, que eu me teria obstinado nisso, cabeça baixa, se não preparasse – com as mãos um pouco febris – o labirinto onde me aventurar, deslocar meu propósito, abrir-lhes subterrâneos, enterrá-lo longe dele mesmo, encontrar-lhe desvios que resumem e deformam seu percurso, onde me perder e aparecer, finalmente, diante de olhos que eu não terei mais que encontrar? Vários, como eu sem dúvida, escrevem para não ter mais um rosto. Não me pergunte quem sou e não me diga para parecer o mesmo: é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever (FOUCAULT, 2000 a, p. 20).

Este texto nasceu do meu olhar de enfermeira, professora e pesquisadora de enfermagem, sobre os corpos de pacientes hospitalizados. Observo que, quando hospitalizados, somos despidos daquilo que tem sido tomado como a nossa humanidade e, tratados como se fôssemos todos iguais. Enfim, corpos frios por natureza. Lendo Sennett (1997), conheci a expressão “poderes dos corpos frios” referida a uma modificação ocorrida nos corpos das mulheres de Atenas durante um rito de fertilidade, a Tesmoforia, no qual eram separadas de seus maridos e permaneciam em silêncio, jejuando e em abstinência sexual. Assumiam uma posição imóvel, agachadas. “Seus corpos se tornavam quase inertes e frios, quase sem vida. Dessa condição passiva e gelada, o ritual as transformava em corpos dignificados. O manto da escuridão na terra, o frio das covas, a proximidade com a morte transformava o status de seus corpos” (SENNETT, 1997, p.64). Pensei que, como tantas vezes, esta velha fórmula poderia ser útil a novas exigências, isto é, o ritual da Tesmoforia poderia me ajudar a refletir sobre os corpos hospitalizados como corpos frios, já que os percebo como despojados daquilo que lhes confere uma determinada identidade e que os encarna na história. Esta estratégia facilitaria o acesso a esses corpos hospitalizados, que se tornariam mais fáceis de serem manipulados. Por outro lado, esses corpos frios também seriam capazes de

veicular determinados saberes e poderes que, quando ensinados às enfermeiras, produzem um determinado jeito de cuidar dos pacientes hospitalizados, que apesar de tantas vezes criticado, tem se revelado produtivo e perdurado ao longo do tempo. Além disso, gostaria de pensar que esse jeito “frio” de cuidar e a proximidade com a morte pudesse transformar e dignificar esses corpos.

Para auxiliar a compreensão dos leitores do meu texto, descrevo como me preparei para enfrentar o labirinto. Procurei construir uma escrita própria a partir do olhar sobre textos e imagens que selecionei como representativos do que quero demonstrar: os poderes que determinados saberes têm de construir jeitos de olhar para o corpo, que estão implicados em modos de tratar, lidar, enfim cuidar do corpo. Para fazer a caminhada em direção aos meus objetivos, planejei um roteiro em duas partes. Na primeira, dirijo-me à disciplina de Anatomia, supondo que, quando essa disciplina institui o cadáver como objeto de estudo, extrai dele saberes sobre os corpos que teriam fundado um modo de cuidar dos corpos, quando doentes e hospitalizados. Em seguida, coloco em foco a enfermagem moderna, que nasce como uma prática coadjuvante da prática médica e que, como tal, se constrói dentro da instituição hospitalar e a partir do saber médico constituído na modernidade. Abordo a influência anglo-americana, que marcou o início da enfermagem no Brasil, e destaco a preocupação das enfermeiras na construção de um saber, tido como saber próprio, que, de acordo com os discursos que hoje circulam, asseguraria uma independência profissional.

Na segunda parte do trabalho, opero com os discursos da *Revista Brasileira de Enfermagem* (REBEn) e com outros textos aos quais a Revista me remete, entendendo-os como os discursos autorizados sobre a enfermagem. Proponho uma hipótese de leitura desses textos para mostrar como os saberes sobre o corpo são organizados, se articulam e são colocados em operação, em uma determinada ordem do discurso, para produzir os corpos frios. Esses discursos compõem um conjunto de conhecimentos que deve ser ensinado às enfermeiras, e serão peças importantes da maquinaria da modernidade, que pretende constituir a população e, portanto, produzir o sujeito moderno. Assim, apoiada por textos de Foucault e identificada com os Estudos Culturais, pretendo analisar esses discursos, considerando suas condições, mostrando

seus jogos na cultura, e os efeitos de verdade que produzem sobre o corpo. Portanto, olho esses discursos como constituidores dos corpos frios. Operando com as ferramentas foucaultianas do poder (aí incluídos o poder disciplinar e o biopoder), do saber e do discurso, procuro responder às questões que me levaram a esse estudo. Como se articulam os saberes sobre o corpo para compor esses sujeitos que cuidam do corpo dessa maneira? Como são colocados em operação os saberes que esfriam os corpos? Qual sua contingência e historicidade? É o que faço na segunda parte da tese.

Ao longo do texto apresento imagens que achei especialmente admiráveis ou sugestivas do que quero mostrar. Essa escolha não foi guiada por nenhuma teoria, nem busquei inventar ou descobrir um método sistemático de lê-las, apenas apresento-as para ilustrar a minha história, pois entendo que essas imagens dialogam com o meu texto, reforçando algumas idéias e argumentos que quero apresentar. As imagens, assim como as histórias, são textos que nos falam, nos informam. Acreditando no que dizia Aristóteles, retomado por Manguel (2001), penso que todo processo de pensamento requer, também, imagens. Apresento as imagens sob a forma de figuras numeradas. Após o sumário, relaciono os créditos dessas ilustrações.

Esclareço que, neste trabalho, optei pelo uso do termo paciente, ao invés de doente ou cliente, por ser o mais freqüentemente utilizado, tanto na literatura que consultei, quanto pelos profissionais da área da saúde. Também considero que o termo é o mais adequado para expressar seu lugar na estrutura hospitalar. Em relação à grafia da palavra enfermagem, utilizo a inicial maiúscula quando me refiro à Enfermagem como campo de estudos e a inicial minúscula quando o termo está relacionado à prática social. Outra explicação que me cabe fazer neste momento é que, embora esteja aumentando a presença masculina na enfermagem, utilizo o termo enfermeira e aluna no gênero feminino, diante do amplo predomínio das mulheres nessa profissão. Quanto aos excertos e fragmentos que transcrevi nessa tese, alerto que mantive a grafia dos textos originais para conservar a linguagem em que foram escritos e grafiei-os usando letra em formato Arial, tamanho 10 para diferenciá-los das citações que estão em Times New Roman, também em tamanho 10. Entendi que era importante fazer essas considerações para não ter que recorrer, cada vez, a uma nota de rodapé.



Figura 1¹

PRIMEIRA PARTE

A ordem do corpo e do cuidado

“Não se trata de uma crítica, na maior parte do tempo; nem de uma maneira de dizer que todo mundo se enganou a torto e a direito; mas sim de definir uma posição singular pela exterioridade de suas vizinhanças; mais do que querer reduzir os outros ao silêncio, fingindo que seu propósito é vão – tentar definir esse espaço branco de onde falo, e que toma forma, lentamente, em um discurso que sinto como tão precário, tão incerto ainda”. (FOUCAULT, 2000a, p. 20)

¹ A foto das enfermeiras na aula de anatomia permite mostrar a ordem que atravessa os estudos do corpo e do cuidado, durante a formação da enfermeira. Esta se expressa na uniformidade das roupas e das posturas onde destaco a posição das pernas e braços e os olhares dirigidos para o esqueleto e para a peça anatômica (fêmur) que está na mão da professora.

Uma idéia toma meu corpo

O indivíduo, ao ser hospitalizado, se afasta de sua casa, abandona seu cotidiano e é introduzido no “mundo” do hospital, com seus códigos e ritos. O corpo é então colocado em repouso, conduzido ao quarto, ao leito. Seu contato com a natureza é restringido, e ele se afasta do que é público. Assim, o corpo é isolado na doença, tornando-se objeto de enclausuramento, o que possibilita a vigilância constante e o registro permanente. O hospital, que antigamente era um lugar de reclusão e morte, destinado àqueles que, por serem pobres, não tinham outro lugar para morrer, tinha como objetivo primeiro a assistência espiritual. A partir do século XIX até os dias de hoje, com o avanço científico e tecnológico, o hospital constituiu-se em um espaço terapêutico, inclusive de formação e produção de saberes que, numa linguagem científica, chamamos de conhecimento em saúde. Assim, o hospital, como uma das instituições de seqüestro (Foucault, 1999a), tem como função o controle dos corpos. Quer seja nas grandes enfermarias dos hospitais europeus do século XIX ou nos modernos centros de tratamento intensivo de hoje, os corpos quando hospitalizados são objetos do olhar, um olhar que tem um trajeto, um olhar que vai de corpo em corpo. Um olhar que esquadrinha e quadricula. Com as inovações tecnológicas, este corpo hospitalizado é mais e mais isolado e, além de ser objeto do olhar, é objeto das mãos, é constantemente manipulado. Na qualidade de corpo doente, as pessoas tornadas pacientes perdem a sua individualidade e permanecem a maior parte do tempo com roupas de dormir. Para facilitar o acesso da equipe hospitalar a seus corpos, são despojadas de seus pertences e roupas, devendo usar as roupas do hospital, que são

feitas de modo a eliminar as barreiras que dificultam o acesso rápido e eficaz aos corpos doentes.

Em um estudo sobre as relações de poder das enfermeiras sobre os corpos hospitalizados no momento do cuidado de enfermagem, Ferreira e Figueredo (1997) observaram que as mesmas estabelecem uma relação direta entre o saber cuidar do corpo e o poder cuidar do corpo, pois, em sua ótica, o saber científico que detêm está associado à prerrogativa de manipular o corpo. O manuseio dos corpos para a realização dos procedimentos de enfermagem e a inspeção dos mesmos, determina um poder sobre o corpo dos/as pacientes internados/as. Ao mesmo tempo, produz um saber sobre este corpo que, através dos registros, passa a ser de domínio de toda a equipe, o que lhes possibilita a aquisição de um saber sobre o corpo hospitalizado. Esta noção de propriedade está presente em vários depoimentos de enfermeiras e o que legitima esta posse é a hospitalização. Tal situação, de acordo com Loyola (1988), transforma o paciente em “um mudo espectador dos palcos do hospital” (p.129). Na mesma direção, Miranda e Sobral (1991) acrescentam que a “autorização social para manipular o corpo do outro assegura à profissão um poder incontestável” (p.23), argumentando que o fato de integrar a chamada área da saúde parece levar os profissionais a acreditarem que detêm poder sobre a doença e sobre a vida humanas. Ser profissional desta área, de acordo com Ferreira e Figueredo (1997), parece significar “ter a identidade necessária e suficiente para abrir todas as portas que levam ao corpo do doente hospitalizado” (p.108).

Como enfermeira, acostumei-me com a “naturalidade” do manuseio do corpo do indivíduo hospitalizado, bem como com os discursos que o objetificam como *corpo escolar*, isto é, aquele corpo que é objeto de estudo e que, de acordo com Santos (1999), é “tido como universal, assumido como igual para todos/as, que se fundamenta na velha figuração anatômica, que não só atomiza o corpo, mas também o destitui dos significados que o produzem enquanto corpo generificado, sexualizado, crente, racializado, temporal, etc.” (p.196). Fazendo uma analogia com aqueles corpos que são objeto de estudo na disciplina de Anatomia, penso que este corpo, ao ser hospitalizado, transforma-se em um corpo “frio”, pois é despojado de tudo aquilo que lhe confere uma determinada identidade e que, portanto, o encarna na história. Esta estratégia possibilita o acesso a este corpo tornando-o mais fácil de ser manipulado. Por estratégia entendo,

como Albuquerque Jr (2000), aqueles procedimentos “que nascem de um cálculo das relações de força e que são empreendidas por um sujeito de poder e de querer para atingir objetivos previamente traçados” (p. 133).

Como professora, observo que as alunas, ao ingressarem no curso de Enfermagem, justificam sua escolha por ser esta uma profissão que possibilita a ajuda a outros seres humanos e, ao iniciarem suas experiências na área hospitalar, são bastante críticas em relação ao modo como são tratadas/os as/os pacientes, sendo que o “distanciamento” da equipe de profissionais da área é muitas vezes observado e referido por elas como um desrespeito às/aos pacientes. A invasão da sua privacidade é observada, como também a forma, predominantemente impessoal, como seus corpos são manipulados. Com o passar do tempo e durante as práticas, observo alunas, que antes criticavam, começarem a se comportar e a desempenhar os papéis anteriormente contestados, como se estivessem adquirindo, lentamente, a “identidade de enfermeira”. O que ocorre durante a formação destas alunas que produz tal transformação? Como se articulam estes saberes sobre o corpo para compor estas subjetividades? Quais os aparatos que nos fazem ver o corpo desta maneira? Como são colocados em operação estes saberes que “esfriam” os corpos? Qual a contingência e a historicidade desse dispositivo?

Para poder responder a essas perguntas, me ocupo em compreender como se constituíram as idéias e as práticas dos cuidados de enfermagem sobre o corpo, principalmente do corpo hospitalizado, e estudar como os saberes sobre o corpo se articulam para compor um saber que vai produzir enfermeiras de um certo tipo. Para tanto, penso que é importante estudar os discursos sobre o corpo que permeiam a formação da enfermeira, mostrando a trama de sua fabricação que se manifesta através das regularidades que regem a dispersão de seus enunciados, pois para Foucault (1999b) “uma formação discursiva não se define nem por um objeto, nem por um estilo, nem por um jogo de conceitos permanentes, nem pela persistência de uma temática, mas deve ser apreendida como um sistema de dispersão regulado” (p. 153).

Não escrevo uma história do currículo de formação das enfermeiras, ou das circunstâncias de sua produção, das doutrinas ou projetos políticos que lhe deram forma. Estou empenhada em descrever como o corpo tem sido problematizado quando é

ensinado às enfermeiras, e se, em determinados momentos históricos, ocorreram deslocamentos ou rupturas na maneira pela qual o corpo é narrado. Isto porque esta investigação vem se desenrolando em torno da intuição de que existe uma regularidade na forma pela qual os saberes sobre o corpo são organizados para compor um conjunto de conhecimentos que deve ser ensinado às enfermeiras. Tais saberes, historicamente comprometidos, estão organizados em disciplinas que compõem uma estrutura curricular que se pretende universal e capaz de produzir enfermeiras com determinada identidade profissional.

Não estou me referindo a currículo como um rol de disciplinas e experiências de aprendizagem, sejam elas teóricas ou práticas, mas entendendo, como Costa (1998), inspirada em Foucault, que se trata de um “conjunto articulado e normatizado de saberes, regidos por uma determinada ordem, estabelecida em uma arena em que estão em luta visões de mundo e onde se produzem, elegem e transmitem representações, narrativas, significados sobre as coisas e seres do mundo” (p. 41). Foucault (1999c) estudou como o poder disciplinar se comporta no âmbito das instituições, onde circula e manifesta sua materialidade. Desta forma, se considerarmos as instituições educativas, o currículo seria um dos elementos mais produtivos para estudar o poder e seus variados modos de disseminação. No caso dos currículos de enfermagem, que legitimam e reproduzem os seus saberes, o poder disciplinar se manifesta em múltiplas direções, se exercendo sobre os corpos das futuras enfermeiras e determinando um regime de práticas para cuidar dos corpos dos pacientes hospitalizados. Práticas aqui entendidas “como o lugar do encadeamento do que se diz e do que se faz, das regras que se impõe e das razões que se dão, dos projetos e das evidências” (FOUCAULT, 2003, p.338). Assim sendo, tal formação acadêmica, que nos produz como enfermeiras, imprime em nossos corpos formas de ser e habitar o mundo, isto é, formas de viver e ser saudável provenientes de saberes sobre o corpo, que, além de atingirem os corpos dos pacientes, se exercem também sobre o nosso próprio corpo, espaço possível de subjetivação.

Michel Foucault se destaca por pensar de outro modo sobre processos que são muitas vezes naturalizados. Ao utilizar seus escritos, faço um exercício, colocando alguns de seus textos ao lado das formas convencionais de pensar algumas práticas educativas da enfermagem e ensaio uma possível fecundidade desta associação. Tento

focalizar estas práticas, descrevendo-as, utilizando a sua “caixa de ferramentas”². Opero com as ferramentas do poder (aí incluídos o poder disciplinar e o biopoder), saber e discurso, e utilizo seus conceitos para formular perguntas adequadas a esta estratégia analítica e, com esse procedimento, entendo que posso responder às questões que me levaram a esse estudo. Neste exercício, pretendo mostrar como se produziu, e ainda se produz, o esfriamento dos corpos hospitalizados, tornados dóceis e úteis, portanto, objetos dos quais é possível extrair saberes. Esses saberes, ensinados às enfermeiras, fazem com que elas “esfriem” os corpos para poder manipulá-los como objetos de prospecção e de produção de novos saberes. Embora não seja esse o foco do meu trabalho, também procuro assinalar a função desse discurso no processo de subjetivação das enfermeiras, pois considero que eles produzem uma identidade própria, que determina um “jeito” de lidar com os seus corpos e os dos pacientes sob seus cuidados.

Neste trabalho, olho para o corpo não como algo definitivamente dado pela natureza mas como uma produção cultural radicalmente histórica. Assim, me aproximo do campo dos Estudos Culturais, particularmente daquelas vertentes de inspiração pós-estruturalista, que se desenvolvem a partir da perspectiva pós-moderna. Esta propõe uma analítica externa aos conceitos da racionalidade moderna, colocando sob suspeita as “verdades” da modernidade. A razão moderna se opõe ao senso comum, pois se considera um saber mais rigoroso e mais próximo da verdade. Veiga-Neto (1996) comenta que quando esta visão de mundo começou a ser questionada, a partir da metade do século XIX, delineou-se o que ficou conhecido como a crise dos paradigmas, que configura uma transição entre pensamentos que se esgotam, os modernos, e outros que vão surgindo³, os pós-modernos.

Denomina-se pós-moderna a multiplicidade de novas tendências, em variados campos da cultura, que têm em comum o abandono daquilo que Lyotard⁴ denominou metanarrativas iluministas. O que caracteriza este novo estado da cultura, segundo

² Em um diálogo entre Foucault e Deleuze (FOUCAULT, 2000b), este refere que uma teoria é como uma caixa de ferramentas, não tem nada a ver com o significante. É preciso que sirva, que funcione, e não para si mesma. Se ninguém pode servir-se dela é que não serve para nada, não chegou o seu momento. Não se volta a uma teoria, faz-se outra, há muitas por fazer. Ele relembra Proust que aconselhava que tratassem seus livros como lentes dirigidas para fora, que quando não vão bem toma-se outras. Cada um deve encontrar seus próprios aparatos que são forçosamente aparatos de combate (p.10).

³ Para uma melhor compreensão, ver Thomas Kuhn e sua obra *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1995.

⁴ Ver, a propósito, LYOTARD, Jean François. *O pós moderno*. Rio de Janeiro: José Olympio, 1988.

Veiga-Neto (idem, p.26)

não é propriamente a refutação das noções totalizantes do Iluminismo mas, antes, as tentativas de se articular sem apelar para elas. O pós-moderno não é um anti-modernismo. Para o pensamento pós-moderno, não se trata de tentar demonstrar que não existem a Razão e o Sujeito transcendentais, ou que a linguagem não é transparente na sua tarefa de representar. Mas se trata apenas de pedir para aqueles que proclamam essas noções (e sobre elas constroem teorias e interpretações) que demonstrem a existência delas...

Originalmente, os Estudos Culturais foram uma invenção britânica. Hoje, encontram-se espalhados e se transformaram num fenômeno internacional, tendo inclusive uma importante ramificação latino-americana. Isso não quer dizer que esse movimento represente o transporte de um corpo de conhecimentos com o qual seja possível operar, da mesma maneira, em todos os lugares. Ao contrário, compõem um conjunto de formações instáveis e descentradas. De qualquer forma, um dos aspectos que caracterizam esses estudos, é o fato de existir neles tanto um projeto teórico, por pretender construir um campo de saber, quanto um projeto político. Em relação ao projeto teórico, representaria uma insatisfação com os limites disciplinares e proporem, então, a interdisciplinaridade. Segundo Costa et alii (2003):

Os Estudos Culturais não pretendem ser uma disciplina acadêmica no sentido tradicional, com contornos nitidamente delineados, um campo de produção de discursos com fronteiras balizadas. Ao contrário, o que os tem caracterizado é serem um conjunto de abordagens, problematizações e reflexões situadas na confluência de vários campos já estabelecidos, é buscarem inspiração em diferentes teorias, é romperem certas lógicas cristalizadas e hibridizarem concepções consagradas.

Em relação ao projeto político, os estudiosos dos Estudos Culturais pretendem que a cultura seja pautada democraticamente, enfim uma “educação em que as pessoas comuns, o povo, pudessem ter seus saberes valorizados e seus interesses contemplados” (idem, p. 40). Muitos autores consideram os Estudos Culturais um tumulto teórico, devido às diversas interseções que estabelecem no estudo de aspectos culturais da sociedade contemporânea. No entanto, estas interseções é que proporcionam uma outra compreensão de determinados fenômenos e relações que, geralmente, não são apreendidas pelas disciplinas tradicionais. Para Stuart Hall (2003) – considerado um dos pais dos Estudos Culturais – esses estudos são uma formação discursiva, no sentido foucaultiano do termo, consistindo numa variedade de trabalhos que compõem um conjunto de formações instáveis, “‘centrados’ apenas entre aspas” (p. 201).

Assim, Costa et alii (2003) comentam ser difícil caracterizar o que seriam os Estudos Culturais e referem que são muitas coisas ao mesmo tempo, produzindo uma tensão, tanto intelectual quanto acadêmica, em que estão implicadas não só as disciplinas como “os movimentos políticos, práticas acadêmicas e modos de investigação tais como o marxismo, o pós-colonialismo, o feminismo, o pós-estruturalismo.” (p. 45)

Veiga-Neto (2000), ao discutir as aproximações entre o trabalho de Foucault e os Estudos Culturais, considera possível utilizar “porções” do pensamento deste autor na realização de investigações, fazendo um uso interessante e interessado das mesmas, não só pelas soluções que podemos encontrar, mas também pelas perguntas que seu pensamento nos incita a fazer, já que ele nos mostra que “é necessário colocar tudo sob suspeita” (idem, 1995, p. 49). Esta e outras questões surgem quando pretendemos usar “bocados” do pensamento de Foucault em nossas empreitadas intelectuais, pois,

pensar com Foucault, é jamais parar de pensar. É perguntar, sempre e uma vez mais: por que tem de ser assim? Por que não poderia ser de outra maneira? Por que devemos acreditar no que nos dizem, agora, se, antes, já nos disseram tantas coisas, tantas vezes, tão diferentes? (FREIRE COSTA, 1999, p. 20).

Meu objetivo nesta pesquisa é estudar como os discursos sobre o corpo, organizados em saberes que são transmitidos ao longo da formação da enfermeira, funcionam no processo de transformação/autotransformação dessas mulheres em enfermeiras. Como já destaquei anteriormente, a enfermagem é uma profissão exercida majoritariamente por mulheres. Meyer (1995) destaca a divisão entre o mundo público, freqüentado pelos homens e o mundo doméstico, onde se situavam as mulheres, como algo que ainda não estaria superado. Assim, a enfermeira como mulher desempenharia aqueles papéis culturais que foram reservados às mulheres, tradicionalmente encarregadas das tarefas reprodutivas, tais como: procriar, gestar, amamentar, nutrir, cuidar, limpar e outros, o que faz com que sua formação tenha uma íntima relação com a manutenção desses papéis. Embora já tenha sido largamente demonstrada a vinculação da formação da enfermeira com a manutenção e reprodução de relações de poder, especialmente de gênero, e que estas relações, mesmo que se reconheça as transformações ocorridas, têm-se mantido quase intocáveis na trajetória da profissão, nesta tese não utilizarei o gênero como uma categoria de análise.

Meu estudo é de um outro tipo, busco acompanhar o caminho a ser percorrido durante a formação, também conhecido como currículo. O currículo pode ser visto como texto e analisado como discurso, uma vez que constitui um espaço e um campo de produção e de criação de significados. Ao trabalhar neste registro em que me inscrevo, não optei por fazer uma pesquisa do currículo oficial, aquele das grades de disciplinas organizadas pelos cursos ou dos projetos governamentais, nem tampouco me propus a descobrir o que “realmente” é ensinado às enfermeiras, pois neste caso eu estaria procurando uma verdade que estivesse escondida, o que seria de todo impossível. Minha proposta é bem menos pretensiosa, escolhi investigar os saberes sobre o corpo que emergem em uma revista, considerando-a como um texto produzido com intenções pedagógicas, que tem a capacidade e o dever de ensinar. Assim sendo, considero a revista como um currículo, um currículo específico, que funciona como uma tecnologia política que tem uma história, transformações e um funcionamento que produz efeitos. Ao analisar a Revista, procuro mostrar as condições em que determinados saberes sobre o corpo tornaram-se “verdades” e quais as relações de poder que possibilitaram a sua construção, bem como os efeitos que foram sendo produzidos sobre os sujeitos, no caso, as enfermeiras. Mas o currículo da Revista, como todo currículo, não se restringe a si mesmo, ele remete a outros lugares e convoca outros saberes, assim, ao longo do texto e especialmente no final desta primeira parte, refiro esses outros textos que analisei.

Inspirada na tese de Palamidesi (2001), meu estudo apresenta uma hipótese de leitura dos textos publicados na *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*. Para analisar os saberes sobre o corpo que aí se articulam, utilizo a Revista como um mapa indicativo dos caminhos a serem trilhados. A Revista me remeteu aos manuais de técnicas de enfermagem, aos manuais de diagnóstico de enfermagem e a livros textos largamente utilizados nos cursos de graduação de enfermagem, onde localizo textos e imagens que permitiram que eu conhecesse quais saberes foram considerados importantes, válidos e organizados em uma determinada ordem, para comporem um conjunto de conhecimentos que deve ser ensinado às enfermeiras. Olho para estes discursos não para tomá-los como documentos de uma verdade sobre o corpo, mas como monumentos de sua construção. E para que servem os monumentos? Penso como Manguel (2001), eles servem para lembrar e pensar, para servir como um ponto de partida para o pensamento e a ação. Para ser um lembrete e uma advertência.

Procuo, também, averiguar os modos pelos quais temos investido poderes e produzido verdades sobre o corpo para conhecer as narrativas nas quais estou imersa quando ensino e aprendo sobre ele. Tento desarmar o olhar para que seja possível encontrar outras formas de ver o corpo que reconheçam, além da sua materialidade, a sua constituição histórica e social. Trata-se de desnaturalizar saberes e fazeres que pretendem ensinar um jeito “certo” de cuidar do corpo, de problematizar a sua invenção, de buscar as suas histórias no campo das práticas e dos discursos. E assim, entender e voltar à questão básica: o que elas devem saber? O que elas devem se tornar?

Para finalizar a introdução desse texto, uso uma idéia de Albuquerque (2000) que enfatiza que quando se utiliza as idéias de Foucault não se pode fazer um trabalho de dissecação⁵ de fatos, utilizando o bisturi da razão para distribuir, ordenar e classificar os mesmos em torno de um eixo que explica tudo. Ao contrário, minha intenção é dar nova vida aos relatos que explicam o que é o passado, usando a imaginação para fazer novas tramas que permitam redizer o que está dito e rever o que está visto, para que possamos nos ver e dizer de outras formas e conhecer como os saberes e fazeres ensinados às enfermeiras produzem o “esfriamento” dos corpos.

⁵ Operação pela qual se dividem metodicamente e se descobrem as diversas partes de um corpo organizado para o estudo de sua disposição e de sua estrutura.

Anatomia: a ordem do corpo

“...meu projeto não é o de fazer um trabalho de historiador, mas descobrir por que e como se estabelecem relações entre os acontecimentos discursivos. Se faço isso, é com o objetivo de saber o que somos hoje.(...) Em um certo sentido, não somos nada além do que aquilo que foi dito, há séculos, meses, semanas...”(FOUCAULT, 2003, p.258)

Penso que, se quero entender a proveniência dos saberes que determinam uma certa visão sobre o corpo do outro, se quero conhecer os efeitos que são produzidos por uma determinada maneira de ensinar e aprender sobre este corpo, preciso reconstituir os processos geradores, não para atribuir-lhes um valor em si, uma positividade, um progresso. Pois, como um sinal de reconhecimento a Foucault, não tomarei o ponto em que nos encontramos como o final de um progresso que nos caberia reconstituir com precisão na história. Foucault (1999b) considerava um mau método esta forma de problematização. Ao invés disso, preocupava-se em perguntar: como isso se passa?. Pois o que se passa agora não é nem melhor, nem mais importante e nem melhor explicado do que o que se passou antes. Com Foucault, fica evidente que o importante não é buscar as transformações que um certo objeto sofreu ao longo do tempo em uma determinada cultura, mas tornar problemático e, portanto, histórico, tudo o que é visto como “objeto natural” *a priori*. Portanto, ele persegue as condições de possibilidade que provocam o surgimento das designações, formas de controle e resistências sobre os corpos. Para Foucault, o importante não é buscar “o corpo”, mas sim as práticas, as experiências, as relações que o fortalecem ou enfraquecem em cada circunstância (SANT’ANNA,1997). Deste modo, ao tentar perseguir as condições de possibilidade do surgimento dos modos de ver e descrever o corpo que conhecemos hoje, retorno à

Anatomia e à sua inserção e organização na Modernidade, para procurar entender como tudo se passou, e poder, então, problematizar e traçar uma possível historicidade para os corpos frios.

No final do século XV e durante o século XVI, o corpo humano esteve no centro da arte renascentista, atraindo o interesse de artistas que buscavam sua beleza e perfeição estética, uma vez que nesta época uma obra de arte deveria ser uma representação direta e fiel dos fenômenos naturais. Tal concepção exigia que o artista tivesse um amplo conhecimento desses fenômenos para poder retratá-los. Enfim, a arte tornara-se científica. Deste modo, era natural que artistas como Leonardo da Vinci (1452-1519) se dedicassem com entusiasmo ao estudo detalhado do corpo humano,



Figura 2

esboçando inúmeros desenhos com estudos anatômicos que representavam as estruturas interiores e as proporções do corpo, objetivando um maior realismo em sua obra. Ele estudava o corpo estabelecendo comparações, procurando simetrias com o microcosmo. Portanto, a história da ilustração anatômica, tal como contada nos dias de hoje, tem uma manifestação moderna inicial, onde se destaca Leonardo da Vinci e uma expressão moderna posterior, cuja figura mais representativa é Vesalius (fig.2).

O projeto moderno propôs-se a tarefas impossíveis, dentre as quais se sobressai a busca da ordem, que deu ao mundo uma estrutura que nos tranquiliza, pois permite que saibamos o que vai ocorrer a seguir. Segundo Bauman (1999), tal operação, que promove a ordem no mundo, é fundamental para que possamos viver nele, uma vez que somos dotados da capacidade de aprender e memorizar. “A taxonomia, a classificação, o inventário, o catálogo e a estatística são estratégias supremas da prática moderna. A mestria moderna é o poder de dividir, classificar e localizar – no pensamento, na prática, na prática do pensamento e no pensamento da prática” (p. 23).

Ao classificar, estamos incluindo e excluindo, dividindo o mundo em dois. Criando identidades que respondem ao nome que inventamos e outras que não respondem. Dentre as classificações que criam uma ilusão de simetria no mundo, me ocuparei de uma que se refere ao corpo, tentando catalogar eventos relacionados à possibilidade de ser doente e ser sadio, produzindo um inventário de características definidoras do que é normal ou anormal. Entendo que o ideal que tal função classificadora pretenderia atingir, o de construir um espaçoso arquivo que contenha todas as classificações sobre os corpos, foi instituído como prática discursiva na disciplina de Anatomia.

As bases da Anatomia como ciência foram estabelecidas por Andreas Vesalius (2002) de Bruxelas (1514-1564), em 1543, quando publicou os desenhos e textos que compõem a obra *De humani corporis fabrica*, que corrigia e reformulava os conceitos e as ilustrações anatômicas da época, na busca de uma “exatidão real”⁶.

ANDREAS VESALIUS DE BRUXELAS

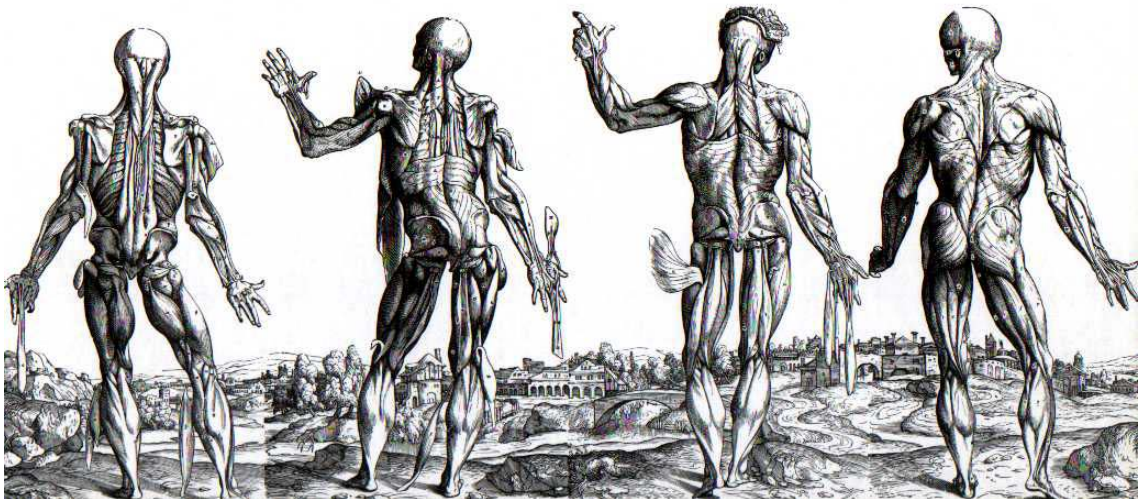


Figura 3

⁶ Expressão literal utilizada pelo autor.

A obra de Vesalius, ao privilegiar a observação e a pesquisa, é tida como o começo da ciência moderna. Nada parecido fora visto até então. Sua maneira de conceber o corpo era totalmente nova e excepcional, a postura dinâmica das figuras, provavelmente emanadas da oficina do pintor Ticiano⁷, demonstra a maneira como os renascentistas se libertaram das formas convencionais da arte, fazendo-a se aproximar da natureza para então explorar novos campos do saber (SAUNDERS E O'MALLEY, 2002). Enfim, a ciência se alia à arte.



Figura 4

Desde então, a aula de anatomia tem se revelado um território rico na produção de visibilidades e dizibilidades que são bastante conhecidas, principalmente na arte e na literatura. O quadro *A lição de Anatomia do Dr. Tulp* (fig. 4), de Rembrandt, que retrata a dissecação do corpo do holandês Aris Kindt, acusado de roubar um casaco e condenado à morte por enforcamento em 1632, é um exemplo disso. O corpo foi doado

⁷ Existem controvérsias quanto a autoria dos desenhos do livro de Vesalius. Aceita-se que os mesmos foram produzidos pelo próprio Vesalius e por artistas do atelier de Ticiano, como Kalkar.

ao Dr. Tulp que contratou Rembrandt, então um jovem retratista, para pintar a necropsia. Rembrandt dispõe os assistentes espantados em um canto do quadro, numa espécie de triângulo, figura geométrica que tem sido associada ao saber e representativa dele. A figura em destaque é o médico, o único que usa chapéu, talvez um ícone da época para realçar o seu saber. Com o bisturi na mão, ele disseca o braço do morto, numa alusão ao pecado do roubo, associado desde a Bíblia ao mau uso das mãos. Nesta tela, o corpo parece quase secundário, deitado passivamente dentro do plano da pintura, com a face parcialmente velada, aparentemente despido de uma possível identidade pessoal. De fato, o corpo está imóvel, petrificado, irremediavelmente apaziguado pela morte, apenas compondo um objeto de estudo que possibilitará que a ciência investigue o mistério da vida e da morte.

Voltando a Vesalius, o valor da sua obra está em procurar confirmar aquilo que fora dito por Galeno, que constituía o saber médico greco-romano, e demonstrar suas discrepâncias, tendo por base o método da observação direta dos elementos anatômicos através da dissecação. Ver um mestre descer de sua cátedra para demonstrar e fazer dissecações era um fato totalmente inusitado na época. A energia desse jovem e ambicioso professor teria feito com que suas aulas estivessem sempre cheias. Ali, aqueles que questionavam suas declarações eram convencidos pelas demonstrações visuais. Para ilustrar seus argumentos, Vesalius passou a fazer uso de grandes desenhos anatômicos que foram depois transformados em xilogravuras. Estas estabeleceram um novo padrão para ilustração na disciplina de Biologia. Vencendo as dificuldades existentes na época para conseguir cadáveres, ele também idealizou e construiu o primeiro esqueleto articulado, tal como o conhecemos hoje (SAUNDERS E O'MALLEY, 2002). Sua obra mostra o melhor do que se fazia em gravura no século XVI e é citada como “o grandioso e singular marco inicial da anatomia moderna, (...) a obra prima que tem em si a fulgurante luminosidade que a partir da Renascença invadiu o corpo humano, destruiu os conceitos arcaicos que obscureciam o conhecimento de sua estrutura e fez nascer a anatomia científica” (LEMOS E CARNEVALE, 2002, p.11).

A obra de Vesalius foi organizada em sete livros e continha um elaborado sistema de referências entre o texto e a ilustração, o que a transformou em um admirável veículo de difusão de uma ciência, até então, descritiva. O primeiro livro tratava dos ossos, o segundo dos músculos, o terceiro do sistema circulatório, o quarto livro do

sistema nervoso, o quinto do abdômen, o sexto do tórax, o sétimo livro tratava do cérebro. Este sistema, numa época em que a nomenclatura médica ainda não havia sido definida, produziu uma obra sem igual na história do livro impresso.

Vesalius pensava que a Anatomia deveria ser “o fundamento sólido de toda a arte da Medicina e sua preliminar essencial” (GARDNER, 1967, p. 3) e prognosticou que “há razão para esperarmos que a anatomia vá ser cultivada por muito tempo em todas as nossas academias, como o foi no passado em Alexandria” (SAUNDERS E O’MALLEY, 2002). Mesmo com esse prenúncio, será que Vesalius imaginava o sucesso e a produtividade de sua obra, ao longo de cinco séculos?

A Anatomia é, até hoje, a disciplina introdutória do currículo de Enfermagem e de todos os demais cursos da área da saúde. Apesar das transformações que ocorreram do século XVI até os dias de hoje, sua estrutura como campo de saber permanece praticamente inalterada. O cadáver impregnado de formol é considerado o recurso ideal para os ensinamentos sobre o corpo humano e, paradoxalmente, é o primeiro contato de estudantes, que se preparam para preservar a vida, com o objeto de sua futura prática. O mesmo é apresentado como semelhante ao ser humano, embora observemos que não tem a cor, a consistência, o turgor da pele, o odor ou a temperatura de um corpo quando vivo. Observo que a Anatomia tem uma posição de tal autoridade no contexto do ensino desta área, que dificilmente algum professor ou professora se atreveria a ensinar, ou sequer a pensar, sem levar em conta os seus preceitos e a forma como ela está organizada há mais de 450 anos. Embora exista um corpo organizado e desenvolvido de trabalhos que analisam a obra de Vesalius, meu objetivo aqui é simplesmente explorar as conseqüências de sua visão sobre o corpo e como ela marcou a formação na área da saúde. Para ilustrar o que está sendo dito em relação à disciplina de Anatomia, reproduzo o depoimento de Outeiral (2000, p.103):

Quando ingressei na Faculdade de Medicina, aos dezessete anos, nunca havia tido um contato real com um morto. Ao se iniciarem as aulas, recebi um cadáver com o qual eu deveria estar em contato, estudando a Anatomia e fazendo dissecações, durante um ano inteiro. Eu o retirava da cuba de formol todas as manhãs e essa vivência me mobilizava intensamente: perguntava-me se aquele homem tivera uma mulher e filhos, de que forma haveria se tornado meu objeto de estudo ou se tivera uma profissão. Dávamos um nome ao cadáver inclusive. Ele era subjetivado e historicizado, algo ao estilo “moderno”. Era comum não comermos carne, porque o cadáver nos vinha à mente, e usávamos luvas, preocupados com alguma possibilidade de infecção e uma máscara, pois o formol irritava as mucosas. Nesse meio

tempo íamos fazendo as dissecações e o cadáver, homem morto e possuidor de um nome e de uma história, ao final do semestre era apenas um conjunto de “peças anatômicas”: ossos, músculos, vísceras etc. Não havia mais necessidade de usar luvas, pois o formol “esterilizava” e tampouco máscara, uma vez que nos acostumávamos ao formol e fazíamos um intervalo para lanchar na própria sala de anatomia. Banalizada a situação, havia apenas fragmentação, dessubjetivação e desistoricização, não um *sujeito* mas uma *coisa*.

Neste depoimento, podemos observar o modo como o estudante lida com seu primeiro paciente, o cadáver. Se por um lado, ele pode estar sendo protegido da angústia que a prática com doentes provoca, por outro, ele está sendo submetido à ansiedade que a morte provoca, sem que, às vezes, esta palavra sequer seja falada. A Anatomia produziu o corpo morto como um cadáver, isto é, um corpo anatômico, objeto de um discurso científico, criado a partir da técnica da dissecação. Antes de Vesalius, o corpo que não vivia era apenas um corpo morto, prestava-se a cerimônias fúnebres, a rituais de lembrança e ao enterro nos cemitérios. A partir de Vesalius, a dissecação permite o acesso a um espaço constituído, que é tornado visível e explorado geograficamente, como uma figura exterior e objetiva. Desta relação entre o visível e o enunciável surge um novo uso do discurso científico, que guarda fidelidade e obediência à experiência. Então, este primeiro paciente produz uma cisão, é algo para ser visto e não ouvido. De acordo com Nova (2000), se antes a relação do médico com seu paciente era fortemente baseada na relação de conversa e proximidade, agora a dimensão histórica se dilui, as histórias clínicas tornam-se quase dispensáveis. Desta forma, ao se perder a história, perde-se a própria vida.

Ao tentar compreender como nos tornamos o que somos, me ocupo do passado e procuro esboçar alguns traços, momentos e acontecimentos que compuseram os discursos que constituem o corpo escolarizado, aquele que é objeto de estudo. Neste, destaco a Anatomia, não para incursionar pelo passado buscando encontrar uma origem, o começo da história, um lugar onde havia um corpo em estado puro que ainda não tivesse sido estudado, descrito ou dissecado; o lugar da verdade do corpo que estaria em uma “articulação inevitavelmente perdida, onde a verdade das coisas se liga a uma verdade do discurso que logo a obscurece, e a perde” (FOUCAULT, 1999b, p.18). Meu objetivo é destacar, entre tantas vozes autorizadas, aquela que na minha leitura poderia constituir

o filão complexo da proveniência [e assim] manter o que se passou na

dispersão que lhe é própria, [...] demarcar os acidentes, os ínfimos desvios – ou ao contrário, as inversões completas – os erros, as falhas na apreciação, os maus cálculos que deram nascimento ao que existe e tem valor para nós [e então] descobrir que na raiz daquilo que nós conhecemos e daquilo que nós somos – não existem a verdade e o ser, mas a exterioridade do acidente (ibidem, p.21).

Destaco o texto da Anatomia como uma prática discursiva sobre o corpo, tal como proposta por Foucault, e não, como pensei inicialmente, um discurso fundador⁸ sobre o corpo. No caso da Anatomia, Vesalius seria o instituidor de uma cientificidade, que organizou um saber e uma terminologia, dita racional, que exerce sua produtividade até os dias de hoje, tal é o caso da nomenclatura referente aos músculos (TAVARES, 2001). Aproveito um pensamento de Foucault (1996), para explicar o funcionamento da prática discursiva da disciplina de Anatomia como “o feixe de relações que o discurso deve manter para ter condições de tratar de tais ou tais objetos, e processá-los, nomeá-los, analisá-los, classificá-los, explicá-los, etc (...) essas relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza, não as circunstâncias nas quais ele ocorre, mas o próprio discurso enquanto prática” (p.51).

As análises sobre o corpo atravessam toda a obra de Foucault. De acordo com Arthurs e Grimshaw (1999), esta verdadeira explosão que tem ocorrido nos últimos anos no interesse acadêmico sobre o corpo, se deve principalmente à emergência do feminismo e ao trabalho de Michel Foucault. Sant’Anna (1997), avalia que Foucault contribuiu para o desenvolvimento das pesquisas sobre o corpo discutindo e expondo o poder em sua positividade, como uma relação que constitui ações e formas de expressão

⁸ Na proposta da tese me referi a Vesalius como fundador de uma discursividade, fazendo uso de um pensamento de Michel Foucault quando identificou Freud e Marx como instauradores de discursividades, pois “eles não só tornaram possível um certo número de analogias como também tornaram possível um certo número de diferenças.” (FOUCAULT, 1997, p. 59 e 60). Numa primeira abordagem, a instauração da discursividade parece ser do mesmo tipo da fundação da cientificidade. No entanto, após leitura mais atenta, observo que Foucault estabelece uma diferença entre essas duas expressões. No caso da cientificidade, o ato que a funda está no mesmo plano das transformações futuras, fazendo parte das modificações que torna possíveis. Em outras palavras, o novo discurso proposto “pode ser sempre reintroduzido no interior da maquinaria das transformações que dele derivam” (idem, p.61). No caso dos fundadores da discursividade o efeito é diverso, pois o discurso produzido abriu espaço para outra coisa diferente dele e que, no entanto, pertence ao que aquele discurso fundou. Ao discutir este tema em entrevista com Merchior e Rouanet, na obra que cito acima, Foucault faz alguns reparos a essa idéia dizendo que Marx utilizou conceitos existentes no interior de um discurso já constituído, mas a partir desse conceito formou regras para esse discurso já constituído e o deslocou, transformando-o num discurso totalmente diferente. Essa questão é importante na obra de Foucault, uma vez que o discurso está no coração de seu pensamento, já que ele entende que o sujeito se constitui a partir do discurso, sendo portanto problemático considerar a existência de autores, quanto mais de fundadores de discursividade.

corporal, e não apenas como algo que reprime e nega, pois, com suas análises, torna evidente que mesmo os nossos gestos mais banais, ou os cuidados corporais criados pela medicina, são datados historicamente.

As análises de Foucault sobre o poder contrapõem-se à concepção clássica de poder, que poderíamos chamar de topológica. Nesta, há lugares em que o poder se concentra, e outros onde ele não existe. Se tomarmos as sociedades monárquicas, o poder estaria concentrado no corpo do monarca e os outros espaços estariam esvaziados de poder. Insatisfeito com tal conceituação, Foucault propôs uma nova perspectiva que ele chamou de “microfísica do poder”, para objetar essa visão clássica que projetava uma “macrofísica do poder”. Ao organizar a sua genealogia, ele desenvolveu uma noção de poder que não era confinado em determinados lugares, a partir dos quais se exerceria, mas percebia-o disseminado pela sociedade, que estaria enredada pelo poder. Assim, propôs que para entender o poder em determinada sociedade, deveríamos abandonar os instrumentos astronômicos, para utilizar os microinstrumentos, que permitiriam a visão dos minúsculos abismos e arestas da organização dos cristais. A afirmação de Foucault (1999b) é de que não devemos considerar o poder apenas como repressão, pois ele é responsável por uma série de agenciamentos que se mostram ao nível do corpo, do desejo e do prazer. Ele argumenta que, se o poder apenas reprimisse, impedisse, censurasse, ele seria muito frágil. Ele é forte porque produz efeitos positivos tanto no nível do desejo como do saber. O poder produz o saber. Só foi possível construir um saber sobre o corpo a partir de um conjunto de disciplinas militares e escolares que exercem um poder sobre ele. É a partir desse poder sobre o corpo que se produziu um saber fisiológico, orgânico. Portanto, para essa nova compreensão do poder é importante aliar a conotação repressiva, vista como negativa, a uma conotação positiva, o poder como fonte de produção social, que Foucault chama de tecnologia do poder (GALLO, 1997).

Em *A vontade de saber*, Foucault (1998c) descreve algumas proposições sobre o poder, essa estratégia complexa presente numa sociedade determinada: o poder se exerce, portanto não é algo que se conquiste ou possua, estamos submetidos a ele assim como à força da gravidade; o poder é imanente a qualquer relação social, decorre dela sendo seu efeito imediato; o poder vem de baixo, a partir de múltiplas correlações de força, não emana do dominador para o dominado, mas está na base de ambos; as

relações de poder são intencionais, o poder é estratégico, obedece a uma certa lógica; onde há poder, há resistência, esta é condição para sua existência. Um poder só se define em relação a outros contrapoderes, as resistências. Em toda rede de poder há nós de poder e nós de resistência, distribuídos de forma irregular, formando um tecido que atravessa aparelhos e instituições.

A obra de Foucault também pode ser lida a partir das reflexões que ele faz sobre o corpo: excluído e investigado, sempre separado dos demais, daqueles que estão fora do mundo da razão, do louco, em *História da Loucura*, de 1972⁹; como espaço de sofrimento e doença que é dissecado pelo saber médico em *O Nascimento da Clínica*, publicado em 1963, quando “trata de determinar as condições de possibilidade da experiência médica, tal como a época moderna a conheceu” (FOUCAULT, 1998b, p. xviii).

Nesta obra, ele estuda o conhecimento médico a partir de dois níveis diferentes, mas inteiramente relacionados, que em sua opinião constituíam este conhecimento: o olhar e a linguagem, o modo de ver e o modo de dizer, a espacialização e a verbalização do patológico. Foucault (idem) também se refere à mudança que ocorrerá na estrutura da medicina clássica a partir do final do século XVIII, que acarretará um novo jeito de olhar e uma nova linguagem e, como consequência, uma outra articulação entre eles. Isto tudo produzirá um novo conhecimento sobre o indivíduo doente, um conhecimento racional e científico, a medicina clínica moderna, que segundo um comentário de Machado (2000), Foucault chama de anátomo-clínica para diferenciar da clínica praticada até o século XVIII. Foucault também observa que a medicina clássica é essencialmente taxonômica, tendo como objetivo principal impor uma ordem na aparente desordem que a doença promove e instala. Guiada pelos sintomas, ela abstrai o doente, estabelece a essência de cada doença e situa-a em um quadro que fixa o seu lugar na ordem das espécies. Assim sendo, a realidade da doença está no espaço da nosografia e não no corpo do doente. Machado (idem) também comenta que, do ponto de vista do conhecimento, o ver fica subordinado ao dizer e o olhar à linguagem. Já na medicina clássica moderna o ser da doença desaparece, como entidade independente, dando lugar para a individualidade do corpo doente como objeto do conhecimento

⁹ Publicado inicialmente em 1961, com o título de *História da Loucura na Idade Clássica*.

médico. Quando estudou o olhar médico, Foucault observou o seu deslocamento, da vida para a morte, com o objetivo de explicar e classificar a doença, relacionando os sintomas com os tecidos afetados, penetrando no interior do corpo doente para determinar que tecidos estavam doentes, explicando desta forma os sintomas existentes. Assim, agora as doenças são reais, corporais e classificam-se a partir dos tecidos afetados.

Ainda no *Nascimento da Clínica*, Foucault (1998b) faz referência à importância do *Atlas de Anatomia* na construção do nosso olhar sobre o corpo, pois “para nossos olhos já gastos, o corpo humano constitui, por direito de natureza, o espaço de origem e repartição da doença; espaço cujas linhas, volumes, superfícies e caminhos são fixados, segundo uma geografia agora familiar, o atlas anatômico.” (ibidem, p.1). Sob este olhar podemos pensar que a disciplina de Anatomia e seu texto-mestre, o *Atlas de Anatomia*, ao descreverem o corpo humano, estabelecem os parâmetros para o que é normal ou anormal, isto é, normalizam os corpos.

Em *Vigiar e Punir* (1999c), escrito em 1975, Foucault analisou o corpo como alvo de práticas penais, que antes era marcado e mutilado para servir de exemplo e, posteriormente, entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, desarticula e recompõe para ser tornado disciplinado e portanto dócil. Na *História da Sexualidade*, publicada em três volumes, a partir de 1976, estudou o corpo como fonte de prazer ou sofrimento, como possibilidade de novas práticas de subjetivação. Embora a questão do corpo esteja presente em todo o trabalho de Foucault, Alvarez (2000) avalia que é na fase da genealogia que o mesmo se torna um objeto privilegiado de análise, tornando-se alvo do poder que a genealogia pretende estudar. Esta abordagem aparece em dois textos clássicos desse autor, dos quais tratarei mais adiante. Em *Nietzsche, a Genealogia e a História*¹⁰ e em *Vigiar e Punir*.

Entre os estudiosos da Anatomia, destaco Thomas Laqueur (2001), historiador especialista em história social e da medicina. Ele analisou a invenção cultural da bipolaridade sexual humana, mostrando que nem sempre concebemos os seres humanos divididos em dois sexos com características próprias. Até as últimas décadas do século XVIII, a medicina só admitia a existência de um sexo, o masculino. O que, atualmente,

¹⁰ Trata-se de um dos textos que compõe a *Microfísica do Poder* (FOUCAULT, 1999, p.15-37).

chamamos de sexo feminino era visto como um sexo masculino “frio”, “invertido”. Ou seja, a mulher não possuía o mesmo “calor vital” do homem, e por isso seu sexo não se desenvolvia para fora, mas para o interior do corpo: o útero era o escroto, os ovários, os testículos, a vulva, o prepúcio e a vagina era o pênis. Laqueur refere que a Anatomia não é um fato inalterado pelo pensamento ou pelas convenções, mas uma rica construção complexa baseada na observação, na estética da representação e nas restrições culturais e sociais. Deste modo, o autor menciona que as ilustrações anatômicas são resultado de conhecimentos construídos historicamente sobre o corpo humano e que, portanto, levam as marcas complexas do momento de sua produção, não sendo portanto um possível estado particular acerca do conhecimento de suas estruturas. Segundo Laqueur (2001),

as ilustrações anatômicas que reivindicam um *status* estabelecido, que se anunciam para representar o olho humano, ou o esqueleto de mulher, são mais diretamente implicadas na cultura que as produz. A anatomia idealista, como o idealismo em geral, deve postular uma norma transcendente. Mas não há obviamente um olho, um músculo ou um esqueleto estabelecido; portanto, qualquer representação que faça essa reivindicação o faz com base em certas noções específicas do que é ideal em termos culturais e históricos, o que melhor ilustra a natureza verdadeira do objeto em questão (p. 204).

Dentre os estudos feministas que se ocuparam da Anatomia, destaco o de Londa Schiebinger (1987), que analisou as ilustrações do esqueleto feminino na Anatomia do século XVII. Essa autora observou que Vesalius não sexualizou os ossos do corpo, pois na época em que publicou a sua obra, as diferenças corporais eram vistas como superficiais e não constituíam um tema de interesse. Porém, no século XVIII, ao crescimento populacional e ao ideal de maternidade, característico daquele século, correspondeu uma mudança fundamental que exigiu um delineamento das diferenças sexuais, já que a ciência, neste caso a Anatomia, poderia apontar as ditas diferenças essenciais, da qual derivariam todas as demais.

Segundo esta autora, o corpo feminino teria se tornado objeto da Anatomia em 1796, quando o anatomista alemão Samuel Soemmerring publicou a primeira ilustração do esqueleto feminino. Antes disso, a Anatomia só se referia ao corpo do homem. Como não poderia deixar de ser, as representações do corpo humano de Soemmerring eram carregadas de valores culturais. Os anatomistas de sua época “consertaram” a natureza para ajustá-la aos ideais de masculinidade e feminilidade. Surgiram, então, verdades

sobre as mulheres tratando de atributos que estariam inscritos em seus corpos, naturalizando sua inferioridade. Daí emergiram categorias muito divulgadas como, por exemplo, a mulher infantil, pois foi encontrada semelhança entre esqueletos de mulheres e de crianças. Da mesma forma, quando estudos revelaram que o crânio feminino era menor do que o masculino, concluiu-se pela inferioridade intelectual da mulher em relação ao homem. Sua beleza refletiria a fragilidade física e também a predestinaria à maternidade, pois ao observar que os quadris da mulher eram mais largos que os do homem, teria ficado comprovada a inscrição que a natureza fizera no corpo da mulher, “vocacionando-o” para a gestação e a procriação. O útero teve uma importância fundamental nos estudos sobre o funcionamento do corpo da mulher, sendo a ele atribuídas várias doenças como a histeria e o humor instável. Desta forma, A Anatomia, assim como outras ciências, construíram teorias da diferença sexual pois imperava o conceito que a mulher era intrinsecamente diferente do homem já que ela teria ficado “para trás” no desenvolvimento, mais próxima dos primitivos e das crianças. Rohden (2001) também comenta que isso teria ocorrido porque, para a sobrevivência da espécie, era prioritário o desenvolvimento dos órgãos reprodutivos da mulher, da mesma forma como o cultivo da força física e da inteligência dos homens.

Esses estudos sobre o corpo da mulher tinham como objetivo determinar a sua natureza e tornaram-se, nesta época, uma prioridade da pesquisa científica, uma vez que questões sociais como os direitos e as capacidades das mulheres já eram ardentemente debatidas e, enfim, poderiam ser resolvidos no “frio santuário da ciência” e, portanto, iluminadas por verdades incontestáveis. Além das mencionadas, outras categorias relacionadas ao corpo, como sexo e raça, também foram consideradas, como ainda hoje, para estabelecer espaços sociais, pois, nessa época, a desigualdade social era vista como consequência de leis naturais.

Folheando livros de Anatomia é possível selecionar certo número de imagens que me parecem sugestivas disto de que falo, isto é, a propriedade que têm estes livros de produzir um discurso sobre o corpo que tem marcado não só os profissionais da saúde, mas toda a cultura ocidental. Lanço meu olhar para essas imagens, não pretendendo elaborar uma interpretação a respeito delas que seja nova e original, pois apesar de todas as possibilidades que nossa linguagem possa oferecer, na visão de Manguel (2001) somos principalmente criaturas de imagens, e essas imagens nos informam, capturadas

pela visão e realçadas por outros sentidos, e marcam nossos corpos com seus efeitos poderosos.

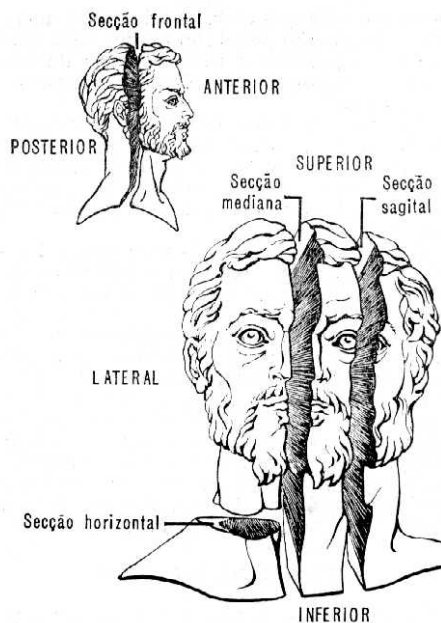


Figura 5

(cartilagem cricóide) em todas as figuras onde é visível a região cervical, evidenciando desse modo, que se trata de um homem. Além disso, as configurações raciais são sempre de homem branco. Da mesma forma, para uma explicação a respeito dos músculos, lá estão as figuras masculinas como exemplo, representadas pelos corpos musculosos e pelas cabeças e pescoços masculinos e brancos. Se o objetivo é a descrição da parte superior do braço, da “tabaqueira anatômica¹²”(fig. 6) e da distribuição dos nervos espinhais,

Ao analisar imagens de livros-texto de Anatomia¹¹, utilizados nos cursos destinados a formar profissionais para atuar na área da saúde, observo que as ilustrações ali presentes referem-se a corpos masculinos, e que o modelo utilizado para o estudo do corpo humano é o “masculino, europeu, branco”. A caracterização da figura masculina chega a detalhes como a inclusão do cavanhaque e da barba (fig. 5) que parecem em nada ajudar aos propósitos explicativos da figura, bem como o delineamento do “pomo de Adão”



Figura 6

¹¹ Refiro-me a *Anatomia* de Gardner (1967) que teve 20 edições brasileiras, a primeira em 1964, e foi largamente utilizado nas décadas de 60, 70 e 80 do século passado e ao *Atlas de Anatomia Humana* de Sobotta (1990), com 19 edições alemãs, publicado em 11 línguas, utilizado desde a década de 90.

¹² Depressão, facilmente visível, entre os tendões do polegar. A estrutura se forma quando o polegar é estendido (GARDNER, 1967).

mais corpos masculinos surgem com suas alvas mãos e braços musculosos, além das cabeças típicas de homem. Se o objetivo é demonstrar a área drenada pelo ducto torácico (fig. 7), a figura humana, isto é, um homem, aparece de corpo inteiro, com todas as características físicas masculinas, inclusive o pênis, que neste caso, nada tem a ver ou acrescenta à explicação.



Figura 7

Da mesma forma, as imagens utilizadas para a explanação do exame físico são todas de homens brancos, não havendo nenhuma referência a alguma particularidade possivelmente existente no corpo da mulher.



Figura 8

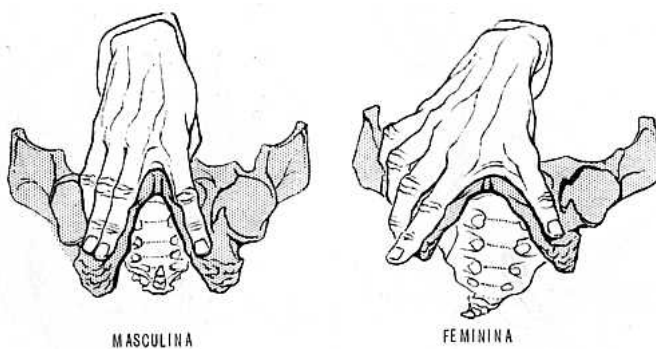


Figura 9

É esclarecido que estas medidas podem ser executadas utilizando a mão humana, e lá aparece, obviamente, a mão de um homem (fig. 8 e 9). Todo o estudo da pelve está voltado para as suas finalidades obstétricas, havendo fartas ilustrações sobre o canal do parto, enquanto o termo vagina não é sequer citado.

Este é objeto de atenção somente quando se estuda a pelve, sendo detalhadas todas as medidas que atestam as boas condições para um possível “parto bem sucedido”, que parece ser a única finalidade desta estrutura óssea. É

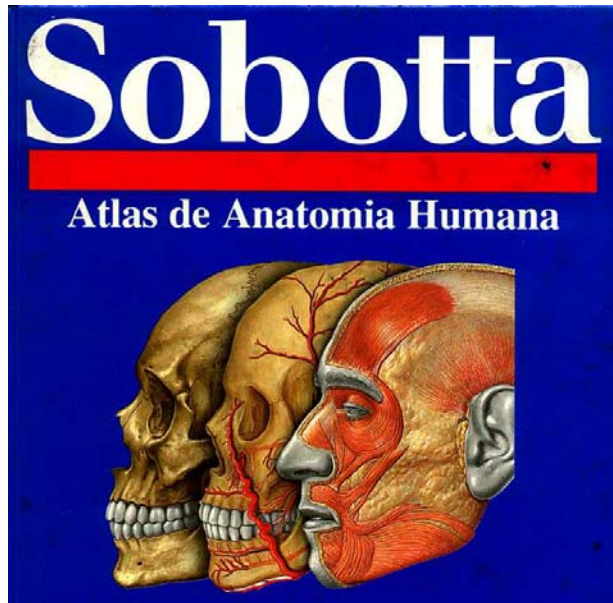


Figura 10

marcadas pelo gênero masculino. Considerando que se trata de desenhos, observo que há uma escolha deliberada pela figura humana masculina (fig. 11), inclusive em momentos onde parece não haver uma diferença essencial a ser mostrada. Neste, novamente o corpo da mulher só é objeto de estudos quando se refere à pelve e ao abdômen, para descrever a posição das vísceras de uma mulher múltipara pouco antes do término da gravidez. Assim sendo, o corpo feminino é objeto de atenção especial na

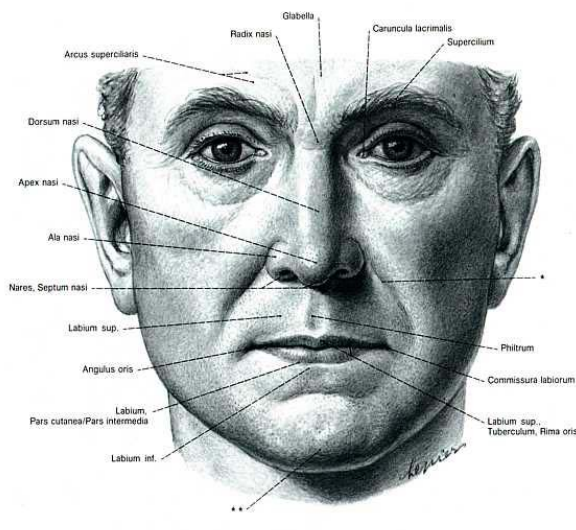


Figura 11

Mesmo em publicação mais recente (SOBOTTA, 1988), a permanência do corpo masculino também se faz sentir, como se o modelo ideal fosse o do homem branco, europeu, provavelmente tido como o corpo “certo”. Na figura da capa (fig.10) já se anuncia o conteúdo que será apresentado, ali estão impressos o rosto de um homem seguido da estrutura óssea e dos vasos sanguíneos da cabeça. As figuras que ilustram este *Atlas* também estão

qualidade de corpo reprodutivo. De resto, o modelo é sempre constituído de corpos masculinos, adultos e da raça branca. Este jeito de representar o corpo marcou de tal forma o discurso que, até bem pouco tempo, quando um médico fazia menção ao “corpo da mulher”, estava se referindo a útero, ovários e seios, ou mamas, no jargão médico. Quando o Estado delineava políticas de saúde feminina, não era a mulher o sujeito da frase mas sua natureza

procriadora. Portanto, o sexo é visto como algo que constitui por si só o corpo da mulher, ordenando-o inteiramente para as funções de reprodução. Foi assim até a

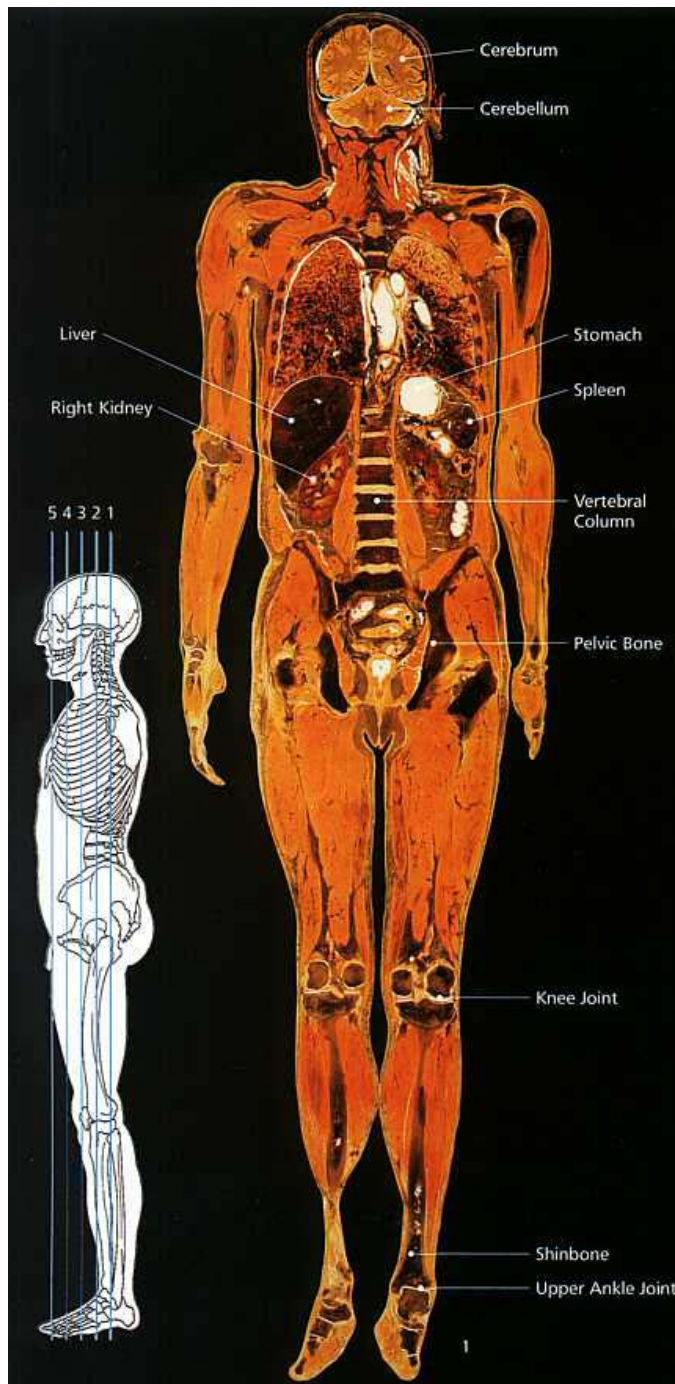


Figura 12

essas invenções se mantiveram por se mostrarem produtivas. Assim, tanto a estrutura disciplinar quanto os arranjos e formatos concebidos por Vesalius permanecem, mesmo quando as aparências físicas inventadas são atualizadas, de forma que aquilo que foi

entrada maciça da mulher no mercado de trabalho. Desde então, cresceu a necessidade de entender melhor esse corpo, o corpo da trabalhadora, reconhecendo-o como diferente do corpo do homem, e portanto, alvo de outras tecnologias de poder, para que seja mantido e utilizado de forma econômica, para além da maternidade. Embora não seja esse o foco do meu estudo, faço essas referências para mostrar a forma como a cultura produz um corpo.

Assim, ao longo desses quase quinhentos anos, o saber anatômico foi incorporando as descobertas provenientes da pesquisa científica, e sua estrutura, tal como prevista na disciplina de Anatomia, se manteve inalterada. O que estou pretendendo mostrar é que a disciplina de Anatomia inventou maneiras de conhecer e controlar o corpo e o que observo é que

pensado no passado permanece na atualidade.

Esta estrutura disciplinar persiste até o século XX, quando o corpo, alvo da biotecnologia, entrou para o espaço virtual, configurando aquilo que Santos (2001) chamou de *virada cibernética*, uma operação que ocorreu no momento em que o primeiro homem e a primeira mulher se tornaram digitais. Este processo conferiu um novo sentido à vida e ao mundo, intervindo até na definição do que é um ser humano, sob o prisma da informação digital e genética. O *Projeto do Humano Visível*¹³, lançado na rede mundial de computadores em novembro de 1994, apresenta a primeira digitalização integral do corpo humano (fig. 12). Trata-se do corpo de um prisioneiro texano de trinta e nove anos, condenado à morte, que após a execução, foi escolhido por ser saudável e poder se constituir em um padrão. No final de 1995, foi lançada a *Mulher Visível*, versão cibernética do corpo de uma mulher de cinquenta e nove anos, desconhecida, doado pelo marido. Estes são considerados o Adão e a Eva do mundo virtual, mas sua origem é bem diferente da versão bíblica. Para transformar seus corpos em dados digitais, foram necessários vários procedimentos que anularam totalmente a massa dos mesmos, uma vez que foram congelados e seccionados em finas fatias, para que fosse possível submetê-los à ressonância magnética que possibilitou a digitalização de suas estruturas. Waldby (2000) examina-os concluindo que foi extraído um biovalor destas formas de vida, um excedente de vitalidade e de conhecimento, que vai alimentar as tecnologias destinadas a melhorar ou prolongar a vida de outros humanos, uma vez que estes corpos serão utilizados no ensino e, como arquivo padrão, em exames de ressonância magnética. Aparentemente, este projeto pretendia ser o último capítulo da história da Anatomia, inaugurada com as dissecações do século XVI, pois visava montar um dispositivo de imagens virtuais para tornar o corpo humano visível e solucionar um velho problema: a opacidade corporal, que impede que as estruturas que compõem os nossos corpos sejam visíveis aos nossos olhos.

Contudo, mais uma etapa sucedeu a essa dissecação virtual. Adquirindo outros sentidos culturais, que são expressos por suas modificações e redescobertas que contribuem para o desenvolvimento de outros hibridismos entre o homem e a técnica, uma exposição de cadáveres plastificados, intitulada *Mundos do corpo – A Fascinação*

¹³ Trata-se de *The Visible Human Project (VHP)*, lançado na rede mundial de computadores pela National Library of Medicine dos Estados Unidos.

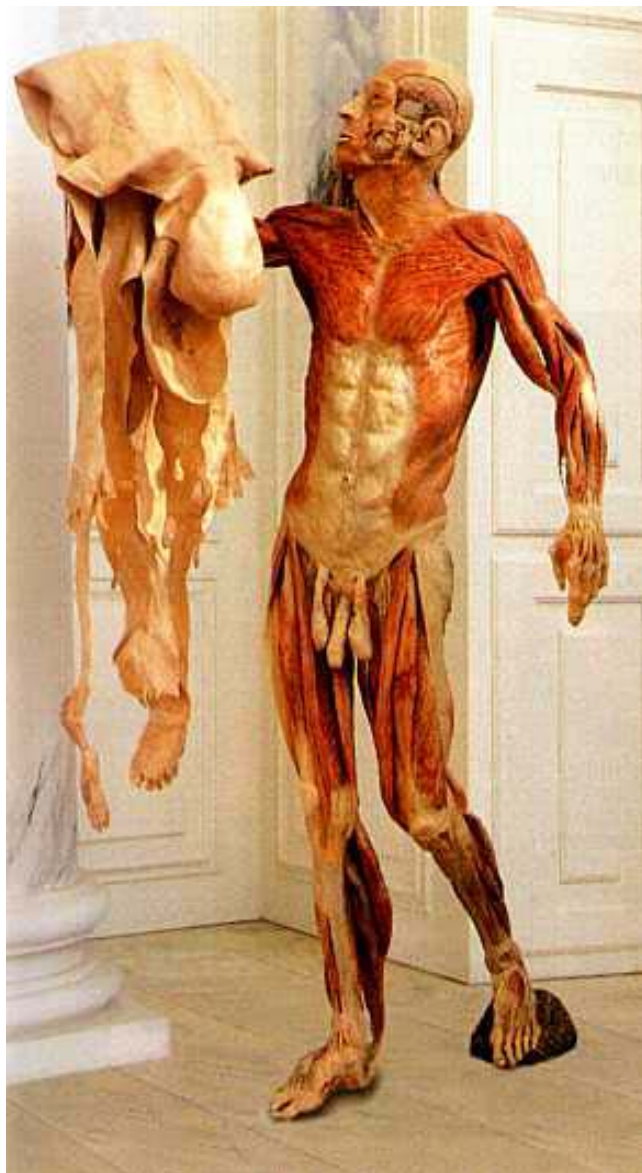


Figura 13

processo. O resultado final são peças humanas secas, que não têm cheiro e que podem ser posicionadas de tal forma que permitem a visualização tridimensional do corpo e suas variações individuais, o que anteriormente era restrito ao esqueleto. Durante o processo de preparação, enquanto o silicone é incorporado, as peças podem ser manipuladas em várias posições, de modo que o resultado final as distancia dos cadáveres e as aproxima da plasticidade espacial dos movimentos dos corpos vivos.

*sob a superfície*¹⁴ foi mostrada pela primeira vez na Alemanha, no Museu de Tecnologia de Mannheim durante o inverno de 1997/98. A exposição é o resultado do trabalho do anatomista alemão contemporâneo Gunther von Hagens (2000), que desenvolveu uma técnica por ele chamada de “*plastination*” (fig. 13). O processo é uma tentativa de superar o método egípcio de embalsamamento, que durou até o século XVII, bem como as substâncias químicas e as técnicas tradicionais que fixam os tecidos. Como resultado, von Hagens obteve a conservação de substâncias orgânicas por meio de materiais plásticos, que mantêm as células e o relevo das superfícies inalterados até ao nível microscópico, isto é, idênticos ao estado natural do corpo antes do

¹⁴ Em inglês: *Body Worlds – Fascination beneath the surface*. A exposição já esteve no Japão, na Bélgica, na Inglaterra e em várias cidades da Alemanha. Atualmente está na Coreia, já tendo sido vista por 11 milhões de pessoas.



Figura 14

A mostra superou as expectativas mais otimistas, tendo sido visitada por aproximadamente setecentas e oitenta mil pessoas durante um período de quatro meses. Devido às longas filas de espera formadas pelas pessoas que desejavam ver as “peças” do Dr. Gunther, foi necessário que o Museu se mantivesse aberto durante a noite. Para aqueles que visitam a exposição e não têm conhecimento prévio de Anatomia, estes corpos são perfeitamente compreensíveis, sem necessidade de grandes explicações, permitindo que se obtenha conhecimento

sobre órgãos, músculos e ossos. Depois do choque inicial, revelado pelas expressões e pelo espanto estampado nos rostos de homens e mulheres fotografados em visita à exposição (fig. 14), há um efeito artístico, produzido pela força imagética da autenticidade e das posturas. Visitando esta exposição, observei algo que se constitui em uma “marca registrada” da disciplina de Anatomia, sua continuidade histórica: a maioria dos corpos é de homens, sendo que os das mulheres, quando presentes, revelam os “mistérios” da concepção, sendo apresentados corpos de mulheres grávidas (fig. 15). Penso que estes corpos, tanto os do *Humano visível* como os *plastinados*¹⁵, se transformaram em paradoxais mortos-vivos, condenados a habitar eternamente o outro lado das telas dos monitores e as salas dos museus, na qualidade de “múmi- as pós-modernas”.

¹⁵ Para mais informações consultar www.plastination.com

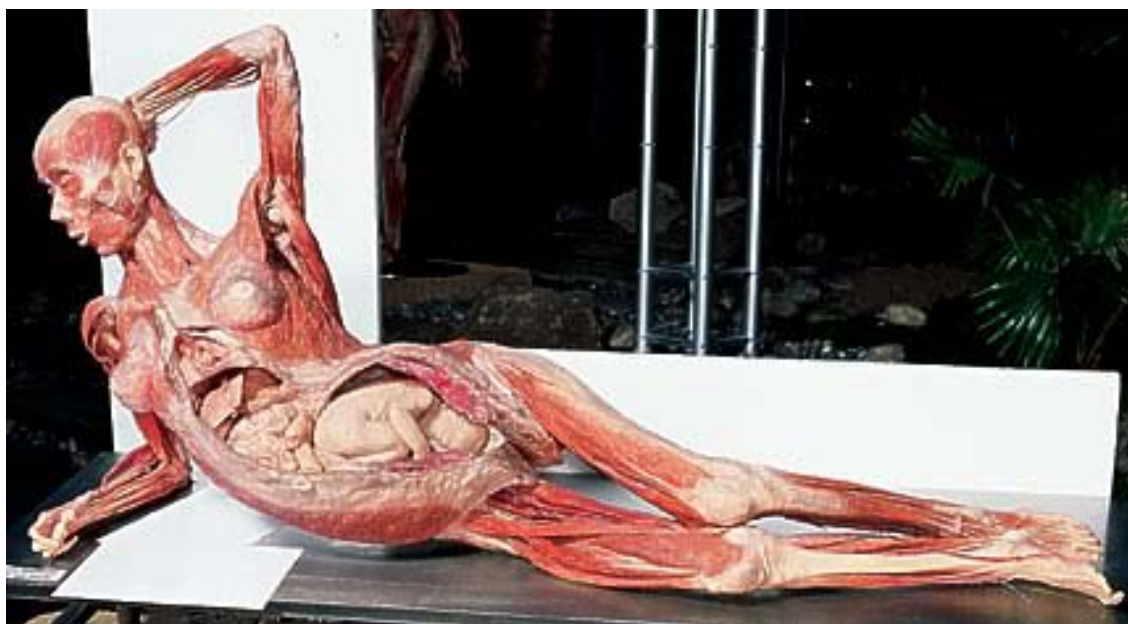


Figura 15

Ao estudar a Anatomia, relembro Said (1990) em seu texto sobre o Orientalismo. Ele refere que ao tentar entender o Orientalismo, é preciso apreender a “força nua e sólida de seu discurso”, bem como a sua “temível durabilidade”. Entendo que essas expressões se ajustam perfeitamente e podem ser usadas quando estudamos a Anatomia. Suas narrativas, inscritas nos corpos dissecados até os seus mais ínfimos detalhes, estabelecem a norma que produz uma verdadeira partilha entre o que é normal e o que é anormal, constituindo um conjunto de significados que tem por finalidade dividir e classificar os humanos. Depois, a cada corpo se atribuirá “um lugar nas intrincadas grades das classificações, dos desvios, das patologias, das deficiências, das qualidades, das virtudes, dos vícios” (VEIGA NETTO, 2001, p.107).

Esclareço que não estou preocupada em analisar o que está oculto no texto da Anatomia, nem tenho a pretensão de destruí-la ou mostrar onde ela está errada, mas colocar em questão as suas “verdades”. O que me interessa, nestas considerações que faço a respeito desta disciplina, que se ocupa de produzir e organizar um saber e uma prática sobre o corpo, é assinalar alguns pontos que entendo produtivos e importantes: a possibilidade que estes textos têm de organizar uma prática discursiva sobre o corpo que compõe este arquivo moderno que tenta catalogá-lo e organizá-lo, utilizando argumentos “naturais”, genéticos, nas representações do corpo, que estão sustentadas

numa lógica “legítima” – a científica, e que assim não é contestada (COSTA, 1996).

Esta discursividade desempenha um papel no interior de um sistema estratégico em que o poder de descrever o corpo está implicado e que, segundo meu entendimento, funciona no sentido de esfriar os corpos. O que estou querendo enfatizar é que não penso o corpo como uma entidade natural, pronto, esperando para ser revelado, liberado ou castigado. Então, o que é o corpo? O que é um corpo? O corpo é uma substância, uma idéia ou uma palavra? Muitos filósofos contemporâneos argumentam que não existem substâncias ou idéias fora da linguagem. Substâncias ou idéias não são realidades refletidas mas categorias culturais construídas pela linguagem. O corpo não é uma exceção. É também um produto da linguagem, que adquire sentido no interior da cultura. Assim, de acordo com o pensamento corrente de autores que se ocupam da cultura, nesse registro em que me situo, destaco Cavallaro (1997) que comenta que a linguagem organiza o corpo de acordo com as crenças da cultura, o que significa que a idéia de corpo humano não é universal, mas flexível, podendo ser interpretada de várias maneiras dependendo do tempo, do local e do contexto. Com este comentário, quero



Figura 16

destacar que o corpo, da forma como o conhecemos, é uma invenção radicalmente histórica. Somos culturalmente treinados para perceber o corpo de maneira organizada, de certos ângulos e usando certas lentes. Essa organização das percepções vem de múltiplos lugares para compor as idéias que hoje temos sobre o corpo. Se pensarmos nos séculos passados, podemos observar que as cenas eram eternizadas em óleo por serem representativas daquilo que era considerado importante e valorizado e que, portanto, deveria ser preservado, para o presente e para o futuro. Deste modo, podemos avaliar a importância que era dada à Anatomia e ao corpo, seu objeto de estudo, pois existem inúmeros quadros de pintores (fig. 16 e 17), principalmente dos séculos XVI e XVII, contratados

para retratar as cenas de dissecação dos corpos. As imagens produzidas permitiam guardar as cenas importantes para que fosse possível pensar nelas, com uma fidelidade ao que fora visto. Tais imagens chegam até nós, e nos produzem, de forma que posso dizer que pensamos o corpo de determinadas formas, em relação com determinados vínculos sociais, no entendimento que os regimes que definem as verdades sobre o corpo, a saúde e a



Figura 17

doença em cada época são contingentes e provisórios. Se pensarmos no que ocorreu durante o século XX, observamos que o corpo não cansou de ser sempre redescoberto e nunca completamente revelado, uma vez que foi alvo do higienismo, seduzido pelo cinema e pela televisão, objeto dos movimentos de liberação sexual e dos novos ritmos musicais, da moda e da massificação da pornografia (SANT'ANNA, 2000).

Assim, segundo Sant'Anna (1995), o corpo está sempre sendo (re) fabricado e portanto, sempre também reinventado. Desta forma, são as relações que constituem os corpos, são as práticas sociais, historicamente datadas, que produzem “ao longo da vida, nossos sentimentos, nossas preferências, nossa aparência e nossa fisiologia”. (SANT'ANNA, 1997, p.279). Para lembrar Foucault (2003), não é o sentido que busco nos discursos que são produzidos sobre o corpo, mas a função que lhes é atribuída e os efeitos que produzem. Isto é o que Foucault chama de acontecimento. Para ele, trata-se de considerar o discurso como uma série de acontecimentos, estabelecendo e descrevendo as relações que esses acontecimentos, que ele refere como acontecimentos discursivos, mantêm com outros acontecimentos, que podem pertencer a outros sistemas ou campos como o econômico, o político ou o institucional.

Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado

Embora haja todos os motivos para se ter confiança no futuro do progresso da enfermagem no Brasil, – um prudente conselho de Florence Nightingale diz – “Nunca falleis sobre os vossos projectos. Dizei o que tiverdes realizado”. E isso, conforme Kipling, “é uma outra história”, e essa deverá ser escripta mais tarde, pelos médicos, pelas enfermeiras e doentes que se seguirem (Mrs. Ethel Parsons, 1928¹⁶).

Para seguir o desejo de Ethel Parsons, enfermeira norte-americana que chefou a missão que implantou a enfermagem moderna no Brasil, me ocupo, agora, de recontar uma história. Esta história inicia com algo conhecido como “os primórdios da enfermagem” e segue com uma leitura que faço dos saberes sobre o corpo que foram sendo organizados para constituir o regime de práticas da enfermagem. Sendo assim, ao preparar o “chão” sobre o qual organizarei minhas análises, penso como Foucault (2003) e parto da hipótese de que os tipos de práticas não são comandados por uma instituição, prescritos pela ideologia ou guiados pelas circunstâncias, seja qual for o papel que possam ter, mas que esses, instituições, ideologia e circunstâncias, têm uma regularidade, uma lógica, uma evidência, uma razão. Ao analisar o regime de práticas da enfermagem, analiso programas de condutas que têm efeitos de prescrições sobre o que deve ser feito e efeitos de verdade sobre o que se deve saber.

Ao contar aqui partes dos relatos dos “primórdios” da enfermagem, já bem conhecidos no âmbito da enfermagem e fora dela, não pesquiso uma origem ou a

¹⁶ Este texto foi publicado originalmente em Archivos de Higiene: Exposição e relatórios do Departamento Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro, 1928. O excerto foi retirado de Parsons, 1997.

essência exata da enfermagem ou sua identidade primeira, pois, como Foucault (1999b), acredito que “atrás das coisas há ‘algo inteiramente diferente’: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo [de] que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas” (p.18). Faço estas referências para localizar discursos e conexões estratégicas que permitam traçar um panorama que ajude a compreender em que condições, e em que momento histórico, surge o que hoje se chama “enfermagem moderna”. Essa expressão se conforma muito bem ao que quero expressar, pois entendo que aí, na Modernidade, começa a se produzir, peça por peça, uma determinada prática de cuidado dos corpos, que se profissionaliza, e vem a compor um dispositivo para o controle da população. Pretendo compor um mosaico com essas peças que, quando olhadas separadamente, nada representam, mas que em conjunto, compõem um desenho com contornos definidos, que permite expor minha compreensão sobre sua organização como prática de cuidado do corpo, principalmente, do corpo hospitalizado.

Acompanhar a trajetória dos recortes para compor um conjunto de saberes e fazeres que deve ser ensinado às enfermeiras pode pressupor que se faça referência a datas e exige um breve comentário sobre a questão da cronologia. Existem vários critérios para elaborar esta periodização, embora no âmbito dos Estudos Culturais este tema não seja considerado relevante, pois encerra uma linearidade que não interessa a estudos desta natureza. No entanto, menciono as datas em algumas passagens do meu texto, confiando que estas possam facilitar a compreensão das análises que apresento. Repito que não tenho a pretensão de relatar os fatos “como eles realmente aconteceram”, o que hoje já se mostrou impossível e infrutífero, uma vez que sabemos que nossas mentes não refletem diretamente a realidade, pois a realidade que conhecemos é, sempre, realidade sob descrição. Portanto, não existe, para nós, nenhuma realidade que seja independente dos discursos que a constituem.

Nesta perspectiva, e à sombra de Foucault, pretendo contar “como as enfermeiras se transformam naquilo que são”, evitando toda a “finalidade monótona”, sabendo que as palavras não guardam sentido, nem os desejos sua direção e muito menos as idéias a sua lógica, pois “este mundo das coisas ditas e queridas conheceu invasões, lutas, rapinas, disfarces e astúcias” (FOUCAULT, 1999b p. 15-16). Procuo espreitar os acontecimentos como se já não tivessem uma história, para reencontrar diferentes cenas

onde eles desempenharam papéis distintos, sem a preocupação de encontrar uma origem. Retraçar o seu itinerário permitirá conhecer as condições de possibilidade de seu aparecimento¹⁷.

Conta a lenda¹⁸ que o período do início do século XX, tanto no Brasil como no restante da América Latina, caracterizou-se por um processo incipiente de modernização e de urbanização das cidades, entre outras coisas, devido ao aumento do comércio internacional e ao incremento das correntes migratórias. Estes fatores teriam levado a uma crescente complexidade da estrutura sócio-econômica do país. O constante aumento populacional, principalmente nas capitais dos estados mais importantes, teria forçado o governo a preocupar-se com a elaboração de uma política sanitária, devido ao incremento das doenças transmissíveis como a cólera, a peste bubônica, a febre amarela, a varíola, a tuberculose, a lepra e a febre tifóide que poderiam prejudicar os interesses ligados à economia exportadora do café.

Nestas condições, foi necessário que se implantasse no Brasil um modelo sanitário centralizado, que transformasse a saúde em uma questão nacional. Este modelo teve forte influência da estrutura norte-americana de atenção à saúde, através da Fundação Rockefeller. Esta fundação, que se autodenominava “benemérita”, era uma instituição de caráter científico, religioso e filantrópico com uma organização de cunho paramilitar, uma ética religiosa e de trabalho e com forte apelo à amizade entre Brasil e Estados Unidos. Seus fundamentos eram a superioridade da civilização americana e a propagação de seu modelo sanitário, o que incluía a criação de hospitais, tendo como modelo os hospitais americanos, ampliando, desta forma, sobremaneira, a área de influência dos Estados Unidos no Brasil e na América Latina.

A Fundação Rockefeller teve papel decisivo na implantação da enfermagem moderna no Brasil, o que se concretizaria através da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, também conhecida como “missão Parsons”, chefiada pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons, composta por

¹⁷ Para contar as histórias da enfermagem moderna me apoio nas seguintes autoras: PAIXÃO, 1960; GERMANO, 1983; ALMEIDA, 1986; SILVA, 1986; NASH, 1993; SAUTHIER, 1996; BAPTISTA; BARREIRA, 1997; LUNARDI, 1998; DOSSEY, 1999.

¹⁸ Utilizo esta expressão filiando-me ao grupo daqueles/as que pensam que a história não é unívoca, existindo múltiplos lugares de onde ela pode ser contada. Entendo que a lenda pode dar conta da idéia da existência de múltiplas histórias.

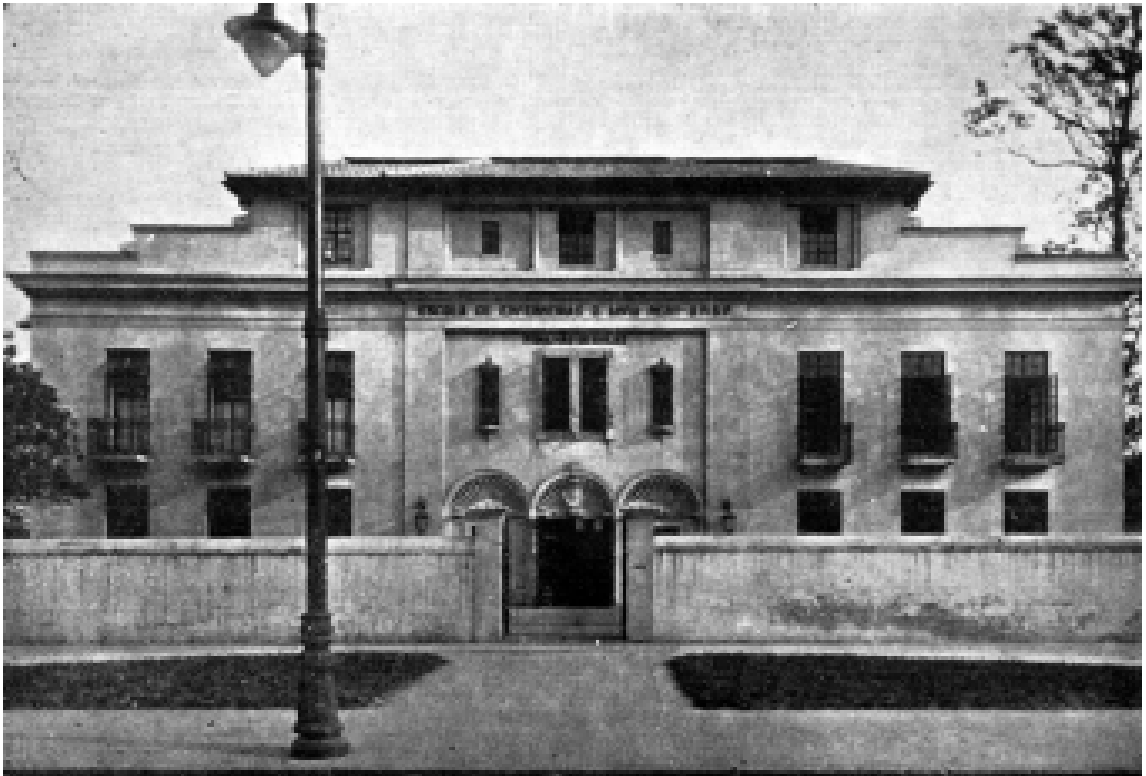


Figura 18

enfermeiras que eram símbolos da mulher americana. O marco histórico desta missão foi a criação de um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com a conseqüente criação de uma Escola de Enfermeiras¹⁹ junto ao mesmo, a Escola de Enfermagem Anna Nery. Esta escola iniciou o seu funcionamento em 1923, e foi organizada, segundo histórico de Edith Fraenkel (1934) publicado na REBEn, como “uma escola padrão, nos moldes das mais modernas existentes nos Estados Unidos” (p. 14). O curso de Enfermagem da Escola Anna Nery, a primeira escola de Enfermagem brasileira, adotou o sistema inglês proposto por Florence Nightingale, também conhecido como enfermagem científica ou moderna, constituindo o que ficou conhecido como modelo anglo-americano de enfermagem. O curso funcionou inicialmente em vários prédios cedidos e adaptados para tal fim, sendo que, em setembro de 1927, instala-se no Pavilhão de Aulas (fig. 18), doado pela Fundação Rockefeller. A duração do curso era de vinte e oito meses, sendo o currículo organizado

¹⁹ A escola denominou-se inicialmente Escola de Enfermeiras do DNSP. Em 1926, passou a chamar-se Escola Anna Nery e posteriormente Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

em cinco séries: as quatro primeiras relativas à parte geral do curso e a quinta às especializações – Enfermagem Clínica, Enfermagem de Saúde Pública e Administração. Ao longo dos primeiros anos de funcionamento o curso foi progressivamente ampliado para que pudesse incluir experiências nos diversos serviços que eram organizados nos hospitais do Rio de Janeiro. Em 1930 tinha a duração de três anos e oferecia, além das aulas teóricas, práticas em enfermarias e ambulatórios.

Em oposição ao passado, quando a enfermagem era exercida por pessoas de “má reputação”, estas líderes preocupavam-se em transmitir às suas alunas o ideal da “boa enfermeira”. Desta prática originou-se um comportamento que caracteriza, ainda hoje, a enfermagem brasileira – o culto a essas personalidades, nas quais é necessário espelhar-se para assegurar que a profissão tenha prestígio social e científico. As enfermeiras americanas, denominadas pioneiras, tinham um projeto bem definido do que era e do que deveria ser a profissão. Assim, cercaram-se de muitos cuidados ao trazerem a chamada enfermagem profissional para o Brasil, e tinham a preocupação, dentre outras coisas, de introduzir a nova profissão na Universidade. Isto verificou-se em 1937, por ocasião do Estado Novo, quando a Universidade do Rio de Janeiro foi reestruturada, passando a chamar-se Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro (BAPTISTA e BARREIRA, 1997). Para ilustrar a importância que foi dada ao fato, reproduzo um trecho de Gleite de Alcântara (1964):

No processo de desenvolvimento da educação de enfermagem no Brasil alguns marcos se destacam: o primeiro é representado pelo seu início, contendo a semente do ensino superior que veio germinar quase 40 anos após seu lançamento; o segundo é o momento que agora vivemos, com as escolas de enfermagem transformadas em estabelecimentos de ensino superior, tendo sido outorgados à enfermagem direitos idênticos aos das demais carreiras universitárias. O terceiro marco caberá à posteridade assinalar (p. 344).

Devido ao poder político e econômico que detinha à época, a Fundação Rockefeller foi alvo de críticas contundentes, tanto no seu país de origem, os Estados Unidos, como no Brasil e no exterior. A oposição ao trabalho desta fundação manifestava-se das mais variadas formas, uma vez que as famílias queixavam-se de que as moças deveriam se manter em casa, os intelectuais nacionalistas achavam uma impertinência a sua intromissão, e os políticos de oposição questionavam o modelo de saúde pública que estava sendo implementado. Sua ação traduzia, na prática, a visão da superioridade anglo-saxônica, pois adotava o modelo americano como paradigma da civilização, que

tinha o princípio da eugenia, muito em uso na época, como um de seus pilares. Este refletia um racismo disfarçado, que era evidente nos próprios documentos da época que não cessavam de negar este fato.

Apesar do “ideal de servir a todos, indistintamente,” que permeava o trabalho das “pioneiras” norte-americanas, imbuídas de uma “missão”, o que encerra uma idéia religiosa, observo uma incoerência entre este discurso e os critérios utilizados para ingresso no curso de enfermeiras. Nestes, só eram admitidas “moças de boa família”, sob o argumento de que, por ser uma profissão que iniciava, o prestígio social era muito importante. Segundo a preocupação de Parsons:

Interessar-se-iam suficientemente as senhoras brasileiras, das melhores camadas sociais, pela nova profissão, para consentirem em deixar as suas casas e seguirem o interessante, comquanto difícil, preparo exigido? A exaltação e a satisfação espiritual que cabem a uma enfermeira pela sua parte no alívio do sofrimento e na salvação de vidas, ainda lhes eram desconhecidas. Não havia [como] negar que o preparo teria de ser penoso e exigente, pois que tratando-se de vida e de morte, o cumprimento rigoroso de uma disciplina, militar em sua conscienciosa exactidão, é necessário”(1997, p.13).

Em relação ao papel da missão Rockefeller no Brasil, penso que ele poderia corresponder àquilo que Elias (1994) chamou de processo civilizador. Este autor, ao desenvolver sua teoria, estudou os efeitos das estruturas sociais sobre os costumes e a moral dos indivíduos, ou seja, a gênese e evolução dos comportamentos considerados típicos de ocidentais civilizados. Desta forma, as enfermeiras norte-americanas, que conheciam o Brasil através de relatórios, comportavam-se como agentes civilizadoras que aqui vinham para transmitir um saber e introduzir este povo “mais atrasado” nos progressos da civilização, e esperavam que as futuras enfermeiras brasileiras incorporassem seus ensinamentos, sem questionamentos desnecessários. Elas reconheciam-se como as herdeiras deste modelo de enfermagem científica que vinha do “Velho Mundo” e como tal, um padrão a ser imitado, imbuindo-se da missão de disseminar este padrão na sociedade brasileira. Tal estado de coisas é salientado por Sauthier (1996, p. 16),

As enfermeiras norte americanas da Missão Rockefeller, atuando no Departamento Nacional de Saúde Pública, de 1921 a 1931, desempenharam um papel de agentes civilizadores, primeiramente junto aos sanitaristas brasileiros, mas principalmente, na orientação cotidiana de suas jovens alunas, das quais não só modelaram o comportamento, mas também imbuíram de uma mística, correspondente à criação de uma nova profissão feminina que, por mais de meio século, mediante o processo continuado do

movimento colonizador, seguiu adotando as técnicas, os modelos assistenciais e os paradigmas teóricos da enfermagem de seu país.

No mesmo sentido, Bertha Pullen (1936), uma das enfermeiras americanas que foi diretora da Escola Anna Nery de 1928 até 1931, publica nos *Annaes de Enfermagem*, em 1936, um artigo, apresentado na Conferência Pan Americana da Cruz Vermelha sobre a *Organização de uma escola de enfermeiras*, enfatizando a enorme responsabilidade que pesa sobre aqueles que vão cuidar da saúde, destacando que, para tanto, exige-se “um controle enérgico da personalidade e uma reserva illimitada de predicados mentaes”(p. 6). A autora também afirma “a candidata aceita numa Escola de Enfermeiras deverá trazer uma base social, cultural, boa intelligencia, saúde robusta, senso ethico visível e compreensão da responsabilidade para com a comunidade e habilidade de assumir responsabilidades seriamente” (idem, p. 6). Portanto,

considerando-se possuidoras de tais exigências e atributos, não era de estranhar que as enfermeiras americanas se auto-intitulassem “enfermeiras de alto padrão”, nome que, em sua opinião, destacaria a sua formação identificando-as com a enfermagem científica.

Para que possamos entender o que vinha a ser o modelo anglo-americano de enfermagem, precisamos voltar um pouco no tempo para conhecer Florence Nightingale (fig. 19). Proveniente de uma abonada e aristocrática família inglesa, esta mulher nasceu em Florença, em 1820, e possuía



Figura 19

uma formação e conhecimentos que não eram comuns nem mesmo aos homens da época vitoriana em que vivia. Interessava-se por política, pelas pessoas, mas principalmente por instituições de caridade. Segundo Paixão (1960),

Sua tendência para tratar enfermos manifestou-se desde a infância: crianças e animais doentes recebiam seus solícitos e habilidosos cuidados. Aos 24 anos, quis praticar em hospital. A mãe não lho permitiu. De fato, as condições dos hospitais ingleses nessa época justificavam os temores maternos. O pessoal a serviço dos doentes era dividido em dois grupos: o primeiro, diminuto, compunha-se de religiosas católicas e anglicanas, que começavam apenas a se organizar; o segundo, numeroso, era formado de pessoas sem educação e sem moral. A maioria se embriagava (p.43).

Ainda de acordo com Paixão (1960), Florence Nightingale era “dotada de decidida vocação e marcada personalidade” o que fez com que perseverasse em seus propósitos, uma vez que não via no matrimônio uma alternativa para sua realização pessoal. Assim, aos 31 anos de idade, estagiou em *Kaiserwerth*, uma pequena instituição hospitalar inglesa voltada para o atendimento de doentes e para a formação de enfermeiras diaconisas. A mesma era reconhecida pela moralidade e pelos elevados ideais de seus fundadores, embora não apresentasse inovações na parte técnica e científica. Neste local, permanece durante um ano, sendo a experiência marcante para o



Figura 20

trabalho que desenvolveria. A seguir, Florence Nightingale viaja pela Europa visitando hospitais e casas de cuidados de doentes. Publica estudos comparativos entre instituições da França, Itália, Áustria e Alemanha. Desde esta época, tem o desejo de fundar uma escola de Enfermagem em “novas bases”.

Em 1854, é deflagrada a guerra da Criméia. O Departamento Médico do Exército Inglês estava despreparado para organizar os serviços de transporte e abastecimento das tropas, o que ocasionou um colapso no atendimento aos soldados feridos na guerra. Em meio à indignação da opinião pública, Florence Nightingale se oferece para o Ministro da Guerra, seu amigo, e vai com mais trinta e oito voluntárias para as frentes de combate em Scutari, onde encontra um hospital com mais de quatro mil feridos (fig. 20). Ali, começa a colocar em prática aquilo que considerava uma “boa enfermagem”, preocupando-se com a alimentação adequada dos doentes, a limpeza e ventilação do ambiente, a troca de roupas de cama, a separação entre doentes e feridos, a higiene dos pacientes, sua privacidade e lazer, enfim, com a implantação da ordem no hospital em seus mínimos detalhes (fig. 21). Preocupava-se com economia e custos, com a divisão do trabalho, e supervisionava regularmente o hospital. Destacando-se por sua capacidade administrativa e organizacional, foi indicada para assumir a Superintendência de Enfermagem do Exército.



Figura 21

Ao introduzir as novas práticas, Florence Nightingale registrou uma queda importante na mortalidade dos soldados feridos em combate, o que foi possível de ser observado a partir de sua preocupação em organizar e manter registros estatísticos para documentar o que ocorresse com a vida dos soldados (fig. 22). Com esse procedimento, seu trabalho adquiriu grande visibilidade. Sua intervenção foi um dos fatores que contribuiu para tornar o hospital uma “máquina de curar” que, segundo Foucault (1998b), seria uma disposição do espaço interno do hospital para torná-lo medicamente eficaz, não um lugar de assistência mas de operação terapêutica. Essa operação se exercia a partir da eliminação dos fatores negativos, tais como os problemas com a renovação e circulação do ar e o transporte das roupas, visando organizá-lo de modo positivo, garantindo a presença ininterrupta dos médicos e a observação e registro das anotações sobre cada caso, seguindo sua evolução. A partir dessa operação, que descreverei com mais detalhes em outro capítulo, será possível a generalização dos achados para toda a população, possibilitando a substituição de regimes terapêuticos, comuns na época, que eram pouco diferenciados e com resultados modestos, por curas médicas e farmacêuticas mais adequadas e específicas. Dessa maneira, o hospital começa a se tornar um elemento essencial para a tecnologia médica, um lugar onde a função terapêutica é bastante apurada, onde é permitido curar.

B.—PROPOSED HOSPITAL STATISTICAL FORM.

This Sheet will serve for the Classification of Cases in Hospitals under the following headings:—"Remaining, 1st January"
"Admitted"—"Cured (or Relieved)"—"Dead"—"Discharged incurable, for Irregularities, or at their own Request"—"Remain-
ing, 31st December"—"Duration of Cases in Days."

Write the Name of Hospital, the Sex, the required Heading, and Date with the Pen.

Age	MONTHS.																		95 and up- wards.	TOTAL							
	0	3	6	1	2	3	4	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60			65	70	75	80	85	90	
CLASS I.—Cases I.																											
<i>(Exhaustive Diagram.)</i>																											
1. Small Pox																											
Measles																											
Whooping Cough																											
Croup																											
Scarlatina																											
Diphtheria																											
Coryza, Catarrh, Influenza																											
Ophthalmia (purulent)																											
Erysipelas																											
Erysipelas (puerperal Fever)																											
Pyæmia																											
Hospital gangrene																											
Charbon, Bull																											
Dysentery																											
Diarrhoea																											
Cholera																											
Typhoid Fever (typhus)																											
Typhus																											
Relapsing Fever (typhus)																											
Ague																											
Remittent Fever																											

Most of the cases the following margin are of less frequent occurrence in hospitals; and with some exceptions, classed as "Others" their respective entries in the left-hand col. They will be distinct in abstracting the data by writing the age of persons attacked, cured, died, &c., against the similar disease in the margin below. Thus, a person aged 18 would, if sick for "measles," be indicated in the body of this sheet by a tick against "Measles" of Class I. Over 18, his age (18) would be written against "measles" in the margin. And other diseases. The cases not found printed in the margin must be ticked in their proper parts. A sum of the facts in the margin should be given in appendix to the Table.

Figura 22

Tanto na guerra da Criméia, quanto na IIª Guerra Mundial, da qual tratarei no próximo capítulo, podemos observar as diferentes formas pela qual se manifesta a relação entre a ciência e a guerra. Se, por um lado, a ciência se ocupa em produzir armas cada vez mais potentes e destruidoras, por outro lado, mostra-se mais eficaz para tratar os efeitos dessas armas nos corpos humanos, tanto dos soldados, quanto dos civis que permanecem nas cidades. Com este comentário, estou querendo ressaltar uma das condições de possibilidade para o surgimento e sustentação do trabalho de Florence Nightingale: a necessidade de organizar um sistema que possibilitasse o tratamento de grande número de feridos, com traumas físicos graves, nos hospitais dos campos de batalha. Embora já seja bem conhecida a maneira urgente e emocional com que são aplicados os conhecimentos científicos durante a guerra, e o posterior aperfeiçoamento que eles sofrem, destaco este tema para comentar que mesmo com todos os avanços e benefícios posteriores que podem motivar, os investimentos em tecnologia militar são muito pequenos em relação aos danos que podem causar (MOTOYAMA, 2003).

Ao retornar, Florence Nightingale foi recebida como heroína e condecorada por sua atuação na guerra sendo premiada com quarenta mil libras pelo Governo e pelo povo inglês, pois sabiam de seu desejo de fundar uma escola para enfermeiras, o que teria acontecido em 9 de julho de 1860, junto ao Hospital St. Thomas, em Londres. Segundo Paixão (1960), um dos fatores que mais contribuiu para a vitória do sistema proposto por Florence Nightingale foi a rigorosa seleção das candidatas, já que ela só permitia o “ingresso de jovens educadas e de elevada posição social” (p.49). Resgato essa informação para mostrar que as enfermeiras americanas, ao implantarem a enfermagem dita profissional no Brasil, nada mais fizeram do que transpor para cá os princípios organizadores de Florence Nightingale e da enfermagem inglesa, e para fixar essa característica da profissão em seu início. Em capítulo posterior, farei comentários analíticos sobre o fato. Para garantir que as jovens se mantivessem educadas e que, portanto, fossem preservadas estas condições, as escolas foram dotadas de internatos que garantiam a “elevação moral necessária ao exercício profissional”, além de, eu acrescentaria, constituírem mais um poderoso espaço de disciplinamento, através de regras e controles que eram exercidos pelos responsáveis pela escola. As escolas de Enfermagem no Brasil mantiveram internatos em suas sedes (fig. 23) até a década de sessenta, os mesmos cumpriram um papel regulador da conduta das enfermeiras e hoje

são objeto de inúmeros estudos, pois são vistos como um dos “pilares do projeto de construção da profissão” em nosso país. Podemos pensar, fazendo uma analogia com o que Varela e Álvarez-Uría (1992) afirmaram ao se referir à educação das crianças, que nestes lugares estariam sendo fabricadas as “almas das enfermeiras”.



Figura 23

Florence Nightingale destacou-se, sobretudo, pela habilidade em dissecar problemas e desenvolver uma extensa documentação sobre os mesmos, o que marcou o início de sua influência nas reformas da administração médica militar. Com sua experiência, ela elaborou, após a guerra, um grande plano de reformas que foi estudado e implementado por uma Comissão Real de Saúde do Exército. Esse sistema, que se revelara eficiente para a preservação e recuperação do corpo do soldado, agora se torna também necessário para cuidar dos corpos dos trabalhadores, uma vez que, com o avanço do capitalismo na Inglaterra, os mesmos compunham a força de trabalho. Desta forma, os métodos de Florence Nightingale chegam aos hospitais de Londres e Paris, onde são implementados para garantir a melhoria das condições de saúde da população.

De acordo com Almeida (1986), nesta oportunidade ocorre o encontro das “práticas médica e de enfermagem no mesmo espaço geográfico – o do hospital e no mesmo espaço social – o do doente.” (p.40).

Os métodos de Florence Nightingale estão descritos em seus livros (fig. 24), sendo o mais conhecido deles *Notes on Nursing*, publicado em 1859. Ela destaca a importância da água, do ar, da alimentação e do regime geral para se alcançar a cura, atendendo ao modelo da época que entendia a doença como um fenômeno da natureza.

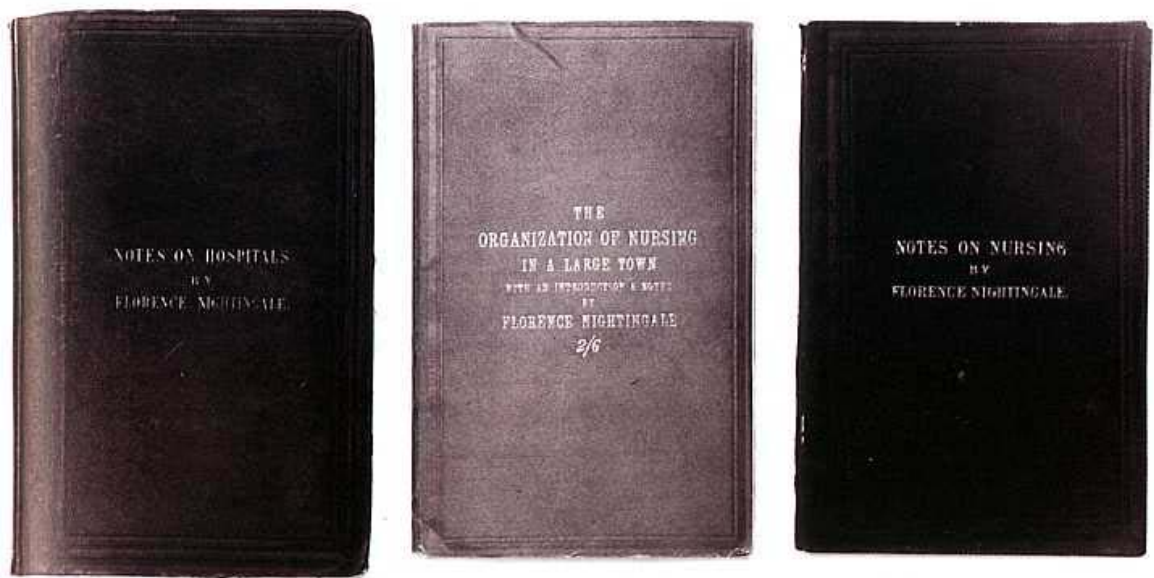


Figura 24

Destaco nesse livro, no capítulo que trata do arejamento e aquecimento, uma passagem em que Florence Nightingale manifesta seu entendimento sobre a importância da ventilação

A primeira regra de enfermagem, o primeiro e último princípio sobre o qual a atenção da enfermeira deve fixar-se, essencial para o doente, sem o que todo o restante que possa fazer por ele não terá nenhum valor e com o qual, em minha opinião, tudo o mais pode perfeitamente ser esquecido, é este: *conservar o ar que ele respira tão puro quanto o ar exterior*, sem deixá-lo sentir frio (NIGHTINGALE, 1989, p 16).

O texto de Florence Nightingale apresenta um tom dogmático com uma forte conotação moral e de obediência, manifestando uma religiosidade que continuou marcando a enfermagem. O conceito central e mais refletido em seus escritos era a condição do ambiente. A medicina urbana que se organizou no século XVIII, como

observou Foucault (1999b), não era propriamente uma medicina de corpos e organismos, mas das coisas como a água, o ar, as decomposições, os fermentos. Percebe-se que os perigos atribuídos ao ar não eram poucos, já que seu poder de circulação colocava em ameaça tudo o que representava o bem-estar. Assim, Rodrigues (1999) destaca que tanto o ar como a água, por sua característica mobilidade, tinham a propriedade de comparecer em território impróprio, desafiando a solidez das separações que a nova mentalidade pretendia estabelecer.

Desta forma, a preocupação com o ambiente do hospital, para que fosse possível diminuir os seus efeitos negativos, suplantou até a sua finalidade religiosa, que antes era essencial no cuidado prestado nos hospitais. Estes aspectos também foram destacados por Lunardi (1998), ao estudar os saberes e as práticas morais da história da enfermagem. Esta autora identifica a contribuição de Florence Nightingale como a “ruptura nightingaleana” e relaciona alguns elementos que, embora relativos a um determinado contexto histórico, não se restringem ao mesmo, mas podem estar permeando e dando sustentação, talvez com outros formatos, a práticas atuais. Desta maneira, ela destaca nos textos de Florence Nightingale as referências à honestidade, à sobriedade, à religiosidade e à devoção, à fidelidade e à delicadeza, à habilidade para a observação minuciosa, como atributos de uma “enfermeira confiável”, presentes em textos como este:

A enfermagem é uma arte e, para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso como a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo – o templo do espírito de Deus. É uma das artes; e eu quase diria, a mais bela das Belas Artes. (NIGHTINGALE, apud Anais de Enfermagem, 1946, s/p.)

A “ruptura nightingaleana” se daria em relação aos registros do chamado período cristão, quando a atenção dedicada aos doentes era reconhecida como missão para o alcance da vida eterna, e os cuidados eram prestados ao corpo por ser o suporte do espírito, uma vez que o corpo era objeto de indiferença e até de desprezo. Nesta época, de acordo com Lunardi (1998), a prática da enfermagem não era vista como um trabalho que deveria ser remunerado, mas como algo que não tinha preço e cuja recompensa não seria dada neste mundo. Portanto, para que a ordem fosse introduzida no ambiente do hospital, foi necessário que o pessoal de enfermagem fosse disciplinado e alvo do

treinamento formal proposto por Florence Nightingale.

Florence Nightingale é uma daquelas pessoas que corresponde ao perfil descrito por Foucault em uma das entrevistas que constam na *Microfísica do Poder* (1999b). Ao responder a uma pergunta sobre quem coordena a ação dos agentes da política do corpo, Foucault se refere a um conjunto extremamente complexo e sutil em sua composição, distribuição e, enfim, em todos os seus mecanismos e controles recíprocos que não foram pensados em conjunto. Ele refere como um mosaico muito complicado, onde aparecem agentes de ligação:

tomemos o exemplo da filantropia no início do século XIX: pessoas que vêm se ocupar da vida dos outros, de sua saúde, da alimentação, da moradia. Mais tarde, desta função confusa saíram personagens, instituições, saberes... uma higiene pública, inspetores, assistentes sociais, psicólogos. E hoje assistimos a uma proliferação de categorias de trabalhadores sociais... (p.151).

Seria enganoso atribuir somente às idéias de Florence Nightingale todo o movimento de criação e desenvolvimento da enfermagem moderna. Como já disse, a emergência do trabalho de Florence Nightingale ocorre em plena Modernidade, época da decadência da hegemonia metafísica e da emergência do positivismo como concepção científica, o que acarretou um grande avanço no conhecimento da área da saúde. É desta época, a segunda metade do século XIX, a invenção de diversos aparelhos que auxiliam no diagnóstico e tratamento de doenças (oftalmoscópio e laringoscópio dentre outros), bem como a utilização do microscópio que possibilitou os estudos de Pasteur sobre a proliferação dos germes, produzindo o desenvolvimento de ciências como a Microbiologia e a Imunologia. Este paradigma, o positivismo, ao considerar válidos apenas aqueles conhecimentos passíveis de verificação empírica, produziu uma fragmentação no conhecimento sobre o corpo, que passa a ser organizado a partir de órgãos doentes. Assim, os médicos passam a ser considerados os detentores do saber científico, ao mesmo tempo em que aqueles que desenvolviam outras práticas relacionadas à saúde são considerados bruxos e charlatães (SILVA, 1986 e PIRES, 1998). Possivelmente, a visibilidade alcançada por seu trabalho também se deveu à posição social que ocupava e ao fato de ter organizado um sistema de formação que, ressalvadas algumas mudanças, perdura até os dias de hoje.

As propostas de Florence Nightingale valorizaram o trabalho de enfermagem,

traduzindo-o como uma arte, o que disciplinou e regulou o modo de vida de seus agentes. O sistema proposto previa o treinamento do pessoal de enfermagem que trabalhava nos hospitais, bem como o estabelecimento das tarefas da enfermagem, sempre sob a direção do médico. Desse modo, a enfermagem surge como um trabalho subordinado ao do médico, uma vez que a inspeção dos corpos dos pacientes, que antes era descontínua e rápida, se transforma em meados do século XVIII quando, ao iniciar sua atuação no ambiente hospitalar, o médico coloca o doente em situação de exame permanente. Era então necessário que um outro elemento, no caso a enfermeira, executasse o papel determinado, mas subordinado ao do médico, na técnica de exame, pois o médico não podia permanecer todo o tempo no hospital (FOUCAULT, 1999c). Posteriormente, quando Florence Nightingale organiza a enfermagem como profissão, ela permanece subordinada ao trabalho do médico. E nem poderia ser diferente, consideradas as condições dos hospitais naquela época, onde a figura do médico já estava introjetada na instituição, aí ocupando um espaço privilegiado. Penso, também, que o fato de estar vinculada ao trabalho médico permitiu que a enfermeira usufruísse seu prestígio, já que, naquela época, havia no hospital muitos cuidadores que não tinham um reconhecimento profissional. Florence Nightingale, preocupada em organizar uma profissão, vinculou-a a um saber que tinha status, um saber próximo da ciência. O desenvolvimento profissional posterior da enfermagem, representado principalmente pelo ingresso na Universidade e pela preocupação em construir um saber próprio, fazem circular um outro discurso sobre a profissão, a saber, a enfermagem como profissão autônoma e participante, em igualdade de condições, com os demais profissionais da saúde. Almeida (1986) também aponta para a existência da subordinação nos conceitos de enfermagem daquela época e comenta que pouca coisa foi introduzida no saber da enfermagem, já que, no hospital não havia muito espaço para desenvolver qualquer saber, pois o cuidado de enfermagem não era a maior preocupação e sim a disciplina daqueles que prestavam os cuidados. A disciplina tinha a função de legitimar o poder, através da hierarquia hospitalar, para que fosse possível tornar o hospital um espaço de cura.

No entanto, o grande mérito de Florence Nightingale foi dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem, que provavelmente não percebiam a importância dos rituais que seguiam, que já indicavam uma prática profissional

organizada. Ao institucionalizar a enfermagem como profissão, Florence Nightingale produziu um significado no silêncio que havia na prática de enfermagem, que até então era envolta em regulamentos e correspondências internas às instituições de cuidado, executadas por aquelas que faziam parte de associações, geralmente religiosas, cujo espírito era servir ao próximo, por amor a Deus (PADILHA, 1998 e BARREIRA, 1999).

Um dos destaques que gostaria de fazer sobre a formação da enfermeira brasileira, nas primeiras décadas do século XX, é que esta se deu, principalmente, nas instituições hospitalares, em oposição aos discursos que circulam hoje de que a enfermagem brasileira surgiu “sob a égide da saúde pública”. Esta versão, a de que a enfermagem brasileira iniciou por uma necessidade de atenção à saúde pública, tem sido questionada, ultimamente, por autoras como Rizzotto (1999, p. 5), segundo a qual

a institucionalização da Enfermagem Moderna no Brasil serviu muito mais para atender ao avanço da Medicina hospitalar, eleita como núcleo da prática médica (...) do que para instaurar uma assistência de Enfermagem voltada para a Saúde Pública.

Estas afirmações estão apoiadas nos registros históricos da Escola Anna Nery e reforçam a interpretação de que a enfermagem brasileira, mesmo tendo sido organizada para atender às necessidades da saúde pública, de acordo com as versões históricas que hoje circulam, foi profundamente influenciada pelo modelo anglo-americano, caracterizado pelo estudo sistemático das doenças e o conseqüente cuidado ao doente, e, portanto, centrada no ambiente hospitalar. Ainda de acordo com Rizzotto, a enfermeira brasileira foi preparada para “ser coadjuvante da prática médica hospitalar que privilegiava uma ação curativa” (p.5). O que pode ser argumentado é que a enfermagem, como profissão, se instala no Brasil atrelada às políticas públicas, as quais seguia sem muitos questionamentos, e naquele momento, apesar dos discursos em contrário, essas políticas privilegiavam a assistência hospitalar. Este caráter colaborativo e um tanto acrítico esteve presente também nos Estatutos da ABEn, ali permanecendo por longo tempo, até os anos sessenta, e definia que a Associação tinha como uma das suas finalidades a colaboração na execução dos programas de governo.

Sobre esse assunto, Zaira Cintra Vidal (1937), que teve um intenso e importante papel na implantação da enfermagem no Brasil, em um artigo publicado na REBEn,

esclarece que a educação da enfermeira está subordinada a dois fatores: à instrução recebida na sala de aula e à experiência nos diferentes serviços do hospital. No texto, a autora explica a estratégia que era usual na época: na sala de aula a enfermeira se preparava teoricamente para cuidar do doente e, no hospital, ela adquiria a habilidade prática necessária à profissão. Reforça, ainda, que a enfermagem era o traço de união entre o ensino teórico e o prático de uma escola, e que era muito importante a aluna aplicar seus conhecimentos na enfermagem. Assim, observo que o “treinamento” do olhar da enfermeira era focado no corpo do paciente hospitalizado, isto é, doente. Depois, estes saberes e fazeres eram, então, “adaptados” aos corpos sadios que seriam objeto do trabalho das enfermeiras de saúde pública, tendo como cenário as unidades sanitárias ou os domicílios. Este modelo continha em si um paradoxo, uma vez que as escolas de Enfermagem dos Estados Unidos, fundadas no final do século XIX, eram vinculadas a hospitais particulares, portanto atreladas a seus objetivos de formar mão-de-obra rapidamente, com menores custos. Portanto, havia uma ênfase nas atividades práticas nos hospitais. Da mesma forma, o modelo inglês surgiu durante a guerra como uma necessidade de melhorar a assistência ao soldado ferido, portanto também no hospital. Por que considero importante destacar este paradoxal início brasileiro? Qual a relevância que ele tem para o meu problema? Entendo que esta origem no ambiente hospitalar, associada ao fato, já descrito anteriormente, de ter surgido como auxiliar do médico, produz poderosas marcas no saber da enfermagem. Para entender essas marcas, preciso delinear o contexto, a época e a lógica em que isto ocorre. Nessa perspectiva, abordo no próximo capítulo certas características do hospital e do discurso médico hospitalar, para entender como estão organizados os saberes sobre o corpo, a partir de um conjunto de conhecimentos considerados válidos num determinado momento histórico.

Nas primeiras décadas do século XX, nos Estados Unidos, o currículo de Enfermagem é organizado em três áreas de conhecimentos básicos: a primeira delas era denominada *ciência da enfermagem* e abordava princípios, fatos e instrução com ênfase na ciência biológica, física e social, na ciência médica, sanitária e doméstica. A segunda, era a área de técnicas e habilidades especializadas, denominada *arte da enfermagem*, onde a aluna desenvolvia algumas técnicas manuais e outras técnicas sociais, intelectuais ou administrativas. Na terceira área curricular era desenvolvida a

ética na enfermagem, sendo que esta era também chamada de *espírito de enfermagem*, pois eram estudados os padrões profissionais de conduta, bem como as atitudes sociais. As técnicas de enfermagem constituíam a arte e eram consideradas o “âmago” do programa educacional, uma vez que as demais áreas curriculares serviam de subsídios para sua execução. Este modelo curricular foi introduzido em vários países, inclusive no Brasil, através de órgãos como a



DEMONSTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL DA ENFERMEIRA MODERNA E O ALVO DE SUAS RESPONSABILIDADES

Figura 25

Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiras (ICN), todos com sede nos Estados Unidos (STEWART, apud ALMEIDA, 1986). O currículo era ilustrado por um quadro (fig. 25) constituído por uma analogia interessante e original, consideradas as proposta deste trabalho. Os três elementos essenciais do ensino de enfermagem eram representados por um corpo, onde a cabeça, o coração e as mãos correspondiam, respectivamente, à ciência, ao espírito e à arte da enfermagem. Portanto, a idéia de fragmentar o corpo e representar o currículo através dos fragmentos desse corpo era presente e bem marcada na época.

No ano de 1925, diplomou-se a primeira turma de enfermeiras formadas no Brasil, segundo o modelo de enfermagem anglo-americana. Surge, então, a idéia de organizar uma associação de ex-alunas da Escola de Enfermeiras D. Anna Nery, posteriormente, ampliada para admitir enfermeiras formadas em outras escolas, principalmente em escolas norte-americanas. Organiza-se, então, a Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas²⁰. A enfermeira Edith Magalhães Fraenkel, instrutora de ensino da Escola de Enfermeiras e primeira presidente da Associação, referiu à época que “para uma

profissão progredir é necessário que tenha uma associação e uma revista” (CARVALHO, 1976, p. 21). A idéia de publicar uma revista foi novamente retomada em 1929, durante uma reunião do Conselho Internacional de Enfermeiras no Canadá. Foi sugerido às enfermeiras brasileiras, presentes ao encontro, que uma revista era “indispensável ao desenvolvimento da profissão” (idem p.22). Nessas condições de possibilidade, nasce a *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, inicialmente intitulada *Annaes de Enfermagem*, órgão oficial da Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, idealizada para ser um meio de comunicação entre as enfermeiras e para “servir de depositária das concepções que vão plasmando, moldando e dando existência à enfermagem nacional”²¹. Desta forma, a Revista representou um elo importante do projeto moderno para o estabelecimento da profissão, pois além da visibilidade que proporcionaria ao grupo profissional que se organizava, seria o braço de divulgação científica do mesmo, sendo que a aproximação com a ciência possibilitaria usufruir de seu *status*, o que era fundamental na época. Essa trajetória da enfermagem como profissão coincide com os estudos de Larson (1988) que estuda o profissionalismo e diz que o modelo anglo-saxão, de onde vem a enfermagem profissional, se caracterizou por um modelo identificado com o livre mercado, onde os *experts* detinham o poder do discurso. Essas profissões lutaram para ter um direito privilegiado e exclusivo de falar sobre determinados assuntos, de determinadas formas. Para tanto, se apropriam de um campo de discurso de onde só eles estão autorizados a falar. Larson (idem) também destaca que esse monopólio do discurso exerce uma influência eficaz, silenciosa e invisível. Seus exercentes se obrigam a aceitar e internalizar normas morais e epistemológicas que, em certo sentido, “são impessoais, já que formulam conhecimentos mais gerais; mas também são profundamente pessoais, já que os indivíduos que internalizam os discursos gerais e concretos de sua cultura os experimentam como expressões naturais de sua própria vontade.” (p.156 - 157).

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelo grupo, o primeiro número da *REBEn* é impresso na gráfica do Jornal do Brasil, no Rio de Janeiro, e circula em maio de 1932. Nesta época, a Associação possuía cem sócias, entre as quais circularia a Revista. Era redatora-chefe Rachel Haddock Lobo, na época Diretora da Escola. Devido

²⁰ Hoje, Associação Brasileira de Enfermagem.

²¹ Editorial da *Revista Brasileira de Enfermagem*. Ano XV, n.5, out. 1962, p.401.

ao seu falecimento, o segundo número da Revista só circula em dezembro de 1933, tendo como redatora Zaira Cintra Vidal, também professora da Escola, que permanece no cargo até 1938. Zaira foi autora do primeiro manual de técnicas de enfermagem em língua portuguesa, intitulado *Técnica de Enfermagem*.

Faço estes relatos para mostrar o papel da escola, como instituição, na implantação da enfermagem profissional no Brasil e na criação e manutenção de uma estrutura para a profissão. A estreita relação existente entre a Escola de Enfermeiras e a Associação de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, criada em 1926, que durante os primeiros anos funcionou junto à Escola, mostra a escola como a grande maquinaria na fabricação da enfermagem moderna no Brasil. Ressalto que a organização da enfermagem brasileira obedeceu a essa lógica, destacada por Veiga-Neto (2002), que se estabeleceu nos limiares da modernidade, quando a escola foi a geradora e a disseminadora de novas práticas, através da educação de setores cada vez mais amplos da população.

Ao analisar as matérias publicadas na *REBEn*, observo que nela se encontra um rico painel sobre a enfermagem brasileira, desde seu início, no Brasil do século passado. Nos primeiros números da Revista, quando ainda era organizada junto à Escola Anna Nery, constam discursos comemorativos a eventos da Escola, artigos traduzidos de revistas americanas, textos elaborados pelas professoras, geralmente voltados para assuntos de aula e sobre a conduta da enfermeira, e até mesmo notas sociais e de humor. Nesta época, o manual de autoria de Zaira Cintra Vidal é recorrentemente citado na Revista, que conta com uma seção intitulada *Apanhados de técnica*. Na medida em que a Revista foi sendo organizada pela Associação, encontram-se falas proferidas em eventos, relatos de congressos, artigos sobre temas considerados importantes na época, produções científicas dos profissionais, questões legais que preocupavam uma profissão emergente em nosso país. Embora com alguma irregularidade em sua periodicidade, a Revista foi publicada até a IIª Guerra Mundial, quando sofreu uma interrupção, entre os anos de 1941 e 1946, por problemas financeiros, devido ao alto custo do papel. A partir de 1946, a *REBEn* circula regularmente e se encontra atualizada. Tendo completado 70 anos de existência em 2002, é encontrada no acervo bibliográfico da maioria, senão de todas, as escolas de enfermagem do país e distribuída também a assinantes. Reproduzo aqui o depoimento de Vilma de Carvalho, professora da Escola Anna Nery e autora do

projeto de Informatização da Revista, sobre a sua importância:

a Revista, além de um precioso testemunho da gênese, do crescimento e desenvolvimento, dos avanços profissionais da enfermagem brasileira, constitui um verdadeiro patrimônio, no âmbito cultural de sua primordial entidade de classe, a atual Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, a qual também teve por casa mãe a Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ.(CARVALHO; SAUTHIER, 2002, p. 9).

Ao longo de sua trajetória, a REBEn foi sofrendo transformações para se adequar ao modelo proposto para periódicos científicos no Brasil. Atualmente é uma publicação quadrimestral da Associação Brasileira de Enfermagem e tem como finalidade divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam de interesse da enfermagem. Está indexada no *Medline/ International Nursing Index*, na Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (LILACS), na Base de Dados em Enfermagem (BDENF), no *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL)* e no *Ulrich's International Periodicals Directory*, sendo classificada como periódico de nível internacional.

Percebo que, em qualquer época, a Revista veicula um discurso que pretende produzir um certo tipo de ordem na assistência à saúde, seja nas instituições, seja nos corpos de enfermeiras e pacientes. Um discurso no qual as enfermeiras confiam, e que é dirigido principalmente para professoras e alunas, não por acaso, as que mais freqüentemente assinam os textos. Na REBEn, se encontram as vozes que estão autorizadas a falar pela enfermagem. Aí está quem pode praticar o discurso válido sobre a profissão, dizer o que é verdadeiro. Aí estão os discursos possíveis, isto é, aqueles que estabelecem o que pode ser pensado, escrito e dito sobre a enfermagem. Aí aparecem determinados discursos e não aparecem outros, vistos como sem autoridade e que portanto devem ser marginalizados e excluídos (CHEEK, 2000).

Dentre os discursos que encontro na Revista, destaco a organização do regime de práticas como expressões do saber da enfermagem, por entender que esses colocam em operação o esfriamento dos corpos. Para situar essas estruturas de saber recorro, inicialmente, ao trabalho de Maria Cecília Puntel de Almeida, intitulado *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*, publicado em 1986, resultado de seu Doutorado em Saúde Pública. Cito seu nome dessa forma, sem atender as normas para citação bibliográfica, por considerá-la, também, uma personagem nessa história

que tento construir. Cecília elaborou um estudo que é visto como um marco da pesquisa em enfermagem no Brasil, sendo citado, recorrentemente, como uma ferramenta muito útil, por autores de várias áreas da enfermagem. De acordo com Rocha (1986), seu texto propõe um estudo das práticas e dos saberes da enfermagem sem usar enfoques idealistas ou normativos, privilegiando olhar para a profissão enquanto prática social, para compreender como, a partir de uma atividade doméstica ou religiosa, a enfermagem vem se instituir como um trabalho.

Encontro em Almeida (1986), que as técnicas de enfermagem foram as primeiras manifestações organizadas e sistematizadas de saber na enfermagem. Elas contêm as descrições do que deve ser executado pela enfermeira, passo a passo, relacionando também o material a ser utilizado. Podem se referir tanto a procedimentos relacionados ao paciente (técnica de curativo), como a rotinas administrativas (alta hospitalar) ou procedimentos de manuseio do material hospitalar (montagem da sala de cirurgia). Elas foram organizadas como um saber no início do século XX, nos Estados Unidos, e passaram a compor manuais, sendo tidas como a arte de enfermagem. Representam uma grande parte do trabalho da enfermagem e foram se modificando, desde uma simples descrição de passos até a apropriação de saberes de outras áreas do conhecimento, para encontrar as razões dos procedimentos. Ao fazer esta articulação, as autoras dos manuais começam a mencionar que a enfermagem é, além de arte, uma ciência. E que o acervo de técnicas de enfermagem é que faz esta tensão entre a ciência e a arte.

Inicialmente, as técnicas de enfermagem eram registradas nos livros dos hospitais, pois foram constituídas dentro do espírito de organizar o hospital e possibilitar que as enfermeiras controlassem tanto os pacientes como o pessoal de enfermagem, estruturando um controle rígido de tudo o que aí acontecia. As técnicas também pretendiam atingir as pessoas que chegavam ao hospital sem muito treinamento, como os alunos de enfermagem que representavam a mão-de-obra não remunerada, uma vez que era parte de seu treinamento o “aprender fazendo”. As técnicas de enfermagem não eram voltadas para o paciente, tinham uma referência mais próxima ao trabalho que então se realizava no hospital, centrado naquilo que rodeava o paciente: o ambiente, a ventilação e a limpeza, entre outros. Inicialmente, uma das características do trabalho hospitalar era o trabalho funcional, onde cada elemento da equipe de enfermagem fazia um determinado procedimento, sendo cada paciente assistido por várias pessoas, cada

uma executando uma função ou tarefa.

A partir da década de cinquenta do século passado, foram sendo construídos os princípios científicos de enfermagem, na época tidos como um avanço em relação às técnicas de enfermagem, pois representavam a incorporação dos princípios da ciência à prática da enfermagem. Esses princípios constituem um saber que precede as teorias de enfermagem. e constam de livros como *Princípios científicos da enfermagem*, um clássico da época, editado em 1950, nos Estados Unidos, e que teve sua primeira edição brasileira em 1965. No prefácio, as autoras inventariam as ciências que estariam relacionadas com a enfermagem e explicam que o termo princípio “significa um fato científico que justifica os métodos em prática” (MACLAIN E GRAGG, 1965, p.XII). O texto relembra recorrentemente a importância do método e da eficiência no trabalho da enfermeira, sendo que esta só será atingida se a “enfermeira compreender as razões em que se baseiam os métodos que usa” (ibidem,p.XIII). Sob o título *Filosofia da Enfermagem*, encontro o seguinte comentário:

A enfermagem conduz à compreensão do Homem e vai de encontro (sic) às suas necessidades básicas, tanto na saúde como na doença. O conceito atual de enfermagem é o de cuidar do paciente como um todo. Isto significa que a enfermeira deve compreender a condição e o meio do doente: onde trabalha, vive e tem suas relações de amizade. Sua vida familiar pode apresentar inúmeros problemas, constituindo-se em fatores adjuvantes na doença e na recuperação. Para atender essas necessidades, a enfermeira deve possuir uma base sólida nos princípios científicos que orientam as técnicas de enfermagem. Durante o curso, a escola deve proporcionar oportunidade para a observação e o desenvolvimento da habilidade da arte da enfermagem. Se a enfermeira compreender o porquê das coisas que faz, e se adquirir a habilidade e as atitudes adequadas à enfermagem, estará em condições de trabalhar com eficiência (ibidem, p. 8-9).

Este discurso, numa parte introdutória do livro, trata o ser humano, o “Homem”, objeto do trabalho da enfermeira, como paciente, doente, portanto numa situação de dependência e passividade. Geralmente o discurso é dirigido ao hospitalizado, como indivíduo. Destaco esse fato para mostrar a importância da vinculação da enfermeira ao hospital nesta época, entendendo que esse poderia ser um dos fatores para explicar a dificuldade que, ainda hoje, encontramos para relacionar o trabalho da enfermeira com a prevenção da saúde, mais direcionado para a população do que para o indivíduo.

Na mesma obra, McClain (1965) faz referência à “uma filosofia” e introduz uma outra terminologia, ainda não utilizada na enfermagem – as necessidades básicas – que

nos anos seguintes vêm a se difundir. Da mesma forma, introduz outras expressões como “cuidar do paciente como um todo”, aí incluído seu trabalho, suas relações afetivas, e os princípios científicos que “orientam as técnicas”. Apesar da ênfase ter sido reduzida, ainda é citada a importância da arte na enfermagem. No texto, a enfermagem eficiente é vista como uma confluência entre os porquês (ciência), acrescidos das habilidades (fazer) e atitudes (comportamentos).

Penso que um dos aspectos daquilo que poderíamos chamar de “grande transição”, pelo menos no aspecto profissional da enfermagem, já estava em andamento naqueles dias. Era o estudo das teorias de enfermagem, um modelo já em curso avançado nos Estados Unidos, e que, como não poderia deixar de ser, já havia chegado ao Brasil. Esta assimilação dos modelos norte-americanos está presente nos textos da REBEn, onde podemos observar a influência que a enfermagem brasileira sofreu, e ainda sofre, embora em menor grau, da enfermagem norte-americana. Na REBEn, principalmente nos primeiros números, encontramos o emprego de palavras em inglês, tais como *record* e *lesson plan* (REBEn, 1937), e um discurso que denuncia esta presença, embora tente minimizar esta influência. Esta já foi objeto de comentários e estudos como o de Rizzotto:

Aparentemente, na ânsia de “pular etapas”, a Enfermagem brasileira não hesitou em copiar modelos de assistência e de ensino [norte-americanos]. Começou com a criação da Escola de Enfermagem Anna Nery, nos moldes e sob a direção de enfermeiras norte-americanas; assumiu o modelo biomédico como paradigma para o ensino e a assistência; enfatizou, nos anos cinquenta e sessenta, o modelo americano de assistência baseado nos princípios científicos; incorporou o tecnicismo como forma de organização de seu trabalho e, a partir da década de setenta, assimilou a nova onda norte-americana das teorias de enfermagem, buscando consolidar-se como ciência e ocupar um certo status social (1999, p.7).

A chamada “nova onda americana” das teorias de enfermagem representa parte de um processo histórico de construção das bases de uma ciência de enfermagem, a elaboração de um corpo de conhecimentos próprios, específicos da enfermagem. Este processo, iniciado pelas enfermeiras norte-americanas, no final dos anos sessenta e na década de setenta do século passado, é relativamente recente na trajetória da enfermagem profissional. As teorias de enfermagem relacionam conceitos, proposições e princípios sobre a natureza da enfermagem, seu campo de ação e seus métodos de trabalho (MANDU; ALMEIDA, 1999). Elas foram a condição de possibilidade de

produção de um discurso que coloca a enfermagem em igualdade de condições, como profissão autônoma, no rol das profissões da área de saúde. Assim, conforme observamos hoje nos discursos das enfermeiras, na REBEn ou fora dela, há um entendimento de que esse saber próprio dá à enfermagem uma autonomia profissional que a torna independente da medicina.

Para explicar o campo de ação e os métodos de trabalho da enfermeira nos dias de hoje, faço uso do trabalho de Almeida (2002). Esta autora refere que no trabalho da enfermeira é empregada uma metodologia que organiza o conhecimento e o cuidado do paciente chamada processo de enfermagem. O uso desse processo permite a aplicação dos fundamentos teóricos da enfermagem na prática, “ordenando e direcionando o cuidado de forma individualizada, personalizada e humanizada” (idem, p. 18). Segundo Doenges (1999), o termo processo de enfermagem foi utilizado pela primeira vez nos anos cinqüenta, e recebeu aprovação das enfermeiras, estando hoje incluído em todos os currículos das escolas de enfermagem, sendo aceito como definição legal e como prática pela maioria das enfermeiras.

De acordo com Almeida (2002), o processo de enfermagem é uma atividade intelectual que auxilia a enfermeira na tomada de decisões, com o objetivo de atingir determinados resultados. Estão previstas nesse processo cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes. Essas etapas podem variar em sua denominação mas, de um modo geral, é aceito que há um momento de coleta de dados (também chamado de histórico de enfermagem ou avaliação inicial), um diagnóstico de enfermagem, um planejamento de cuidados (ou prescrição de enfermagem), a implementação dos cuidados (quando os cuidados são executados pelos membros da equipe de enfermagem) e a evolução (correspondente a avaliação das condições do paciente e dos cuidados prestados).

Desta forma, com essas referências ao campo de ação a ao trabalho da enfermeira na virada do século, concluo a descrição da organização do regime de práticas da enfermagem e, também, a primeira parte do meu trabalho. Nela, procurei incluir informações que possibilitem a compreensão das análises que vou empreender na segunda parte da tese. Os textos que vou analisar, extraídos da *Revista Brasileira de Enfermagem* (REBEn) e outros aos quais cheguei, guiada pela Revista e por minha experiência de trinta e cinco anos nessa profissão, desde quando era aluna de

enfermagem, na década de sessenta, até hoje, quando sou professora de enfermagem, são: o *Manual de Técnicas de Enfermagem* de Zaira Cintra Vidal (1937), o *Manual de Técnica de Enfermagem* de Elvira de Felice Souza (1957), *Os princípios científicos de Enfermagem* de Esther McClain e Shirley Gragg (1965), a *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, editada por Wanda Horta (década de 70) e *O Manual de Diagnósticos de Enfermagem* de Lynda Carpenito, de 1998. Ao analisar esses textos, procuro não hierarquizar os seus discursos, mas tomá-los como produtores de realidade em determinadas condições históricas. Não os tomo como provas, como documentos do passado, que como tal devem ser interpretados, nem como significados que manifestam a intenção de um agente: analiso-os como acontecimentos que devem ser tratados em sua singularidade, em sua emergência descontínua. Considero-os como um material que precisa ser trabalhado, para que a partir dele eu possa compreender a contingência e a historicidade de determinados regimes de práticas hospitalares da enfermagem, inventoras dos corpos frios, que observo ainda hoje, cotidianamente, e que me incitam a pesquisar de onde elas provêm e como foram produzidas discursivamente.



22

Figura 26

SEGUNDA PARTE

Como operam os saberes que produzem os corpos frios?

“Na realidade, o que quero fazer, e aí reside a dificuldade da tentativa, consiste em operar uma interpretação, uma leitura de um certo real de tal modo que, de um lado, essa interpretação possa produzir efeitos de verdade e que, do outro, esses efeitos de verdade possam tornar-se instrumentos no seio de lutas possíveis. Dizer a verdade para que ela seja atacável”
(FOUCAULT, 2003, p.278).

²² Escolhi esta montagem, produzida a partir da *Aula de Anatomia* de Rembrandt, para expressar o desejo de que os saberes que produzem os corpos hospitalizados possam ser modificados, inclusive agregando o olhar daquele que é examinado.

Como professora de enfermagem, fui durante um bom tempo docente de disciplinas relacionadas à pesquisa. Diversas vezes, expliquei para minhas alunas a importância de ter um referencial teórico consistente, que fosse bastante conhecido por quem dele pretendesse fazer uso. Este referencial, por si só, já indicaria os materiais e métodos adequados ao estudo, bem como os procedimentos e técnicas a serem usados, aqueles procedimentos mais restritos que operacionalizassem os métodos. Tinha bem presente, naquele tempo, que agindo assim teria mais certezas e seguranças e que essas eram muito importantes para uma pesquisadora. Quando iniciei meus estudos de Doutorado pensei que, além dos referenciais teóricos a que fui apresentada ao longo do curso, aprenderia métodos, ou melhor, ficaria *expert* em métodos e técnicas que me ajudariam a resolver com menos sofrimento as minhas dúvidas de aprendiz de pesquisadora. Acho que me enganei. Hoje, ao tentar contar os caminhos que trilhei para responder minhas perguntas de pesquisa, sinto que estranhei algumas coisas nas quais confiava e coloquei algumas certezas em suspenso. Penso que só assim poderei responder a essas questões: pensando de outro modo, duvidando ou desconfiando de coisas em que antes eu acreditava. Desde que me envolvi com as idéias de Foucault, enfrentei desafios, perigos, descaminhos, enigmas, incertezas. Um caminho de espinhos, sem retorno. Da mesma forma que outros de seus apreciadores²³. Enfim, teria que abandonar as minhas certezas iluministas. Já não acreditava mais nelas. Nem na crença da exclusividade da razão para chegar à verdade, nem na objetividade da linguagem matemática para comprovar experimentalmente os dados da realidade, nem na convicção de que os humanos poderiam ter uma liberdade para reger seu destino ou que seriam superiores aos outros seres que habitam a terra (COSTA, 2002).

²³ Refiro-me aqui a autores e autoras de *Caminhos Investigativos I e II* (Costa, 1996 e 2002)

Biopolítica: fazer viver, deixar morrer

Para que os que me lêem entendam as minhas escolhas, preciso fazer uma breve referência às análises que farei e sua relação com o trabalho de Michel Foucault. Embora exista uma farta e bem elaborada literatura sobre o trabalho de Foucault, aqui tenho intenções bem mais simples e modestas. Vou utilizar seus conceitos para mostrar como determinadas verdades sobre o corpo foram ditas e escritas, compondo discursos que instituíram um campo de saber sobre o corpo e um regime de práticas que é ensinado às enfermeiras. Quando me dispus a me embrenhar no pensamento de Foucault comecei a perceber como determinados discursos teriam a possibilidade de construir esse sujeito, a enfermeira. Desse modo, tais discursos instituiriam e designariam quem são as enfermeiras, como deveriam se comportar, o que deveriam vestir, enfim o que elas deveriam pensar e fazer. Assim, com Foucault, podemos pensar

O que é afinal um sistema de ensino senão uma ritualização da palavra; senão uma qualificação e uma fixação dos papéis para os sujeitos que falam; senão a constituição de um grupo doutrinário ao menos difuso; senão uma distribuição e uma apropriação do discurso com seus poderes e seus saberes? Que é uma “escritura” (a dos “escritores”) senão um sistema semelhante de sujeição, que toma formas um pouco diferentes, mas cujos grandes planos são análogos? (FOUCAULT, 1999d, p.44-45)

Esses sistemas de sujeição do discurso, estruturados através do ensino, dificultam a emergência de outras formas de olhar para o corpo e portanto, subjetivam as enfermeiras, isto é, produzem determinados modos de existência ou estilos de vida. Deste modo, tomo discursos como capazes de construir sentidos que tem influência, tanto em nossas ações, como naquilo que pensamos de nós mesmos. Embora contrárias

aos entendimentos que mais circulam na área da saúde e da educação, as idéias de Michel Foucault me pareceram bastante convincentes, persuasivas e produtivas pois criam um marco conceitual novo e poderoso que nos ajuda a compreender problemas que vivem as sociedades contemporâneas ocidentais, permitindo dar outras respostas para antigas perguntas, ou melhor, e principalmente, fazer novas perguntas, compor os problemas de uma outra forma, para encontrar outros significados e produzir outros sentidos. (VARELA; ALVAREZ-URÍA, 1991).

Ao iniciar esse capítulo, reporto-me ao texto que esboçou para mim o caminho que deveria percorrer para analisar o meu material empírico. A leitura do capítulo V da *História da Sexualidade I* (1998c), “Direito de morte e poder sobre a vida”, refere-se a um poder que tinha como função investir sobre a vida, e não mais matar e desenvolveu-se no século XVII, principalmente de duas maneiras, ou dois pólos interligados, na expressão de Foucault. Esta grande tecnologia de duas faces, anatômica e biológica, estava voltada para os desempenhos do corpo e para os processos da vida. Buscando melhor compreender essas idéias, retornei ao texto da aula de Foucault (2000c) do dia 17 de março de 1976, no College de France, que ele ministrou no curso *Em defesa da sociedade*, que havíamos estudado em uma das disciplinas do Doutorado.²⁴

Nesse texto, Foucault explica que nos séculos XVII e XVIII surgiram técnicas de poder que eram centradas no corpo individual, centradas no corpo como máquina. Assim, há um investimento no corpo através do adestramento, da ampliação de suas aptidões, retirando-lhe as forças, a partir de procedimentos pelos quais se assegurava a distribuição espacial dos corpos, sua colocação em série e em vigilância, organizando em torno desses corpos um campo de visibilidade. Paralelamente, o corpo vai se integrando em sistemas de controle eficazes e econômicos que lhe aumentam a docilidade e a utilidade. Esse pólo do poder está assegurado pelos procedimentos que caracterizam as disciplinas, uma anátomo-política do corpo humano.

O outro pólo que, segundo Foucault (2000c), se formou um pouco mais tarde, em meados do século XVIII, a partir de uma outra tecnologia de poder, que não exclui a tecnologia disciplinar, “mas que a embute, a integra e a modifica parcialmente” (p.289),

²⁴ Trata-se do Seminário Avançado Governamentalidade e Educação, do Prof. Alfredo Veiga-Neto, que ocorreu no primeiro semestre de 2000.

representa a passagem da disciplina para uma outra economia de poder que irá regulamentar os processos biológicos. Essa nova tecnologia de poder “é de outro nível, está noutra escala, tem outra superfície de suporte e é auxiliada por instrumentos totalmente diferentes” (p.289), estando centrada no corpo como espécie, portanto, não é individualizante mas massificante. O corpo espécie é aquele que é suporte dos processos biológicos que constituem a população: os nascimentos, a duração da vida, as mortes, de que vão se ocupar a higiene pública, os tratamentos médicos, as campanhas para o aprendizado da higiene, enfim, a medicalização da população. Outro campo de intervenção da biopolítica, que se reveste de grande importância a partir do século XIX, é o dos indivíduos que, por motivos variados, poderiam ficar fora do circuito do biopoder: os idosos, os acidentados, os portadores de doenças crônicas. Para esses existirão as instituições especiais, as especialidades, a previdência, as pensões, as poupanças. Citando mais um campo de intervenção, Foucault se refere ao problema da cidade como um meio não natural, como um campo criado para que a população vivesse nela, pois aí também se encontram os pântanos, os problemas climáticos, as epidemias.

Nesta época, a saúde, a longevidade e o bem estar físico da população em geral, e não apenas dos pobres, passa a ser um dos objetivos do poder político. O exercício dessas funções foi assegurado por um conjunto de regulamentos e de instituições que receberam o nome genérico de “polícia”. Assim, o que se chamava de polícia, não era só a instituição policial, mas o conjunto dos mecanismos que asseguravam a ordem, o crescimento das riquezas e a manutenção da saúde. Deste modo, a importância que é dada à medicina na Europa, naquela época, tem sua origem no cruzamento de questões econômicas com a polícia geral da saúde. O suporte dessa transformação foi a conservação da força de trabalho e o grande aumento populacional com seus efeitos de acumulação, que exigiam uma coordenação e um controle através de mecanismos de poder mais adequados e rigorosos, que fizeram surgir a população, com suas variáveis numéricas e repartições espaciais e cronológicas. O projeto de uma tecnologia da população, aí esboçado, com suas estimativas demográficas, cálculos de taxas e comparações entre o aumento da riqueza e da população, incentivam o casamento e a natalidade, bem como o desenvolvimento da educação e da formação profissional (FOUCAULT, 1999b). A partir daí, o corpo, tanto dos indivíduos como das populações, surge

como portador de novas variáveis: não mais simplesmente raros ou numerosos, submissos ou renitentes, ricos ou pobres, válidos ou inválidos, vigorosos ou fracos e sim mais ou menos utilizáveis, mais ou menos suscetíveis de investimentos rentáveis, tendo maior ou menor chance de sobrevivência, de morte ou de doença, sendo mais ou menos capazes de aprendizagem eficaz. Os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas sua sujeição mas o aumento constante de sua utilidade (ibid, p. 198).

É a partir dessa ruptura e da construção de um outro jeito de ver que, segundo Luz (1982), a razão moderna vai conceber idéias sobre o corpo, a saúde e a doença como objeto da medicina. Esse nascimento da clínica marca uma descontinuidade, uma ruptura do saber existente e a construção de um método de objetivação que marca definitivamente a medicina como um saber científico: o modelo clínico. Neste período, o alvo da disciplina já não é mais o indivíduo marginalizado, que faz parte de um grupo de quem a sociedade precisa se proteger. Agora, é justamente por ser um indivíduo que ele é hospitalizado, fazendo, então, parte de um grupo que será vigiado. Portanto, a partir desta época, o hospital não mais exclui os indivíduos, mas liga-os a um aparelho de normalização, organizado em função de uma norma. Aí se organiza uma rede institucional de seqüestro, no interior da qual os corpos estão aprisionados. Aí se controlam os corpos colocando em operação uma disciplina que excede largamente as suas finalidades, que exerce um poder e extrai um saber sobre esses indivíduos (FOUCAULT, 1999a), tema que vou tratar no capítulo seguinte.

O século XIX assiste à materialização de uma nova prática médica. A medicina, como saber científico, constitui o projeto de medicalização dos corpos, a saber, o processo que transforma os corpos em objeto de saber e de prática médica. Esse processo justifica sua presença na sociedade através da higiene pública, que passa a colocar sob sua jurisdição a regulação dos nascimentos, a demografia, incorporando as populações ao cuidado médico individual. Com isso, os dispositivos higiênicos vão dos espaços públicos para dentro dos lares, atingindo os membros da família, principalmente mulheres e crianças. Com isso, a medicina se desloca da doença para a saúde nascendo, desta maneira, o controle dos riscos, a periculosidade e a prevenção. Nessa época, a doença passa a ser vista como causa de desorganização e mau funcionamento social e o médico assume um papel social mais amplo, como educador e guardião da moral e dos costumes. A seu saber se agregam outras disciplinas como a

estatística e a demografia (VIEIRA, 2002). Dentro do tema da higiene pública, encontro na Revista muitas referências à questão da eugenia. Num texto, curiosamente uma página do estudante, destaco o seguinte²⁵:

As classes cultas da sociedade brasileira começam a inquietar-se principalmente diante da ruína física, mental e moral que tende caracterizar a época atual em nosso país e já compreendem a necessidade imperiosa de medidas capazes de conduzir-nos a uma regeneração coletiva. A leitura dos trabalhos publicados a esse respeito (...) são verdadeiramente impressionantes, incitando todos os brasileiros, de boa vontade, a luta contra a degenerescência da raça, que, se não for contida em sua marcha avassaladora, acarretará certamente a decadência da nacionalidade... Evidentemente não há solução para os males sociais fóra das leis da biologia! (...) Devemos enfrentar corajosamente todas as dificuldades e vencer a grande batalha que se impõe para o aperfeiçoamento eugênico do nosso povo! (...) Bastará ler as páginas épicas da história da velha Grécia, relembando as preocupações de Licurgo, o sábio estadista que ditou as leis que fizeram a glória de Esparta e que foi no seu tempo o grande precursor dos princípios que aqui defendemos, como consagração de beleza física, intelectual e moral dos homens da sua raça.(...) É isso que nos induz a pensar na conveniência urgente de reforçarmos as legiões defensoras da Eugenia do Brasil. As estatísticas oficiais: o que se passa na sociedade em que vivemos e as nossas observações pessoais enchem-nos de horror diante dos perigos que de tão perto nos ameaçam. Sem Eugenia nada teremos realizado pelo Brasil de amanhã! É preciso combater a ignorância, os vícios e a maldade dos nossos contemporâneos...(...) Antes de pensarmos em qualquer outro problema nacional, devemos cuidar do HOMEM BRASILEIRO, regenerado pela Eugenia, e por ela tornado capaz de prolongar sua prole, feliz, forte e sadia! (LOPES, RBEn²⁶, 1934, p. 25).

Destaco grandes partes deste texto para que possamos entender a lógica do raciocínio eugênico que, após a Segunda Guerra Mundial, desatualizou-se de tal maneira que fica difícil entendê-lo, isto é, saber a que veio e a quem servia. À idéia de problema prioritário da nação, são agregados os saberes produzidos pela ciência, com argumentos históricos, através da Grécia antiga e Esparta, símbolos da raça superior, a Estatística que demonstrava incontestavelmente os problemas (através dos números!), a biologia com suas leis... Também observo a demonização do discurso e a grandiosidade que é emprestada ao tema, e também a associação dos problemas raciais com a ignorância e o futuro incerto, caso esse problema não fosse solucionado. Nesse

²⁵ Para distinguir nas citações quando estou utilizando o material objeto de análise uso a fonte Arial 10 (textos da REBEn, manuais e livros por ela remetidos), quando trato do referencial teórico que dá suporte às minhas análises uso a fonte Times New Romam 10.

²⁶ Os textos extraídos da REBEn estão identificados ao final de cada excerto, para destacar a sua origem.

contexto, a enfermeira teria o papel de higienizadora e controladora, principalmente da futura prole, e, assim, garantiria essa raça brasileira feliz, forte e sadia.

Nos textos da Revista observo que as descrições são apoiadas no saber disciplinar. Há preocupação em descrever os serviços prestados utilizando as descrições numéricas, que parecem dar uma garantia científica aos relatos. Ao descrever a organização de um hospital em Nova Friburgo para o atendimento aos doentes de uma epidemia de tifo, Rosely Taborda (1934) relata com profusão de dados numéricos os acontecimentos e os trabalhos desenvolvidos naquele local: “foram administradas um total de nada menos de duas mil novecentas e trinta injeções, sendo mil e seiscentas de óleo camphorado, trezentas de Glucalbet endovenosa, trezentas de Glucalbet intramuscular, cem de cardiazol, cem soros glicosados..” e assim por diante. Em relação aos pacientes atendidos é relatado que passaram pelo hospital cento e oitenta doentes, treze faleceram, um foi removido para a Santa Casa e cento e vinte e seis tiveram alta “tendo saído com ótima aparência” (p. 20).

Para mostrar a importância dada à estatística, destaco um texto intitulado *Estatística e Enfermeiras de Saúde Pública*, escrito por Freitas Filho, médico, que comenta sobre a importância da estatística:

Também nos domínios da saúde pública, nada se pôde fazer com eficiência real, com firmeza de diretrizes, com verificação de resultados, que possam corrigir erros, modificar detalhes, aprimorar e aperfeiçoar particularidades sem o auxílio insubstituível da bio-estatística. Já é clássica a comparação tendente a frisar a posição e o valor destes serviços dentro das organizações de saúde pública: a inexistência daqueles torna estas semelhantes ao navio em alto mar sem mapas e sem bússola, o que significa viagem tortuosa e incerta.(FREITAS FILHO, RBEEn, 1938, p. 4).

Assim, a estatística, vista como a bússola para que se possa navegar com segurança nas águas da assistência em saúde, é descrita pelo mesmo autor como o registro da história vital das comunidades ou nações, pois aí estariam compreendidas as estatísticas de populações, nascimentos, doenças e óbitos. Também é destacada a importância das estatísticas de casamento pois servem como “guias aos eugenistas em seus esforços para o aprimoramento racial” (idem, p.6). Para avaliar o alcance que tal ciência tinha na época, é revelado que o coeficiente de casamentos, por representar a constituição de novas famílias, estabelece “um barômetro da prosperidade de uma

nação” (idem, p.6).

Destaco esses aspectos para situar o saber da enfermagem, mais precisamente como “nasce” a necessidade desse serviço no Brasil e as condições de sua organização. Por servirem de “andaimes” da minha argumentação, relembro que a enfermagem é criada como profissão auxiliar da medicina, para executar, no hospital, aquilo que era preciso e que os médicos, por serem em número reduzido ou por entenderem que esse não seria seu campo de atuação, não podiam ou não queriam fazer. Para entender como se situava a enfermeira em relação ao médico, encontro na REBEn um texto de Beck (1934), traduzido do *American Journal of Nursing* de junho de 1934, com o subtítulo *Ajudando o médico*, que se o médico é quem decide sobre a escolha dos tratamentos, a enfermeira é quem faz a aplicação dos medicamentos e produz uma observação sistemática e exata da ação deles. Na seqüência do texto, é relatado que a medicina não alcançará sucesso se não houverem enfermeiras interessadas para sustentarem as suas “experiências com a mesma exatidão técnica e seguirem essas técnicas nas enfermarias, ‘como um laboratório de pesquisa’ “ (idem, p.39). Sobre o papel da enfermeira, destaco do texto:

Ninguém melhor que a enfermeira terá sempre tempo e oportunidade para observar e anotar os menores detalhes sobre as condições do doente e o progresso da doença. O médico é sempre muito ocupado, achando-se impossibilitado para uma observação contínua, e os membros da família do doente muito emocionados, não se achando em condições para um relatório perfeito. A enfermeira está sempre presente e calma. (BECK, REBEn, 1934, p. 39).

Depreende-se da leitura desse texto que a enfermeira, embora comparada na sua capacidade de observação aos familiares do paciente, iria produzir essa organização no atendimento hospitalar. A proposta de introduzir no Brasil o que se convencionou chamar de enfermagem moderna, correspondia a esta organização do atendimento aos doentes. As enfermeiras chamadas “alto padrão”, formadas na Escola Anna Nery, exerciam suas atividades nas modernas enfermarias dos hospitais do Rio de Janeiro, e colocavam em funcionamento os mecanismos disciplinares do hospital, com o objetivo de recuperar as forças e devolver ou preservar a saúde dos pacientes. Estes mecanismos exercidos majoritariamente pelas enfermeiras permanecem até os dias de hoje, e podem ser observados na organização das enfermarias, no controle que se exerce sobre os pacientes e nos registros que são elaborados sobre seus corpos. Tal disciplinamento, de

origem militar e religiosa, espraia-se sobre todo o ambiente hospitalar, inclusive sobre o pessoal que aí trabalha e será objeto de análise nos próximos capítulos.

Segundo Foucault (1998c), o que ocorreu nessa época, “foi a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas” (p. 133). A articulação dessas duas táticas se dará a partir de mecanismos que constituirão a grande tecnologia de poder do século XIX. Se antes havia a lógica do poder soberano, deixar viver e fazer morrer, agora surge a lógica do poder político, fazer viver, deixar morrer. Os processos do biopoder, caracterizados por uma série de intervenções e controles, produzirão uma biopolítica da população. “A velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano é agora, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida” (idem, p. 131). Assim, a administração dos corpos e a gestão da vida compõem essa tecnologia que ficou conhecida como biopoder e que foi indispensável para o desenvolvimento do capitalismo. O biopoder aplica-se à espécie, se exerce sobre a população e apóia-se nos saberes estatísticos e na racionalidade econômica da ação de governar a população, se incumbindo de organizar e multiplicar a vida, compensando suas eventualidades e delimitando suas chances e possibilidades biológicas.

Foi tematizando o biopoder que Foucault (1999b) estudou a arte de governar, mostrando como a população entra nos cálculos do governo²⁷, também apontou o surgimento dos saberes da estatística como suporte das relações de biopoder. Ao analisar esse poder, Foucault se preocupa com a racionalidade implicada no liberalismo, entendido como uma racionalidade de governo, que visa o mínimo dispêndio de energia com o intuito de obter o máximo de resultados na condução das ações da população.

Este poder, organizado a partir da metade do século XVIII e durante o século XIX, se apresentava em duas direções. Na direção das disciplinas, onde estão as instituições como o exército, a escola e os hospitais e as reflexões sobre as táticas, a aprendizagem e a ordem na sociedade. Na direção da regulação das populações está a

²⁷ Embora na tradução dos textos de Foucault seja utilizada a expressão governo, utilizo o termo governo de acordo com Veiga-Neto (2000) e Bujes (2002) para que não se confunda com o governo “como uma instância de controle político, como instituição a quem cabe o exercício da autoridade” (p. 89).

estatística, o cálculo da relação entre os recursos e os habitantes, o controle e a circulação das riquezas, a duração da vida. Essas duas direções se organizaram de forma interligada e constituíram o que hoje se conhece como modelo clínico, executado predominantemente nos hospitais e que se ocupa do desempenho dos corpos individuais; e o modelo da saúde coletiva, executado predominantemente na rede básica de saúde e que se ocupa dos fenômenos da vida. Tais modelos não são excludentes, são dimensões de um mesmo processo, que é dinâmico: a saúde. Desta forma, para regular corpos e populações, foi necessário que se criassem serviços, como a medicina e a enfermagem. Assim, se produziu uma categoria de trabalho em saúde que, inicialmente, era coordenada pelo médico. Posteriormente, com a complexidade do conhecimento e ampliação da infra-estrutura institucional, outros trabalhadores vão se agregando a esses e o trabalho em saúde passa a ter uma característica coletiva. (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Para concluir, registro que ao fazer uma comparação entre o que chamou de tecnologia disciplinar (poder disciplinar) e tecnologia regulamentadora da vida (biopoder), Foucault identificou tais tecnologias a duas séries distintas, porém interligadas: a série corpo, organismo, disciplina e instituições; e a série população, processos biológicos, mecanismos regulamentadores e Estado. Ao explicar esses dois mecanismos, ele informa que não estão no mesmo nível, o que lhes permite se articularem um ao outro. De fato, vi nesses dois conjuntos de mecanismos, um agindo sobre o corpo e outro sobre a população, uma utilidade teórica para a analítica que me propus fazer. Penso que as operações e os instrumentos que compõem o biopoder, que já explicito em parte aqui, e o poder disciplinar, que explicito mais detalhadamente nos capítulos a seguir, poderiam ser úteis para responder às minhas questões e examinar como operam esses saberes que produzem os corpos frios.

Hospital: observatório da multiplicidade humana.

Antes do início do século XVIII, o hospital teria sido uma instituição de assistência aos pobres e também de separação e exclusão, pois como portadores de doenças contagiosas eles eram perigosos. Assim, o hospital existia para recolhê-los, protegendo os outros do perigo, “o personagem ideal do hospital nesta época não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. É alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento” (FOUCAULT, 1999b, p. 100). Por isso, as pessoas que prestavam cuidados de enfermagem nesta época teriam como objetivo a expiação de seus pecados e a salvação da alma dos pacientes. Como se deu esta passagem? Como o hospital teria se medicalizado e a medicina se tornado hospitalar? O primeiro fator de transformação teria sido a tentativa de anular os efeitos nocivos do hospital, as desordens que acarretava, uma vez que naquela época já se percebia que as pessoas podiam adquirir doenças quando internadas. E como poderia ter ocorrido esta reorganização do hospital? De acordo com Foucault, através da tecnologia política chamada disciplina, que introduziu mecanismos disciplinares que se caracterizavam pela distribuição espacial dos indivíduos, pelo controle do desenvolvimento das ações, pela vigilância perpétua e constante dos indivíduos e pelo registro contínuo. Foucault (1999a) se referia a esta tecnologia mencionando que aí “a vigilância sobre os indivíduos se exerce ao nível não do que se faz, mas do que se é; não do que se faz, mas do que se pode fazer” (p.104). Para que a vigilância se efetivasse era preciso que com um só olhar se pudesse percorrer muitos rostos, corpos e atitudes e a arquitetura das enfermarias dos primeiros hospitais

teria sido organizada de forma a tornar isso possível.

Posteriormente, no final do século XVIII, encontro registros que referem a ocorrência de uma reorganização do espaço hospitalar. O médico, que antes não participava da gestão cotidiana do hospital, começaria a suplantiar o pessoal religioso transformando o hospital em um aparelho de “examinar”. Suas visitas vão se tornando mais freqüentes e demoradas, ocupando uma parte importante do funcionamento hospitalar. Para que isto fosse possível, foi preciso situar o doente num espaço coletivo e homogêneo, quando “o fundo negro da doença [...] vem à luz e ao mesmo tempo se ilumina e se suprime como noite, no espaço profundo, visível e sólido, fechado mas acessível, do corpo humano” (FOUCAULT, 1998b, p. 225). O surgimento de um certo tipo de hospitalização teria permitido, ou possibilitado, uma observação do corpo dos hospitalizados que produziram hipóteses quanto a lesões nos tecidos que, por sua vez, constituíram a base dessa disciplina que hoje se conhece como clínica médica. Aí, segundo Foucault, a medicina contemporânea fixa seu nascimento, pois teriam ocorrido mudanças na estrutura do saber médico. Essa nova estrutura consistiria num outro jeito de olhar e falar sobre os corpos e seu funcionamento, assim como sobre a doença e a saúde. Embora possamos ter a impressão de que finalmente se havia chegado a um conhecimento inquestionável, livre de crenças e quimeras, neutro e científico, o que teria mudado seria apenas a relação entre o visível e o invisível. Definiu-se uma nova organização e um novo discurso científico: dizer o que se vê, aliado a uma obediência incondicional à experiência: fazer ver, dizendo o que se vê (idem, 1998b).

Segundo Fonseca (1995), comentarista da obra de Foucault, a disciplina seria uma tecnologia que surgiu como uma tática de poder relacionada às multiplicidades humanas, observando três critérios básicos: exercício econômico do poder, efeitos máximos e um crescimento do poder nos aparelhos nos quais se exerce. Essa tecnologia teria surgido no século XVII, num momento em que ocorre a explosão demográfica de uma população flutuante e organiza-se um processo de produção extenso e custoso. Nessa circunstância, as disciplinas representariam um investimento sobre o corpo e tornam-se úteis para fixar a população e aumentar a produtividade com menos custos, pois possibilitariam a entrada em ação de mecanismos que proporcionariam a eficácia dos aparelhos tendo como princípio a suavidade, a produção e o lucro.

Este investimento sobre o corpo, que parece ter ocorrido em todas as sociedades, apresenta novas técnicas a partir do século XVII e XVIII, quando a disciplina se torna uma forma geral de dominação, diferente da vassalagem, da domesticidade, do ascetismo, pois não pretende se apropriar, dominar globalmente ou submeter o corpo. Ela teria como objetivo um aumento do domínio de cada um sobre seu próprio corpo, para torná-lo obediente e útil. Segundo um comentário que encontro em Tuchermann (1999), os corpos dóceis, produzidos pela disciplina, teriam marcado e destacado a diferença entre o corpo selvagem e o corpo civilizado.

A disciplina que teria sido usada para fabricar o soldado, vai aos poucos penetrando as demais instituições como o convento, a escola, o exército, a oficina, e teria atingido também o hospital. Desta forma, penso que a enfermeira, como o soldado, é algo que é possível fabricar. Sobre o assunto, destaco o seguinte trecho de Foucault (1999c):

Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política” que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis (p.119).

Esses métodos não surgem subitamente mas teriam tido origens diversas, devido a múltiplos processos que se apoiavam, se repetiam, variavam, dependendo de seu campo de aplicação. No hospital, por exemplo, entram lentamente, pois se mostram importantes e produzem bons resultados em determinados momentos. O aumento da incidência de doenças contagiosas e as perdas humanas na guerra da Criméia, que descrevi em capítulo anterior quando tentei reproduzir a trajetória de Florence Nightingale, são alguns desses momentos. O que desejo mostrar é que a disciplina, que entra para os hospitais e é exercida majoritariamente pelas enfermeiras, continua até os dias de hoje pela sua produtividade, pelos efeitos que produz, já que, se assim não fosse, ela não teria permanecido de forma tão visível, ativa e importante como podemos observar. Bujes (2002) comenta que Foucault aponta para a disciplina mostrando suas astúcias, meticulosidade, atenção ao detalhe, seus arranjos e as sutilezas da sua difusão, bem como a solidariedade mútua entre suas grandes funções, pois o objetivo é organizar

o múltiplo, obter um instrumento que seja capaz de lhe impor uma ordem.

Foucault (1999c) define a disciplina como “a anatomia política do detalhe” (p.120), sendo que essa atenção associada à coerência da estratégia é que garante a sua difusão. Essas formações estratégicas estabelecem uma relação de forças que sustentam tipos de saber e são sustentadas pelos mesmos saberes ao viabilizarem a aplicação das técnicas disciplinares que são integrantes essenciais dos mecanismos da disciplina. Foucault identifica um conjunto de instrumentos da disciplina que, ao serem utilizados, produzem as funções fundamentais da disciplina. Os instrumentos da disciplina, relacionados por Foucault (1999c), são a vigilância e controle sobre o desenvolvimento das ações, a sanção normalizadora e o exame. A vigilância e a sanção normalizadora possibilitam o exame e permitem a realização das grandes funções disciplinares, a saber: a distribuição espacial, o controle das atividades, a capitalização do tempo e a composição de forças.

Nas análises do material empírico, discuto como se exerciam determinadas tecnologias sobre todos os personagens do hospital: pacientes, familiares, enfermeiras e médicos. Meu objetivo é mostrar como essas tecnologias operavam, de modo a produzir um certo jeito de olhar para o corpo que vai conformando o olhar da enfermeira, de modo que, ao final de sua formação, ela começa a ver os corpos dos pacientes hospitalizados como corpos frios.

O mecanismo disciplinar supõe um dispositivo que possibilite observar constantemente o desenvolvimento das ações e atitudes humanas. Portanto, a vigilância é assegurada pela distribuição espacial dos pacientes na enfermaria que permite a constante observação de pacientes e de enfermeiras (fig. 27). Seu estado, suas atitudes e comportamentos são alvo de observação e registro. Essa observação minuciosa, de todos os detalhes, produz um saber sobre aqueles corpos. Uma vez que os resultados alcançados após a utilização destas tecnologias revelaram-se muito positivos, obedecendo a este disciplinamento que Foucault tão bem descreveu, eles foram se aperfeiçoando e se construindo como um saber – as técnicas de enfermagem - das quais vou tratar em capítulo seguinte.



Figura 27

Ao transcrever a rotina de trabalho nas enfermarias²⁸, assunto que inicia o livro de técnicas, procuro expor como se organizava a estrutura hospitalar para então analisar o funcionamento dos instrumentos da disciplina. O trecho que segue foi localizado em Vidal (1939, p. 9 e 10).

Orientação do trabalho nas enfermarias

Objetivo

Ordem para que possa haver um trabalho perfeito.
Conhecimento da rotina, para eficiência do trabalho.

Rotina de Enfermagem

1º Ler o relatório da noite. Passar visita na enfermaria, com a chefe e a aluna que for deixar o serviço. Receber as instruções para o seu trabalho.

2º Verificar a ordem das bandejas e responsabilidades que estejam ao seu encargo.

3º Antes de começar o trabalho, passar uma revista nos seus doentes endireitando o que estiver fora dos seus logares²⁹ e abrindo as janelas

4º Uma das alunas se encarregará de trazer a roupa para o uso,

²⁸ Transcrevo aqui o texto inicial do livro *Técnica de Enfermagem* de Zaira Cintra Vidal (1939) que, segundo informação da autora, na seção “Razão que me levou a escrever este livro”, é inspirado no *Nursing Procedures* do Philadelphia General Hospital, “porém com as devidas adaptações a nossa técnica e ao nosso País” (p.7).

²⁹ Mantenho a grafia do texto original.

colocando-a na mesa, no centro da enfermaria e daí cada uma das outras retirará a que for necessária para o seu doente.

5º Servir o café.

6º Distribuir as comadres³⁰.

7º Cuidar em primeiro lugar dos doentes mais graves.

8º Manter as mesas, cama e cadeiras sempre bem limpas e alinhadas.

9º Trabalhar sempre em silêncio.

10º Fazer com que os doentes convalescentes estejam nas suas camas durante a visita médica.

11º Servir a refeição de 10 horas aos doentes fracos. Tirar a temperatura, pulso e respiração desta hora.

12º Servir o almoço entre 11.30 e meio dia.

13º Manter as roupas de cama sempre bem esticadas. Procurar dar o máximo conforto possível aos doentes acamados.

14º Manter o silêncio na enfermaria entre 13 e 14 horas, sendo que nesta hora todos os doentes devem repousar.

15º Servir o "lunch" às 14 horas e tomar a temperatura, pulso e respiração dos doentes marcados.

16º Nos dias de visita, quintas e domingos, prestar atenção às visitas dos doentes, evitando que se sentem na cama ou coloquem qualquer objeto sobre ela.

17º Servir o jantar às 17 horas.

18º Tomar a T.P.R.³¹ de todos os doentes.

19º Começar a toilette³² da noite às 17 horas.

20º Dar ceia aos doentes às 20 horas, apagando a luz em seguida.

21º Verificar se os doentes estão confortáveis e em condições de descansar.

22º Manter o silêncio e verificar a ventilação da enfermaria.

23º Deixar por escrito todas as ordens e observações.

24º Às 22 horas entregar a enfermaria á aluna do serviço da noite, dando o relatório do ocorrido, passando ao mesmo tempo uma revista nos doentes e na enfermaria.

25º A enfermeira da noite é responsável pelo silêncio e ordem na enfermaria durante o seu serviço. Distribuir as comadres nas horas marcadas e administrar os medicamentos. Pela manhã tirar a T.P.R. de todos os doentes, lavar o rosto dos acamados e deixar a cama dos demais arejando. Dar o relatório ás alunas que entrarem ás 7 horas.

Nota – As comadres durante o dia são distribuídas de 2 em 2 horas, começando ás 8 horas e á noite de 4 em 4 horas, começando das 22 horas.

As escalas das aulas são apresentadas ás chefes da enfermaria todas as segundas- feiras, ficando a aluna na obrigação de avisar qualquer mudança que haja. (VIDAL, 1939, p. 9 e 10)

Se atentarmos aos objetivos propostos para esta atividade, observaremos as expressões: ordem, trabalho perfeito, conhecimento, rotina e eficiência do trabalho, todas elas indicadoras de técnicas minuciosas, detalhadas, que mantêm o corpo enclausurado e alvo de vigilância e registro. É o poder se exercendo sobre os corpos

³⁰ Recipiente utilizado para as eliminações dos pacientes acamados.

³¹ Abreviatura para Temperatura, Pulso e Respiração.

³² Expressão francesa, utilizada na época, para higiene da boca, rosto e mãos.

hospitalizados. Técnicas essenciais, com a coerência de uma tática, definem um tipo de investimento no corpo que determina uma nova “microfísica” do poder. Penso que, neste momento, já está se organizando este dispositivo que coloca em operação os saberes que esfriam os corpos, pois uma multiplicidade de mínimos e detalhados processos, com várias origens, se repetem, se apóiam, para esboçar esta estratégia. Dispositivos que tornam visíveis àqueles que estão hospitalizados para tornar eficazes os processos que realizam, afinal para que sejam curados.

Atividades tão íntimas como dormir, alimentar-se, fazer eliminações são determinadas por um regulamento que estabelece uma hora que é comum a todos, como se fossem todos iguais e portadores das mesmas necessidades. Como se não tivessem história, ou identidade. Estabelecer as presenças e as ausências (os convalescentes devem estar na cama para a visita médica), repartir e classificar os doentes (aqueles que estão mais graves ou convalescentes), estabelecer quem pode falar e quando (manter o silêncio na enfermaria), estabelecimento de horários regulamentados por ciclos de repetição (a hora de alimentar e de verificar os sinais vitais dos pacientes, e até, de apagar a luz!), anulação de tudo que possa perturbar ou distrair, de modo que cada instante seja permeado por múltiplas atividades, para que tudo fique alinhado, arranjado, organizado. A fim de que se consiga um máximo de eficiência, promove-se a utilização cada vez mais crescente do tempo, como se ele pudesse ser dividido indefinidamente e investido de alguma função para que tenha eficiência máxima, característica de um princípio que Foucault chamou de utilização exaustiva do tempo e do corpo.

Outra função essencial da disciplina que podemos observar nessa rotina é a capitalização do tempo. Na enfermaria procura-se articular proveitosamente a elaboração temporal dos atos, de maneira que estes sejam articulados, uns em relação aos outros. As tarefas são organizadas de modo que componham uma série, de forma que uma tarefa não pode ser feita se a outra não estiver concluída. Assim, não se inicia o trabalho sem ler previamente o relatório da noite e passar a revista na enfermaria. Após, abre-se as janelas, coloca-se a roupa sobre a mesa e serve-se o café da manhã aos pacientes. Comento essa organização da enfermaria e me apoio em Foucault, pois penso que todos esses procedimentos, que ele detalhou e que aqui eu utilizo como uma ferramenta de análise, se arranjam em uma convergência, organizam o olhar e o pensamento das enfermeiras e de todo o pessoal hospitalar, para que os pacientes sejam

vistos como parte de uma série, como se não tivessem uma história, como se fossem todos iguais, um desfile de “mesmidades”, passíveis de serem enquadrados, classificados, coordenados, enfim, corpos frios.

Para anular os efeitos nocivos do hospital, que permitiam a desordem e a transmissão das doenças, foi preciso estabelecer lugares determinados para que a vigilância dos corpos fosse possível, visando um controle administrativo sobre a doença, a cura e a morte. Dessa maneira, os indivíduos hospitalizados eram isolados e confinados ao leito. Com isso, tornavam-se acessíveis a uma observação minuciosa das operações do corpo, insidiosa e eficiente. Foucault (1997 e 1998b), ao estudar o homem institucionalizado, quer seja na prisão, no hospital ou no exército, observa que sobre seu corpo se exerce um poder que o torna útil e dócil, adequando-o ao funcionamento da sociedade. Esta invenção não foi uma descoberta súbita, mas uma multiplicidade de métodos que se organizam, com localizações esparsas, se apóiam, convergem e finalmente constituem um método geral que penetra lentamente nas instituições.

A leitura da “Organização para o trabalho nas enfermarias” permite observar algo que alguns autores já disseram - que a enfermagem, embora seja um trabalho executado predominantemente por mulheres, é profundamente atravessada por discursos masculinos dominantes, sejam eles militares, religiosos, científicos ou médicos, dependendo da época. Relembro, aqui, que tomo discursos como capazes de construir sentidos que têm influência tanto em nossas ações, como naquilo que pensamos de nós mesmos. Expressões como: “passar a visita ou a revista”, “receber instruções”, “verificar a ordem”, “se encarregar de servir”, “dar o relatório”, são típicas e destacam o discurso militar. Observo, também, que o enunciado é autoritário e regulativo, o que reforça ainda mais os seus efeitos. Nele, fica implícito um jeito de ser enfermeira e um jeito de ser paciente, e que não se pode fazer qualquer coisa de qualquer maneira, havendo uma preocupação em promover um certo governo global. Deste modo, o que se aprende aí é uma verdadeira gramática sobre a enfermaria, a internação hospitalar e seus personagens. Que é importante ler os relatórios para dar continuidade ao trabalho, que os pacientes e o material devem ser examinados e conferidos para o bom andamento do trabalho, que a roupa deve estar à mão para facilitar seu uso, que os pacientes mais graves merecem atenção especial, que o mobiliário deve estar limpo e alinhado e os lençóis esticados, que não se deve falar quando se trabalha, que é importante alimentar-

se descansar, evacuar em horas determinadas, que os pacientes, mesmo os convalescentes, devem estar no leito na hora da visita médica, que é importante estar em determinadas condições para poder descansar, enfim que a enfermeira é responsável por todas as atividades ligadas à ordem do hospital. Tudo isso permeado por palavras como repouso, conforto, descanso, ventilação, ordem e por um absoluto controle do tempo, que se estende ao longo do dia, e do espaço que circunscreve ações de enfermeiras e pacientes.

A enfermaria, na acepção de Foucault (1999c), é um dos “observatórios da multiplicidade humana” (p.143), privilegia a vigilância como estratégia e age pelo efeito de uma multiplicidade geral para fazer uma observação completa da enorme variedade de atitudes e ações humanas. Segundo Fonseca (1995), é interessante observar que esta distribuição garante uma forma de conhecimento e controle, ao mesmo tempo em que assegura uma certa discricção, pois não exige um outro lugar para vigiar os corpos, utiliza os já ocupados por eles que entram em contato de forma espontânea.

Não se trata de fazer aqui um rol ou uma história das diversas coerções disciplinares que se exerciam ou exercem nos hospitais, mas de mostrar como estes mecanismos, executados minuciosamente através da colaboração das enfermeiras se generalizaram e mesmo que, de alguma forma, possam ter sido alterados ou adaptados, permanecem até hoje, pois produzem resultados e são econômicos. A minúcia da vigilância, que desce aos detalhes mais ínfimos, o controle dos corpos das enfermeiras, dos pacientes e até dos acompanhantes, exercido por uma tecnologia que Foucault denominou de “pirâmide de olhares”, determinam este disciplinamento tanto dos pacientes quanto das enfermeiras. Em relação ao paciente, Florence Nightingale dizia que “a enfermeira deveria estar junto do paciente para impedir que ele pensasse em si mesmo” (REBEn, 1946, p. 34). Este escrutínio completo e permanente tornaria a ação tão minuciosa e controlada que não há mais a possibilidade de se pensar no próprio corpo ou mesmo no corpo que sofre, que pensa, que tem emoções. A minúcia da vigilância e o controle completo das ações são o centro de tudo, o que “tira de cena” a emoção e o sentimento. Penso que esse jeito de cuidar é produto de um saber, ao mesmo tempo em que produz saberes, que constituem enfermeiras de uma certa maneira, que olham para os corpos dos pacientes hospitalizados como se fossem corpos frios, abdicados de todo o governo de si mesmos, já sem vida.

A preocupação com o ambiente, o qual deveria ser organizado e controlado pela enfermeira, é frequentemente repetida nos textos dos primeiros anos da Revista. Na REBEn, numa seção sem autoria, intitulada *Aula de Enfermagem* (1946), há várias observações sobre o conforto do paciente e as causas possíveis para os desconfortos, tanto físicos como mentais, dos pacientes hospitalizados. Ao longo do texto, encontro afirmações como “Conhece-se a boa enfermeira pela habilidade com que proporciona conforto e bem estar ao paciente, mantendo-o conformado e satisfeito” (idem, REBEn, p.33). Essas afirmativas colocam sobre os ombros da enfermeira tarefas bem difíceis, como manter conformada e satisfeita uma pessoa doente e hospitalizada. Penso que estes enunciados são recorrentes, têm uma regularidade e uma forma de aparecer que organizam o espaço e descrevem o funcionamento de uma positividade. Ao explicar as causas comuns de desconforto físico, são arroladas aquelas relacionadas à posição, ao peso e pressões sobre o corpo, fricção, atrito ou irritação dos lençóis, extremos de temperatura e outras fontes de desconforto. Também são relacionados como “outras fontes de desconforto”:

- a) Insônia.
- b) Má digestão – constipação.
- c) Falta de asseio.
- d) Falta de jeito em lidar com o paciente, movimentos bruscos, súbitos e sem firmeza.
- e) Excesso de luz.
- f) Barulho, falatório alto, cochicho constante no corredor, pisadas fortes, portas rangendo ou batendo, torneiras que pingam.
- g) Cheiros em geral, de desinfetantes, de perfumes – fortes ou fracos, de comida.
- h) Cobertas que não cubram os ombros.
- i) Sacudir a cama, sem que para isto exista razão (AULA DE ENFERMAGEM, REBEn, 1946, n. 21, p.33 –34).

Aí também podemos observar a ênfase que é dada ao controle do ambiente, nos seus mínimos detalhes, chegando aos cheiros, mesmo os fracos, aos cochichos, aos pingos e aos rangidos. Da mesma forma, há uma prescrição sobre as condições do ambiente de um hospital que favorecem o conforto do paciente. Observo que, excluindo a insônia, má digestão e constipação, todos os demais itens das “Outras fontes do desconforto” têm relação direta com o trabalho da enfermeira ou do pessoal sob sua supervisão. Os mesmos são relacionados esquematicamente, organizados em itens, utilizando uma linguagem que pretende estabelecer um comando, que se traduz em expressões tais como falatório alto, cochicho constante, falta de jeito, sacudir a cama

sem razão, que caracteriza os textos da época e não deixam dúvidas sobre o que deve ser feito e quem deve fazer. Assim, fica estabelecido que a enfermeira deve ter um determinado jeito de andar, de falar, de se comportar, de escrever, até de se perfumar, se quiser contribuir para o conforto e bem-estar do paciente.

O disciplinamento das enfermeiras vai aos mínimos detalhes, como podemos ver no texto a seguir, que trata das anotações no prontuário.

REGRAS GERAIS PARA FAZER AS ANOTAÇÕES NO PRONTUÁRIO DE UM DOENTE

- 1) Todas as anotações no prontuário devem ser feitas com letras de imprensa, com exceção da assinatura da enfermeira.
- 2) As anotações devem ser claras, legíveis e inteligentemente formuladas.
- 3) Os medicamentos e tratamentos devem ser anotados imediatamente após serem administrados e executados.
- 4) Devem ser escritos com tinta azul das 7 às 19 horas e com tinta vermelha das 19 às 7 horas.
- 5) Passar um traço com tinta vermelha no relatório da enfermeira a meia noite, a fim de separar um dia do outro.
- 6) Anotar no relatório da enfermeira.
 - a) Qualquer sintoma anormal ou qualquer modificação nas condições do doente.
 - b) As condições mentais.
 - c) Todos os medicamentos administrados e tratamentos feitos.
- 7) Colocar as folhas do prontuário em ordem quando o doente é admitido.
- 8) Preencher todos os cabeçalhos com tinta azul.
- 9) Não escrever no relatório da enfermeira a palavra doente, ao fazer qualquer anotação. O relatório é individual e portanto só pode pertencer a pessoa pelo qual o relatório é escrito (sic).

PRONTUÁRIO

O prontuário constitui uma soma total de todos os relatórios, quer médicos, quer da enfermeira, quer de origem administrativa, usados durante a estada do paciente no hospital.

OBJETIVO: Preparar um relatório claro, preciso e verdadeiro.

- 1) Das condições do doente
- 2) Do tratamento que ele recebe
- 3) Do efeito do tratamento sobre o paciente.

Os relatórios são compilados durante a estada do paciente no hospital. Eles são ordinariamente arquivados e guardados indefinidamente. Frequentemente são usados depois para estudo e pesquisa, e ocasionalmente usados como prova em processos judiciais. Por esta razão os relatórios serão isentos de rasuras, serão limpos e com letra de imprensa, para sua aparência uniforme e legível.

PARA ANOTAR:

- 1) Fazer todas as letras iguais na mesma altura, exceto as maiúsculas.
- 2) Fazer com que as letras fiquem colocadas na mesma direção.

3)Deixar espaço igual entre as letras, mas fazer maior espaço entre as palavras (SOUZA, 1957, p. 21-22).

A leitura dessas orientações e regras para o trabalho, permite ver em operação as minúcias daquilo que Foucault chamou de instrumentos da disciplina. A partir desses instrumentos são estabelecidos um tempo, uma ordem e um ritmo para o trabalho. O trabalho é organizado em atividades regulares, cercadas de comandos de forma que seja anulado tudo o que pode perturbar ou distrair. O corpo é treinado para que fique aplicado durante as atividades. De acordo com Foucault (1999c), a disciplina estabelece a relação que o corpo deve ter com o objeto que manipula: ...“uma boa caligrafia, por exemplo, supõe uma ginástica – uma rotina cujo rigoroso código abrange o corpo por inteiro, da ponta do pé a extremidade do indicador” (p. 130). Os atos são decompostos em seus elementos; uma organização interna, cada vez mais detalhada, estabelece o que deve ser escrito (medicamentos administrados, sintomas observados) a forma como deve ser escrito (clara, legível, inteligente, verdadeira), com que palavras (não usar a palavra doente), a que horas (imediatamente, às 19 ou às 7 horas), com que cor de tinta (azul ou vermelha), a distribuição espacial do relatório (as folhas organizadas, os turnos separados por traços) descendo ao detalhe do tipo de letra (todas iguais, com espaço igual entre letras e maior entre palavras, da mesma altura e na mesma direção!). Esses registros manuais serão guardados “indefinidamente”, como provas documentais do desempenho e, como tal, poderão ser consultadas “freqüentemente”, para estudos, para pesquisa ou mesmo como prova em processos judiciais. Portanto, a vigilância é contínua, constante, indefinida e funciona numa rede de relações que sustenta o conjunto e o preenche com os efeitos do poder, onde uns apóiam os outros.

Paciente, algo que se fabrica.

Com o título, *Enfermeiras brasileiras no 'front' italiano* – narrativa de uma viagem ao *front*, Isaura Barbosa Lima (1946 a, b, c) narra a participação das enfermeiras brasileiras durante a IIª Guerra Mundial. O relato está dividido em três partes e foi publicado no ano de 1946, nos números 18,19 e 20 da REBEn, os primeiros que circularam após a guerra, quando a Revista retoma sua publicação. Destaco estes textos, por encontrar ali um relato detalhado da preparação da enfermeira para a guerra, seu treinamento em hospitais militares dos Estados Unidos, para onde seguiram em 12 de julho de 1944, e a viagem para a Itália, onde trabalharam de 13 outubro de 1944 a 19 de junho de 1945, com a finalidade de prestar serviços aos componentes do 1º Grupo de Caça da Aeronáutica Brasileira. A autora também explica as estratégias utilizadas para avaliar o trabalho feito e as rotinas para o funcionamento dos serviços de saúde durante a guerra, o que discutirei a seguir.

O relato detalha o deslumbramento das enfermeiras brasileiras com as condições de treinamento e assistência nos hospitais militares norte americanos, uma visão que era autorizada e legitimada pelo poder que tal país detinha em relação ao Brasil, o que certamente contribuiu para a valorização do treinamento recebido. Este texto, que descreve o contato com a organização do serviço de enfermagem, permite avaliar os poderosos mecanismos de produção de nossas identidades profissionais, dirigidos não só ao corpo e à mente mas a um estilo de vida que deveria ser cultivado, sobre o qual se exercia um controle até a morte. De acordo com o relato,

Procurando familiarizar-nos com a organização do serviço de enfermagem da Base examinamos o arquivo e o fichário da secção de pessoal onde são mantidos os dados referentes à vida

profissional de cada enfermeira. Seus assentamentos constam de: currículo escolar, nome da escola que cursou, anos de curso, exame físico ao ingressar no serviço militar, quanto tempo trabalhou como civil, admissão ao exército, demissão, elogios, promoções, transferências e motivos, advertências e causas, residência, mudança de endereço, falecimento e sua causa determinante (LIMA, RBEEn, 1946b, p.15).

Ao longo do texto é possível perceber um profundo senso de organização e responsabilidade destas enfermeiras ao, enfim, retornarem à Guerra, como um tributo à Florence Nightingale. Relembro que nesta época era freqüente e usual o tributo a personalidades, e toda aluna de uma escola de enfermagem do Sistema Nightingale sabia que a enfermagem era um serviço criado para atender aos feridos de guerra.



Figura 28

Durante o programa de treinamento (fig. 28), constavam do curso aulas sobre atitude para continência (quatro aulas), marchas e suas diferentes modalidades (dez aulas), instrução física (seis aulas), reconhecimento de diferentes tipos de aeronave e sua nacionalidade (quatro aulas), como o soldado se defende quando perdido na floresta ou

em acidentes (duas aulas), evacuação de feridos (duas aulas), transporte de feridos por via aérea (duas aulas) entre outras, tudo organizado e relatado nos seus mínimos detalhes, inclusive com a utilização da linguagem matemática que sempre desfrutou de prestígio por ser considerada mais capaz de reproduzir o que realmente havia acontecido (LIMA,1946a).

TEMPO GASTO EM TRANSPORTE DA ITALIA AO BRASIL

S A I D A				C H E G A D A		
LOCAL	DATA DA SAÍDA	HORA DA SAÍDA	DATA DA CHEGADA	HORA DA CHEGADA	HORAS DE VÔO	Tempo de vôo TOTAL
Pisa	20-6-1945	13:40	20-6-1945	15:00	(1:40	
Nápolis	26-7-1945	12:30	26-6-1945	18:10	(6:40	
Orán	30-7-1945	15:15	26-6-1945	22:00	(17:00	
Casa Blanca ..	30-7-1945	23:45	30-6-1945	22:45	(
Dakar	2-8-1945	6:45	1-7-1945	8:15	(
Natal	2-8-1945	8:30	2-7-1945	8:00	(
Recife	2-8-1945	11:45	2-7-1945	10:55	(8:55	
Bahia	2-8-1945		2-7-1945	17:00	(
Rio de Janeiro ..						
Total de horas de vôo						35:35

Figura 29

A preocupação das enfermeiras brasileiras em “não fazer feio” e em bem desenvolver as suas atividades fica evidente ao longo do texto. Constam do relato uma abundância de dados numéricos que detalham os dias, horas e minutos despendidos com deslocamento (fig. 29), o número de pacientes atendidos, seus diagnósticos e o local de internação, o número de aulas dadas, a quantidade de alimentos necessária aos soldados, o número de curativos feitos, exames, aplicações, injeções, operações, além de farta referência a classificações de todo tipo (gazes venenosos, sintomas, tratamentos, formas de descontaminação, classificação dos hospitais etc). Tudo de acordo com a lógica classificatória e centrado na racionalização e no cálculo do tempo, próprios da lógica civilizacional do projeto moderno. De acordo com Baumann (1999), podemos dizer que a existência é moderna quando ela é produzida e sustentada pelo projeto, pela manipulação, pela administração e pelo planejamento, quando é administrada por agentes que se consideram capazes e soberanos. A mestria moderna, esta capacidade de utilizar a linguagem para ordenar e dar bases sólidas ao mundo, faz com que ele se torne

mais próprio e seguro para ser habitado, pois por sermos dotados da capacidade de aprender e memorizar, o fato de sabermos o que vai acontecer a seguir nos tranqüiliza.

A seguir, reproduzo um regulamento elaborado pelas enfermeiras brasileiras para a enfermaria do 1º Grupo de Aviação de Caça, pois permite que se avalie a condição em que trabalhavam as enfermeiras e eram tratados os pacientes, soldados feridos na guerra.

REGULAMENTO DE ENFERMARIA DO 1º GRUPO DE AVIAÇÃO DE CAÇA

1 - Os médicos, enfermeiras e enfermeiro serão responsáveis pela boa marcha dos serviços da enfermaria.

2 - Ao chegar a enfermaria, o doente tomará banho, será vestido com roupas do hospital e será posto no leito.

3 - Far-se-á um rol, em duas vias, da roupa e dos objetos pessoais do doente. O original será fixado à sua roupa e será mandado para o depósito, à cópia do rol será juntada a ficha médica de baixa que acompanhar o paciente.

4 - A critério do médico da enfermaria, o doente poderá conservar consigo os seguintes objetos: capacete, artigos de tolete, 2 pares de meia e um par de sapatos.

5 - Todos os pacientes devem ser advertidos de que quaisquer valores deverão ficar depositados em mãos do oficial chefe da seção de entrada dos doentes (Receiving officer) que fornecerá um recibo aos interessados. Os valores e dinheiros serão devolvidos a saída ou alta do paciente, mediante a apresentação desse recibo. O hospital não se responsabilizará pelos valores e dinheiros que forem retidos pelo paciente na enfermaria.

6 - O médico da enfermaria notificará a enfermeira-chefe das obrigações atribuídas a cada doente, sendo cada um responsável pela boa execução da sua tarefa.

7 - Paciente algum poderá se ausentar da enfermaria sem permissão da enfermeira de serviço. Tal permissão não poderá ser dada antes das 12 horas. Às 21 horas far-se-á silêncio nas enfermarias. Às 21,30 horas apagar-se-ão as luzes.

8 - Correspondência: As cartas e os V-mail devem ser colocados, abertos, nas respectivas caixas. Os pacientes somente alterarão os seus endereços anteriores quando para tal forem notificados pelo médico da enfermaria. Em hipótese alguma poderão os doentes utilizar-se, no seu endereço, do APO³³ desse Hospital.

9 - São proibidas quaisquer transações financeiras entre os pacientes e o pessoal do serviço de saúde.

10 - É proibida qualquer forma de jogo a dinheiro.

11 - É proibido introduzir ou usar bebidas alcoólicas, exceto quando para tal houver prescrição médica.

12 - É proibido fumar sob mosqueteiro em virtude dos riscos de incêndio que tal prática pode acarretar. É no entanto permitido fumar nas enfermarias, desde que os cigarros, fósforos e cinzas, sejam conservados em recipiente adequado.

13 - Não é permitido que paciente algum se utilize de toalhas, artigos de tolete e utensílios de uso pessoal de outro paciente.

14 - Os doentes que forem ao banho serão responsáveis pelas

³³ Sigla em inglês, referente à caixa postal.

toalhas que levarem da enfermaria.

15 - Observe o quadro de avisos e boletins para estar a par dos mesmos. O pessoal da enfermaria deverá saber informar tudo quanto diz respeito ao uso da Cruz Vermelha, cinemas, PX e diversões.

16 - Os pacientes que estiverem relativamente bem responderão pela limpeza de seus leitos.

17 - Os doentes deverão se manter em seus leitos ou próximos dos mesmos até que se realiza a visita médica.

18 - A fim de não perturbar a boa ordem dos serviços, os pacientes deverão obedecer o horário de silêncio: das 7 da manhã até a conclusão da visita médica; das 13 às 15, e das 21 as 7 da manhã.

19 - As queixas dos pacientes serão levadas ao médico.

20 - Os doentes que se puderem locomover receberão alimento a mesa do refeitório geral. Os que não comparecerem no horário estipulado não serão atendidos.

21 - Cópias desse regulamento permanecerão afixadas na enfermaria e no dispensário do Grupo. Cada doente contribuirá para perfeita execução do mesmo.

22 - Enquanto estiver neste hospital, esta é a sua casa. Ajude-nos a mantê-la o mais agradável possível.

Isaura B. Lima (LIMA, RBEEn, 1946c, p.23 e 24

Para analisar os contrastes entre os modos de ser paciente, civil ou militar, bem como os modos de ser enfermeira, em tempos de guerra ou em tempos de paz, convido a fazer uma comparação entre este regulamento da guerra, datado de 1945, e o que apresentei no capítulo anterior, datado de 1939. Observo que na enfermaria dos civis, os pacientes não eram objeto das ordens, talvez porque não tivessem vontades ou fossem submissos aos acontecimentos, práticas e rotinas da enfermaria. Eles estão silenciados no texto, não há enunciados dirigidos a eles ou que se ocupem de transmitir-lhes ordens ou regras. Estas eram dirigidas para o pessoal de serviço. Aos soldados era dado um outro tratamento, pois se, em tempos de paz, a enfermeira era responsável por tudo, agora, na guerra, existem responsabilidades a serem repartidas com o paciente-soldado, mas ficando claro, no item primeiro do regulamento, quem são os responsáveis pelo serviço, isto é, quem detém a autoridade.

Ao fazer esta trajetória, do ser soldado para o ser paciente, relembro Florence Nightingale e seu trabalho junto aos soldados da guerra da Criméia. Penso que existem algumas diferenças entre esses soldados que cabe aqui destacar. A partir do século XIX se materializa uma idéia de soldado bem diferente daquelas anteriores. Até a segunda metade do século XVII, os soldados eram a escória dos homens da sua época, recrutados com dinheiro. Encontrava-se em toda a Europa, criminosos, bêbados, enfim, homens que não tinham aptidão para outros trabalhos e eram, então, alistados nos

exércitos para os combates. Assim, eles poderiam morrer, uma vez que a perda dessas vidas não representaria um grande prejuízo para o país. Com o surgimento do fuzil, no século XVII, o exército torna-se mais técnico e por isso mais caro. Para que se aprendesse a manejar um fuzil era preciso treinamento. Então, o soldado se torna uma mão de obra custosa e o exército é incluído no orçamento dos países. Deste modo, quando se tinha um soldado, ele não podia morrer, a não ser que fosse em combate. Ele não podia morrer de doença. De acordo com Foucault (1999b), essas mudanças ocorridas no exército produziram modificações no hospital militar, uma vez que era preciso vigiar os soldados que se encontravam internados para que não desertassem. Da mesma forma, era preciso curá-los e quando curados, que não fingissem que continuavam doentes. Para fazer frente a essa nova realidade organiza-se um novo esquadramento do poder que produz a reorganização do hospital militar.

Agora, o soldados representam a força e a juventude de seus países, recrutados entre os melhores e mais bem preparados homens de sua geração. Os filmes hollywoodianos, que se ocupam da IIª Guerra, produzidos nas décadas de sessenta e setenta, protagonizados por atores que eram símbolos de masculinidade, são pródigos em mostrar a mística que cercava esses homens, sua bravura e coragem para defender a pátria, bem como a maneira como eram subjetivados em relação à importância de seu papel. Esses soldados, constituídos por tais discursos, ao serem atingidos por uma bala ou uma granada tinham que fazer, rapidamente, uma trajetória em direção ao ser paciente, onde circulava um discurso bem diferente daquele que ele tinha conhecido até então. Olho para o regulamento das enfermarias, apresentado anteriormente, como um instrumento que deveria cumprir o papel de despir o soldado de sua identidade de homem valente e construtor de seu próprio destino, herói que dá a vida pela pátria, nos campos de batalha, que sabe cuidar de si, e, então, assumir-se como paciente, com uma determinada identidade, resignado e conformado, que não sabe cuidar de si e, portanto, precisa ter seu corpo enclausurado, para que possa ser vigiado e sujeito ao registro, nas enfermarias dos hospitais de campanha.

Tudo está indicando que aí se encontra uma outra gramática que se ocupa em detalhar um jeito de ser paciente, onde é feito um verdadeiro percurso em direção ao “tornar-se paciente”. Tal percurso inicia com um banho, talvez simbolizando o desapego a tudo que fica lá fora, uma outra vida (também, possivelmente, para retirar a

“sujeira” que lembra a humanidade de cada corpo), vestir a roupa do hospital para assumir a identidade de paciente, o que prossegue com o ato de desfazer-se de seus objetos de uso pessoal, ser objeto de uma ficha médica, poder conservar consigo alguns objetos (desde que um outro permita) não poder portar valores, ser alvo de determinadas atribuições que outros estabelecem, não ter direito à correspondência privada, isto é, não ser autor de suas próprias histórias quando internado, ter um lugar e uma hora certa para cada atividade, ter momentos de calar e falar, assim como de dormir e comer, não poder fazer transações financeiras, nem jogar ou fazer uso de bebidas alcoólicas, ter regras para fumar, ter determinadas relações com os outros pacientes (limitadas) ter atribuições quanto à limpeza e ordem na enfermaria. Inclui, também, saber que seus corpos têm horário para dormir, falar, comer, sair e entrar e até mesmo ficar sem comer se não respeitarem os horários. Ao final, com um tom que hoje soa irônico, é dito que tudo isto é a sua casa e estas regras são para manter o ambiente o mais agradável possível....

Para usar um pouco do vocabulário de Foucault, trata-se de um conjunto de práticas nas quais se realiza, em uma só operação, tanto a produção de determinados conhecimentos sobre o homem, como uma cultura de si no interior de uma instituição, isto é, uma verdadeira articulação entre poder e saber que produz o sujeito no interior das instituições, neste caso no hospital. Este regulamento da enfermaria dos soldados também nos apresenta aquilo que Foucault descreveu como o investimento no corpo, que vai do século XVII até o início do século XX, necessário para o funcionamento de uma sociedade capitalista, algo que deveria ser “denso, rígido, constante e meticuloso”, para isso esses terríveis regimes disciplinares que encontramos nos hospitais, nas escolas, nos exércitos, nas famílias.

Essa organização das enfermarias se projeta sobre toda a instituição hospitalar, até os dias de hoje. Para ilustrar os regimes a que estão submetidos os pacientes hospitalizados e o difícil aprendizado para ser paciente, destaco um trecho de Sant’Anna (2001):

...mesmo nos hospitais ou alas hospitalares semelhantes a hotéis cinco estrelas, a transformação do indivíduo em paciente inclui a vivência de uma série de separações e, por conseguinte, de sofrimento. Uma vez internado, o paciente sofre uma ruptura com seu cotidiano, desencadeadora de um sentimento de ‘falta de existência’, como se ele ficasse repentinamente em déficit para o mundo: separa-se da família, da residência, do bairro, do trabalho, dos amigos e começa a experimentar um constante desfazer de suas certezas e identidades; suas diferenças de sexo, idade e profissão tendem a

ser anuladas em favor da condição de paciente; ele deixa de ter direitos sobre o próprio corpo e se vê separado, de modo abrupto, da vida que, dia a dia, construía e reconstruía sua identidade (p. 31).

Essa vivência cotidiana de separações é marcada pela fragmentação do tempo, pois as atividades que envolvem o paciente, tais como exames, medicações e exercícios, funcionam como se dividissem o dia em várias etapas. Assim, o paciente aguarda a refeição, a visita médica, a medicação, o banho. Da mesma forma, há uma fragmentação do corpo, em cujas partes são executadas técnicas e procedimentos. Assim, a cirurgia é feita no estômago, os exercícios respiratórios evitam complicações no pulmão, a saída do leito e a deambulação previnem o aparecimento de êmbolos nas pernas, as mudanças de posição no leito evitam as lesões na pele. Deste modo, os corpos hospitalizados, como objeto de constantes manipulações e registros são abstraídos e subjetivados de outras formas, a partir de outros discursos que os constituem como corpos doentes. Não pretendo, com essas observações, apontar erros ou sugerir outras tecnologias que pudessem ser mais produtivas, econômicas ou mesmo mais humanas, mas apenas procurar entender como se produzem e organizam estes saberes sobre os corpos que são ensinados às enfermeiras, e como eles operam sobre o corpo dos pacientes hospitalizados para produzi-los como corpos frios, como se não tivessem identidade e nem história.

Foucault (1999b) também observa que, a partir do momento em que se produzem estes efeitos de poder, aparecem as exigências do próprio corpo contra o poder, que caracterizam o final do século XX, como a reivindicação do prazer contra as normas estabelecidas da moral da sexualidade, por exemplo. Ele pensa que a partir dos anos sessenta descobre-se que não é preciso um poder assim tão rígido, que o poder sobre o corpo poderia ser mais tênue. Então, o que tornava forte o poder, a sua coerção, passa a ser justamente o que é mais atacado.

Técnicas de enfermagem: até os mínimos detalhes

Conforme referi em capítulo anterior, as técnicas de enfermagem foram as primeiras manifestações organizadas e sistematizadas de saber na enfermagem e continham as descrições do que deveria ser executado pela enfermeira, passo a passo, relacionando também o material a ser utilizado. Constituíam uma sucessão de eventos, de pequenas ações, levando as pessoas a agirem e repetirem gestos e atos em uma seqüência de procedimentos que não lhes pertence nem está sob seu domínio. São elementos centrais da rotina de trabalho do hospital: pensadas, planejadas e reguladas com o objetivo de ordenar e operacionalizar o cotidiano da instituição e constituir a subjetividade de seus integrantes.

A partir das técnicas, se estruturou um controle rígido do hospital, pois elas determinavam, por exemplo, que os banhos fossem pela manhã, que os horários de verificação de sinais vitais fossem de quatro em quatro horas, que os curativos fossem trocados três vezes por dia, de forma que foram se estruturando rotinas que se tornaram tradicionais e perduraram por décadas, sendo necessário que fossem questionadas por trabalhos de pesquisa, para que fosse possível abdicar de alguns rituais propostos, uma vez que oneravam sobremaneira a assistência hospitalar, tanto em material como em pessoal. Mesmo assim, essas rotinas caracterizam, ainda hoje, o trabalho da enfermagem hospitalar, e podem ser vistas como produtos culturais criados, produzidos e reproduzidos com o objetivo de organizar o cotidiano, o trabalho. Elas são desenvolvidas em determinados espaços e tempos, de forma repetitiva, regular, rotineira, racional e trivial.

Ao analisar as técnicas de enfermagem, pretendo demonstrar como se organizava uma das funções da disciplina, tal como descrita por Foucault(1999c), o controle das atividades. A distribuição organizada no espaço, que possibilita o quadriculamento, permite que a disciplina atue diretamente sobre as atividades, não só sobre o seu resultado mas, principalmente sobre o seu desenvolvimento. O controle se exerce sobre o tempo, sobre o corpo que realiza atividade e sobre o objeto da sua realização. Quando as frações do ato e do tempo são colocadas em seqüência, forma-se um programa rigoroso para a atividade, do qual o sujeito não se pode libertar a não ser que haja uma ruptura no ato, e como todas as etapas estão implicadas, uma com a outra, toda a atividade seria comprometida. E, se houver um comprometimento da atividade, poderá haver alguma sanção.

Descrevo, a seguir, uma técnica de enfermagem para que seja possível compreender as análises que faço. Reproduzo parte da técnica de administração de medicamentos de um dos livros que faz parte do meu corpus, o de Elvira de Felice Souza (1957), referente aos medicamentos por via oral.

Regra para administrar medicamentos por via oral.

Enquanto a enfermeira administrar o medicamento deve pensar somente no que está fazendo. Trabalhar com atenção.

A prescrição deve ser lida 3 vezes para que haja uma interpretação correta.

Os rótulos devem ser lidos 3 vezes: antes de ser o vidro retirado da prateleira, antes e depois de o medicamento ter sido despejado.

Deve-se agitar o frasco antes de despejar o medicamento, especialmente se houver um precipitado.

A enfermeira nunca deve misturar ou administrar ao mesmo tempo medicamentos que formam um precipitado (...)

Técnica de despejar o medicamento:

- a) Segurar o vidro com o rótulo virado para a palma da mão para evitar que se estrague.
- b) Tirar a rolha de maneira a ficar entre os dedos mínimo e anular da mão direita. Não se deve colocá-la sobre qualquer objeto. Se a rolha não puder ficar entre os dedos nunca se deve segura-la pela palma da mão.
- c) Medir a quantidade exata prescrita. Usar o cálice graduado e não administrar gôtas quando são prescritos centímetros cúbicos.
- d) Segurar o cálice graduado de maneira que a linha que indica a dose desejada fique no mesmo nível dos olhos. A quantidade é lida quando a parte mais baixa do menisco está na linha.
- e) Enxugar o vidro com uma gaze. Começa-se na base e vai-se para cima devendo-se ter cuidado especial com os bordos.
- f) Arrolhar o vidro imediatamente, colocando-o de novo na prateleira. Se o frasco precisar ser cheio, novamente, coloca-lo numa bandeja junto às drogas que devem ser enviadas para a farmácia.
- g) Dissolver o medicamento quando não há contra-indicação e

rotulá-lo com o nome do paciente a que se destina. (p.103 e 104)

Neste exemplo é possível observar:

Um controle da mente, “enquanto a enfermeira administrar o medicamento deve pensar somente no que está fazendo. Trabalhar com atenção. A prescrição deve ser lida três vezes para que haja uma interpretação correta. Os rótulos devem ser lidos três vezes: antes de ser o vidro retirado da prateleira, antes e depois de o medicamento ter sido despejado” (idem, 1957). Aqui pode se ver a preocupação com a eliminação de tudo que possa perturbar ou distrair, bem como a importância que é dada às repetições.

Um controle do corpo. “Tirar a rolha de maneira a ficar entre o dedo mínimo e anular da mão direita.(...) Se a rolha não puder ficar entre os dedos nunca se deve segura-la pela palma da mão” (idem, 1957). Aí vemos a articulação do corpo com o objeto, a disciplina definindo as relações que o corpo deve manter com os objetos que manipula, estabelecendo uma cuidadosa engrenagem, entre um e outro, que estabelece o que Foucault (1999c) chamou de codificação instrumental do corpo. Esta consiste numa decomposição do gesto global em duas séries, uma do corpo e a outra do objeto manipulado.

Uma preocupação com os mínimos detalhes. “Segurar o vidro com o rótulo voltado para a palma da mão para evitar que se estrague [o rótulo]”, o sentido com que se deve limpar a face externa do vidro. Observo também que as palavras de ordem que expressam o que fazer não admitem vacilos, nem dúvidas: “nunca deve misturar,(...) arrolhar o vidro imediatamente,(...) medir a quantidade exata”. E um texto onde se destacam os deveres, assim, “a enfermeira deve pensar, (...) nunca deve misturar (...) deve-se agitar, (...) deve ser lida...” (idem, 1957).

As técnicas produzem jeitos de ser enfermeira. Gestos da maior simplicidade, como segurar um vidro, retirar a sua rolha ou limpar a face externa do mesmo são produzidos, têm forma definida. Deste modo, se constrói uma relação do corpo com o espaço e o tempo. Tudo é determinado, numa idéia de montagem, de combinação de fragmentos, sem variação de elementos ou módulos, com forma definida. Cada uma deixa de ser do seu jeito, não tem mais o seu jeito. Não existe o solo, todas são iguais. É nessa matriz que entram os corpos das enfermeiras.

Foucault (1999c) observa que através da codificação, que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço e os movimentos, da correção cautelosa das posturas, o corpo é trabalhado detalhadamente: seus gestos, atitudes, rapidez que, enfim, expressam um poder infinitesimal. Lentamente, uma coação calculada percorre o corpo, torna-o disponível, proporcionando uma econômica eficácia de movimentos que se prolonga no automatismo dos hábitos. Uma coerção que se preocupa mais com os processos do que com os resultados, para que, em resumo, seja possível lhe dar a fisionomia de enfermeira.

As técnicas se ocupam do controle do corpo da enfermeira e do paciente. Reproduzo a seguir um fragmento de técnica de enfermagem relacionado à posição que o corpo deve assumir, seja no leito, seja nos exames. A técnica de enfermagem da qual

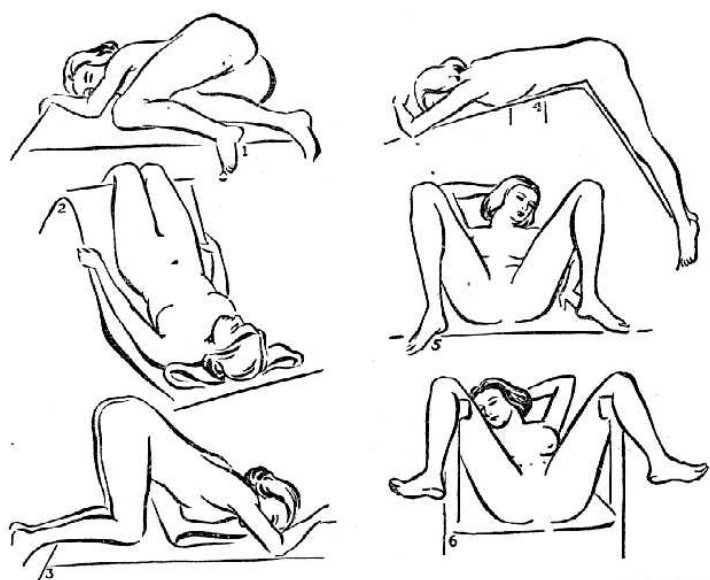


Figura 30

retiro esse fragmento relaciona várias posições, tais como decúbito dorsal, posição de Sims, posição genu peitoral, ginecológica, posição de Trendelenburg e posição ereta. Apresento a posição decúbito dorsal, a posição de Sims e a posição genu peitoral (fig. 30) tal como descritas na REBEn. Destaco nessa figura o apagamento das características sexuais das mulheres desenhadas.

TECNICA DE ENFERMAGEM

Posições

O modo de cobrir o paciente durante exames ou tratamentos depende da posição na qual ele deve ser colocado.

As cobertas devem proteger o paciente sem, contudo interferir com o exame, isto é, o corpo todo deve ser coberto com exceção da parte a ser examinada.

São as seguintes as posições mais usadas:

A-Decúbito dorsal:

Conservar o paciente deitado de costas, com as pernas estendidas

ou ligeiramente flexionado para relaxamento dos músculos abdominais e os braços cruzados sobre o peito ou ao longo do corpo. Pode ser conservado um travesseiro sob a cabeça. Cobrir o paciente com cobertor ou lençol, solto na cama.

B-Sims:

Deitar o paciente sobre o lado esquerdo, obliquamente sobre a mesa ou cama. Colocar-lhe sob a cabeça um travesseiro pequeno, para servir de apoio.

Colocar o braço para trás do corpo e este, ligeiramente inclinado para frente, de modo a fazer recair parte do peso do corpo sobre o peito. O braço direito é colocado em qualquer posição que seja confortável ao paciente. Flexionar-lhe as pernas, ficando a direita em ângulo agudo, o mais próximo possível ao abdômen; a esquerda, menos flexionada.

Esta posição é geralmente usada para exames vaginais, retais e para lavagens intestinais.

Nessa posição, o paciente é coberto com um lençol, ou cobertor, expondo-se a parte necessária por meio de dobras no lençol.

C-Genu-peitoral:

Conforme o nome indica, o paciente se mantém sobre o peito e os joelhos. A cabeça, com a face voltada para um dos lados, repousa sobre um travesseiro. Os braços flexionados nos cotovelos repousam sobre a cama auxiliando a amparar o paciente.

Para que o peso do corpo recaia sobre o peito e os joelhos, estes devem ficar ligeiramente separados um do outro; as pernas estendidas sobre a cama, formando um ângulo reto com as coxas.

Essa posição também é usada para exames vaginais e retais, mas principalmente como exercícios após o parto.

Para cobrir o paciente nesta posição, usar dois lençóis comuns, ou um especial com abertura no centro (TÉCNICA DE ENFERMAGEM, REBEn, 1950, p. 28-30).

Aqui é possível observar o nível de controle e detalhamento a que é submetido o corpo hospitalizado. Essas posições, que possibilitam o exame mais detido dos corpos e de suas cavidades, bem como as intervenções que se fazem necessárias, seja na sua superfície, seja no seu interior, submetem o corpo produzindo aquilo que Foucault chamou de mecanismos da disciplina. Nesse exemplo podemos ver em ação dois mecanismos da disciplina, a vigilância e o exame, pois no hospital os corpos são alvo de toda a visibilidade possível. Essa constante possibilidade de ser observado garante a sua sujeição. A manifestação da disciplina se faz através do olhar atento e permanente para que seja possível extrair, a partir da objetivação, toda a informação possível dos que são objeto das manifestações da doença (FONSECA, 1995).

Uma vez que tudo é registrado, nada se perde. Através dessa prática consegue-se reunir muitas informações sobre o vigiado, seus hábitos, suas reações, mesmo o que é mais sutil não permanece oculto. Como veremos em capítulo seguinte, esse procedimento é que permite a individualização dos sujeitos e sua transformação em

“caso”.

As técnicas de enfermagem são constituídas tendo como base a disciplina espacial e o controle do tempo, portanto, ocupam-se dos gestos, da colocação das coisas no espaço, não considerando o ritmo, a participação e as características dos sujeitos que as executam. Sem dar margem para a inovação, centram-se mais no desenvolvimento das tarefas do que no resultado das ações, objetivando um máximo de rapidez e eficácia. As técnicas tendem a fixar seqüências de movimentos que adquirem um caráter convencional, tencionando atingir uma forma perene. A forma como estão descritas pretende decompor, reordenar e fixar os movimentos. Como a seguir:

Observe a seguir, a técnica do banho de recém nascido, conforme consta na Revista. Ela está descrita em três partes: os objetos, o método e as precauções. Após a relação dos artigos necessários à execução da técnica, encontro o método.

Método;

Ter todos os artigos previamente preparados. Balança tarada e forrada com toalha e fralda. Lavar as mãos e preparar o banho na temperatura de 37°C.

Trazer o bebê para o quarto de banho envolvido em cobertor. Despir sobre a mesa. Pesar. Retirar da balança enrolado em toalha ou fralda, colocando sobre a mesa. Sendo indicado tratamento de olhos, boca, nariz, ouvido, fazer antes do banho, tendo a enfermeira de lavar as mãos após os mesmos. Desenrolar o bebê. A cabecinha e nuca devem ser apoiadas pelo braço esquerdo da enfermeira, que ao mesmo tempo o segura pela axila esquerda, e, com a mão direita segura-o na altura dos joelhos e coloca-o na banheira. Em seguida com a mão direita livre a enfermeira banhará a criança do seguinte modo: lavar o rosto sem sabão, em seguida com sabão, lavar a cabeça, pescoço, tórax, abdomen, membros superiores, costas, membros inferiores, órgãos genitais. Retira-se a criança da banheira e enxuga-se seguindo a mesma ordem em que foi dado o banho. Coloca-se sobre o cobertor forrado com o acolchoado e fralda. Pôr a camisinha, vestido e sapato. Proteger os braços da criança com a parte inferior do vestido e proceder ao curativo umbelical. A enfermeira fará a assepsia das mãos com álcool. Envolver o coto umbelical com uma gase humedecida no álcool: para proteger a pele do álcool coloca-se gase seca a volta do coto umbelical. Passar o cinto deixando antes o coto umbelical voltado para cima. Prender a fralda, puchar o vestido para cobrir a criança. Envolver no cobertor. Leva-lo ao berço e aquecer se necessário. Fazer anotação na papeleta.

Precauções:

Banho rápido, a criança não deve permanecer mais de 3 minutos na banheira, mante-la sempre coberta, evitar as correntes de ar durante o banho para impedir os resfriados e a grande perda de calor a que estão sujeitos os recém natos. O curativo umbelical anterior só deve ser retirado após o banho. O corpo da criança deve ficar bem imerso

na água. Usar água fervida para os banhos até a cicatrização do cordão umbelical, do contrario, evite-lhe molhar o umbigo. Pode-se usar um pouco de talco nas dobras da pele para secar melhor, evitando assim assaduras. Para os órgãos genitais é preferível passar vaselina. (BANHO DE RECEM NASCIDO, REBEn, 1937, n. 10, p.38)

Aí podemos ver como a disciplina faz com que haja uma sintonia entre o corpo da enfermeira e o corpo da criança que está sendo banhada, representada pelos gestos que compõem o ato de banhar. Esta sintonia tem como objetivo aumentar a eficiência e facilitar o controle. Não há gestos ociosos, o menor gesto tem a sua função e momento certo. Cria-se um ritual que, quando rompido, chamará a atenção. Assim, não será mais preciso fiscalizar pois a fiscalização está implícita no desenvolvimento da ação. Qualquer falha, qualquer inversão nas ações repercutirá no resultado final do trabalho. “O desenrolar do ato é seu próprio vigia” (FONSECA, 1995, p. 63).

Se analisarmos mais detidamente, a forma básica dessas técnicas é muito semelhante. Se deixarmos de lado o conteúdo de cada uma delas, os objetivos particulares, em cada caso, e nos fixarmos no dispositivo de cada técnica, a semelhança entre elas é surpreendente, existe um estrutura para as descrições minuciosas nas quais um dispositivo geral pode se realizar. É isso que faz com que, embora exista uma grande semelhança entre elas, seja possível uma grande diversidade de formas de realização. Existe uma lógica geral nesse dispositivo, não é somente uma arte de repartir os corpos, de extrair ou acumular o tempo deles, mas de compor forças para obter um trabalho eficiente.

As técnicas de enfermagem envolvem todas as atividades da enfermeira no hospital, para que nada escape da disciplina que controla qualquer ação, prevendo para cada uma delas uma codificação instrumental do corpo. Da mesma forma, as técnicas controlam os corpos hospitalizados desde o nascimento até a morte (fig. 31). Desse modo, a partir do momento em que se estabeleceu o hospital como o lugar para nascer e morrer, o corpo é objeto das mãos da enfermeira. Desde o momento em que se nasce, quando é preciso limpar a pele no primeiro banho, até o momento em que se morre, quando é necessário fechar os olhos e preparar o corpo para as cerimônias do enterro. Num texto da REBEn, sobre os últimos cuidados de enfermagem prestados ao paciente Barretto (1973) expressa essa relação:

Na enfermagem, acompanhamos o ser humano, desde o seu

primeiro abrir de olhos, com os cuidados ao recém nascido, até o deslizar da última lágrima desses mesmos olhos que irão se fechar para sempre...Quanto contraste! Fechar os olhos de alguém é missão nobre e triste, que também exige técnica (pois nem sempre há facilidade de eles se manterem fechados) com a costumeira pressão digital sobre as pálpebras. Algodão embebido em éter sobre elas, por alguns minutos, ajudará para que se fechem (BARRETTO, REBEn, 1973, n. 3, p.187).



Desde o instante em que o homem surge no mundo até ao momento em que dele se vai, é a enfermeira chamada a desempenhar a sua missão sublime de assistência, suavizando ou suprimindo a dor, ensinando os preceitos da saúde, restituindo aos que sofrem a alegria de viver. Na paz, a sua ação bemfazeja exerce-se junto aos berços ou à beira dos leitos de agonia, nos lares pobres, nas fábricas, onde quer que se imponha a sua intervenção ou a sua colaboração. Na guerra, afrontando perigos de morte é a enfermeira o anjo tutelar dos soldados tombados no campo de batalha. Divina missão a da enfermeira, em todos os lugares e em todos os tempos.

Figura 31

Desta forma, o disciplinamento do corpo se estende até depois da morte, havendo inclusive uma preocupação com o seu conforto e estética, como podemos observar nesse comentário de Barretto (1973): “Após a alta hospitalar, como também após a vida, devemos entregar nosso paciente aos seus familiares com aparência de conforto, de serenidade, esteticamente arrumado. Devemos dar àquele paciente uma última ajuda no sentido de bem se apresentar aos parentes e amigos que permanecerão junto dele por mais algumas horas” (p. 126)

Os manuais tradicionais de técnicas de enfermagem, apesar de estarem em relativo desuso nos dias de hoje (pois geralmente não são recomendados nas bibliografias das disciplinas), e serem pouco utilizados pelos professores em aulas, ainda são consultados e retirados pelos alunos nas bibliotecas. Eles também vêm sendo atualizados e estão adquirindo uma roupagem nova, pois ao consultar livros recentemente publicados como o de Posso (1999) e Prado e Gelbecke (2002), observo que lá estão elas, as “velhas e boas” técnicas de enfermagem, às vezes com outra nomenclatura – procedimentos de enfermagem – incorporando resultados de pesquisas mas com a mesma estrutura e a mesma lógica, isto é, descrevendo o como fazer da enfermagem, passo a passo, e relacionando o material a ser utilizado.

Esse sistema silencioso e repetitivo de tarefas feitas como que por hábito – uma série de operações executadas maquinalmente por gestos, ritos, ritmos, códigos e costumes se sustenta a partir de exercícios sucessivos e repetitivos. Por meio do exercício, as enfermeiras são treinadas para as diferentes técnicas, sendo que é aconselhável que essa repetição seja gradual, das coisas mais fáceis para as mais difíceis de maneira que sempre seja acrescentado um elemento novo na evolução. As técnicas disciplinares também podem caracterizar os indivíduos, em função da sua capacidade de executar os procedimentos, como mais ou menos capazes e competentes para a realização das tarefas. Para reforçar a importância da repetição, encontro nas páginas da Revista pequenas frases, dizeres ilustrativos que exortavam a enfermeira aos exercícios repetitivos, destacados como importantes para que o hábito fosse criado:

A repetição de um ato, cria o hábito; o hábito que a princípio tinha a fragilidade do fio de uma teia de aranha acaba por se tornar resistente como um cabo de ferro (SMILES, *Annaes de Enfermagem*, 1934, p.13).

Com o passar do tempo, a técnica, um conhecimento empírico, que permite que a partir da observação se possa elaborar um conjunto de receitas e práticas para agir sobre as coisas, vai incorporando os conhecimentos produzidos pela ciência para compor um saber teórico que se aplica praticamente: a tecnologia (CHAUI, 1995). A incorporação da ciência é motivo de preocupação entre as enfermeiras. Nesse momento, encontro na Revista os primeiros questionamentos em relação à desumanização que estaria presente no trabalho. Em 1952, Waleska Paixão assim expõe sua opinião:

O excesso das tradições nos prende, às vezes a técnicas bastante discutíveis sob o ponto de vista da rapidez e da economia de esforços e material, quando já temos elementos para ultrapassá-las, sem nada sacrificarmos do que nelas é realmente recomendável (...) Contra o excesso de técnica, estamos caminhando para um excesso de ciência. (...) o aspecto profissional tem ainda, em diversos meios, obscurecido o valor humano e social de nosso trabalho, a tal ponto que se começa a querer remediar esse estado de coisas chamando nossa atenção sobre o paciente como ser humano. Mas isso mesmo é às vezes feito de modo tão pouco humano, tão friamente científico, tão superficial! (PAIXÃO, REBEn, 1952, p.20-21)

A questão da desumanização se torna recorrente na Revista, principalmente em relação aos cuidados de enfermagem prestados nos hospitais. Dando espaço a outros pronunciamentos, a REBEn de jul./set. de 1973, reproduz dois textos, um de March et alii (1973) e outro de Feldmann et alii (1973), que foram apresentados como temas oficiais do Congresso Brasileiro de Enfermagem daquele ano: a humanização. Estes já tentavam pautar a razão e o porquê dessa questão que preocupava as profissionais. Uma das razões apontadas era justamente a mudança nas técnicas: “A impersonalidade (sic) invade o grande hospital. As técnicas vão deixando de ser manuais para entrarem na faixa da automatização” (p. 512). March também refere que este problema, a desumanização, afeta mais às profissionais formadas há mais tempo, pois estas foram afetadas pela “grande transição”, e arremata “a sociedade tornou-se uma máquina, com suas peças todas concatenadas exercendo pressão sobre os indivíduos a fim de produzir resultados estandardizados, os quais vão, por sua vez, se juntar à estrutura da máquina que os originou” (p. 508).

Os questionamentos relacionados à humanização da assistência, na área de saúde como um todo, remontam às últimas décadas, e fazem parte de uma crise nessa área, que é universal. No Brasil tais questões já estiveram incluídas no rol de temas

abordados pela Reforma Sanitária, que ocorreu nas décadas de setenta e oitenta do século passado. As críticas ao modelo assistencial vigente eram dirigidas ao papel do médico, quando se questionava sua pretensa onipotência em relação ao paciente e à equipe de saúde. Da mesma forma, foram apontados o biologicismo e as práticas curativas vigentes na área, que reduziam a saúde aos aspectos biológicos, médicos e hospitalares, desvalorizando o papel que jogam as condições de vida das pessoas. (RIZZOTTO, 2002; VILAÇA MENDES, 1996).

Embora não seja meu objetivo tratar deste tema aqui, penso que ele constitui um pano-de-fundo disto de que falo – a possibilidade de que este modelo moderno de atenção à saúde, no qual a enfermagem se insere, seja o produtor dessa desumanização tão apontada pelos profissionais e usuários do sistema de saúde e essa visão que tenho dos corpos frios, uma das faces da desumanização. De qualquer forma, penso que tenho que destacar que, pelo menos nos discursos da REBEn, a humanização é apontada em conexão, isto é, como um resultado das técnicas de enfermagem e principalmente no momento (década de cinquenta) em que essas incorporam os princípios da ciência.

Por outro lado, o que entenderíamos por humanização nesse contexto? Meyer (2002), num texto em que discute a questão da humanização e da tecnologia, diz não saber se “o recurso de propor o retorno de uma humanidade original e essencial, mais próxima dos assim chamados valores femininos com os quais se definem o cuidado é a melhor saída” para enfrentar tal problema (p. 194). Humanização é mais uma daquelas palavras polissêmicas que, quando utilizadas, colocam todos a seu favor, embora os sentidos emprestados a ela sejam vagos, díspares e até contraditórios. De qualquer maneira, penso que humanizar o cuidado não é apenas estar cheio de boas intenções, tratar as pessoas delicadamente, chamá-las pelo nome, manter limpo e organizado o ambiente em que se encontram, ouvir o que têm para dizer. E se eu pudesse fazer uma conexão entre a problematização que construí a respeito dos corpos frios e o que é visto e dito como humanizador ou desumanizador, diria que a questão é de paradigma. Para tentar mudar o foco da discussão, proponho uma mudança, das respostas para as perguntas. Seria possível que a enfermagem, constituída a partir do saber médico, pudesse ter se organizado profissionalmente dentro de outro paradigma que não o do saber científico? Teria a enfermagem podido se organizar com base em outros pressupostos filosóficos, que não os modernos? É possível, dentro desse regime de

prática profissional, atuar de outro modo?

Para concluir, gostaria de agregar dois comentários que entendo serem importantes para responder às questões que compõem minha problematização. O primeiro deles é que a organização das técnicas como um saber de enfermagem, ou como o saber, diferenciou-a das práticas de cuidado não profissional, representando uma ruptura com essas práticas, uma vez que seus praticantes não tinham o acesso a esse saber, nem aos espaços escolares para adquirir esse treinamento.



Figura 32

O segundo comentário é que essas técnicas, ensinadas nos laboratórios de técnicas das escolas (fig. 32), utilizando bonecos que simulam os corpos humanos, são consideradas fundamentais para o bom ensino desde os “primórdios da enfermagem” até os dias de hoje, quando constam em documento do MEC³⁴ como um dos itens para avaliação da qualidade dos cursos de Enfermagem no Brasil. Tal fato é corroborado pelo texto de Parsons (1997)

“Uma vez terminado, esse pavilhão [de aulas] terá todas as comodidades para a instrução das enfermeiras: (...) uma sala de demonstrações, aparelhada tanto quanto possível como uma enfermaria de hospital, em que toda technica de

³⁴ Trata-se dos Padrões para avaliação das condições de oferta dos cursos de graduação de Enfermagem, disponível em www.mec.gov.br.

enfermagem será ensinada com manequins antes das alunas entrarem para as enfermarias;" (p. 17).

Comento esse aspecto da "instrução" da enfermeira para destacar que, como citei em capítulo anterior, se o primeiro contato da estudante com o objeto de sua futura prática é um cadáver impregnado de formol, o segundo é um boneco, feito de material inerte, que simula o corpo que será objeto de seu cuidado. Com este comentário não pretendo recomendar que as estudantes treinem nos corpos dos pacientes hospitalizados, nem que não exista uma produtividade nos laboratórios de enfermagem e nos treinamentos que aí são realizados. O que desejo é apontar que o uso desses bonecos não é isento de efeitos que podem estar implicados na produção dos corpos frios. Essa observação me incita a fazer uma pergunta. Será que essas estratégias de ensino não seriam vistas como adequadas, e como garantia de qualidade para o ensino, por fazerem parte da maquinaria que transforma os corpos hospitalizados em corpos frios?

Exame físico: um olhar sempre atento

Como referi na primeira parte do trabalho, na década de cinquenta do século passado, foram introduzidos os princípios científicos de enfermagem, que representavam a incorporação dos princípios da ciência à prática da enfermagem. Tais princípios tiveram sua publicação no Brasil em 1965, com a tradução para o português dos *Princípios científicos da enfermagem*, de McLain e Gragg, que havia sido publicado em 1950 nos Estados Unidos. Escolhi o texto abaixo, que reproduzo com todo o detalhamento, para analisar a tecnologia do exame. Imaginem o impacto que este tipo de escrutínio causava e causa (pois ainda é utilizado) sobre as futuras enfermeiras, ao saberem que teriam que submeter os pacientes sob seus cuidados a esse procedimento. O exame dos corpos, no hospital chamado de exame físico, que apresento a seguir, é considerado o método mais importante para que se conheça a “verdade” sobre o paciente.

Do mesmo texto de McLain e Gragg (1965), retiro outros excertos que “orientam” a enfermeira sobre os procedimentos que cercam o exame (fig.33), pois mostram toda a complexidade da



Figura 33

tarefa que está por vir.

Para observar corretamente é preciso ter o espírito treinado.(...)As observações são relatadas ou fichadas (..) A ficha representa o registro clínico, e um registro clínico adequado é uma extensão da boa enfermagem.(...) O fichamento deve ser curto, resumido, completo e acurado. Ao invés de frases completas, deve-se usar uma exposição sintética em boa linguagem. Todas as entradas da ficha devem ser significativas, elevadas e vasadas em termos apropriados (...) os fatos devem ser fichados em ordem. Muitas vezes as fichas são usadas em processos judiciais (p. 75).

A seguir, já conhecedores dos cuidados que devemos ter e dos perigos a enfrentar, vamos aos princípios científicos e aos detalhes do exame:

Princípios Científicos

A observação da paciente deve ser feita sob o ponto de vista da anatomia e fisiologia, microbiologia, física, psicologia, e das relações inter pessoais.

#Anatomia e Fisiologia. As observações anatômicas e fisiológicas compreendem:

**Aspecto Geral:* O paciente está magro? Gordo? Flácido? Cianótico (azul) ou vermelho (corado)? Ictérico (amarelo)? Pálido? Fraco? Apático (indiferente)? Nervoso? Repousado? Cansado? Grave? Agitado?

**Estado mental:* O paciente não raciocina? Está delirante? Inconsciente? Lúcido? Embotado? Incapaz de ouvir? Deprimido? Exaltado? Ansioso? Preocupado? Desconfiado? Amedrontado? Feliz? Infeliz? Loquaz? Calmo? Alegre? Cooperativo? Triste? Solitário? Mentalmente confuso? Indolente? Satisfeito? Insatisfeito? Indiferente? Responsivo? Interessado no ambiente? Irritado? Excitado? Excitável? Histérico? Transtornado? Apavorado? O paciente sofre de alucinações (percepções sem qualquer correspondência correta)? Ilusões (percepções sensoriais erroneamente interpretadas)? Desilusões (crença falsa que não pode ser corrigida pela razão)?

**Abdome:* O abdome está liso? Irregular? Distendido? Aumentado? Chato? Duro? Protruso? Relaxado? Rígido? Mole? Intumescido? Sensível? Magro? Flácido? Firme? Doloroso? Encovado? Sensível à pressão? Apresenta cicatrizes? Erupções? Exantema? Sente-se nauseado? Arrota? Queixa-se de dor?

**Seios:* Os seios estão lisos? De tamanho igual? Irregulares? Normalmente desenvolvidos? O bico apresenta algum exsudato, ou está invertido?

**Tórax:* O tórax está intumescido? Magro? Pruriginoso? Ardente? Latejante? Sensível à pressão? Quente? Frio? Encolhido? Tenso? Deformado? Apresenta cicatrizes? Erupções? Exantema? Acne? Queixa-se de dor ao respirar? Ao mover-se? O paciente tem tosse? Expectoração? Soluços? Pigarro?

**Tremores:* Os tremores são leves? Acentuados? Intensos? Moderados? Exaustivos? Difusos (espalham-se)? Os tremores são de curta duração? Demorados? Freqüentes? Ocasionais? Protraídos (prolongados)? Persistentes? Súbitos? Intermitentes? Transitórios

(curtos)? Irregulares? Os tremores são psicogênicos (de origem emocional)? Sépticos (de origem tóxica)?

**Convulsões*: As convulsões são tônicas (persistentes)? Clônicas (alternadas)? Epiléticas (devidas à epilepsia)? Tetânicas (devidas ao tétano)? Histéricas? Eclâmpticas (devidas à uremia)? Violentas? Leves? A pele está pálida? Azul? Vermelha? O paciente está consciente? Inconsciente?

**Tosse*: A tosse é freqüente? Ocasional? Rara? Pior à noite? Pior durante o dia? Constante? Contínua? Espasmódica? Persistente? Presa? Frouxa? Com ou sem produção? Entrecortada? Rouca? Alta? Dolorosa? Crônica? Rascante? Metálica? Profunda? Seca? Semelhante ao latido? Explosiva? Cavernosa? Asfixiante? Paroxística (com recidiva súbita ou intensificação)? Exaustiva? Culminante? Fatigante?

**Orelhas*: As orelhas são grandes? Pequenas? Estão limpas? Cheias de cera (cerume)? Sensíveis? Vermelhas? Intumescidas? Dolorosas? Protrusadas? Deformadas? Sangrantes? O paciente se queixa de tinido (tinnitus aurium)? Zumbido? Tontura? Vertigem? Estalido? Prurido? Agulhadas? Dor? Incapacidade de ouvir? Surdez? Existem lesões? Apresenta corrimento? Em caso afirmativo, é seroso? Sanguinolento? Purulento? Abundante? Moderado? Escasso? O paciente responde prontamente quando se lhe dirige a palavra?

**Excreções e eliminações*: As excreções e produtos eliminados a observar são:

-*Fezes*: As fezes são de cor castanha - escura? Castanha-clara? Vermelho-escuro? Negra (melanótica)? Verde? Amarelada? Argilosa? Alcatroada? Acinzentada? A evacuação apresenta-se consistente? Semilíquida? Líquida? Mole? Aguada? Dura? Semimodelada? Espumosa? Apresenta alimentos não digeridos? Muco excessivo? Pus? Cálculos? Parasitos? O paciente evacua pouco? Moderadamente? Muito? Excessivamente? Queixa-se de dor ao evacuar? Esvazia o intestino diariamente? Tem hemorróidas? Sofre de incontinência?

-*Expectoração*: O escarro é claro? Amarelo? Verde? Ferruginoso? Raiado de sangue? Vermelho escuro? Castanho? A expectoração é espumosa? Espessa? Aguada? Tenaz (com tendência à aglutinação)? Viscosa? Gelatinosa? Purulenta? Copiosa? Escassa? Exala mau odor? A quantidade de escarro é grande? Moderada? Pequena?

-*Sudorese*: A transpiração é excessiva (diaforese)? Reduzida? Moderada? Escassa? Inexistente (anidrose)? De odor ácido? Azedo? Salino? Amoniacal (semelhante à amônia)? Nauseabundo? À que áreas se estende a transpiração? A todo corpo? Às extremidades superiores? Às extremidades inferiores? Às mãos?

-*Urina*: A urina é de cor âmbar claro? Âmbar escuro? Amarela limão? Castanha? Vermelha sanguínea? (hematúria)? Vermelha escura? Azul? Verde? Negra? Cor de tijolo? Apresenta-se límpida? Turva? Apresenta cálculos? Sedimentos? O odor lembra o do feno recentemente ceifado? Ou é fecal? Amoniacal? Aromático? Doce? A quantidade de urina é pequena (oligúria)? Moderada? Excessiva (poliúria)? Inexistente (anúria)? O paciente apresenta incontinência (incapacidade de controlar o esfíncter)? A micção é dolorosa (disúria)?

-Vômito: O vômito é verde? Vermelho sanguíneo vivo (hematemese)? Vermelho escuro? Castanho? O vômito é abundante? Ralo? Aguado? Espumoso? Azedo? Límpido? Purulento? Com o aspecto de café moído (escuro e com coador)? Fecal? Projetado (expelido com grande força)? Apresenta alimentos não digeridos? Grandes quantidades de muco? O odor do vômito é amoniacal? Repugnante? A quantidade é grande? Moderada? Pequena? O vômito é acompanhado de tontura, náusea ou outros sintomas? É provocado pelo olfato? Pelo paladar? Por transtorno emocional? Ou induzido pelo próprio paciente?

-Corrimento vaginal: O corrimento vaginal é sanguinolento? Mucoso? Purulento? Coagulado? A quantidade é pequena? Moderada? Abundante? O corrimento tem odor nauseabundo? Queima ou irrita a pele?

**Extremidades:* Ambas as extremidades, superiores e inferiores, devem ser examinadas.

-Extremidades superiores: As unhas mostram-se rosadas? Vermelhas? Descoradas? Azuis? Negras? Quebradiças? Duras? Secas? Sensíveis? Limpas? Bem cuidadas? Escoriadas? Dilaceradas? Nota-se o emprego de cosméticos? Os dedos são longos? Afuselados? Em forma de clava? As mãos estão úmidas? Secas? Agitadas? Quentes? Frias? Relaxadas? Tensas? Sensíveis? Descoradas? Cianóticas? Vermelhas? Trêmulas? Apáticas? Inativas? Lisas? Emaciadas gordas? Edemaciadas? Intumescidas? Túmidas? Escamosas? O paciente apresenta carfologia (ato de mexer sem descanso na roupa de cama)? Seus braços são roliços? Emaciados (excessivamente magros)? São naturais? Artificiais? A pele apresenta seca? Úmida? Pigmentada? Cianótica? Violácea? Escamosa? Escoriada? Com erupção? Ictérica? Edemaciada? Quente? Febril? Com abrasões? Pruriginosa? O paciente se queixa de falta de tato? Incapacidade de movimento? Dores articulares? As articulações apresentam-se deformadas? Sensíveis? Intumescidas? Aumentadas de volume?

-Extremidades inferiores: As unhas dos artelhos estão quebradiças? Cianóticas? Grossas? Rosadas? Engravadas? Há evidência do uso de cosméticos? Os artelhos estão frios? Quentes? Sensíveis? Úmidos? Dormentes? Fissurados? Apresentam erupção? Os pés estão quentes? Sensíveis? Úmidos? Frios? Cianóticos? Intumescido? Edemaciados? Existem calos? Joanetes? Calosidades? O paciente se queixa de dor ou de câimbras nos pés. As pernas são roliças? Emaciadas? Túmidas? Escorridas? Úmidas? Quentes? Ictéricas? Com abrasões? Dormentes? Frias? Edemaciadas? Pruriginosas? São naturais? Artificiais? As articulações apresentam-se com aumento de volume? Deformadas? Sensíveis? Existem varizes (veias dilatadas e tortuosas)?

**Olhos:* Os olhos estão brilhantes? Límpidos? Embaçados? Inflamados (conjuntivite)? Congestionados? Encovados? Excessivamente proeminentes (exoftalmia)? Raiados de sangue? Ictéricos? Azuis? Castanhos? Verdes? Cinzentos? Turvos? Apresentam lacrimação? As pupilas estão dilatadas (midríase)? Contraídas (miose)? De tamanho desigual? O tamanho varia com a luz e com a distância (acomodação)? Os movimentos do globo ocular são normais? O paciente se queixa de ardência? Pontadas? Fotofobia (medo da luz)? Visão dupla (diplopia)? Nevoa? Enfraquecimento de vista (ambliopia)? Sensação de areia? Perda da

vista? Dor de cabeça? Manchas diante dos olhos? As pálpebras são escuras? Úmidas? Edemaciadas? Intumescidas? Inflamadas (blefarite)? Escoriadas? Vermelhas? Apresentam-se caídas (ptose)? A lacrimação é excessiva? Existe corrimento purulento? Abundante? Moderado? Escasso? Os ciclos são longos? Entufados? Escuros? Claros? Apresentam-se infeccionado (tersóis)? Os supercílios são entufados? Escassos? Escuros? Claros? O paciente usa óculos? Bifocais (com lentes para perto e para longe)? Trifocais (com lentes para perto, para longe e para distancias intermediarias)? Lentes de contato? Usa-os constantemente ou ocasionalmente?

**Face:* A face esta limpa? Pálida? Ruborizada? Ictérica? Bronzeada? Cianótica? Lisa? Enrugada? Marcada de bexiga? Com cicatrizes? Intumescida? Flácida? Encovada? Espástica (rígida)? Relaxada (flácida)? Quente? Febril? Fria? Seca? Úmida? Pegajosa? Apresenta exantema? Pigmentação anormal? Acne? Cravos? Lesões? Covinhas? As bochechas estão encovadas? Proeminentes? O paciente usa cosmético? Os movimentos faciais são normais? A expressão facial (faces) mostra tristeza? Ansiedade? Êxtase? Alegria? Ódio? Desconfiança? Cólera? Altivez? Vergonha? Horror? Determinação? Resignação? Fadiga? Dor? Sonolência? Enfado? Medo? Sobressalto? Insatisfação? Contentamento? Felicidade? Aflição? Apatia (indiferença)? Mágoa?

**Cabelos, pelos e couro cabeludo:* Os cabelos estão limpos? São lustrosos? Espessos? Finos? Macios? Duros? Curtos? Longos? Trançados? Soltos? Emaranhados? Ondulados natural ou artificialmente? Empastados? Sujos (maltratados)? Crespos? Quebradiços? Ruivos? Brancos? Castanhos (escuro e claro)? Louros? Negros? Vermelhos? Grisalhos? Descorados? Pintados? Naturais? Artificiais? Lisos? Esticados? O couro cabeludo aparenta-se seco? Oleoso? Calvo (alopecia)? Escamoso? Apresenta escoriações? Lesões? Crostas? Caspa? Parasitos (piolhos)? Eczema? Sinais de depilação? A barba é comprida? Curta? Clara? Escura? Grisalha? Hirsuta? Ruiva? Castanha? Negra? Pontaguda? Cortada? Maltratada? Cheia? Parcial? A paciente usa suíça? Bigode?

**Boca e garganta:* Nessas áreas deve-se observar:

-Hálito: O hálito é doce? Repugnante? Inodoro? Agradável? Fétido? Alcoólico? Febril? Quente? Azedo? Exala odor de medicamentos? Álcool? Gás anestésico? Fumo?

-Gengivas: As gengivas mostram-se rosadas? Firmes? Sangrentas? Sensíveis? Inflamadas (gengivite)? Irritadas? Descoladas? Retraídas? Úmidas? Ulceradas (aftas)? Marcadas com uma linha azul? Esponjosas? Manchadas (pontos azuis, vermelhos ou brancos)? Vesiculosa? Contraídas?

-Lábios: Os lábios são de cor rosa carregado? Vermelhos? Brancos? Pálidos? Cianóticos (azuis)? Apresentam-se moles? Lisos? Rachados? Fissurados (rachados longitudinalmente)? Abertos? Finos? Grossos? Trêmulos? Intumescidos? Úmidos? Febris? Mostram alguma lesão? Vesículas (herpes simples)? Ulcera? Cicatrizes? Acúmulo de secreção ressecada?

-Dentes: Os dentes estão em número completo? São brancos? Cinzentos? Negros? Castanhos? Bem formados? Sem caries? Naturais? Artificiais? Apresentam fossetas? Chanfraduras? Estão em posição certa? Tortos protrusos? Separados? Acavalados?

Irregulares? Mostram-se duros? Moles? Abalados? Manchados obturados? Quebrados? Opacos? Brilhantes? O paciente se queixa de dor? Usa aparelho?

-Paladar: O paladar esta normal? Alterado? Prejudicado? Ausente? O paciente se queixa de gosto metálico?

-Língua: A língua apresenta-se rosada? Úmida? Seca? Fissurada? Saburrosa? Vermelha viva? Pálida? Sangrenta? Vermelha escura? Castanha? Limpa? Intumescida? Dura? Mole? Espessa? Fina? Tremula? Lisa? Inflamada? Ulcerada? Com vesículas? Com rachaduras?

-Garganta: A garganta está rosada? Pálida? Vermelha? Manchada? Intumescida? Ulcerada? Inflamada? Sensível? Irritada? Há dificuldade de deglutição (disfagia)? Incapacidade de deglutição (afagia)?

-Fala: A voz é rouca? Fraca? Aguda? Grossa? Sussurrante? A fala é normal? Incoerente? Divagante? Modulada? Gaguejante? Balbuciante? Difícil (disfasia)? Inarticulada? Vacilante? Fluente? O paciente está incapacitado de falar (afasia)?

-Nariz: O nariz apresenta-se vermelho? Pálido? Azul? Pontagudo? Chato? Grosso? Curto? Longo? Deformado? De tamanho aumentado? Intumescido? Pequeno? Grande? Existe corrimento nasal? Purulento? Sanguíneo (epistaxe)? Aquoso? O olfato é apurado? Agudo? Embotado? Ausente (anosmia)?

**Dor*: A dor é interna? Leve? Surda? Latejante? Mordente? Ligeira? Urente? Aguda? Crônica? Excruciante (extremamente dolorosa)? Intensa? Penetrante? Espasmódica? Súbita? Paroxística? Aguilhoante? Perfurante? Dardejante? De cólica (dor abdominal aguda)? Continua? Persistente? Regular? Passageira? Fina (intensa)? Recidivante? Irregular? De curta duração? De longa duração? Intermitente? Constante? A dor é do lado direito? Do lado esquerdo? Na parte superior? Na parte inferior? Posterior? Anterior? Localizada? Generalizada? Alternante? Profunda? Superficial? Irradiante (deslocando-se para outras partes)? A dor provoca rigidez? Tensão? Sincope (desmaio)? Náusea? Vômito? É aliviada pela mudança de posição? Pelo calor? Pelo frio? Pela sustentação? Pela fricção? Pela flexão dos joelhos? É intensificada pelo movimento? Pela tosse pela respiração?

**Postura*: A postura deve ser observada nas diversas posições: de pé, caminhando (marcha), deitada.

- De pé: O paciente se apresenta ereto? Encurvado? Firme? Bem plantado sobre os pés?

-Marcha: A marcha é arrastada? Insegura? Cambaleante? Hesitante? Agitante? Lenta? Difícil?

-Deitada: O paciente está encolhido? Esticado e rígido (ortodonto)? Relaxado? Voltado para baixo? Voltado para cima (supino) confortável? As costas estão arqueadas e rígidas (opistonto)?

**Pulso*: O pulso está fraco? Forte? Vigoroso? Lento? Perceptível ou impalpável? Em colapso, fácil de comprimir? O volume é pequeno? Grande? Limitado? Fraco? Vacilante? Filiforme? Moderado? Cheio? O ritmo é intermitente? Regular? Irregular? Alternante? Agitado? Normal? Lento? Rápido? Dicrotico (com dois batimentos)? Apresenta-se bigeminado (dois batimentos seguidos de uma pausa)?

Trigeminado (três batimentos e uma pausa) ? Em martelo d'água ou pulso de Corrigan (batimento violento seguido de colapso súbito) ? A tensão esta elevada? Baixa? Moderada? As artérias estão duras espessas? Elásticas? Coriáceas? Rígidas? Tensas? Resistentes? Moles? Semelhantes ao arame? A velocidade esta normal? Diminuída (bradicardia)? Acelerada (taquicardia)?

**Respiração.* Os movimentos respiratórios estão normais (eupnéia)? Calmos? Costais ou torácicos? Abdominais (profundos)? Com dilatação das narinas? De que tipo? Audíveis? Ruidosos ou estertorosos (ronqueira)? Dífceis ou dolorosos (dispnéia)? Inexistentes (apneia)? Muito freqüentes (polipneia, hiperpneia)? Retardados (oligopneia)? Sibilantes? Agitados? Espasmódicos? Suspirosos? Arfantes? Lentos? Rápidos? Rasos? Do tipo Cheyne Stokes (ciclo de movimentos cada vez mais profundos e mais dífceis, seguidos de um período de apneia)? O paciente apresenta-se cianótico (azul)? Ortopnéico (respirando melhor quando sentado)? Respira pelo nariz? Pela boca?

**Pele:* a pele mostra-se pálida? Ruborizada? Vermelha? Cianótica? Manchada? De cor escura? Amarelada? Acinzentada? Bronzeada? Violácea? Pintalgada? A pele esta limpa? Lisa? Úmida? Seca? Fria? Quente? Morna? Febril? Oleosa? Pegajosa? Sem solução de continuidade? Com textura fina? Grossa? Calosa? Enrugada? Reluzente? Queimada pelo sol? Espessa? Áspera? Frouxa? Edemaciada? Tensa? Criptante? Escamosa? Intumescida? Apresenta parasitos (piolhos, percevejos)? Algum exantema? Contusões? Abrasões? Cicatrizes de arma branca ou arma de fogo? Lacerações? Incisões? Sangramento? Esfacelo (queda da pele necrosada)? Existem sardas? Erupções? Tumores? Escoriações? Cistos? Cravos? Picadas de insetos? Lesões (alterações estruturais e funcionais)? A lesão é primaria: mácula (mancha), pápula (área elevada, vermelha), vesícula (bolha), pústula (elevação de pele contendo pus) etc? Ou secundaria: (crosta camada de exsudato dessecado), cicatriz (marca na pele ou em órgão interno deixada pela cicatrização), úlcera (perda de tecido nas superfícies cutâneas ou mucosas pela desintegração gradual e necrose) etc? A pele apresenta marcas de nascença ou nevos (sinais)? Verrugas? Fissuras (fendas lineares)? Furúnculos? Antrazes (inflamação semelhante ao furúnculo, porém, lobulada)? Abscessos (coleção de pus localizada)? Panarício (infecção purulenta ou abscesso da falange distal dos dedos)? Contusões?

#Microbiologia: o paciente apresenta-se limpo (pele, roupas, cabelos e dentes)? Tem alguma ferida? A ferida esta coberta? Os curativos removidos são retirados imediatamente do conjunto unitário? O ambiente e todo o equipamento da unidade estão limpos? As toalhas estão devidamente secas?

#Física: a temperatura do quarto esta exata? A ventilação é adequada? As correntes de ar estão desviadas? O quarto recebe luz do sol? Evitaram-se os reflexos? A luz esta suficientemente difusa e distribuída? O barulho foi controlado? A boa postura foi observada? O material está colocado de modo a prevenir o esforço excessivo?

#Psicologia: o paciente esta bem orientado no ambiente? Teme o tratamento? Interessado em alguma diversão? Acha-se preocupado com as despesas? Com a perda de salário? Com os filhos? Com as condições do lar? Com a própria condição? Tem consciência do seu estado? Compreende o diagnostico? Acredita que ficará bom?

Conformado com o resultado de sua doença (prognóstico)? Em caso do paciente estar isolado, sente-se abandonado? Negligenciado? As cores foram usadas convenientemente, no ambiente? Os aspectos (vistas) e odores capazes de causar inquietação foram removidos com a rapidez possível? Procurou-se proporcionar a quietude necessária, bem como preservar a intimidade?

-Inter-relações pessoais: o paciente alegre-se em ver parente e amigos? As vistas aborrecem-no? Cooperou com o médico e com as enfermeiras? Dá-se bem com os demais pacientes? Está interessado naquilo que o cerca? É culto? Bem educado? Pertence à classe econômica elevada, média ou baixa? É da localidade? Trabalha? Tem sotaque estrangeiro ou regional? Que espécie de lar ele possui? Onde fica? Qual sua atividade, no lar? (McLAIN e GRAGG, 1965, p. 75-82).

Se algum dos meus leitores observou este roteiro em todos os detalhes, provavelmente percebeu que o examinador, enquanto escrutina o corpo do outro, através do exame, tem também o seu corpo profunda e constantemente escrutinado e utilizado. No texto que orienta o exame, são destacadas as habilidades que a enfermeira deve ter, não só em relação ao registro do exame, como relatei anteriormente. Assim, são enfatizadas a importância das informações acuradas e o treinamento da visão, já que todas as observações são feitas através dos órgãos dos sentidos. Há, até mesmo, a sugestão de um plano para usar os sentidos durante a observação do paciente, que estabelece um verdadeiro ritual de avaliação. Neste exemplo que dou, podemos ver em ação um dos processos mais visíveis da disciplina. Ao propor o exame, a disciplina permite o investimento político sobre os indivíduos e as populações, pois o exame é um procedimento que estabelece uma visibilidade sobre os indivíduos e que possibilita a sua diferenciação. A partir do exame é possível qualificar, para então, classificar.

Uma das características do exame é o ritual, pois aqueles que são submetidos a ele serão diferenciados e escrutinados, e para praticar essa operação é preciso descer aos detalhes e obedecer a um cerimonial que possibilite essa operação. A observação das minúcias incide sobre as parcelas mais insignificantes da vida e do corpo e seu detalhamento só é possível a partir da utilização de instrumentos, de uma tecnologia disciplinar. Por tecnologia estou entendendo, como Rose (1996)

qualquer agenciamento, ou (...) conjunto estruturado por uma racionalidade prática e governado por um conjunto mais ou menos consciente. As tecnologias humanas são montagens híbridas de saberes, instrumentos, pessoas, sistemas de julgamento, edifícios e espaços, orientados, ao nível programático, por certos pressupostos e objetivos sobre os seres

humanos.³⁵(p. 26)

Dos dispositivos da disciplina, o exame é o mais ritualizado. No exemplo que reproduzo acima, podemos ver o exame em sua face mais visível, como um ritual da objetivação, pois torna o sujeito um objeto, e além disso tem efeitos sobre a sua subjetivação. O corpo do paciente é abordado como um objeto a ser analisado em suas partes, então, é primeiramente dividido, fragmentado. Cada uma dessas partes é analisada em função dela mesma, são avaliadas suas dimensões significantes. O paciente, então, é objeto do exame nas mais variadas posições: deitado, em pé e durante a marcha. Cada pormenor do seu corpo é avaliado, medido, auscultado, palpado, inspecionado, olhado, cheirado. Da mesma forma, suas condições de higiene, nutricionais, seus hábitos, suas expressões faciais, suas queixas são arroladas, a coerência da sua fala, o seu estado mental, tudo é alvo do escrutínio. Ao mesmo tempo em que é alvo do exame, o paciente aprenderá sobre a importância de interrogar cada parte do seu corpo, para conhecer suas “reais” condições de saúde e compreender que, cada uma das partes tem repercussão no conjunto. Um comentário interessante e explicativo de Foucault (1999c) sobre o exame, como instrumento da disciplina, é que aí se “manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam” (p.154). Portanto, o corpo é tomado como um objeto e na ação de examinar se produzem saberes que vão constituir um novo objeto.

A seguir, são formalizadas as operações que relacionam as unidades ao todo. Esse julgamento é feito por comparação com outros corpos, a partir de dossiês ou arquivos construídos anteriormente. Como um dos efeitos mais visíveis desse exame, o paciente se reconhece como um objeto singular, portador de anormalidades, tanto na sua estrutura corporal como nos seus hábitos, e estes devem ser corrigidos, para que se conformem ao que é normal, enfim, sejam normalizados. Ao final, como um produto desse ritual, subjetiva-se como um diabético, ou como possuidor de uma postura inadequada, ou de uma visão abaixo do normal, ou detentor de irregularidades ou anormalidades, ou como portador de necessidades especiais.

Além do mais, esse procedimento implica em distanciamento. Aqui encontramos a cerimônia do poder, a forma da experiência, a demonstração da força e o

³⁵ Tradução para o português de Bujes (2002, p.156)

estabelecimento da verdade. Nessa técnica estão envolvidos um campo de saber e um tipo de poder. “A superposição das relações de poder e das de saber assume no exame todo seu brilho visível.” (idem, p. 154). O exame permite a extração de um saber do corpo que é examinado e a transmissão do saber do profissional que está examinando, ao mesmo tempo em que estabelece um campo de conhecimento, e produz novos saberes. Entendo que esses saberes produzidos e transmitidos, antigos e novos, estão envolvidos na produção de corpos frios.

Assim, esse “pequeno esquema operatório”, na expressão de Foucault (1999c) põe em funcionamento uma relação de poder que permite obter e constituir um saber. O hospital moderno foi fundamental para a constituição dos saberes sobre o corpo, pois permitiu colocá-los em permanente escrutínio, utilizando o ritual da visita, que se tornou cada vez mais regular, rigoroso e extenso, em oposição à inspeção de antigamente que era descontínua e rápida. Agora, “o hospital bem ‘disciplinado’ constituirá o local adequado da ‘disciplina’ médica” que poderá perder seu caráter textual e abrir mão de determinados autores tradicionais em troca de um “campo de objetos perpetuamente oferecidos ao exame”(idem, p.155). Para ajudar no cuidado e manutenção desse “campo” é preciso que participem desse cenário outros atores, pois o médico não permanece aí o dia todo, e o pessoal religioso não têm a formação necessária para atuar num local que agora é de formação e aperfeiçoamento científico. Assim, entra em campo a enfermeira. Para permanecer durante todo o tempo: trezentos e sessenta e cinco dias por ano, trinta dias por mês, sete dias da semana, vinte e quatro horas por dia. Esta característica do trabalho da enfermeira é permanentemente destacada nas escolas, nos textos da Revista e produz várias marcas no trabalho de enfermagem. Daí surge o trabalho em equipe, a passagem de plantão, a continuidade do trabalho, o trabalho parcelado, a importância de completar o trabalho do outro, a boa comunicação, tanto escrita como oral, a supervisão e outras ações características do trabalho da enfermagem

O exame opera através de uma combinação entre a observação que hierarquiza e a sanção, que normaliza. A observação é central para o exame. Por conta dela e da crescente visibilidade que envolve tudo o que ocorre dentro do hospital, criou-se um problema que a arquitetura hospitalar tenta resolver: a ausência de privacidade entre os pacientes hospitalizados. Em relação às enfermarias, organização mais comum dos corpos hospitalizados de antigamente, os mesmos eram arrançados de modo que fosse

possível lançar um olhar sobre todos quase ao mesmo tempo, como descrevemos em capítulo anterior.

O exame implica em um mecanismo que encerra um tipo de saber com uma forma de poder que tem determinadas características. Uma delas é a inversão da visibilidade pois se, antes do poder disciplinar, era o soberano que deveria ser visto, era sobre ele que se projetavam as luzes, agora, é o súdito que está em permanente visibilidade pois o poder disciplinar impõe a ele uma iluminação que garante as garras do poder. É o fato de ser

visto permanentemente que mantém, sujeito, o indivíduo produzido pelo poder disciplinar. Esses sujeitos são objeto de um poder que se manifesta pelo olhar (fig. 34). Outra das características do exame é documentar as individualidades,



Figura 34

resultando num arquivo de

“detalhes e minúcias” (FOUCAULT, 1999c, p. 157). Através da constante observação, os sujeitos a serem controlados são individualizados. A individualidade que é produzida na observação é também fixada na escrita, assim, o ritual do exame produz dossiês, do qual trataremos no próximo capítulo.

A terceira característica do exame é transformar cada indivíduo em um “caso”, isto é, produzir um indivíduo que pode ser descrito, medido e comparado com outros em sua própria individualidade. O escrutínio detalhado que transcrevo acima, por ser tão minucioso, é capaz de produzir a individualidade, o caso, pois permite infindáveis combinações como respostas para as perguntas que contém. Assim, se analisarmos as múltiplas características possíveis de serem encontradas nas mãos, na pele ou nas pálpebras, teremos também infindáveis combinações.

O exame físico é parte importante da primeira fase do processo de enfermagem,

a fase de coleta de dados. O termo processo de enfermagem foi utilizado a partir de 1950, pelas enfermeiras norte-americanas, que propunham, através desse processo, orientar o trabalho da enfermeira para que fosse possível a prestação de cuidados eficazes de enfermagem. De acordo com elas, esse processo deveria ser incluso em todos os currículos de enfermagem pois seria fundamental às ações de enfermagem em qualquer cenário. É visto por autores amplamente reconhecidos (HORTA, 1979; CARPENITO, 1997; DOENGES, 1999; ALMEIDA, 2002) como um método eficiente de organização de processos de pensamento para a tomada de decisões clínicas e solução de problemas dos pacientes. A aceitação desse procedimento foi realmente marcante, especialmente na enfermagem cujas proveniências estão na tradição anglo-americana.

No Brasil, os estudos pioneiros e a tradução desse saber foram de Wanda Horta, professora da Escola de Enfermagem da USP que, a partir de 1970, introduziu-o entre nós. Para possibilitar a difusão de suas idéias, Horta (1975a) editou a revista *Enfermagem em Novas Dimensões*, que se refere desta forma ao que acontecia na época: “A enfermagem está em evolução; dia a dia adquire novas dimensões e não é possível aos enfermeiros permanecerem alheios à nova problemática profissional. Urge estar em dia com toda a ciência e em especial com a da enfermagem” (p. 3). Não por acaso, o primeiro artigo da nova revista intitulava-se *Da necessidade de se conceituar enfermagem* (idem, 1975c) e era de autoria da editora e redatora chefe. No texto, a autora comentava que a pergunta “o que é a enfermagem?” era a tônica em todos os artigos publicados nas revistas de enfermagem americanas. Dizia também que a resposta existente para essa pergunta, antes aceita “oficialmente, está sendo posta em dúvida” (idem, p.5). Já antecipando sua opinião sobre a resposta mais adequada a tal pergunta, Horta (1975a) incluiu nessa primeira edição de sua revista o artigo intitulado *O Processo de Enfermagem – fundamentação e aplicação*. Assim, o processo de enfermagem é tido como a grande novidade, a maneira científica de trabalhar na enfermagem. Como se pode imaginar, tal atributo abriu muitas portas para esse novo jeito de trabalhar e lhe conferiu vida longa.

O processo de enfermagem, conforme referi em capítulo anterior, tem etapas inter-relacionadas e interdependentes que apresentam pequena diversidade entre elas, sendo a primeira, a fase de coleta de dados, mais conhecida como histórico de

enfermagem. Segundo Horta (1975a)

Seja qual for o modelo utilizado há sempre um mínimo de dados que deverão ser colhidos e este é basicamente:

- a) Complementação dos dados de identificação.
- b) Experiências prévias e expectativas do indivíduo.
- c) Hábitos (alimentação, hidratação, eliminação, sono, cuidado corporal).
- d) Exame físico.
- e) Comunicação (padrões, problemas) (p. 200).

Ao relatar a impressão dos estudantes sobre o histórico de enfermagem, a autora (1975b) esclarece que há inúmeros modelos de instrumentos para coleta de dados dos pacientes e que por unanimidade os estudantes teriam reconhecido que o histórico permitiu o planejamento de cuidados, a individualização do paciente, o desenvolvimento da observação e comunicação, possibilitando à maioria deles que conhecessem “profundamente” o paciente e aprendessem enfermagem.

O exame físico desponta como a face mais visível dessa coleta de dados. Essa ficha de observação e registro, com todos os discursos e práticas que a acompanham, com toda a sua organização no espaço e no tempo estabelece, ao mesmo tempo, um sujeito e um objeto de visão. Nos primeiros trabalhos publicados, principalmente na década de setenta, é privilegiado o exame do corpo do paciente, pois parecia que aí, ao nível de sua superfície corporal, estariam estampados os motivos da doença. Nessa época são produzidos inúmeros trabalhos sobre os problemas de pacientes, nos seus aspectos físicos. Cito, como exemplo, o estudo de Rolim (1972) que observa pacientes portadores de moléstias infecto-contagiosas, o estudo de Koizumi (1976) com pacientes agudos graves, o estudo de Nakamae (1975) em pacientes nefropatas, o estudo de Koizumi e Zerbetto (1976) em pacientes neurocirúrgicos e o estudo de Kruse (1979) que observa pacientes em pós-operatório imediato. Também são freqüentes os estudos relacionados a achados do exame físico, como a temperatura corporal, no intuito de conhecer valores que pudessem ser caracterizados como normais para a população brasileira (SALZANO, 1972) e a determinados segmentos corporais, como a cavidade oral (PAULA, 1972). A precursora desse tipo de estudo, e de todo esse movimento, é Wanda Horta (1968), autora da tese intitulada *A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos*.

Embora essa observação (a de que é privilegiado o corpo do paciente) possa

parecer óbvia, a idéia de que o paciente poderia narrar-se, isto é, a doença poderia ser narrada e teria diferentes manifestações, dependendo da pessoa que acometesse, era conhecida mas não muito valorizada. Essa minha afirmação pode ser observada no excerto de exame físico que destaco acima. Ali podemos ver que o paciente narra as características de sua tosse, da sudorese que o acomete ou mesmo da sua dor, no entanto, esses dados são analisados “objetivamente”, como presença ou ausência de tosse, suor ou dor, não como manifestações que podem ser diversas, dependendo da pessoa que a sente. Posteriormente, as mesmas seriam relacionadas aos sinais e sintomas encontrados no sistema classificatório dos diagnósticos médicos.

A partir dessa época, a frase “não existem doenças, existem doentes” começa a ser dita e repetida, já então com o sentido de que uma doença e seus sintomas poderiam se manifestar de maneira distinta em cada pessoa. Os artigos publicados, principalmente na década de oitenta em diante, enfocam a percepção dos pacientes a respeito de sua doença e hospitalização. O texto considerado instituidor dessa temática é a Tese de Livre Docência de Yoriko Kamiyama (1972), intitulada *O doente hospitalizado e sua percepção em relação à prioridade de seus problemas*, na qual a autora entrevista pacientes hospitalizados e aponta suas percepções em relação à doença e hospitalização. Com esses comentários, quero destacar que a partir dessa época, o paciente começa a narrar-se e, então, é possível aproveitar a análise de Foucault compreendendo que o paciente começa a aplicar, em direção a si próprio, os dispositivos gerais da visibilidade. Segundo Larrosa (1994) “aí a visibilidade não constitui o sujeito como quem vê algo externo a si mesmo, um objeto exterior; ela envolve todo conjunto de mecanismos nos quais a pessoa se observa, se constitui em sujeito da auto-observação, e se objetiva a si mesmo como visto por si mesmo.” (p.61). Com isso, o paciente desenvolve exercícios de atenção em relação a si mesmo e de visão de si mesmo.

Assim, se antigamente a saúde era assegurada pelo silêncio dos órgãos, se as pessoas temiam a doença e tranquilizavam-se quando a ausência de sintomas lhes dizia que o corpo estava sadio, hoje, ao ser convidado a narrar-se, o paciente aprende que esse silêncio pode ser inquietante. Sabe que mesmo o silêncio dos órgãos não lhe garante a saúde. Aprende que existem doenças silenciosas que, antes que se manifestem através de sintomas, já podem estar instaladas em seu organismo. Portanto, precisam fazer seus órgãos falarem das mais variadas formas. Não ouvir a si mesmo, isto é, ao seu corpo, é

um problema grave. O paciente aprende que o seu corpo pode informar, comunicar, esclarecer. Desde que submetido a um escrutínio adequado. Dessa forma, o corpo é chamado a se expressar e ser traduzido pela palavra, pela imagem ou pelo número. Assim, é transformado em texto.

Através dos tempos, têm sido produzidas muitas formas de construir e ler esse texto, através das histórias contadas pelos pacientes, dos estudos de caso produzidos pela equipe de saúde, dos testes, exames e tratamentos derivados da tecnologia a que os corpos são submetidos que transformam o corpo em símbolos, números, palavras e imagens. Agora, todos são alvo de um processo de constante visibilidade. Mesmo que a vigilância não seja contínua, ela pode ocorrer a qualquer momento, o que a torna ainda mais potente. De acordo com Vargas (2002), ao olharmos para essas imagens estamos submetidas a um duplo aprendizado pois operamos com tais imagens e a partir delas, além disso, vemos o que aprendemos a ver. Desse modo, ao ser transformado em uma informação, o corpo não carrega mais os traços que lhe dão sentido. Agora, o corpo já não fala por si e a enfermeira necessita da máquina, e “a máquina diz aquilo que paciente e profissional não disseram” (p. 75), sendo então possível pensar que, ao transformar corpos em textos, a máquina os constitui com outros sentidos e com outros efeitos.

Meu argumento é de que o olhar da enfermeira, exercitado por esses textos, tem o poder de produzir corpos frios, onde as diferenças, de sexo, gênero, raça, idade ou profissão tendem a ser consideradas apenas quando o objetivo é classificar esse corpo, para então enquadrá-lo e prescrever para ele, como se o fato de pertencer a um certo quadro produzisse uma identidade comum entre os corpos.

Por outro lado, ao manifestar seus sintomas, ao falar sobre o seu corpo, o paciente estaria promovendo um ato que Foucault (1999b) chamou de “insurreição de saberes dominados” (p.170), uma série de saberes que teriam sido desqualificados como não competentes ou como pouco elaborados. Saberes ingênuos, hierarquicamente inferiores, que estariam localizados abaixo do nível requerido de cientificidade. Foucault (idem) atribui ao reaparecimento desses saberes a capacidade de realizar a

crítica que assistimos nos últimos anos³⁶, “uma crítica das coisas, das instituições, das práticas, dos discursos; uma espécie de friabilidade geral dos solos, mesmo dos mais familiares, dos mais sólidos, dos mais próximos de nós, de nosso corpo de nossos gestos cotidianos”. (p.169).

Agora, a enfermeira tem um rol de dados sobre seus pacientes, mas o que fazer com eles? Surpreendentemente, apesar de todos esses achados tidos como positivos, a organização que se deu a esses dados foi semelhante, ou segundo a mesma lógica médica. Com tais dados foi possível a criação de um amplo e meticuloso aparelho documental que permitiu a montagem de um quadro de saberes sobre os indivíduos, representado pelos sistemas classificatórios de todo o tipo, tais como a construção dos diagnósticos. Enfim, produziu-se a categorização, o dossiê, o rol. Porque aconteceu isso? Que força levou as enfermeiras a copiarem o exemplo médico?

³⁶ Foucault faz essa afirmação na aula intitulada *Genealogia e Poder*, proferida no Collège de France em 7 de janeiro de 1976.

Diagnósticos de Enfermagem: a ordem como tarefa.

A segunda etapa do processo enfermagem é o diagnóstico de enfermagem. A palavra diagnóstico significa distinguir, conhecer as partes. O que seria então um diagnóstico de enfermagem? Na década de setenta do século passado, enfermeiras estadunidenses, norte-americanas e canadenses iniciaram estudos para responder a essa pergunta. Seus estudos levaram à construção de uma terminologia de caráter internacional que se refere aos problemas de saúde dos clientes pelos quais a enfermeira tem responsabilidade profissional. O trabalho deu origem à taxonomia da NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) que consiste num sistema de classificação dos diagnósticos de enfermagem, sendo que, um dos atributos desse sistema seria a possibilidade de informatizar os registros das enfermeiras para respaldar legalmente suas ações. Além disso, é destacado que os sistemas de classificação em enfermagem³⁷ têm contribuído no delineamento de um corpo de conhecimentos específicos da profissão e na denominação de fenômenos da prática clínica. (ALMEIDA, 2002). Do mesmo modo, encontro autores que relatam que tais diagnósticos oferecem a possibilidade do uso de uma linguagem comum para identificar os problemas do paciente, auxiliar na escolha das intervenções de enfermagem e auxiliar na avaliação, promovendo uma melhor comunicação entre os profissionais (DOENGES, 1999).

³⁷ Além da classificação dos diagnósticos de enfermagem (NANDA), está em construção a classificação das intervenções, identificada com a sigla NIC (Nursing Intervention Classification) e a classificação da avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem, identificada como NOC (Nursing Outcomes Classification). A NOC refere-se aos resultados dos cuidados prestados ao paciente, seus sentimentos, comportamentos e reações (ALMEIDA, 2002).

A seguir, reproduzo os enunciados dos diagnósticos de enfermagem, agrupados de acordo com os padrões de saúde funcionais, como se encontra em Carpenito (1998).

LOCALIZADOR DE MEMÓRIA DO ENFERMEIRO
TRANSFORMA AS INFORMAÇÕES SOBRE O PROBLEMA DE ENFERMAGEM
EM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
• Rápido • Fácil • Preciso

A REMISSÃO DE ENFERMAGEM
A seguir, uma listagem completa de todos os diagnósticos de enfermagem da NANDA até a 11ª Conferência. **Os diagnósticos aprovados na 11ª Conferência estão em negrito.** Publicado em janeiro de 1995.

- **ATIVIDADE/REPOUSO**
Déficit de Lazer
Distúrbio no Padrão do Sono
Fadiga
Intolerância à Atividade
Risco para Intolerância à Atividade
Risco para Síndrome do Desuso *
- **CIRCULAÇÃO**
Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída
Débito Cardíaco Diminuído
Disreflexia
Perfusão Tissular Alterada
(especificar): cardiopulmonar, cerebral, gastrointestinal, periférica, renal
- **INTEGRIDADE DO EGO**
Adaptação Prejudicada
Ansiedade (especificar nível)
Conflito de Decisão (especificar)
Distúrbio na Auto-imagem
Estratégias Defensivas de Resolução
Estratégias Ineficazes de Resolução Individual
Negação Ineficaz
Distúrbio no Campo Energético
Angústia Espiritual
Baixa Auto-Estima: Crônica
Baixa Auto-Estima: Situacional
Desesperança
Distúrbio na Auto-Estima
Distúrbio na Identidade Pessoal
Impotência
Medo
Reação de Pesar Antecipada
Reação de Pesar Disfuncional
Resposta Pós-Trauma
Síndrome do Estresse da Mudança de Ambiente
Síndrome do Trauma do Estupro
Síndrome do Trauma do Estupro: Reação Composta
Síndrome do Trauma do Estupro: Reação Silenciosa
- **Potencial para Melhoria do Bem-Estar Espiritual**
- **ELIMINAÇÃO**
Constipação
Constipação Colônica
Constipação Percebida
Diarréia
Incontinência Funcional
Incontinência Impulsiva
Incontinência Intestinal
Incontinência por Pressão
Incontinência Reflexa
Incontinência Total
Padrões de Eliminação Urinária Alterados
Retenção Urinária [aguda/crônica]
- **ALIMENTOS/LÍQUIDO**
Amamentação Eficaz
Amamentação Ineficaz
Amamentação Interrompida
Déficit de Volume de Líquido [falha de regulação]
Déficit de Volume de Líquido [perda ativa]
Deglutição Prejudicada
Excesso de Volume de Líquido
Mucosa Oral Alterada
Nutrição Alterada: Ingestão Maior do que as Necessidades Corporais
Nutrição Alterada: Ingestão Menor do que as Necessidades Corporais
Nutrição Alterada: Risco para Ingestão Maior do que as Necessidades Corporais
Padrão Ineficaz de Alimentação Infantil
Risco para Déficit de Volume de Líquidos
- **HIGIENE**
Déficit no Autocuidado (especificar): Alimentação, Banho/Higiene, Uso do Vaso Sanitário, Vestir-se/Arrumar-se
- **NEUROSENSORIAL**
Comportamento Infantil Desorganizado
Confusão Aguda
Confusão Crônica

Figura 35

Risco para Comportamento Infantil Desorganizado
 Comportamento Infantil: Potencial para Memória da Organização
 Memória Prejudicada
 Negligência Unilateral
 Processos de Pensamento Alterados
 Risco para Disfunção Neurovascular Periférica
 Senso-Percepção Alterada (especificar): visual, auditiva, onésésica, gustativa, tátil, olfativa

- DOR/BEM-ESTAR
 - Dor [aguda]
 - Dor Crônica
- RESPIRAÇÃO
 - Desobstrução Ineficaz das Vidas Aéreas
 - Incapacidade para Manter Ventilação Espontânea
 - Padrão Respiratório Ineficaz
 - Resposta ao Desmame Ventilatório Disfuncional (RDVD)
 - Risco para Aspiração
 - Troca de Gases Prejudicada
- SEGURANÇA
 - Hipertermia
 - Hipotermia/Risco para Infecção
 - Integridade da Pele Prejudicada
 - Integridade Tissular Prejudicada
 - Manutenção da Saúde Alterada
 - Manutenção do Lar Prejudicada
 - Mobilidade Física Prejudicada
 - Proteção Alterada
 - Risco para Alteração da Temperatura Corporal
 - Risco para Automutilação
 - Risco para Envenenamento
 - Risco para Integridade da Pele Prejudicada
 - Risco para Lesão
 - Risco para Sufocação
 - Risco para Trauma

Risco para Comportamento Infantil Desorganizado
 Síndrome da Interpretação Ambiental Prejudicada
 Termoregulação Ineficaz
 Violência [real]/risco de, voltada ao self/ outros

- SEXUALIDADE (COMPONENTE DA INTEGRIDADE DO EGO E INTERAÇÃO SOCIAL)
 - Disfunção Sexual
 - Padrões de Sexualidade Alterados
- INTERAÇÃO SOCIAL
 - Comunicação Verbal Prejudicada
 - Conflito no Desempenho de Papéis dos Pais
 - Desempenho de Papel Alterado
 - Desgaste da Pessoa que Presta Cuidados
 - Estratégias de Resolução Familiar: Potencial para Crescimento
 - Estratégias Ineficazes de Resolução Familiar: Comprometedoras
 - Estratégias Ineficazes de Resolução Familiar: Incapacitantes
 - Interação Social Prejudicada
 - Isolamento Social
 - Paternidade/Maternidade Alterada
 - Potencial para Melhoria das Estratégias de Resolução Comunitária
 - Processos Familiares Alterados
 - Processos Familiares Alterados: Alcoolismo [Abuso de Substâncias]
 - Risco para Desgaste do Papel da Pessoa que Presta Cuidados
 - Risco para Paternidade/Maternidade Alterada
 - Risco para Solidão
 - Risco para Vinculação Pais-Filho Alterado
- ENSINO/APRENDIZAGEM
 - Comportamentos para Elevar o Nível de Saúde (especificar)
 - Controle Eficaz do Regime Terapêutico: Individual
 - Controle Ineficaz do Regime Terapêutico: Comunitário**
 - Controle Ineficaz do Regime Terapêutico: Familiar**
 - Controle Ineficaz do Regime Terapêutico: Individual**
 - Crescimento e Desenvolvimento Alterados
 - Déficit de Conhecimentos [Necessidade de Aprendizagem] (especificar)
 - Não-Comprometimento (especificar) [Comprometimento Alterado]

Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem
 5ª EDIÇÃO

Marilyn E. Doenges
 Mary F. Moorhouse



Figura 36

O enunciado de um diagnóstico possui uma estrutura com diferentes componentes, de acordo com a situação encontrada no cliente. A estrutura de um diagnóstico tem três partes. A primeira delas é o título, onde há uma descrição do

problema. A segunda parte é o fator relacionado, a etiologia do problema, a identificação das situações que estariam causando ou contribuindo para a reação observada no paciente. A terceira parte do enunciado é representada pelas características definidoras, um conjunto de sinais e sintomas associado ao diagnóstico. (DOENGENS, 1995; ALMEIDA, 2002).

Meu objetivo, ao contar a história desse saber da enfermagem, é mostrar porque entendo que este conhecimento, tal como está organizado, poderia produzir corpos frios, ou melhor, poderia ser um dos dispositivos produtores dos corpos frios. Para iniciar minha argumentação, vou comentar o movimento pela categorização, tal como empreendido pela modernidade, apoiada em Baumann (1999):

Dentre a multiplicidade de tarefas impossíveis que a modernidade se atribuiu e que fizeram dela o que é, sobressai a da ordem (mais precisamente e de forma mais importante, a da *ordem como tarefa*) como a menos possível das impossíveis e a menos disponível das indispensáveis – com efeito, como o arquétipo de todas as outras tarefas, uma tarefa que torna todas as demais meras metáforas de si mesmas (p. 12)

A função classificadora da linguagem, visa promover uma ordem que seria o contrário do caos. Classificar tem o sentido de destacar, segregar. Significa, como primeira premissa, ver o mundo como algo que pode ser formado por entidades distintas que poderiam ser depois arrumadas em grupos de entidades similares ou, com alguma proximidade, a qual pertenceria e com as quais se oporia a outras entidades. Ao fim, tornar real aquilo que se organizou, relacionando padrões estabelecidos com classes diferentes de entidades. Assim, para Bauman (1999), classificar é dar ao mundo uma estrutura, é acreditar que o mundo tem uma estrutura. A categorização como um modo de operar, por si só, não seria o maior problema. Este seria o fato de, ao criar uma categoria, pretender que esta represente uma totalidade que supostamente conduziria a uma maior objetividade. Bauman (idem) também aponta que a idéia moderna de produzir um mundo ordenado é muito produtiva, pois num mundo em ordem, nós, que somos dotados de memória, sabemos bem mais facilmente “como ir adiante”, podemos calcular a probabilidade de eventos que já aconteceram tornarem a acontecer, podemos nos basear nos sucessos e fracassos do passado para planejar nossas ações futuras. É nossa capacidade de aprender e memorizar que nos mantém, permanentemente, interessados na ordem no mundo.

Os diagnósticos de enfermagem constituem um espaçoso arquivo, que se organiza para conter todas as pastas, que por sua vez contenham todos os itens relativos à possibilidade de adoecer ou ser saudável. Conforme está apontado no excerto das páginas 135 e 136 (fig. 35 e 36), é possível “transformar” as informações sobre os problemas identificados pelas enfermeiras em diagnósticos de enfermagem. Essa função classificadora teria como princípio combater a ambivalência, pois essa é má companheira, nos deixa dúvidas quanto ao caminho a seguir. Mas, contraditoriamente, é a inviabilidade da formação do arquivo que torna a ambivalência inevitável. Para Bauman (1999), é a perseverança com que construímos tal arquivo, que “produz um suprimento sempre renovado de ambivalência” (p.11).

Foucault (1999c) refere os hospitais como grandes laboratórios para os métodos escriturários e documentários que possibilitaram a produção dessas classificações, relacionando o seu papel na manutenção dos registros, a comunicação entre os membros da equipe, a confrontação de dados, a transmissão e centralização desses dados, a contabilidade das doenças, curas e mortes, que depois são confrontadas entre cidades e países para produzir esse saber sobre a saúde que conhecemos hoje. Ele refere como condição fundamental para uma boa disciplina, que se colha os dados individuais em sistemas cumulativos, de maneira que em qualquer registro geral se possa ver o indivíduo e que cada exame individual possa repercutir os dados do conjunto. A documentação individual coloca os indivíduos num campo de vigilância, situa-os numa rede e compromete-os em uma quantidade de documentos que o captam e fixam. Assim, conforme comentam Dreyfus e Rabinow (1995), será possível que se coloque ordem em fenômenos globais, que se descreva grupos, que se estime o afastamento que cada grupo pode ter numa classificação, a maneira como devem ser repartidos para constituírem uma população.

Os dossiês, produzidos a partir do exame dos pacientes, contêm observações minuciosas. Desta maneira, o indivíduo doente é alvo de muito mais individualização que o sadio, os detalhes de sua vida são conhecidos de modo muito mais minucioso. E esses detalhes são fixados através da escrita, nos registros hospitalares. Esse vasto e monumental aparelho documental é um componente essencial para o crescimento do poder, pois permite que as autoridades, no caso médicos e enfermeiras, fixem uma rede objetiva de codificação. Assim, quando as enfermeiras dizem que “a enfermagem

sempre enfrentou desafios para se firmar como ciência e profissão” (PEREZ et alii, 1990, p. 14); que o processo de enfermagem, como guia para sua prática, foi o que mais movimentou os enfermeiros para adquirir uma autonomia profissional que concretizasse essa proposta de promover, manter ou restaurar a saúde do cliente; que nas últimas décadas verificou-se que era importante e necessário o diagnóstico de enfermagem para uniformizar e padronizar a terminologia usada pelas enfermeiras, quando quisessem se referir aos problemas dos pacientes sob seus cuidados, estão fazendo uma ampla opção por essa rede objetiva de codificação, já que ela irá organizar o seu saber, apoiada na ciência.

Essa ciência, que produziu o indivíduo através de seus saberes e poderes foi devida principalmente à expansão das técnicas disciplinares que tornou possível observar e analisar o corpo para torná-lo objeto de manipulação e controle, que permitiu esta vasta compilação de dados que geraram os dossiês. Estes são a condição de possibilidade da contínua expansão de novas áreas de pesquisa. Para Foucault (1999c), esse não foi um momento muito glorioso e esta origem, se houvesse, deveria “ser procurada nesses arquivos de pouca glória onde foi elaborado o jogo moderno das coerções sobre os corpos, os gestos, os comportamentos.” (p. 159).

Neste ponto, tentando fazer uma análise à moda de Foucault (1999b), procuro responder às perguntas que formulei no final do capítulo anterior. Pois antes mesmo de saber em que medida a enfermagem é ou poderia ser uma ciência, é ou poderia ser uma prática científica em seu funcionamento cotidiano, nas regras de construção, nos conceitos que utiliza; antes mesmo de tentar fazer uma analogia formal e estrutural do discurso da enfermagem com o discurso científico, não seria de nos interrogarmos sobre a ambição de poder que a pretensão de ser uma ciência traz consigo? As outras questões que podemos colocar seriam: que saberes queremos desqualificar quando dizemos “a enfermagem é uma ciência”? Quais sujeitos nós queremos calar ou diminuir quando dizemos que formulamos um discurso científico? Que discursos queremos introduzir nas inúmeras formas de saber que hoje circulam? Para aproveitar, mais uma vez, um pensamento de Foucault (1999b) quando analisava a preocupação de alguns em relação ao fato de serem o marxismo e a psicanálise uma ciência, reproduzo o que segue, que pode ser aplicado ao que ocorre na enfermagem:

Quando vejo seus esforços para estabelecer que o marxismo é uma ciência, não os vejo na verdade demonstrando que o marxismo tem uma estrutura racional e que portanto suas posições relevam de procedimentos de verificação. Vejo-os atribuindo ao discurso marxista e àqueles que o detêm efeitos de poder que o Ocidente, a partir da Idade Média, atribuiu à ciência e reservou àqueles que formulam um discurso científico. (p.172).

Os saberes que produzem os corpos frios

O discurso pedagógico dominante, dividido entre a arrogância dos cientistas e a boa consciência dos moralistas, está nos parecendo impronunciável. As palavras comuns começam a nos parecer sem qualquer sabor ou a nos soar irremediavelmente falsas e vazias. E, cada vez mais, temos a sensação de que temos de aprender de novo a pensar e escrever, ainda que para isso tenhamos de nos separar da segurança dos saberes, dos métodos e das linguagens que já possuímos (e que nos possuem). (LARROSA, 1998, p. 7).

Escolhi essas inteligentes e instigantes palavras de Larrosa para iniciar o último capítulo da tese para que ficasse registrada a vontade de me separar das linguagens que, até aqui, tem me possuído. Mesmo que eu saiba que isso pode ser de todo impossível, tento me distanciar da pretensão de ser objetiva, de escrever algo que se pretenda universal ou de sistematizar algum conhecimento a que tenha chegado. Como Larrosa não me preocupo se meu discurso possa soar inseguro ou impróprio. Não faço prescrições, nem digo como se deve agir. Nem por isso penso que o que escrevo seja desprovido de efeitos. Entendo que o trabalho do pesquisador serve para transformar, em primeiro lugar a si mesmo, ultrapassando seus próprios pensamentos, liberando o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente para, então, pensar diferentemente. Assim, avalio que elaborar este texto serviu, em primeiro lugar, a mim mesma. Para que eu pudesse ser um pouco menos moderna. Primeiro, tentando não venerar o futuro e, depois, para que seja possível integrar o passado nas narrativas da minha vida. Enfim, também escrevo para ser diferente do que sou.

Pesquisei sobre o corpo em uma de suas inúmeras vias, a da saúde, para compreender como um determinado grupo que compõe essa área, no caso a enfermagem, inventou e incorporou maneiras de conhecer e controlar o corpo, objeto de

seu trabalho, nos seus modos de ensinar e cuidar de pacientes hospitalizados. Como disse na apresentação, a idéia dessa tese nasceu do meu olhar de enfermeira, professora e pesquisadora, sobre os corpos hospitalizados. A partir desse olhar, organizei uma leitura dos discursos, que compõem um conjunto de conhecimentos que devem ser ensinados às enfermeiras, para entender como se constrói o olhar delas sobre esses corpos. Estudei os discursos sobre o corpo a partir de uma Revista que tem intenções pedagógicas, isto é, tem a capacidade e o objetivo de ensinar coisas. Tomei os textos da Revista como temporariamente meus e fiz uma das leituras possíveis sobre eles. A partir da minha experiência e da leitura da Revista me dirigi a outros textos que, ao final, compuseram o meu *corpus* de análise.

Organizei minha investigação em torno da intuição de que havia uma regularidade na forma pela qual os saberes sobre o corpo foram sendo organizados em um conjunto que, quando ensinado às enfermeiras, produz o que chamo de corpos frios. Penso em corpos frios como aqueles despojados de uma determinada identidade, sem história, vistos como iguais, pensados a partir de uma classificação, confinados em sua doença. Observo que o corpo apesar de se impor de forma indiscutível no hospital, já que dá visibilidade a toda uma rede de saberes e poderes, é percebido a partir daquilo que pode ser medido, constatado, combatido. O corpo para a equipe de saúde é aquilo que funciona ou não funciona. Aquilo que pode ser descrito tal como é, já que sua existência é indiscutível, independente de quem observa. Aqueles que me acompanharam até aqui, já perceberam que não estou admitindo a existência desse corpo natural, em estado puro que, como tal, possuiria uma essência e uma humanidade naturais, portanto seria um efeito da natureza, e que, por ser assim, não dependeria da ação ou da intenção dos seres humanos. Ao contrário, o corpo pertence à história, está marcado indelevelmente pela cultura, sendo impossível retroceder a um tempo onde supostamente não houvesse civilização para encontrar um corpo não marcado por ela. Deste modo, os corpos frios são produzidos na história e na cultura, portanto inventados discursivamente, a partir de determinados processos de controle, seleção, distribuição e organização desses discursos e que, assim sendo, constituem o que costumeiramente chamamos de realidade.

Neste capítulo final, pretendo mostrar os caminhos que trilhei, as histórias que encontrei, as descobertas que fiz, as respostas a que cheguei quando perguntei como

operavam os saberes que produzem os corpos frios. Pretendo relatar o que encontrei pelo caminho, para saber o que ocorre durante a formação das enfermeiras, para avaliar a possibilidade de que esse jeito de ver o corpo possa ser produzido a partir dos discursos que perpassam a sua formação. No entanto, não apresento esses achados como conclusões a que eu tenha chegado, nem mesmo como conclusões provisórias. São apenas achados, que amanhã podem ser revistos, outra vez analisados, pensados de outro modo.

Ao organizar o texto tentei fugir de uma narrativa que condensasse os acontecimentos em torno de uma temporalidade contínua, ou de um centro único ou, ainda, que compusessem um conjunto, seguindo, mais uma vez, uma das idéias de Foucault, que fala desse como mais um dos artificios com o qual se fabrica a idéia de sujeito soberano. Ao selecionar os textos com os quais trabalhei, procurei afastar a idéia de organizar um conjunto de operações de seleção e distorção para que não se apagasse a idéia de que existem acontecimentos aleatórios, que acontecem ao acaso. Para que houvesse a irregularidade, para descobrir que na raiz daquilo que nós somos não existiria uma verdade ou verdades, mas manifestação do acaso, do acidente.

Iniciei a minha trajetória procurando conhecer e organizar os discursos que estabelecem uma ordem, tanto no corpo como no cuidado. Ao estudar a ordem do corpo analisei a disciplina de Anatomia, onde encontro um discurso científico sobre o corpo. Se antes dessa disciplina o corpo morto servia apenas a rituais, agora, a partir da dissecação, institui-se o cadáver como algo que deve ser visto e explorado geograficamente, como figura exterior e objetiva. A disciplina de Anatomia produz determinados saberes e poderes sobre o corpo que marcam profundamente a formação na área da saúde, uma vez que até hoje nos mantemos fiéis à sua narrativa. Foucault (1998b) considerou decisivo para a nossa cultura o fato de que o primeiro discurso científico por ela sustentado devesse ter passado por esse momento de morte, considerando que o homem ocidental só pode se constituir aos seus próprios olhos, como um objeto da ciência em referência a sua própria destruição. Assim, entendo que esse primeiro discurso científico sobre o corpo, ao colocar a morte no pensamento médico, institui os corpos frios. Destaco o cadáver como o primeiro contato da estudante com um corpo humano, objeto de sua futura prática.

Na ordem do discurso sobre o cuidado, resgatei fragmentos da história da enfermagem para reconstituir a organização de seu regime de práticas, estudando o modo como se organizou a enfermagem moderna, num determinado momento histórico e no ambiente hospitalar. O que tentei, ao aproximar os escritos de Foucault das narrativas da enfermagem moderna, foi contar a lenda de algumas das personagens desse enredo e mostrar que o passado pode ser um produto do presente, já que encerra uma escrita da história construída e moldada pela vontade de saber e de poder de seus autores, que procura dar sentido a aquilo que fazemos hoje. Desta forma, procurei extrair desses discursos outra, ou outras, versões que poderiam ajudar a tornar problemático o que por vezes é naturalizado.

Destaquei a enfermagem como uma profissão que surge quando o saber médico se institucionaliza e começa a se organizar no hospital, portanto associada ao saber médico e ao hospital. Isso determina uma trajetória, ligada ao discurso científico e ao hospital como instituição de seqüestro, onde se desenvolve um grande investimento sobre o corpo através da disciplina. Usando Foucault, destaco essa tecnologia como uma tática que se exerce sobre as multiplicidades humanas através de um exercício econômico do poder, produzindo efeitos máximos e um crescimento do poder nos aparelhos nos quais se exerce. A disciplina se exerce atentando para os detalhes e associada a uma coerência estratégica que garante sua difusão. É dessa coerência e dos modos de sua difusão que falo para mostrar como se produzem os corpos frios.

Na segunda parte da tese, ao analisar o material empírico optei por usar as ferramentas de Foucault, principalmente o biopoder e o poder disciplinar, para mostrar o papel que a enfermeira desempenhou nessa estratégia que produziu o governo das populações e dos indivíduos. Reproduzo textos que retratam os usos que foram feitos das ciências como a estatística, a biologia, a eugenia e mesmo a história para mostrar como a enfermeira aprende a configurar uma idéia de paciente e de população.

Ao analisar os textos da Revista, utilizo os instrumentos da disciplina que, além de darem ordem e ritmo ao trabalho, possibilitam as grandes funções disciplinares: a distribuição espacial, o controle das atividades, a capitalização do tempo e a composição das forças. Entendo que essas tecnologias operam para produzir um certo jeito de olhar para o corpo, que vai conformando o olhar da enfermeira para que ela transforme

indivíduos em pacientes, anulando suas diferenças de sexo, gênero, geração ou raça/etnia, como se todos fossem iguais e não tivessem história ou identidade.

Ao percorrer o hospital, tanto em tempo de paz como em tempo de guerra, considerando-o um observatório da multiplicidade humana, analiso o regulamento da enfermaria de guerra, para observar como se fabricam pacientes. Penso que o soldado, por fazer uma rápida passagem de uma instituição de seqüestro, o exército, para outra instituição de seqüestro, o hospital, me possibilita observar como uma outra gramática detalha um jeito de ser paciente, tornando visíveis os mecanismos que produzem os corpos frios. Assim, observo um conjunto de práticas que produz em uma só operação determinados conhecimentos sobre o homem e uma cultura de si dentro de uma instituição. Não se trata de fazer uma história das coerções disciplinares dos hospitais mas de mostrar que os mecanismos disciplinares do hospital, que se mantêm por serem produtivos, e são executados por todo o pessoal que aí trabalha, inclusive as enfermeiras, produzem corpos frios, pois destes é mais fácil cuidar, é mais fácil manipular para extrair saberes.

Para possibilitar as análises, à moda moderna, tentei produzir um determinado princípio organizador nas práticas de enfermagem. Com esse objetivo em mente, me detenho mais detalhadamente nas técnicas de enfermagem, nos princípios científicos, no exame físico e nos diagnósticos de enfermagem.

Analiso as técnicas de enfermagem como o primeiro saber organizado e sistematizado da enfermagem que se exerce sobre o corpo e a mente de pacientes e enfermeiras, até os mínimos detalhes. Tais técnicas apresentam-se muito mais voltadas para a tarefa e para a arrumação e controle do ambiente e produzem um esquadrinhamento do tempo e do espaço, onde o corpo é controlado e trabalhado detalhadamente nos seus gestos e atitudes, expressando um poder infinitesimal. Exercem-se sobre todo o trabalho da enfermeira e sobre o tempo de vida do paciente, do nascimento até a morte. Nada escapa da disciplina que controla qualquer ação, prevendo uma codificação instrumental do corpo. Procurando mostrar como se dá o esfriamento dos corpos, destaco que a aprendizagem das técnicas nos laboratórios de enfermagem das escolas promove um segundo encontro da estudante, agora com um boneco, feito de material inerte, que simula o corpo que será cuidado. Com isso não estou criticando o

uso desses bonecos e nem querendo dizer que as estudantes deveriam treinar nos corpos dos pacientes hospitalizados, mas apontar que o uso desses bonecos não é isento de efeitos e constitui peça importante na maquinaria que produz as enfermeiras e, portanto, tem função na produção dos corpos frios.

Ao considerar o exame de corpo o seu ritual e a visibilidade que produz no corpo do paciente internado, que é diferenciado e escrutinado a partir desse detalhado cerimonial. O exame é um ritual de objetivação que torna o sujeito um objeto e além disso subjetiva-o, no caso, como um paciente, como portador de anormalidades, que por isso necessita ser normalizado, isto é, tratado. Além disso, esse ritual implica em distanciamento, pois aí se transmite um saber do profissional que está examinando, ao mesmo tempo em que se estabelece um campo de saber, que conforme minha tese produz corpos frios. O paciente aprende que o seu corpo pode informar, comunicar e esclarecer, desde que submetido a um escrutínio adequado. Dessa forma, o corpo é chamado a se expressar e ser traduzido em palavras, números ou imagens, se transformando em um texto que não carrega mais os traços que lhe dão sentido sendo, então, possível pensar que, ao serem transformados em texto, são atribuídos outros sentidos e outros efeitos aos corpos. Meu argumento é de que o olhar da enfermeira, produzido por esses textos, tem um poder. O poder de produzir corpos frios, cujas diferenças são consideradas apenas para classificar, enquadrar e prescrever. Como se pertencer a um determinado quadro proporcionasse ao paciente uma identidade constituída e fixada.

Ao considerar os diagnósticos de enfermagem, tento mostrar porque entendo que este conhecimento, tal como está organizado, poderia produzir corpos frios, ou melhor, poderia ser um dos dispositivos produtores dos corpos frios. Relembro que para executar o diagnóstico de enfermagem, uma das fases do processo de enfermagem, foi preciso que as enfermeiras produzissem uma extensa classificação que abrigasse todas as possibilidades de adoecer e que, assim, aceitasse todo o leque das possibilidades humanas. Destaco os diagnósticos de enfermagem como um espaçoso arquivo, que se organiza para conter todas as pastas, que por sua vez contenham todos os itens relativos à possibilidade de adoecer ou ser saudável. O fato de criar categorias não seria o maior problema, este seria o fato de, ao criar uma categoria, pretender que esta represente uma totalidade, que supostamente conduziria a uma maior objetividade e poderia abrigar

todos os pacientes, como se todos fossem iguais. Quando algum deles não se enquadrar na categoria, produz-se outra, e mais outras, até que todos sejam enquadrados, se é que isso é possível...

Os diagnósticos de enfermagem compõem um aparelho documental que possibilita o crescimento do poder pois permitem que as enfermeiras, ao produzirem uma rede objetiva de codificação, produzam um discurso que tem determinadas regras de construção, determinados conceitos e uma analogia estrutural e formal com o discurso científico, que quer introduzir outras formas de saber além dessas que hoje circulam, que tem ambição de usufruir do poder reservado àqueles que formulam um discurso científico.

Ao defender a tese de que determinados saberes transformam os corpos humanos em corpos frios, esclareço que estou tratando de alguns deles. Com isso, destaco que existem outros saberes, talvez muitos outros, que interferem nesse processo. Acho que esse é um fenômeno necessariamente plural, na medida em que estão aí envolvidos muitos processos, nos quais se cruzam os domínios que integram a cultura. O que me propus foi estudar uma das maneiras possíveis de esfriamento dos corpos, talvez a mais próxima de mim e, portanto, passível de análise com as ferramentas de que disponho. Existem certamente outras...

Meu papel aqui, ao final, certamente não é o de dar conselhos, dizer o que se deve fazer. Agora, cabe àqueles que me lêem fazer os usos que acharem mais adequados das idéias que aqui apresentei para que encontrem, por sua conta e risco, as respostas de que necessitam. O que eu me dispus a fazer foi mostrar os pontos fracos, os pontos fortes a que estão ligados os poderes, ou nas palavras de Foucault (1999b), “fazer um sumário topográfico e geológico da batalha” (p. 151).

Referências

- ALBUQUERQUE JR, Durval Muniz de. Um leque que respira: a questão do objeto em história. In: PORTOCARRERO, Vera; CASTELO BRANCO,Guilherme (Org.). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: NAU, 2000. p.117-137.
- ALCÂNTARA, Glete. Novas tendências na educação de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 17, n.5, p. 335-345, out./dez. 1964.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Juan S. Y. *O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Semiramis Melani de Melo. *O trabalho de Enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA, Miriam de Abreu. *Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem: concepções de docentes e discentes*. Porto Alegre: PUC, 2002. 241 f.. Tese (Doutorado em Educação) Curso de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2002.
- ALVAREZ, Marcos César. Foucault: Corpo, Poder e Subjetividade. In: BRUNHS, Heloisa Turini e GUTIERREZ, Gustavo (Org.). *O corpo e o lúdico*. Ciclo de Debates sobre Lazer e Motricidade. São Paulo: Autores Associados, 2000. p. 67-78.
- ARTHURS, Jane; GRIMSHAW, Jean. *Woman's Bodies – discipline and transgression*. London: Cassel, 1997.
- AULA DE ENFERMAGEM: O Conforto do paciente. *Anais de Enfermagem*, São Paulo, v. XV, n. 21, p. 33-34, out./dez. 1946.
- BANHO DE RECEM NASCIDO. *Anais de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. V, n. 10, p. 38-39, set. 1937.
- BAPTISTA, Sueli; BARREIRA, Ieda de Alencar. *A luta da Enfermagem por um espaço na Universidade*. Rio de Janeiro: Anna Nery/UFRJ, 1997.
- BARREIRA, Ieda de Alencar. Contribuição da história da enfermagem brasileira para o desenvolvimento da profissão. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, abril 1999.
- BARRETTO, Elza Helena Ribeiro. Últimos cuidados de enfermagem prestados ao paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. XXVI, n.3, p. 185-187, out./dez 1973.
- BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade e Ambivalência*. Tradução de Marcos Penchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.
- BECK, Sister Berenice. Como coordenar a teoria e a prática no ensino de enfermagem pratica. *Anaes de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. V, n. 5, p. 37-40, out. 1934.

- BUJES, Maria Isabel Edelweiss. *Infância e maquinarias*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- CARPENITO, Lynda Juall. *Manual de Diagnósticos de Enfermagem*. Tradução de Ana Thorell. Porto Alegre: ARTMED, 1998.
- CARVALHO, Anayde. Associação Brasileira de Enfermagem, 1926-1976. *Documentário*. Brasília: Folha Carioca, 1976.
- CARVALHO, Vilma de; SAUTHIER, Jussara. *Annaes de Enfermagem: Informatização das Publicações de 1932 a 1954*. Rio de Janeiro: Anna Nery, 2002.
- CAVALLARO, Dani. *The body for beginners*. New York: Writers and Readers Publishing, Inc., 1997.
- CHAUÍ, Marilena. *Convite à Filosofia*. 6. ed. São Paulo: Ática, 1995.
- CHEEK, Julianne. *Postmodern and Poststructural Approaches to Nursing Research*. California: Sage Publications Inc., 2000.
- COSTA, Marisa Vorraber. Novos olhares na pesquisa em educação. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). *Caminhos investigativos*. Novos olhares na pesquisa em educação. Porto Alegre: Mediação, 1996. p.13-22.
- _____. Currículo e política cultural. In: COSTA, Marisa Vorraber. *O currículo nos limiares do contemporâneo*. Rio de Janeiro: DP&A, 1998. p.37-68.
- _____. Uma agenda para jovens pesquisadores. In: Costa, Marisa Vorraber. *Caminhos Investigativos II*. Outros modos de pensar e fazer pesquisa em Educação. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.143-156.
- _____. SILVEIRA, Rosa Hessel, SOMMER, Luis Henrique. Estudos culturais, Educação e Pedagogia. *Revista Brasileira de Educação*, Campinas, n. 23, p. 36-61, maio/jun./jul./ago. 2003.
- DOENGES, Marilynn; MOORHOUSE, Mary Frances. *Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem*. Tradução de Regina Machado Garcez. Porto Alegre: ARTMED, 1999.
- DOSSEY, Bárbara Montgomery. *Florence Nightingale: mystic, visionary, healer*. Springhouse Corporation: Pennsylvania, 1999.
- DREYFUS, Paul; RABINOW, Hubert. *Michel Foucault*. Uma trajetória Filosófica. Tradução de Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- ELIAS, Norbert. *O processo civilizador*. Uma história dos costumes. v. 1. Tradução de Ruy Jungmann, Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- FELDMANN, Maria Adjutrix et al. Aspectos de humanização do servidor de enfermagem no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.XXVI, n.6, p. 515-526, out./dez. 1973.

FERREIRA, Márcia; FIGUEREDO, Nébica. Os mecanismos disciplinares do hospital. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.1, n.2, p. 103-116, set. 1997.

FONSECA, Márcio Alves. *Michel Foucault e a constituição do sujeito*. São Paulo: EDUC, 1995.

FOUCAULT, Michel et alii. *O homem e o discurso*. A Arqueologia de Michel Foucault. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

_____. *O Nascimento da clínica*. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998b.

_____. *História da Sexualidade I. A vontade de saber*. 13 ed. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1998c.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução de Roberto Machado e Eduardo Moraes. Rio de Janeiro: Nau, 1999a.

_____. *Microfísica do poder*. Organização e Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1999b.

_____. *Vigiar e punir*. 20 ed. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1999c.

_____. *A ordem do discurso*. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1999d.

_____. *A Arqueologia do saber*. Tradução de Luis Felipe Baeta Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000a.

_____. *Um dialogo sobre el poder*. Introdução e Tradução de Miguel Morey. Alianza editorial: Madrid, 2000b.

_____. *Em defesa da sociedade*. Tradução de Maria Hermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 2000c.

_____. *Ditos e Escritos IV*. Organização de Manoel Motta Barros. Tradução de Vera Lucia Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FRAENKEL, Edith de Magalhães. Histórico do Serviço de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Annaes de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.5, n.5, p. 14-17, out. 1934.

FREIRE COSTA, Jurandir. Prefácio a título de diálogo. In: ORTEGA, Francisco. *Amizade e estética da existência em Foucault*. São Paulo: Graal, 1999. p. 11-20.

FREITAS FILHO, Lincoln de. Estatística vital e Enfermeiras de Saúde Pública. *Annaes de Enfermagem*³⁸, Rio de Janeiro, v. V, n. 15, p. 4-8, dez.. 1938.

GALLO, Silvio. Repensar a Educação: Foucault. *Filosofia, Sociedade e Educação*, Marília, v.1, n.1, p. 93-118, jul. 1997.

GARCIA, Telma et alii. Retrospectiva histórica do ensino de Enfermagem no Brasil e tendências atuais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 16, n. 1-2, p. 74-81, jan./dez. 1995.

GARDNER, Ernest. *Anatomia: estudo regional do corpo humano*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1967.

GERMANO, Raimunda. *Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil*. São Paulo: Cortez, 1983.

HAGENS, Gunther von. *Anatomy Art, Fascination beneath the surface*. Catalogue on the Exhibition. Heidelberg: Institute for Plastination, 2000.

HALL, Stuart. *Da Diáspora*. Identidades e Mediações Culturais. Belo Horizonte: Editora UFMG; Brasília: Representação da UNESCO no Brasil, 2003.

HORTA, Wanda de Aguiar. *A observação sistematizada na identificação dos problemas de enfermagem em seus aspectos físicos*. São Paulo: USP, 1968. Tese de Livre docência. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1968.

_____. O processo de enfermagem – fundamentação e aplicação. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, v. 1, n.1, p.10-16, mar./abril 1975a.

_____. Avaliação do histórico de enfermagem por estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, v. 1, n.4, p.198-202, set./out. 1975b.

_____. Da necessidade de se conceituar enfermagem – fundamentação e aplicação. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, v. 1, n.1, p.5-7, mar./abril 1975c.

_____. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: E.P.U., 1979.

KAMYIAMA, Yoriko. *O doente hospitalizado e sua percepção em relação à prioridade de seus problemas*. São Paulo: USP, 1972. 131 f. Tese (Livre Docência em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1972.

KOIZUMI, Maria Sumie. ZERBETTO, Gelse Mary. Avaliação de um roteiro para exame físico aplicado em pacientes neurocirúrgicos. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, v. 2, n. 4, p. 222-231, 1976.

³⁸ Embora o nome correto da revista seja *Annaes de Enfermagem*, nas páginas internas desse volume o mesmo é grafado de duas outras formas: *Anaes* e *Anais*. Emprego a grafia de acordo como está registrada em cada número (CARVALHO E SAUTHIER, 2002).

KOIZUMI, Maria Sumie. Exame físico em pacientes agudos graves: uma experiência de ensino. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, v. 2, n. 5, p. 284-289, nov. 1976.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. *Estudo exploratório dos problemas, nos seus aspectos físicos, apresentados por pacientes em pós-operatório imediato*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1979. 63 fls. Dissertação – Escola de Enfermagem Anna Nery, 1979.

LAQUEUR, Thomas. *Inventando o sexo*. Corpo e gênero dos gregos a Freud. Tradução de Vera Wathely. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LARROSA, Jorge. Tecnologias do eu e educação. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). *O sujeito da educação: estudos foucaultianos*. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 35-86.

_____. Os paradoxos da autoconsciência. Tradução de Alfredo Veiga-Neto. In: LARROSA, Jorge. *Pedagogia profana*. Danças, piruetas e mascaradas. Porto Alegre: Contrabando, 1998. p. 25-53.

LARSON, Magali. El poder de los expertos: ciência e educacion de masas como fundamentos de uma ideologia. *Revista de Educación*, Madrid, n. 285, 1988.

LEMOS, Pedro Carlos Piantino; CARNEVALE, Maria Cristina Vilhena. Apresentação. In: VESALIUS, Andréas. *De humani corporis fabrica*. Epitome. Anotações e tradução do latim J. B. DeC. M. Saunders Charles D. O'Malley; tradução para o português Pedro Carlos Piantino Lemos e Maria Cristina Vilhena Carnevale. São Paulo: Ateliê Editorial, Imprensa Oficial do Estado; Campinas: Editora Unicamp, 2002. p. 11.

LIMA, Isaura Barbosa. Enfermeiras brasileiras no “front” italiano: narrativa de viagem ao “front”(1ª parte). *Annaes de Enfermagem*, São Paulo, v.18, p. 14 a 19, jan./mar. 1946a.

_____. Enfermeiras brasileiras no “front” italiano (2ª parte). *Annaes de Enfermagem*, São Paulo, v.19, p. 21 a 27, abril/jun. 1946b.

_____. Enfermeiras brasileiras no “front” italiano (3ª parte). *Annaes de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, p. 17 a 24, jul./set. 1946c.

LOPES, Lycia Ribeiro. A Eugenia. *Annaes de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 25, abril 1934.

LOYOLA, Cristina. *Os doces corpos do hospital – as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar*. In: Encontro Interamericano de Pesquisa Qualitativa em Enfermagem, I., 1988, Anais. São Paulo. p. 124-131.

LUNARDI, Valéria Lerch. *História da Enfermagem: rupturas e continuidades*. Pelotas: Editora Universitária, 1998.

LUZ, Madel. *Natural, Racional e Social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1982.

MACHADO, Roberto. *Foucault, a filosofia e a literatura*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

MANDU, Edir Nei Teixeira; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. Necessidades em saúde: questões importantes para o trabalho da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 54-66, jan./mar. 1999.

MANGUEL, Alberto. *Lendo Imagens: uma história de amor e ódio*. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

MARCH, Marieta. Humanização da Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, .XXVI, n.6, p. 508-514, out./dez. 1973.

McCLAIN, Esther; GRAGG, Shirley. *Scientific principles in nursing practice*. St. Louis: The C. V. Mosby Company, 1950.

_____. *Princípios científicos em Enfermagem*. Rio de Janeiro: Científica, 1965.

MEYER, Dagmar Estermann. A formação da enfermeira na perspectiva do gênero: uma abordagem sócio-histórica. In: WALDOW, Vera et alii (Org.). *Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre: ARTMED, 1995. p.63-78.

_____. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfemeiras/os? *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 2, p.189-195, mar./abril 2002.

MIRANDA, Cristina; & SOBRAL, Vera. Os álibis da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v.44, n.1, p. 22-29, jan./mar. 1991.

MOTOYAMA, Shozo. *As guerras e o desenvolvimento científico*. Disponível em www.comciencia.br. Acessado em: 11 jul.2003.

NAKAMAE, Djair Daniel. Identificação dos problemas de Enfermagem em pacientes nefropatas, nos seus aspectos físicos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 24-52, set. 1975.

NASH, Rosalind. *Um esboço da vida de Florence Nightingale*. Tradução de Virginia Maluf. Rio de Janeiro: UFRJ, 1993.

NIGHTTINGALE, Florence. *A arte da enfermagem*. Annaes de Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 6, jan./mar. 1946.

_____. *Notas sobre a enfermagem: o que é e o que não é*. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez, 1989.

NOVA, João Luiz Leocádio da; BEZERRA FILHO, José Joffily; BASTOS, Liana Albernaz de Melo. Lição de Anatomia. *Interface – Comunicação Saúde e Educação*, Botucatu, v.4, n. 6, p.87 – 96, fev. 2000.

OUTEIRAL, José. Adultos modernos e adolescentes pós-modernos. In: WEINBERG, Cybelle (Org.). *Geração Delivery - Adolescer no mundo atual*. São Paulo: Sá, 2001. p.97-114.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. *A mística do silêncio – a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro no século XIX*. Pelotas: UFPEL, 1998.

PAIXÃO, Walesca. A formação moral da estudante de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 17-23, jan. 1952.

_____. *Páginas da história da Enfermagem*. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1960.

PALAMIDESSI, Mariano Ismael. *A ordem e detalhe das coisas ensináveis*. Uma análise dos planos, programas e currículos para a escola primária. Porto Alegre: UFRGS, 2001. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

PARSONS, Ethel. A Enfermagem moderna no Brasil. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v.1, n. 1, p. 9-24, jul. 1977.

PAULA, Nara Sena de. *Problemas e cuidados de enfermagem da cavidade bucal do paciente acamado hospitalizado*. São Paulo: USP, 1972. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1972.

PEREZ, Vera Lúcia de Almeida et alii. Diagnósticos de Enfermagem, um desafio de enfermagem para os anos 90. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 43, n. 1,2,3,4, p.14-18, jan./dez.1990.

PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998.

POSSO, Maria Belém Salazar. *Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem*. São Paulo: Atheneu, 1999.

PRADO, Marta Lenise; GELBCKE, Francine Lima (Org.). *Fundamentos de Enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura, 2002.

PULLEN, Bertha. Considerações sobre a organização de uma escola de enfermeiras. *Annaes de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. IV, p. 2-8, nov. 1936.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. *História da Enfermagem e sua relação com a Saúde Pública*. Goiânia: AB, 1999.

_____. As políticas de saúde e a humanização da assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 2, p. 196-199, mar./abril 2002.

ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. Prefácio. In: ALMEIDA, Maria Cecília Puntel; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. *O Saber de Enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo: Cortez, 1986. p. 9-15.

- RODRIGUES, José Carlos. *O corpo na História*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ROHDEN, Fabíola. *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
- ROLIM, E. J. *Contribuição para o estudo de problemas de pacientes hospitalizados, portadores de moléstias infecto contagiosas*. São Paulo: USP, 1972. Doutorado, Escola de Enfermagem da USP, Universidade de São Paulo, 1972.
- ROSE, Nikolas. *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- SAID, Edward. *Orientalismo. O Oriente como invenção do Ocidente*. Tradução de Tomás Rosa Bueno. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- SALZANO, Sonia Della Torre. *Estudo da avaliação da temperatura corpórea no paciente anestésico – cirúrgico*. São Paulo: USP, 1972. Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1972.
- SANT'ANNA, Denise. *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação liberdade, 1995.
- _____. O corpo entre antigas referências e novos desafios. *Cadernos de subjetividade*, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 275-284, dez.1997.
- _____.Descobrir o corpo, uma história sem fim. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 49-58, jul./dez. 2000.
- _____. *Corpos de passagem. Ensaio sobre a subjetividade contemporânea*. São Paulo: Estação Liberdade, 2001.
- SANTOS, Laymert Garcia dos. O ser digital e a virada cibernética. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 25 mar. 2001. Cadernos MAIS!, p. 8-10.
- SANTOS, Luis Henrique Sachi dos. *Pedagogias do corpo: representação, identidade e instâncias de produção*. In: SILVA, Luis Heron (Org.). *Século XXI: Qual conhecimento? Qual currículo?*. Petrópolis: Vozes, 1999. p.194-212.
- SAUNDERS, J. B. DeC. M.; O'MALLEY Charles D. Introdução. In: VESALIUS, Andréas. *De humani corporis fabrica*. Epitome. Anotações e tradução do latim J. B. DeC. M. Saundersc Charles D. O'Malley; tradução para o português Pedro Carlos Piantino Lemos e Maria Cristina Vilhena Carnevale. São Paulo: Ateliê Editorial, Imprensa Oficial do Estado; Campinas: Editora Unicamp, 2002. p. 13-14.
- SAUTHIER, Jussara. *A missão de enfermeiras norte americanas na capital da república 1921-1931*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1996. 258 f. Tese (Doutorado em enfermagem) Escola Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- SCHIEBINGER, Londa. Skeletons in the closet. In: GALLAGHER, C.; LAQUEUR, T. (Eds.) *The making of the modern body*. California: University of California Press, 1987.

SENNETT, Richard. *Carne e Pedra – o corpo e a cidade na civilização ocidental*. Tradução de Marcos Reis. Rio de Janeiro: Record, 1997.

SILVA, Graciete Borges da. *Enfermagem profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

SMILES, *Annaes de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 13, abril 1934.

SOBOTTA, Johannes. *Atlas de Anatomia humana*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1988.

SOUZA, Elvira de Felice. *Manual de técnica de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Universidade do Brasil, 1957. (mimeo)

_____. *Manual de técnica de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Bruno Buccini, 1959.

TABORDA, Rosely. Organização do Hospital de Isolamento de Nova Friburgo. *Annaes de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. IV, nº4, p. 18-20, abril 1934.

TAVARES, Gonçalo. *A temperatura do corpo*. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

TÉCNICA DE ENFERMAGEM. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 28-30, jan. 1950.

TUCHERMAN, Ieda. *Breve história do corpo e de seus monstros*. Lisboa: Vega, 1999.

VARELA, Julia; ALVAREZ-URÍA, Fernando. Prólogo. In. FOUCAULT, Michel. *Saber y verdad*. Madrid: La Piqueta, 1991.

_____. *A maquinaria escolar*. Teoria e Educação, Porto Alegre, v. 6:68-96, 1992.

VARGAS, Mara de Oliveira. *Corpus ex machina: a ciborguização da enfermeira no contexto da terapia intensiva*. Porto Alegre: UFRGS, 2002. 159 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

VEIGA-NETO, Alfredo. Olhares... In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). *Caminhos investigativos: novos olhares na pesquisa em educação*. Porto Alegre: Mediação, 1996. p. 23-38.

_____. Educação e Governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: PORTOCARRERO, Vera; CASTELO BRANCO, Guilherme (Org.). *Retratos de Foucault*. Rio de Janeiro: NAU, 2000. p. 179-217.

_____. Incluir para excluir. In: LARROSA, Jorge & SKLIAR, Carlos (Org.). *Habitantes de Babel – Políticas e poéticas da diferença*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 105-138.

_____. De geometrias, currículo e diferenças. *Educação e Sociedade*, Campinas: CEDES, v. XXIII, n. 79, p.163-186, ago. 2002.

VESALIUS, Andréas. *De humani corporis fabrica. Epitome*. Anotações e tradução do latim J. B. DeC. M.; Saunders Charles D. O'Malley; tradução para o português Pedro Carlos Piantino Lemos e Maria Cristina Vilhena Carnevale. São Paulo: Ateliê Editorial, Imprensa Oficial do Estado; Campinas: Editora Unicamp, 2002.

VIDAL, Zaira Cintra. O trabalho prático nas enfermarias. *Annaes de Enfermagem*, Rio de Janeiro, anno V, n 9, p.39 a 41, maio 1937.

_____. *Técnica de Enfermagem*. Rio de Janeiro: s/ed., 1939.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

VILAÇA MENDES, Eugenio. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.

WALDBY, Catherine. *The Visible Human Project – Informatic Bodies and Posthuman Medicine*. Routledge, 2000.